



colloquium-journal

ISSN 2520-6990

Międzynarodowe czasopismo naukowe

Medical sciences

№28(52) 2019

Część 3



colloquium-journal

ISSN 2520-6990

ISSN 2520-2480

Colloquium-journal №28 (52), 2019

Część 3

(Warszawa, Polska)

Czasopismo jest zarejestrowane i publikowane w Polsce. W czasopiśmie publikowane są artykuły ze wszystkich dziedzin naukowych. Czasopismo pub-likowane jest w języku angielskim, polskim i rosyjskim.

Częstotliwość: 12 wydań rocznie.

Wszystkie artykuły są recenzowane

Bezpłatny dostęp do wersji elektronicznej dziennika.

Wysyłając artykuł do redakcji, Autor potwierdza jego wyjątkowość i bierze na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne konsekwencje za naruszenie praw autorskich

Zespół redakcyjny

Redaktor naczelny - **Paweł Nowak**
Ewa Kowalczyk

Rada naukowa

- **Dorota Dobija** - profesor i rachunkowości i zarządzania na uniwersytecie Koźmińskiego
- **Jemielniak Dariusz** - profesor dyrektor centrum naukowo-badawczego w zakresie organizacji i miejsc pracy, kierownik katedry zarządzania Międzynarodowego w Ku.
- **Mateusz Jabłoński** - politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki.
- **Henryka Danuta Stryczewska** – profesor, dziekan wydziału elektrotechniki i informatyki Politechniki Lubelskiej.
- **Bulakh Iryna Valerievna** - profesor nadzwyczajny w katedrze projektowania środowiska architektonicznego, Kijowski narodowy Uniwersytet budownictwa i architektury.
- **Leontiev Rudolf Georgievich** - doktor nauk ekonomicznych, profesor wyższej komisji atestacyjnej, główny naukowiec federalnego centrum badawczego chabarowska, dalekowschodni oddział rosyjskiej akademii nauk
- **Serebrennikova Anna Valerievna** - doktor prawa, profesor wydziału prawa karnego i kryminologii uniwersytetu Moskiewskiego M.V. Lomonosova, Rosja
- **Skopa Vitaliy Aleksandrovich** - doktor nauk historycznych, kierownik katedry filozofii i kulturoznawstwa
- **Pogrebnyaya Yana Vsevolodovna** - doktor filologii, profesor nadzwyczajny, stawropolski państwowy Instytut pedagogiczny
- **Fanil Timeryanowicz Kuzbekov** - kandydat nauk historycznych, doktor nauk filologicznych. profesor, wydział Dziennikarstwa, Bashgosuniversitet
- **Kanivets Alexander Vasilevich** - kandydat nauk technicznych, docent wydziału dyscypliny inżynierii ogólnej wydziału inżynierii i technologii państwowej akademii rolniczej w Połtawie
- **Yavorska-Vitkovska Monika** - doktor edukacji, szkoła Kuyavsky-Pomorsk w bidgoszczu, dziekan nauk o filozofii i biologii; doktor edukacji, profesor
- **Chernyak Lev Pavlovich** - doktor nauk technicznych, profesor, katedra technologii chemicznej materiałów kompozytowych narodowy uniwersytet techniczny ukraiны „Politechnika w Kijowie”
- **Vorona-Slivinskaya Lyubov Grigoryevna** - doktor nauk ekonomicznych, profesor, St. Petersburg University of Management Technologia i ekonomia
- **Voskresenskaya Elena Vladimirovna** doktor prawa, kierownik Katedry Prawa Cywilnego i Ochrony Własności Intelektualnej w dziedzinie techniki, Politechnika im. Piotra Wielkiego w Sankt Petersburgu

    SlideShare



INDEX COPERNICUS
INTERNATIONAL

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ
БИБЛИОТЕКА
LIBRARY.RU



«Colloquium-journal»

Wydrukowano w «Chocimska 24, 00-001 Warszawa, Poland»

E-mail: info@colloquium-journal.org

<http://www.colloquium-journal.org/>

CONTENTS

MEDICAL SCIENCES

Dusmukhamedov D.M., Dusmukhamedov M.Z., Khakimova Z.K. ESTIMATION OF MORPHOMETRIC CHANGES OF UPPER RESPIRATORY WAYS IN PATIENTS WITH DENTAL JAW DEFORMITIES.....	5
Dusmukhamedov D.M., Yuldashev A.A., Khakimova Z.K. GENERAL DENTAL STATUS IN PATIENTS WITH GNATIC FORMS OF OCCLUSION ANOMALY.....	6
Rakhimbaeva G.S., Sagatov D.R., Nadzhimitdinov S.A. STRUCTURE OF COGNITIVE DISTURBANCES IN PATIENTS WITH CATAMENAL EPILEPSY.....	7
Rizaev Zh.A., Yunuskhodzhaeva M.K. EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE PRODUCT "BIOPLANT" FOR TREATMENT OF PERIODONTITIS	8
Агаджанова К.В. ИННОВАЦИИ В ОЖГОВОЙ ТЕРАПИИ	10
Agadzhanova K.V. INNOVATIONS IN BURN THERAPY.....	10
Барканова О.Н., Гагарина С.Г. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГЕАЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЕМЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	13
Barkanova O.N., Ga garina S.G. FEATURES OF MENINGEAL TUBERCULOMA IN TEENAGER'S AGE	13
Габдулбарова З.Ф., Сулейманова З.Ч., Шубин Л.Л. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ГОНОРЕЕЙ ЗА 2013-2017 ГОДЫ	16
Gabdulbarova Z.F., Suleimanova Z.C., Shubin L.L. ANALYSIS OF THE ADULT POPULATION OF THE UDMURT REPUBLICTHE WITH MONORA FOR 2013-2017	16
Денисенко Л.Н. ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ.....	19
Denisenko L.N. FEATURES OF NUTRITION FOR PREGNANT WOMEN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA	19
Деревянченко С.П., Денисенко Л.Н., Колесова Т.В., Наумова В.Н. ФОРМИРОВАНИЕ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ	20
Derevyanchenko S.P., Denisenko L.N., Kolesova T.V., Naumova V.N. FORMATION OF VALEOLOGICAL THINKING IN THE PROCESS OF PROFESSIONAL TRAINING OF STUDENTS	20
Kaluzhenina A.A. FEATURES OF TUBERCULOSIS OF ACTORS IN XX CENTURY.....	22
Калуженина А.А. ОСОБЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЗНАМЕНИТЫХ АКТЕРОВ XX ВЕКА	22
Касимов И.А., Шаджалилова М.С., Бурибаева Б.И., Агзамова У.А., Саидазимова М.Т., Таджибаева Д.Ш., Собирова М.Ф. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СОЧЕТАНИЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ.....	24
Kasimov I.A., Shadzhaliilova M.S., Buribaeva B.I., Agzamova U.A., Saidazimova M.T., Tadzhibaeva D.Sh., Sobirova M.F. ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF COMBINATIONS OF THE CITOKIN PROFILE IN ACUTE DIARRHEAS DISEASES IN CHILDREN.....	24

Коновалов Н.Ф., Денга О.В., Вербицкая Т.Г. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МАРКЕРОВ РАЗВИТИЯ ЗУБНОЙ ЭМАЛИ, ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ НА ФОНЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОРГАНОВ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ.....	26
Konovarov N.F., Denga O.V., Verbitskaya T.G. MOLECULAR-GENETIC ASSESSMENT OF MARKERS OF THE DEVELOPMENT OF DENTAL ENAMEL, LIPID METABOLISM AND INFLAMMATION IN CHILDREN WITH EPILEPSY ON THE BACKGROUND OF MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL ORGAN disorders OF THE ORAL CAVITY	26
Крупочкина А.С., Кузина О.В. ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ.....	30
Krupochkina A.S., Kuzina O.V. FEATURES OF THE STUDY OF CONGENITAL HEART DEFECTS IN CHILDREN.....	30
Лабутова М.А. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В Г. ВОЛГОГРАДЕ НА ОСНОВАНИИ ОПРОСА БОЛЬНЫХ.....	34
Labutova M.A. ANALYSIS OF QUALITY OF DENTAL CARE IN VOLGOGRAD ON THE BASIS OF SURVEY OF PATIENTS.....	34
Рютина Л.Н., Лесберг Д.С., Медведева А.А. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ.....	37
Rutina L.N., Lesberg D.S., Medvedeva A.A. A CONCEPTUAL APPROACH TO PHYSICAL ACTIVITY OF STUDENTS.....	37
Леушина Н.А., Капустина Н.М., Петров С.Б. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ ДАРОВСКОГО, ОПАРИНСКОГО И ПИЖАНСКОГО РАЙОНОВ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ С ПОЗИЦИИ ПРОЦЕССНОГО УПРАВЛЕНИЯ.....	40
Leushina N.A., Kapustina N.M., Petrov S.B. CHARACTERISTIC OF STATIONARY MEDICAL ASSISTANCE TO RESIDENTS OF THE DAROVSKY, OPARINSKY AND PIZHAN DISTRICTS OF THE KIROV REGION WITH THE POSITION OF THE PROCESS MANAGEMENT	40
Патрушева М.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА «ДИАДЕНТ АКТИВ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С РАЗНОЙ ДАВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	45
Patrusheva M.S. THE EFFECTIVENESS OF USING “DIAIDENT ACTIVE” FOR TREATMENT OF PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH DIFFERENT DURATION OF THE DISEASE.....	45
Шубин Л.Л., Алексеева Т.А., Соловьева А.В. ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОМАТИКИ НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА...50	50
Shubin L.L., Alekseeva T.A., Solovyeva A.V. STATISTICAL STUDY OF IMPACT OF PSYCHOMATICS ON ETIOPATHOGENESIS OF GASTROINTESTINAL DISEASES	50
Тихонов А.Н., Судаков Д.В., Шевцов А.Н., Трубников А.И. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ: ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ АРТЕРИЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ.....	52
Tikhonov A.N., Sudakov D.V., Shevtsov A.N., Trubnikov A.I. ACTUAL PROBLEMS OF MODERN TRAUMATOLOGY: OPTION ANATOMY OF THE ARTERY OF THE PREVENTION	52
Тихонов А.Н., Судаков Д.В., Шевцов А.Н., Трубников А.И. К ВОПРОСУ О МИНИМИЗАЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	55
Tikhonov A.N., Sudakov D.V., Shevtsov A.N., Trubnikov A.I. TO THE QUESTION OF MINIMIZING COMPLICATIONS DURING HIP JOINT HAND IMPRESSION	55

Тихонов А.Н., Судаков Д.В., Шевцов А.Н., Трубников А.И. ПОСТРОЕНИЕ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА	58
Tikhonov A.N., Sudakov D.V., Shevtsov A.N., Trubnikov A.I. CONSTRUCTION OF A PREDICTION OF KNEE JOINT EFFICIENCY EFFICIENCY	58
Хайруллина А.Р., Якимова А.И., Сабитова Н.Г. ОБЗОР И ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПАЦИЕНТАМИ	61
Khayrullina A.R., Yakimova A.I., Sabitova N.G. REVIEW AND ASSESSMENT OF MEDICAL INTERNET-RESOURCES USED BY PATIENTS.....	61
Толмачев Д.А., Сутыгин И.С., Чан-Ман-Го В.А. РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА И КУРЕНИЯ.....	65
Tolmachev D.A., Sutygin I.S., Chan-Man-Go V.A. ROLE OF PREVENTION OF HARMFUL HABITS.....	65
Шаджалилова М.С., Бурибаева Б.И., Менглиева И.А., Норбекова Д.И., Эшмаматова Ш.О., Миркаримова Д.М., Базарова Ш.Ю. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ И ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	69
Shadzhalilova M.S., Buribaeva B.I., Menglieva I.A., Norbekova D.I., Eshmatatova Sh.O., Mirkarimova D.M., Bazarova Sh.Yu. CLINICAL AND LABORATORY ASPECTS AND CAUSAL AND INVESTIGATIVE FACTORS OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN AT THE MODERN STAGE.....	69
Шубин Л.Л., Дубинина Ю.А., Юминова Ю.Д. ИЗ ИСТОРИИ РАБОТЫ ВОТКИНСКОГО РАЙОННОГО ОТДЕЛА НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ АССР В 1934 ГОДУ.	72
Shubin L.L., Dubinina J.A., Juminova J.D. FROM THE HISTORY OF VOTKINSK DISTRICT HEALTH DEPARTMENT OF THE PEOPLE'S COMMISSARIAT OF HEALTH OF THE UDMURT ASSR IN 1934.	72
Сефералиева Р.Э., Манукян А.М., Мельник В.С. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	74
Seferaliev R.E., Manukyan A.M., Melnik V.S. FACTORS INFLUENCING THE QUALITY OF EDUCATION OF MEDICAL STUDENTS.....	74
Гайбуллаев Э.А., Ризаев Ж. А. ОЦЕНКА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА	77
Gaybullaev E.A., Rizaev J.A. EVALUATION OF MICROBIOLOGICAL INDICATORS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS	77

MEDICAL SCIENCES

УДК: 616.31-06

*Dusmukhamedov D.M.,
Dusmukhamedov M.Z.,
Khakimova Z.K.*

Tashkent State Dental Institute

ESTIMATION OF MORPHOMETRIC CHANGES OF UPPER RESPIRATORY WAYS IN PATIENTS WITH DENTAL JAW DEFORMITIES

Аннотация

Согласно зарубежной литературе у пациентов с врожденными аномалиями лицевого скелета частота встречаемости носовых деформаций колеблется в пределах от 19% до 48% [1, 3], часто они сопровождаются нарушением носового дыхания, что влияет на качество жизни пациентов.

Abstract

According to the international literature in patients with congenital anomalies of the facial skeleton, the frequency of occurrence of nasal deformities ranges are from 19% to 48% [1, 3], They are often accompanied by a violation of nasal breathing, which affects the quality of life of patients.

Ключевые слова: верхние дыхательные пути, стоматология, челюсть, деформация

Key words: upper respiratory ways, dentistry, jaw, deformation

Aim of the study. Improving the methods of diagnosis, prevention and treatment of nasal obstruction in patients with jaw deformities.

Material and methods. The study involved 34 patients with jaw deformities who are in the follow-up at the department of pediatric maxillofacial surgery clinic TSDI. For an objective assessment of nasal breathing, we used a computer rhinomanometer RINOLAN - a device that allows for examinations according to the method of anterior active rhinomanometry (AAR). For evaluation of AAR results, nasal obstruction is divided into 3 degrees: I degree - (700-870 sm^3 / s ; II degree - 500-700 sm^3 / s , III degree - less than 500 sm^3 / s . (O. Reshetnikova, 2013) The comparison group consisted of 17 students without pathology of the maxillofacial region and ENT organs.

Results. According to PARM results, the mean SOP value in patients of the 1st group was $610 \pm 47 \text{ cm}^3 / \text{s}$, which is 29.9% lower than the control, and in patients with mesial bite - the 2nd group, the mean SOP value was $540 \pm 64 \text{ sm}^3 / \text{s}$, which, 9% below the control. The average value of the total airflow resistance - SS in patients of the 1st group was $0.31 \pm 0.11 \text{ Pa} / \text{sm}^3 / \text{s}$, in the 2nd group $-0.27 \pm 0.12 \text{ Pa} / \text{sm}^3 / \text{s}$, which is higher than the control level by 128, 5 and 147.6%, respectively. The results of the study indicate that the majority of the surveyed symptoms of nasal breathing were recorded, and in patients with 2 gumps they were more pronounced: nasal obstruction (NO) of grade 2 was observed in $45 \pm 6.5\%$ and grade 3 in 25 ± 4.3

Thus, in order to affect the structural component of the nasal obstruction, surgery is required [2]. When conducting surgical treatment (orthognathic surgery) in order to reduce the likelihood of possible postoperative complications, it is necessary to consider the severity of nasal obstruction [4]. The use of computer rhinomanometry in patients with jaw deformities helps to more reliably determine the presence and degree of nasal obstruction and control it in the dynamics of the treatment process.

References:

1. Terajima M. et al. Three-dimensional analysis system for orthognathic surgery patients with jaw deformities //American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. – 2008. – Т. 134. – №. 1. – С. 100-111.
2. Takatsuji H. et al. Effects of orthognathic surgery on psychological status of patients with jaw deformities //International journal of oral and maxillofacial surgery. – 2015. – Т. 44. – №. 9. – С. 1125-1130.
3. Kurabe K. et al. Impact of orthognathic surgery on oral health-related quality of life in patients with jaw deformities //International journal of oral and maxillofacial surgery. – 2016. – Т. 45. – №. 12. – С. 1513-1519.
4. Nakano H. et al. Relationships between Airway Morphology and Sleep Breathing Indices in Jaw Deformity Patients //J Sleep Disord Ther. – 2015. – Т. 4. – №. 187. – С. 2167-0277.1000187.

*Dusmukhamedov D.M.,
Yuldashev A.A.,
Khakimova Z.K.
Tashkent State Dental Institute*

GENERAL DENTAL STATUS IN PATIENTS WITH GNATIC FORMS OF OCCLUSION ANOMALY

Аннотация

В данной статье мы попытались изучить уровень стресса и особые условия кровообращения при различных аномалиях и деформации челюстно-лицевой области, когда органы и ткани полости рта находятся в особых функциональных условиях [1, 2, 4]. Известно, что гигиеническое состояние полости рта ухудшается при наличии зубных аномалий и деформаций.

Abstract

When abnormalities and deformities of the maxillofacial region are presence, the organs and tissues of the oral cavity are in special functional conditions, experiencing various stresses and special conditions of the blood supply [1, 2, 4]. It is known that the hygienic condition of the oral cavity are worsens in the presence of dental anomalies and deformities.

Ключевые слова: ортогнатическая хирургия, деформации челюстей, морфометрический анализ.

Keywords: orthognathic surgery, deformities of jaws, morphometric analysis.

Aim of the study: to assess the dental status and local immunity of the oral cavity in patients with gnatic forms of occlusion anomaly (GFOA).

Material and methods. The study included 38 patients with GFOA aged from 16 to 30 years who applied to the clinic of a surgical dentistry, TSDI. A comprehensive examination included clinical examination, determination of the intensity of the carious process of the teeth, as well as the presence of local caries-dependent factors.

Results and discussion. According to the study, carious lesions of the teeth and their complicated forms detected in 38 patients with GFOA. The prevalence of carious process among the surveyed was $81.89 \pm 3.31\%$. Indicators of the CPE index in patients with GFOA corresponded in the 1-group -5.21 ± 0.34 , in the 2-group 5.62 ± 0.56 , which is significantly higher than in practically healthy people.

A similar picture observed from the results of the PMA study: in the 1-group -29.16 ± 2.1 and 30.08 ± 2.4 in the 2-group, respectively, significantly higher than in practically healthy people [1, 5].

According to the results of the study, the hygienic index (GH) is in an unsatisfactory state (on average, 3.27 ± 0.2), especially in patients of the 2nd group - 3.35 ± 0.2 .

The results of the study suggest that GFOA is one of the main risk factors for the development of dental

caries [3]. The adverse cariogenic situation in patients with GFOA requires both prior to the onset of orthodontic treatment, and in the process of instrumental correction during the complex treatment of intensive anti-caries measures.

References:

1. Makhmudjanovich D. D. et al. CHARACTERISTICS OF MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE MAXILLO-FACIAL REGION OF PATIENTS WITH GNATIC FORMS OF OCCLUSION ABNORMALITIES //European science review. – 2019. – Т. 2. – №. 1-2.
2. Dmitrienko D. S. et al. Morphometric characteristics of dentomandibular segments in cases of permanent teeth physiological occlusion //Stomatologia. – 2009. – Т. 88. – №. 6. – С. 9-11.
3. An algorithm for the treatment of patients with micrognathia the upper jaw and the lower jaw macrog-nathia / A. Kozlov, A. Yu. Drobyshev, I. A. Clip etc.// Dentistry for all. 2013.- No.1.- P. 12-19.
4. Kang D. W., Lim S. J., Lee S. H. The clinical application of stomatognathic function and occlusion for the restorative dentistry //Journal of Dental Rehabilitation and Applied Science. – 2001. – Т. 17. – №. 3. – С. 145-154.
5. Echeverri E. Normal Parameters of Occlusion in Children.

*Rakhimbaeva G.S.,
Sagatov D.R.,
Nadzhimitdinov S.A.*

*Department of Neurology, Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan*

STRUCTURE OF COGNITIVE DISTURBANCES IN PATIENTS WITH CATAMENAL EPILEPSY

Аннотация

В результате эпилепсии наблюдается ограниченное количество профессий, затрудняющих самореализацию пациентов молодого и среднего возраста, психических расстройств в виде нарушения памяти и внимания, возникающих в клинической картине заболевания [1, 3, 6]. В этой статье мы стремились уточнить структуру когнитивных нарушений у пациентов с катамениальной эпилепсией.

Abstract

As a result of epilepsy, a limited number of occupations that impede the self-realization of young and middle-aged patients, mental disorders, in the form of impaired memory and attention that occur in the clinical picture of the disease [1, 3, 6]. We aimed to clarify the structure of cognitive impairment in patients with catamenial epilepsy.

Ключевые слова: *Неврология, эпилепсия, катамениальная эпилепсия, когнитивные нарушения*

Keywords: *Neurology, epilepsy, catamenial epilepsy, cognitive impairment*

Material and methods. 62 patients with epilepsy (E) were studied. Patients were divided into 2 clinical groups. Group I (48 patients) with catamenial epilepsy (CE) and 14 patients (Group II) with idiopathic epilepsy (IE), the average age of patients in both groups was 38 ± 15.6 years. In this case, the average duration of the disease in patients exceeded 10 years. The study of cognitive functions was performed on a scale with MMSE, a test to memorize 5 words and a clock drawing test.

Results. In distributing the cognitive disorders, the first group more often showed mild disorders (47.3%), in 12.5% of cases we determined mild dementia, whereas in 19 patients (40.2%) we did not observe dementia. In the group II, we identified cognitive impairments of varying severity. In particular, in 70.6% the average score corresponded to mild cognitive impairment, and in 29.4% - mild dementia.

Conclusion. To sum up, group II with IE it is accompanied by more severe cognitive impairments [2, 4]. Factors affecting the development of cognitive impairment in the studied patients were: experience on the

disease and the severity of its course (frequency and duration of attacks), type of anticonvulsant and duration of therapy [5].

References:

1. Zheleznova Ye. V., Kalinin V. V. K voprosu o katamenial'noy epilepsii //Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya. – 2006. – Т. 16. – №. 1.
2. Vlasov P. N. Epilepsiya u muzhchin i zhenshchin: grani problemy //Epilepsiya i paroksizmal'nyye sostoyaniya. – 2013. – Т. 5. – №. 4.
3. Oleynikova O. M. Kliniko-neyrofiziologicheskiye osobennosti katamenial'noy epilepsii i vtorichnoy amenorei : dis. – Rossiyskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet, 2002.
4. Herzog A. G. Current Concepts of Catamenial Epilepsy //Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society. – 2016. – Т. 22. – №. 3
5. Maguire M. J., Nevitt S. J. Treatments for seizures in catamenial (menstrual-related) epilepsy //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2019. – №. 10.
6. Navis A., Harden C. A treatment approach to catamenial epilepsy //Current treatment options in neurology. – 2016. – Т. 18. – №. 7. – С. 30.

*Rizaev Zh.A.,
Yunuskhodzhaeva M.K.
Tashkent State Dental Institute*

EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE PRODUCT "BIOPLANT" FOR TREATMENT OF PERIODONTITIS

Аннотация

Воспалительные заболевания пародонта в настоящее время являются одной из актуальных проблем стоматологии, а также представляют серьезную медицинскую и социальную проблему, поскольку распространенность этой патологии остается на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению.

Abstract

Inflammatory periodontal diseases of the present time are one of the urgent problems in dentistry, and also represent a serious medical and social problem, because the prevalence of this pathology remains at a high level and does not tend to decrease.

Ключевые слова: пародонт, Биоплант, стоматология, пародонтит.

Keywords: periodontium, bioplant, dentistry, periodontitis.

These lesions are quite aggressive stomatogenic foci of infection that initiate focal somatic diseases [1,2,6,7]. The problem of choosing a method of treating this pathology is intractable in dentistry, since this category of patients is most difficult to conservative therapy. Long-term clinical observations of patients with chronic generalized periodontitis indicate the need for osteoregenerative drugs during complex therapy. Currently, with the advent of a large number of various osteogenic materials and the lack of sufficient independent information about them, the dentist has the problem of choosing the right material necessary for each specific clinical case, including in periodontics with closed curettage of periodontal pockets. The basic requirements for osteoplastic materials are biocompatibility, bacterial and viral safety, lack of toxicity and allergenicity.

The intercellular matrix of bone tissue for 90% consists of type I collagen, collagen of other types occupies no more than 5% of the total mass. Protein-polysaccharide complexes, the main structural unit of which are glycosaminoglycans, representing 5% of the remaining substance of the total mass. Collagen introduced into the wound activates the synthesis of acidic glycosaminoglycans and fibrillogenesis. Studies have shown that type I collagen is necessary for the differentiation of osteoblasts and mineralization of the osteoid. The most important component of the intercellular matrix are glycosaminoglycans. They are associated with such processes as the suppression of the activity of pro-inflammatory mediators and antigenic determinants, intercellular signaling and regulation of the activity of growth factors, including fibroblast growth factor [8].

Domestic osteoplastic material "Bioplant" is a sterile bioplastic material, where the original fibrous structure of collagen is preserved and presented in a form convenient for storage and use (dry dosage form and injections). An experimental study showed the high efficiency of this material in replacing artificially created bone defects.

Aim of the study: to conduct a clinical evaluation of the use of "Bioplant" in the complex treatment of

chronic generalized periodontitis of mild degree with closed curettage of periodontal pockets.

Material and methods. For this purpose, 25 patients of both sexes aged 22-35 years with mild generalized periodontitis (HFRS) without somatic pathology were examined. Patients with HFRS were divided into two groups: the 1st group (main) consisted of 12 and the 2nd group (comparison group) of 13 people. Clinical examination of patients included examination of complaints, history of the disease, history of life and assessment dental status.

For an objective assessment of the condition of periodontal tissues before treatment, on the 7th, 14th days of observation and after 3 months, the following tests were used: determination of the hygiene index by Green-Vermillion (1964); determination of the papillary-marginal-alveolar index according to Parma C. (1960); Schiller-Pisarev test (1963); determination of the periodontal index according to Russel A. (1956); determination of the degree of bleeding according to Muhlemann N.R., Son S., (1971), determination of the depth of periodontal pockets according to WHO (1990); determination of pathological tooth mobility according to A. Evdokimov (1953). Diagnosis of periodontal disease was made on the basis of clinical and radiological data. All patients underwent conventional treatment of chronic generalized periodontitis. The first step in the treatment of periodontitis was teaching oral hygiene and monitoring the quality of brushing. Individually selected hygiene products. Elimination of local irritating factors included: removal of dental deposits; elimination of traumatic nodes and supracontacts using selective grinding according to the method of B. Jankelson (1970). In the comparison group (II), the treatment was carried out according to the generally accepted method using the Metrogil-Dent dental gel, 10% indomethacin ointment, rinses and applications with herbal preparations.

The main group (I) consisted of patients who, along with conventional treatment, included the Bioplant dry mixture in the complex therapy, which was applied to the gum area after curettage under a protective-fixing bandage for 5 days.

Results. When examining patients of all groups, the following complaints were noted: bleeding gums when brushing your teeth and eating, bad breath, discoloration of the gums, tooth mobility. An objective examination of the gingival papillae and marginal gums was swollen, cyanotic, bleeding with

touching. The Schiller-Pisarev test was positive in all patients with CGP. The depth of periodontal pockets reached 3-3.5 mm. All patients had dental deposits. During an X-ray examination, the destruction of the interalveolar septum is 1/3 of the root length. Clinical data were confirmed by periodontal indices. The indices in the groups did not have statistically significant differences.

As a result of treatment, positive dynamics were obtained in all patients, however, the best clinical indicators were observed in groups where drug treatment was carried out using Bioplant, which was also confirmed by periodontal indices.

After using Bioplant, all patients of the I-group showed a pronounced clinical effect after 3-5 sessions, which was expressed in the cessation of bleeding gums when brushing your teeth, the absence of halitosis, and a significant reduction in pain in the gums.

The Schiller-Pisarev test on day 14 was negative in 93% of patients, in the remaining cases the test was weakly positive, the patients showed the disappearance of the main symptoms of inflammation, the gingival mucosa acquired a pale pink color, the correct configuration, density. In the second group, the Schiller-Pisarev Test on day 14 was negative in 83.3% of patients.

In patients of group II, the PMA index on the 7th day of observation corresponded to $5.34 \pm 1.21\%$, by the 14th day it decreased to $1.32 \pm 0.08\%$. In the I-group, the PMA index approached on the 14th day to the control values of $0.43 \pm 0.04\%$; KG - 0%.

The bleeding index reflects the severity of the inflammatory process in the periodontium and was significantly higher in patients of group II: on day 14 - 0.41 ± 0.08 points, in group I - 0.02 ± 0.004 points. The values of the bleeding index in patients of the II group on the 7th, 14th days of observation and after 3 months were significantly lower than the indicators of the 1st group.

The OHI-S hygiene index decreased five times in the 1st and 2nd groups and its values were 0.53 ± 0.06 points and 0.57 ± 0.02 points, respectively.

Considering the indicators of the periodontal index, which characterizes the severity of inflammatory and destructive changes in the periodontium, it can be noted that after the treatment they differed from the

norm, but were lower than the initial indicators. Its value in the 1st group before treatment was 2.81 ± 0.19 points, on the 14th day - 0.12 ± 0.43 points. In the II group, the indicator before treatment was 2.76 ± 0.14 points, on the 14th day of observation - 0.35 ± 0.02 points. There was no statistically significant difference in the performance of all groups.

When examining the oral cavity of the examined three months after treatment, it was revealed that patients of group I had a stable clinical picture - there were no complaints, the mucous membrane was pale pink, the OHI-S hygiene index was 0.68 ± 0.02 points, RMA - $1.72 \pm 0.27\%$, bleeding index - 0.23 ± 0.14 points. Patients of group II complained of renewed bleeding of the gums during brushing. On examination of the oral cavity: hyperemia of the gingival margin, bleeding when probing. The values of the indices are higher than those in patients from group I: the PMA index was $4.87 \pm 0.35\%$, and the hemorrhage index was 1.35 ± 0.67 points.

Conclusions. The data obtained indicate the effectiveness of the use of collagen-containing plates "Bioplant" in the complex treatment of chronic generalized periodontitis of mild degree, which is confirmed by clinical indicators.

References:

1. Dmitriyeva L.A. *Sovremennyye aspekty klinicheskoy parodontologii* / L.A. Dmitriyeva // M., - 2001. - 125s.
2. Arsen'yev P.A., Saratovskaya N.V. *Sintez i issledovaniye materialov na osnove gidroksiapatita kal'tsiya* // Stomatologiya. 1996. - №6. -S.74-79.
3. Arutyunova V.A. *Lecheniye ran i troficheskikh yazv kozhi kollagenovymi preparatami: Avtoref. dis. . kand. Med. Nauk. -M., 2009. -20s.*
4. Dmitriyeva L.A. *Sovremennyye aspekty klinicheskoy parodontologii* / L.A. Dmitriyeva // M., - 2001. - 125s.
5. Belous A.M. *Mekhanizmy regeneratsii kosti.* M.: Med, 2014. 247s.
6. Shekhter A.B. *Zazhivleniye ran kak autoregulyatornyy protsess v mekhanizme stimuliruyushchego deystviya kollagena* // Arkhyupatologii. 1977. -№5. — S.25-33.
7. Chupakhin P.V. *Ispol'zovaniye nerezorbiruyemykh membran dlya napravlennoy regeneratsii tkaney parodonta: Diss. kand.med.nauk. M., 2001.*
8. Franceschi R.T., Young J. *Regulation of alkaline phosphatase by 1, 25-dihydroxyvitamin D3 and ascorbic acid in bone-derived cells* // J. Bone Miner. Res. 2017. -Vol.5. -P: 1157-1167.

Агаджанова Кристина Викторовна
преподаватель, кандидат биологических наук
Московская государственная академия ветеринарной медицины и биотехнологии
им. К.И.Скрябина

ИННОВАЦИИ В ОЖГОВОЙ ТЕРАПИИ

Agadzhanova Kristina Viktorovna
Teacher, Candidate of Biological Sciences
Moscow state Academy of veterinary medicine and biotechnology. K.I.Scriabin

INNOVATIONS IN BURN THERAPY

Аннотация

В данной статье проведен обзор инноваций, применяемых для лечения ожоговых ран. Рассмотрены существующие современные технологии раневых покрытий, используемые в ожоговой терапии. Целью данного исследования стал анализ и систематизация большого количества информации касательно проблемы репарации ожоговых ран и внедрения инновационных технологий в практику лечения ожогов.

Abstract

In this article a review of innovation used for the treatment of burn wounds. The existing modern technologies of wound coatings used in burn therapy are considered. The purpose of this study was to analyze and systematize a large amount of information about the problem of repair of burn wounds and the introduction of innovative technologies in the practice of treatment of burns.

Ключевые слова: *раны, ожоги, инновации, терапия, лечение ожоговых ран.*

Key words: *wounds, burns, innovations, therapy, treatment of burn wounds.*

По оценкам ВОЗ, ожог – одна из самых распространенных травм. Степень тяжести их разная, но даже легкие ожоги становятся проблемой.

Ожоговая травма специфическая и, как правило, – недостаточно знакома даже хирургам, травматологам или врачам интенсивной терапии, имеет существенные отличия от всех других видов травм, а именно – это распространенность поражения тканей, тяжесть, продолжительность шока и интоксикации, частота развития генерализованной инфекции и других осложнений ожоговой болезни [5]. Тяжесть ожога определяется площадью, глубиной повреждения кожи и подлежащих тканей и поражением дыхательных путей.

Жизнь пострадавшего с ожогом средней тяжести, а также результаты и последствия травмы находятся в непосредственной зависимости от того, когда, каким образом и насколько правильно ему была предоставлена помощь на догоспитальном этапе. Практика свидетельствует, что само- и взаимопомощь обожженным или не предоставляется, или выполняется неправильно [9]. В основном это связано с тем, что население не имеет необходимых знаний и элементарных навыков по оказанию доврачебной помощи пострадавшим, хотя в идеале каждый гражданин должен уметь правильно оказать само- и взаимопомощь в момент получения термической травмы. Для сокращения сроков лечения совершенствуется метод раннего хирургического лечения [4].

При глубоких ожогах, сразу после удаления некротических тканей, высеченную раневую поверхность необходимо закрыть качественным пластическим материалом, для этого используется рас-

щепленный перфорированный собственный кожный лоскут [11]. Но в случае значительных по площади ожогах, при тяжелом общем состоянии больного и дефиците здоровой неповрежденной кожи для пересадки, возможность аутодермопластики ограничена. В таком случае необходимо использовать временные заменители кожи [1, 12].

Природные раневые покрытия – это прежде всего различные варианты консервированной ксенокожи (Алошкиры) или дермы [15], амниотическая оболочка. Ксенокожа – это «золотой стандарт» для раневого покрытия. Для длительного хранения осуществляется ее лиофильной сушки, она помещается в раствор глицерина или подвергаются глубокому охлаждению [13].

Как правило, при госпитализации больного оказание помощи проводится комплексно. Это:

- а) анестетики, до медикаментозного сна;
- б) начало или продолжение при необходимости нейтрализации травмирующего воздействия гипертермических факторов;
- в) по показаниям – пункция центральных вен;
- г) адекватная инфузионная терапия как по объему, содержанию медикаментозных препаратов, так и по скорости введения растворов.

Стоит отметить, что с внедрением современных технологий лечения часто удается изменить клиническое течение ожоговой болезни. Например, раннее иссечение некротических тканей с одномоментной ксенодермопластикой, аутодермопластикой или их комбинации может прервать развитие ожогового шока, аборттировать период острой ожоговой токсемии, септикоциемии, и больной с периода

шока при дермальных поверхностных ожогах переходит в период реконвалесценции или выздоровления.

Наука не стоит на месте, постоянно предлагая нам новые способы лечения. Сегодня существует множество инновационных подходов в ожоговой терапии.

Одной из действенных технологий является выращивание и последующая трансплантация клеток кожи на поверхности коллагеновых микроносителей. Данный подход позволяет значительно уменьшить время культивирования, избежать ферментной обработки для освобождения клеточной мембраны с подложки. Тем не менее, кроме высокой стоимости данного типа лечения, этот метод имеет и другие существенные недостатки. Так, данный метод, известный как метод культивирования эпидермальных кератиноцитов человека (ЭКЦ), достаточно сложный и многоэтапный, подразумевающий выращивание клеток до состояния, при котором они пригодны для последующей трансплантации, занимает более трех недель. Утрата клеточного материала случается уже на этапе высвобождения пластов ЭКЦ с поверхности культурального флакона и перемещения на раневые поверхности. Использование для этой цели диспаза способно повреждать целостность стенки клетки. После высвобождения от подложки тонкий слой клеток, который включает 5-7 клеток, быстро сужается, в результате чего быстро уменьшается его площадь. Огромное влияние на приживание пересаженных пластов клеток оказывает микрофлора ожоговых ран.

С 2005 года в Европе в поисках новых покрытий для ран стали использовать раневые покрытия с нанокристаллами серебра (Acticoat, Smith & Nephew, Largo) [14]. Эти покрытия доказали свою эффективность против большинства патогенных микроорганизмов, в том числе против таких штаммов как золотистый стафилококк и ванкомициноустойчивых энтерококков. В лечении ожогов различной этиологии стандартные медицинские раневые покрытия сохраняют основное значение, которое являются доступными и простыми в использовании [10]. Тем не менее, следует отметить, что лечение ожоговых ран с применением обычных перевязочных материалов в последнее время является менее эффективным.

Совершенствование патогенетически обоснованных методов оказания само-, взаим- и первой медицинской помощи при ожогах является важной задачей комбустиологии. Согласно современным представлениям, окончательную глубину ожоговой раны формирует две составляющих. Это прежде всего экзогенный травмирующий фактор (термический, химический, электрический, лучевой, световой), что приводит к первичному некрозу, глубина которого прямо пропорциональна уровню повреждающих температур и экспозиции их действия. Под первичным некрозом формируется зона паранекроза, в которой продолжается распад межклеточных связей, клеток внутриклеточных и ядерных

структур с выделением при этом большого количества тепла. И.П. Неумывакин отмечает, что при распаде всего лишь одной молекулы перекиси водорода освобождается 23000 калорий тепла [7]. За счет распада биологических связей и освобождения энергии в виде эндогенного тепла температура в зоне паранекроза может вырасти до 70° С [9] и формируется вторая составляющая – эндогенный гипертермичный травмирующий фактор, действие которого может продолжаться несколько суток, способствуя значительному углублению ожоговой раны.

С целью оказания первой медицинской помощи ни в коем случае нельзя использовать жиры и масла, поскольку они создают условия компресса в ране, ликвидируют возможность естественной воздушной нейтрализации травмирующего воздействия эндогенного гипертермического фактора и способствуют быстрому росту температуры в ранах до высоких цифр, способствует углублению ожоговой раны путем перехода паранекротических тканей в некроз.

В коже очень развитая сеть капиллярного кровообращения, и циркулирующая жидкость, вынося гипертепло из зоны ожогов, нейтрализует травмирующее действие эндогенного фактора в зоне паранекроза.

Вместе с тем, форменные элементы крови, особенно эритроциты, двигаясь один за другом, тесно контактируют с эндотелием капилляра. Этому способствуют их размеры. Диаметр эритроцита – 7,2-7,5 мкм, а диаметр Капилара – около 8 мкм. Время полного кругооборота крови у человека в среднем составляет 20-23 с [3]. Проходя три раза в минуту через гипертермическая участок ожога площадью от 30% поверхности тела, плазма и форменные элементы крови перегреваются и повреждаются (гемолиз эритроцитов). Этому способствует замедление скорости кровотока на периферии из-за спазма периферических сосудов, уменьшение деформабельности эритроцитов и их агрегации, что, в свою очередь, приводит к тромбированию микроциркуляторного русла и углубления ожоговой раны.

Объем циркулирующих эритроцитов при критических и сверхкритических ожогах, когда первая медицинская помощь оказывается общепринятыми методами, уменьшается на 20-30% [8]. Его уменьшение не ограничивается только воздействием высокой температуры в момент травмы и спазмом периферических сосудов.

В настоящее время широко распространенным методом лечения инфекционных осложнений ожоговых ран является обработка антисептическими препаратами. К сожалению, эти средства чаще назначаются эмпирически, без учета чувствительности к ним возбудителей инфекции. Отсутствие терапевтического эффекта при использовании антисептиков связано с неадекватной оценкой их активности. Основой терапии антисептиками должна быть стратегия выбора препаратов, основанная на превентивном скрининге активных в отношении биоплёнок антисептических средств, в сочетании с

индивидуальным подходом к лечению каждого пациента [2].

Одним из разрабатываемых направлений комбустиологии является создание искусственной влажной среды на поверхности ожогов [6]. Перевязка физиологическим раствором или под водой практически безболезненна, а физиологический раствор не оказывает воздействие на ткани, не раздражает их, повсеместно применяется в комбустиологии. Заживление ожоговых ран в жидкой среде имеет некоторые преимущества. Так, не наблюдается некроз обожженных тканей, появляющегося при подсушивании, происходит постоянное местное влияние факторов роста на поверхность раны, выполняется удаление с помощью диффузии в жидкость продуктов распада, излишка биологически активных веществ.

На основании вышесказанного следует сделать вывод о том, что именно ведение ожоговых ран в условиях жидкой среды является одним из перспективных способов консервативного лечения ожоговых ран, который способствует заживлению за короткие сроки с достаточно высокими функциональными результатами.

Также следует упомянуть метод лечения ожогов, когда купируется объем кожи, которую необходимо удалить на обожженной поверхности перед обработкой. В этом случае применяются ферменты, чтобы разрушить эти слои кожи. Затем он смешивает эти тканевые клетки в жидкость, которая наносится на кожу с помощью спрея. Использование этой новой технологии приведет к резкому сокращению количества донорской кожи, необходимой для лечения ожогов второй и третьей степени. Данная инновация также позволит уменьшить негативные последствия в виде боли и выраженности рубцевания, но при этом его эффективность будет сопоставима с нынешним стандартом лечения. Кроме того, лечение позволит потенциально снизить смертность среди пациентов с тяжелыми ожогами. Несмотря на то, что новое лечение ожогов на данный момент довольно дорогостоящее, прогресс в технологии и высокая эффективность терапии со временем может позволить значительно уменьшить его цену.

Помимо этого, к инновационным средствам лечения ожоговых ран относят методы активации саногенеза на протяжении всех этапов лечения и достижения инновационных технологий, основанные на базе биотехнической обратной связи, которые оказывали влияние на появление приборов с отсутствием адаптации человеческого организма к раздражению, что способствует ответным реакциям, направленным на скорейшее выздоровление [16]. Наиболее доступным и универсальным в настоящих условиях является СКЭНАР-терапия. Она позволяет применять для лечения слизистые и кожные покровы, которые не затронуты ожоговой травмой.

Таким образом, благодаря современным методам и принципам лечения, внедрению в практику новых препаратов для парентерального введения,

средств местного действия, временных заменителей кожи достигнут положительный эффект в лечении ожоговой болезни. Вместе с тем, рана остается основной движущей силой патологических изменений, происходящих в организме обожженного.

Основным патогенетическим средством, способствующим выздоровлению обожженных с распространенными ожогами, является восстановление кожного покрова хирургическим путем в кратчайшие сроки, когда регенераторные свойства организма еще сохранены, а больные не истощены длительным течением ожоговой болезни, угрозой развития осложнений местного и общего характера.

Литература

1. Алексеев А.А. Применение биологической повязки «Ксеродермой» при лечении ожоговых ран / Е.А. Бобровников, Ю.И. Тюрников // КОМБУСТИОЛОГИЯ. - 2007. - № 3. - С. 32-33.
2. Андреева С.В. Стратегия выбора антисептических препаратов для лечения ожоговых ран на основе моделирования естественных биоплёнок: автореферат дис. ... кандидата биологических наук: 03.02.03 - Казань, 2019. - 23 с.
3. Бабский Е.Б., Зубков А.А. и др. Физиология человека. - М.: Медицина, 1966. - 656 с.
4. Богданов С.Б. Современные технологии лечения больных с ожогами функционально и косметически значимых зон: диссертация ... доктора медицинских наук: 14.01.17 / Богданов Сергей Борисович - Краснодар, 2017, с.24.
5. Болдин В. Исходы лечения обожженных при их массовом поступлении // Всерос. конф. 22-23 февр. 1990 г. Тез. докл. - Уфа, 1990. - С. 11-13.
6. Карякин Н.Н., Клеменова И.А. Технология лечения ожогов в условиях влажной среды // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2015. - № 9-3. - С. 495-499.
7. Неумывакин И.П. Перекись водорода: мифы и реальность. Второй перераб. изд.- СПб. ДИЛЯ, 2005. - 144 с.
8. Ожоги: Руководство для врачей / Под ред. Б.С. Вихриева, В.М. Бурмирова. - второй изд. перераб, и доп. - Л. Медицина, 1986. - 272 с.
9. Парамонов Б.А., Порембски Я.А., Яблонский В. Ожоги. - СПб. Спец. лит. 2000. - 488 с.
10. Фаязов А.Д. Эффективность местного применения раневого покрытия фолдерм при обширных поверхностных ожогах / А.Д. Фаязов, Д.В. Арипов // Сб. науч. тр. II съезда комбустиологов России. -М. - 2008. - С. 152-153.
11. Andreassi A. Classification and pathophysiology of skin grafts / A.Andreassi, R.Bilenchi, M.Biagioli // Clin. dermatol. - 2005. - Vol. 23 № 4. - P. 332-337
12. Bolton L., Johnson C., Rijswijk L. Occlusive dressings: Therapeutic agents and effects // Clin. Dermatol. - 2002. - № 9. - P. 573-583.
13. Burrel, E. E. Treddget, M. T. Clandinin // Burns. - 2007. - Vol.33. - P. 52-58.
14. Halmy C. Skin replacement with biological and biosynthetic materials following burn injury / Halmy C., N? Dai Z., Juh, Sz Z., Pesthy P., Marczell

Z., Szetei K., Szucs A. // Orv Hetil. 2008. - Vol.149 (20). - P. 915-919.

14. Mazurak V. The effect of treating infected skin grafts with Acticot on immunecells / V. C. Mazurak, R. E.

15. Saffle J.R. Closure of the excised burn wound: temporary skin substitutes / J. R.Saffle // Clin Plast Surg. 2009 - Vol. 36 (4). - P. 627-641.

16. Wang Y; Maitz PKM. Advances and new technologies in the treatment of burn injury. Advanced Drug Delivery Reviews. 2018; Vol. 123, pp. 1-2.

УДК 616 – 079.6

**Барканова О.Н.,
Гагарина С.Г.**

ФГБОУ «Волгоградский государственный медицинский университет»

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГЕАЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЕМЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**Barkanova O.N.,
Gagarina S.G.**

FEATURES OF MENINGEAL TUBERCULOMA IN TEENAGER'S AGE

Аннотация

Наряду с ростом заболеваемости туберкулезом, в целом возрастает и заболеваемость внелегочным туберкулезом, включая и наиболее тяжелую его форму - туберкулез ЦНС. Данная патология всегда считалась достаточно редкой, в связи с чем исследования по данной проблеме малочисленны [4]. Для очаговых поражений ЦНС во многих случаях характерно отсутствие абсолютно специфических клинических и лабораторных данных. В диагностике весьма информативными методами являются МРТ головного мозга и анализ ликвора [1].

Abstract

Along with an increase in the incidence of tuberculosis, the incidence of extrapulmonary tuberculosis, including the most severe form of it - tuberculosis of the central nervous system, is on the whole increasing. This pathology has always been considered quite rare, and therefore there are few studies on this issue. Focal lesions of the central nervous system in many cases are characterized by the absence of absolutely specific clinical and laboratory data. The most informative methods are MRI and cerebrospinal fluid analysis.

Ключевые слова: туберкулёз, головной мозг, туберкулёма, головные боли.

Key words: tuberculosis, brain, tuberculosis, headaches.

Введение: Генерализованный туберкулез характеризуется гематогенным рассеиванием микобактерий туберкулеза в организме и образованием туберкулезных бугорков преимущественно в различных органах организма. Одной из форм внелегочного туберкулеза является туберкулёма головного мозга, представляющая собой фокальное интрацеребральное поражение [2]. В мозговом веществе могут возникать как солитарные туберкулёмы, так и множественные. Возникая как небольшой очаг, состоящий из группы милиарных бугорков, туберкулёма при прогрессировании может достигать крупной величины вплоть до поражения целой доли мозга [5].

Туберкулёмы головного мозга у взрослых отмечается – в 0,87-8,8% случаев при заболевании туберкулезом и в 12,2% - при туберкулёзных поражениях ЦНС, у 50% больных инфекционный процесс носит диссеминированный характер [4].

Клинические и морфологические проявления туберкулёма ЦНС многообразны, выраженность симптомов зависит от локализации поражения, его размера и фазы развития. При далеко зашедшем заболевании и поздней диагностике произошедшие изменения со стороны нервной системы необратимы. Прогрессивный рост туберкулёмы вызывает

в центральной нервной системе ряд тяжких расстройств, требующий применения хирургических мероприятий [3].

Цель: показать необходимость осторожности нейрохирургов, невропатологов, фтизиатров, терапевтов к возможным осложнениям ЦНС при органном туберкулёзе.

Материалы и методы: Использован метод кейс-стади. Рассмотрен клинический случай пациентки с диагнозом: Генерализованный туберкулез лёгких: Диссеминированный туберкулез лёгких в фазе инфильтрации. МБТ (+). Множественные туберкулёмы головного мозга. Острый отит туберкулёзной этиологии слева. Сопутствующий диагноз: Дорсопатия шейно-грудного отдела позвоночника. Энцефалопатия неуточненная с рассеянной неврологической симптоматикой, проходившей лечение на базе областного клинического противотуберкулёзного диспансера.

Результаты и обсуждения. Больная М., 18 лет, находилась на стационарном лечении с основным клиническим диагнозом: Диссеминированный туберкулез лёгких.

Из анамнеза: Головные боли беспокоили с 15 лет (с 2015 года). Обследовалась у невролога, было выполнено ЭЭГ и со слов пациентки заключение

невролога: «Здорова». Боли беспокоили около 2 месяцев и прошли самостоятельно. Умеренные непостоянные головные боли без иррадиации появились в ноябре 2018 г., и к декабрю они стали носить интенсивный, сильный постоянный характер.

С июля 2018 года стала жаловаться на слабость, субфебрильную температуру в вечерние часы, потливость по ночам и на боли в поясничной области. Связывала возникновение болей с профессиональной танцевальной деятельностью. С данными жалобами с 8 июля 2018 г. находилась на обследовании в нефрологическом отделении ДКБ №8 с диагнозом: Хронический пиелонефрит, обострение, с сохранной функцией почек. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Дисметаболическая нефропатия.

При обследовании была обнаружена цитомегаловирусная (ЦМИ IgG 3,13) и герпетическая инфекции (ВПГ 1 и 2 типа IgM 1:200; IgG 30,6). После проведенного лечения выписана из стационара 20 августа 2018 г. с сохранением субфебрилитета до 37,4-37,7. По этому поводу была проконсультирована эндокринологом и неврологом. Пациентке рекомендовано сделать МРТ головы, где была выявлена картина мультифокального поражения вещества головного мозга (дифференцировали между токсоплазмозом и нейроборрелиозом) (27.09.2018). Повторно выполнена рентгенография органов грудной клетки, в результате чего был заподозрен туберкулез органов дыхания (5.10.2018). Пациентку направили на консультацию к фтизиатру. Выполнен Диаскинтест – папула 15 мм (данных о предыдущей иммунодиагностике нет), КТ ОГК обнаружен: диссеминированный процесс в легких, кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах.

При поступлении в противотуберкулезный диспансер состояние больной средней тяжести, лихорадка до фебрильных цифр, кожные покровы бледные, астенична. Отмечает жалобы на потливость в ночные часы и снижение слуха слева. При сборе анамнеза заболевания туберкулезный контакт не был установлен (пациентка проживает с мамой (Флюорография органов грудной клетки мамы от – без патологии)). Лечащим врачом назначен курс ХТ по I режиму (изониазид, рифампицин, пирразинамид, этамбутол) на фоне витаминотерапии, лечение переносит удовлетворительно.

При осмотре у ЛОР врача выявлен – острый средний отит слева и назначено лечение (цефтриаксон 2,0 г/сут – без положительной динамики, затем произвели коррекцию фармакотерапии на левофлоксацин и отофа (ушные капли) - с положительной динамикой).

С начала ноября девочка стала предъявлять жалобы на умеренные непостоянные головные боли без иррадиации, без тошноты и рвоты. Направлена на консультацию к неврологу, сделано МРТ головного мозга в динамике. Через некоторое время головные боли прошли самостоятельно.

Для оценки динамики процесса 19 ноября выполнено КТ ОГК, где отмечена картина диссеминированного туберкулёза легких в фазе инфильтрации с положительной динамикой. На МРТ головного мозга картина туберкулезного поражения вещества головного мозга, отрицательная динамика в сравнении с МР данными от 27.09.2018, в виде увеличения очага в правой лобной доле, появления очага в правом таламусе. Консультирована нейрохирургом – больше вероятности за специфическое поражение головного мозга (туберкулёмы?).

В связи с жалобами на продолжительное снижение слуха в декабре была выполнена эндоскопическая мириготомия слева. Поставлен диагноз: экссудативный средний отит слева. Взято отделяемое из уха для лабораторной диагностики. Методом ПЦР МБТ не выявлены (исследование проводилось на фоне противотуберкулезной химиотерапии). Бактериологическое исследование на неспецифическую флору – отрицательное.

С конца декабря пациентку начали беспокоить интенсивные, постоянные головные боли, отмечалась однократная рвота. При объективном обследовании менингеальных знаков не выявлено. Для динамики процесса, происходящим в головном мозге 26 декабря выполнено МРТ, где отмечается МР картина туберкулезного поражения вещества головного мозга, отрицательная динамика по сравнению с предыдущими исследованиями - в очаге правой лобной доле (туберкулема?), при общем уменьшении количества мелких очагов. Признаки воспалительных изменений в пирамиде левой височной кости (рис. 1).

Пациентке выполнена люмбальная пункция. В анализе ликвора: 100%-лимфоцитарный, МБТ не выявлено. Цитомегаловирус и токсоплазмоз не были обнаружены.



а)



б)

Рис. 1. Динамика МР-картины головного мозга пациентки М.

а) 27.09.2018, б) 26.12.2018, в) 14.08.2019

Была проконсультирована инфекционистом. Рекомендовано исключались следующие патологии: боррелиоз, эхинококкоз, токсоплазмоз, цитомегаловирусную инфекцию.

Исходя из критериев диагностики данных заболеваний отмечено:

Для боррелиоза: в анамнезе отсутствует присасывание клеща, антитела к *Borrelia burgdorferi*, IgM – не обнаружено, Антитела к *Borrelia burgdorferi*, IgG 0,08 (N < 1,0).

Эхинококкоз исключен, так как на МРТ головного мозга пациентки нет кистозных образований с четко прослеживаемой капсулой (кисты с четкими ровными контурами). Антитела к эхинококку, IgG 0,15КП (N ≤ 0,85 КП).

Токсоплазмоз исключен: антитела к *Toxoplasma gondii*, IgA 0,18КП (N < 1,0). ПЦР ликвора на токсоплазмоз от 26.12.2018г. отрицательный.

Цитомегаловирусная инфекция: анализ крови на спец. инфекции от 13.08.2018 г. ЦМВ IgG 6,13 ед (выше нормы). ПЦР ликвора на цитомегаловирус от 26.12.2018г. отрицательный.

Поставлен окончательный клинический диагноз: Генерализованный туберкулез лёгких: Диссеминированный туберкулез лёгких в фазе инфильтрации. МБТ (+). Множественные туберкулёмы головного мозга. Острый отит туберкулёзной этиологии слева. Сопутствующий диагноз: Дорсопатия шейно-грудного отдела позвоночника. Энцефалопатия неуточненная с рассеянной неврологической симптоматикой.

Пациентка получала лечение по 1 режиму химиотерапии. На МРТ головного мозга от 14.08.2019 отмечена положительная динамика: кальцинация образования (туберкулема) в правой лобной доле, уменьшение перифокального отека. Ранее выявляющиеся очаги и образования не определяются.



Рис. 2. МР-картины головного мозга пациентки М. от 14.08.2019

За 12 месяцев лечения при контрольном рентгенологическом исследовании органов грудной клетки отмечена положительная динамика в виде уменьшения количества очаговых теней (рис. 3).

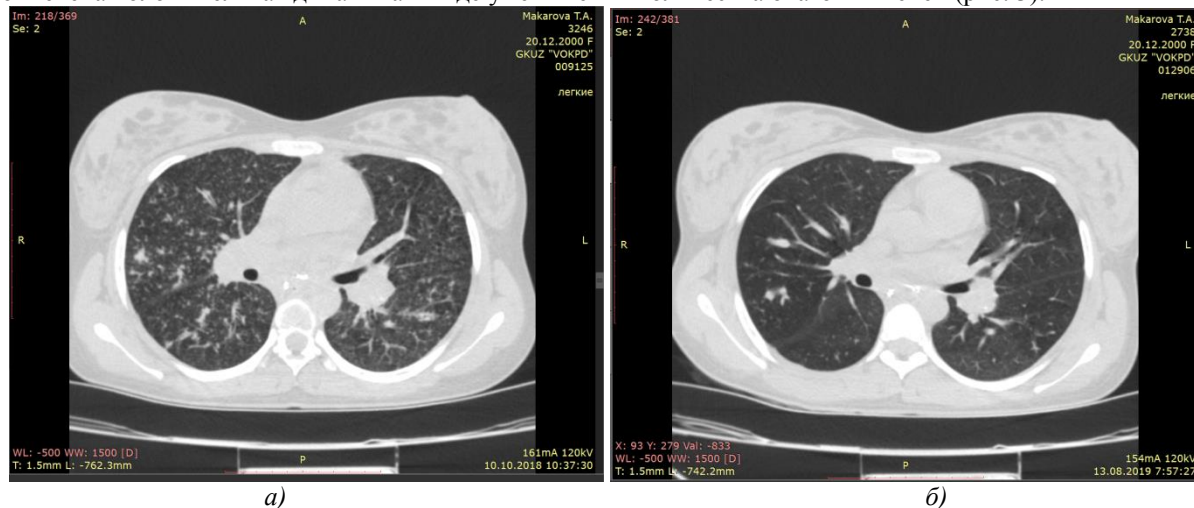


Рис. 3. Динамика МСКТ-картины органов грудной клетки пациентки М.
а) 10.10.2018, б) 13.08.2019

Выводы:

Диагностика туберкулёмы головного мозга остается сложной клинической проблемой, несмотря на широкое внедрение в практику современных методов исследования компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, церебральной ангиографии. Только комплексное обследование больного

позволяет определиться с окончательным диагнозом и выработать тактику дальнейшего ведения. Анализ литературных данных позволил установить, что обычно туберкулёмы головного мозга являются у больных различными формами туберкулёза, чаще легочными. Туберкулёмы головного мозга обнаруживаются в любом возрасте. Поэтому

каждый случай этой патологии представляет клинический интерес.

Список литературы

1. Пономарева Е. Ю., Ребров А. П., Ландфанг С. В. и др. Трудности диагностики при диссеминированных процессах в легких // Клиническая медицина, 2016.

2. Фтизиатрия: нац. клинич. рекомендации / под ред. П. К. Яблонского. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

3. Mukherjee S, Das R, Begum S. Tuberculoma of the brain - a diagnostic dilemma: magnetic resonance spectroscopy a new ray of hope. J Assoc Chest Physicians. 2015;

4. Деконенко Е.П. Туберкулез нервной системы. Неврологический журнал. - 2014.- №5.

5. Береснева Р.Е., Суменко О.Н. Клиническое течение и исходы туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС. В кн.: Аннотированные доклады 1-й Национальной конференции «Нейроинфекции». М 2010.

*Габдулбарова Зилья Фанисовна,
Сулейманова Зарина Чингизовна,
Студенты*

Шубин Лев Леонидович

*к.м.н., доцент кафедры "Общественного здоровья и здравоохранения"
Ижевская государственная медицинская академия*

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ГОНОРЕЕЙ ЗА 2013-2017 ГОДЫ

*Gabdulbarova Zilya Fanisovna,
Suleimanova Zarina Chingizovna
Students*

Shubin Lev Leonidovich

*C.M.S., Associate Professor of "Public Health and the Department of Health"
Izhevsk State Medical Academy*

ANALYSIS OF THE ADULT POPULATION OF THE UDMURT REPUBLIC WITH MONORA FOR 2013-2017

Аннотация

В данной статье проанализирована заболеваемость населения Удмуртской Республики гонореей за 2013 - 2017 гг.

Summary

The article analyzes the incidence with monora of the Udmurt Republic in 2013-2017.

Ключевые слова: *Удмуртская Республика, Ижевск, гонорея, заболеваемость.*

Key words: *Udmurt Republic, Izhevsk, monora, morbidity.*

Актуальность: Заболеваемость гонореей является одной из актуальных медико-социальных проблем, что обусловлено ее широким распространением, серьезными осложнениями и не всегда эффективным лечением. В России уровень числа регистрируемых больных гонореей увеличился с 105,6 на 100 тыс. населения в 1989 г. до 139,0 в 1996 г. Однако, по сравнению с 1993 г., в 1996 г. число зарегистрированных больных гонореей уменьшилось на 40,2%.

Снижение уровня заболеваемости гонореей, по всей видимости, происходит из-за неполной регистрации больных различными структурами, которые занимаются оказанием медицинской помощи

населению, но не контролируются органами и учреждениями здравоохранения [6].

Цель: изучить заболеваемость взрослого населения Удмуртской Республики (УР) гонореей за 2013-2017 гг.

Материалы и методы: Проанализированные данные о заболеваемости взрослых гонореей с 2013 по 2017 гг. Используются Государственные доклады о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики за 2013-2017 гг.

Результаты:

Заболеваемость населения в Удмуртской Республике гонореей составила в 2013 г. - 50,40, в 2014 г. - 40,31, в 2015 г. - 34,88, в 2016 г. - 36,64, в 2017 г. - 25,36 на 100 тыс. населения (Таблица 1).

Таблица 1

Заболѳеваемость гонорей (на 100 тыс. населения).

Год	2013	2014	2015	2016	2017
Заболѳеваемость	50,40	40,31	34,88	34,64	25,36

При изучении данных Государственных докладов о состоянии здоровья населения Удмуртской

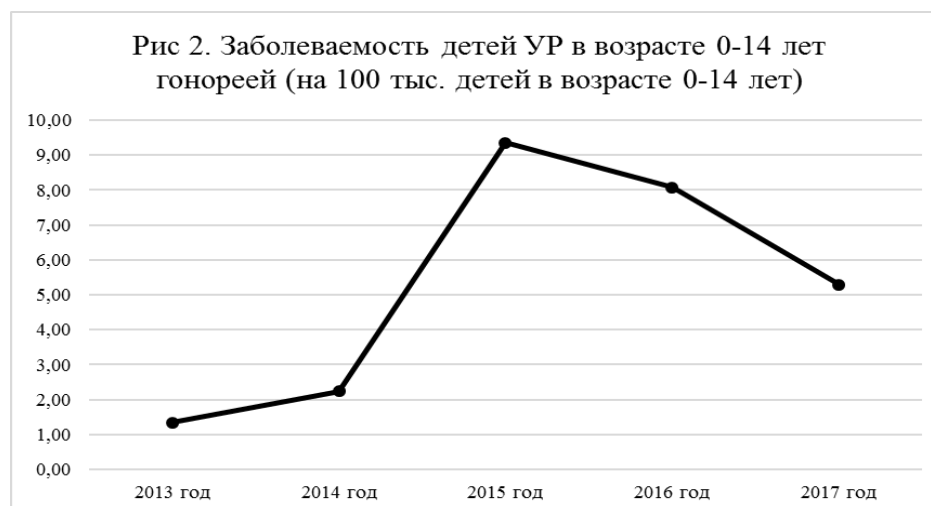
Республики было установлено, что уровень заболеваемости населения УР гонорей за период 2013-2017 гг. в динамике снижается (рис. 1).



В структуре заболеваемости всего населения УР гонорей в 2013 году составили 29,39%, в 2014 г. - 23,39%, в 2015 г. - 19,11%, в 2016 г. - 15,35%, в 2017 г. - 10,91%, что свидетельствует о снижении показателей заболеваемости за период с 2013 по 2017 годы [1,2,3,4,5].

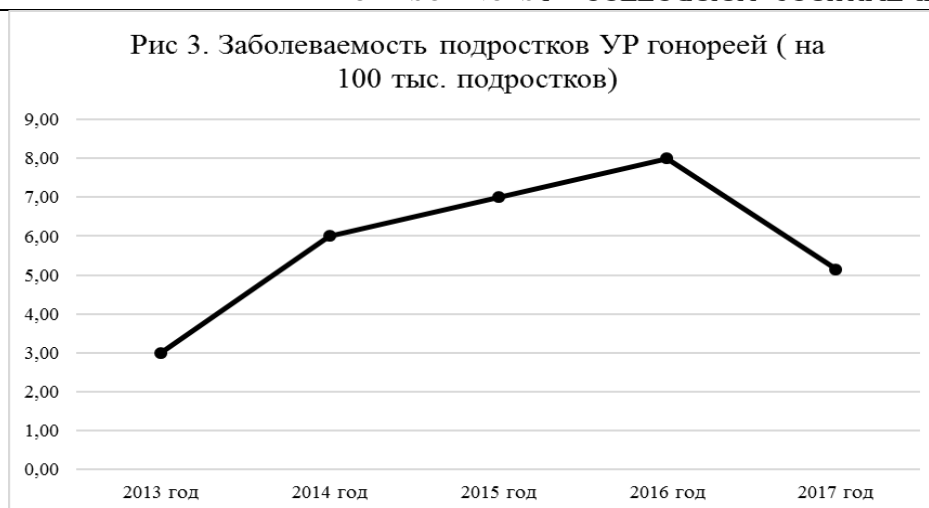
Уровень заболеваемости гонорей среди детей УР в возрасте 0-14 лет в 2013 году составил 1,35 на

100 тыс. детей в возрасте 0-14 лет, в 2014 году показатель повысился до 2,24, в 2015 году показатель повысился до 9,35, в 2016 году показатель снижается до 8,08, в 2017 году показатель составил 5,30 на 100 тыс. детей в возрасте 0-14 лет, то есть в динамике отмечается повышение заболеваемости с 2013 по 2015 годы, а затем в динамике с 2016 по 2017 годы показатели снижаются (рис. 2) [1,2,3,4,5].



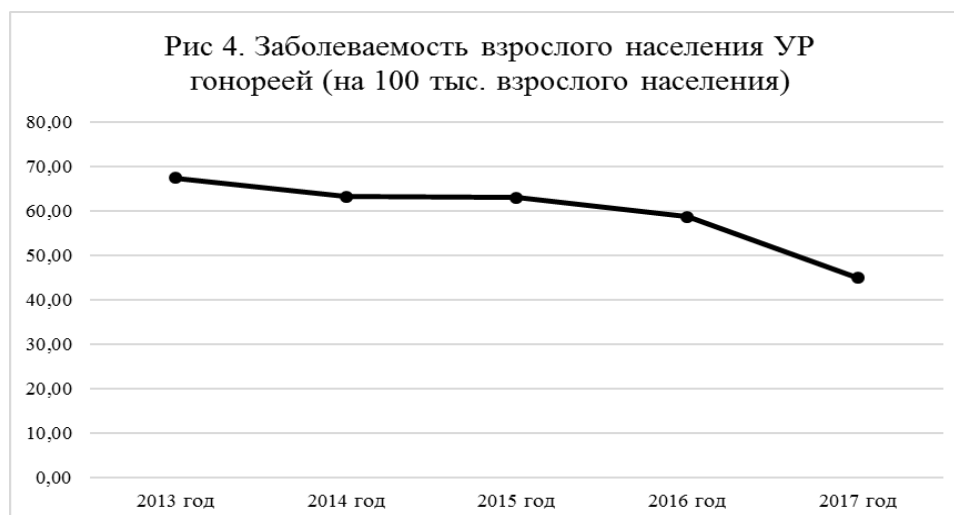
Уровень общей заболеваемости гонорей среди подростков за период 2013-2017 гг. в динамике с 2013 по 2016 годы повышается, с 2017 года в динамике снижается. (рис. 3). Так, в 2013 году гонорея среди подростков встречается в 3 случаях на

100 тыс. подростков, в 2014 году - 6, в 2015 году - 7, в 2016 году - 8, в 2017 году составляет 5,15 на 100 тыс. подростков [1,2,3,4,5].



Уровень заболеваемости гонореей среди взрослого населения за период 2013-2017 гг. в динамике снижается (рис. 4). Так, в 2013 году гонорея среди взрослых встречается в 67,5 случаев на 100 тыс. взрослого населения, в 2014 году показатель

снижается до 63,3 случаев, а в последующие годы также снижается до 63,0 в 2015г., в 2016 г. - 58,7, в 2017 - 45 на 100 тыс. взрослого населения [1,2,3,4,5].



Выводы: Таким образом, в результате анализа установлено, что среди взрослых за период 2013-2017 годы заболеваемость снижается, среди детей в возрасте от 0 до 14 лет заболеваемость с 2013 по 2015 годы повышается, а с 2016 по 2017 годы показатель снижается. Среди подростков с 2013 по 2016 годы заболеваемость повышается, а в 2017 году показатель снижается.

Литература:

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики за 2013 г. - Издательство БУЗ УР "РМИАЦ МЗ УР": 227-228с.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики за 2014 г. - Издательство БУЗ УР "РМИАЦ МЗ УР": 214-215 с.

3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики за 2015 г. - Издательство БУЗ УР "РМИАЦ МЗ УР": 140-141 с.

4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики за 2016 г. - Издательство БУЗ УР "РМИАЦ МЗ УР": 151-152 с.

5. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики за 2017 г. - Издательство БУЗ УР "РМИАЦ МЗ УР": 138-139 с.

6. Патологическая анатомия: учебник / А.И. Струков, В.В.Серов. - 5-е изд., стер. - М.: Литтера, 2010. - 534 с., ил. стр. 325.

*Денисенко Л.Н.**Волгоградский государственный медицинский университет***ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ***Denisenko L.N.**Volgograd State Medical University***FEATURES OF NUTRITION FOR PREGNANT WOMEN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA****Аннотация**

Основным фактором, обуславливающим здоровье будущей матери и ребенка при беременности, является правильное и рациональное питание. Потребность в белках, углеводах, микроэлементах во время беременности существенно повышаются, в особенности во втором и третьем триместрах беременности. Значимым аспектом сбалансированного рациона питания беременной женщины служит полное содержание в меню витаминов и минералов.

Annotation

The main factor determining the health of the expectant mother and child during pregnancy is proper and rational nutrition. The need for proteins, carbohydrates, microelements during pregnancy increases significantly, especially in the second and third trimesters of pregnancy. A significant aspect of a balanced diet of a pregnant woman is the full content of vitamins and minerals in the menu.

Ключевые слова: профилактика, информированность, стоматологическое здоровье, гигиена полости рта.

Key words: prevention, awareness, dental health, oral hygiene.

Железодефицитная анемия остается серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве, поскольку частота заболевания не снижается и составляет 15–80% [1, 5]. При дефиците железа у беременной женщины возникает нарушение формирования депо данного минерала у плода, сопровождающееся повышением риска возникновения железодефицитной анемии и увеличением заболеваемости у ребенка после рождения [2, 3]. Профилактика развития железодефицитной анемии должна осуществляться с ранних сроков беременности. В первую очередь необходимо назначение полноценного рациона питания, обеспечивающего возрастающие потребности беременных в железе [4,6,7].

Проведено анкетирование 300 беременных женщин в возрасте 18-35 лет. Рацион питания беременных исследовали с помощью анкетирования, включающего вопросы об особенностях питания. По результатам анкетирования осуществлялась оценка отдельных компонентов диеты.

Анкетирование беременных показало, что лишь 36,7 % женщин придерживались индивидуальных рекомендаций по питанию, данных акушером-гинекологом. Рекомендованные белковые продукты - говядина, язык, печень, сердце, птица, яйца и коровье молоко употребляли 19,1% беременных. Жиры, содержащиеся в сыре, твороге, сметане, сливках включали в питание 26,5% респондентов. Восполнение углеводов за счет ржаного хлеба грубого помола отметили 14,2% женщин; овощей (морковь, капуста, тыква) – 21,3%; фруктов (яблоки, бананы) – 43,7%; круп (гречневая, овсяная) – 42,3%. Большинство беременных 56,7% основным продуктом своего рациона отметили белый хлеб и

картофель. На вопрос «Какие сладости преобладают в Вашем рационе?» 69,5 % опрошенных указало, что основными сладостями являются хлебобулочные изделия (пирожные, торты, булочки), шоколад, конфеты; 17,5 % опрошенных в основном употребляют сахар, в рационе у 13,0 % преобладает мед. На вопрос «Укажите продукты, содержащие наибольшее количество железа» 75,9% опрошенных отметили «печень», тогда как в 100 г свиной печени содержится 19,0 мг железа, в телячьей печени - 5,4 мг. Кроме печени, 12,5 мг железа находится в какао, 8 мг в свекле, 7,2 мг в яичном желтке, 4,9 мг в абрикосах, 4,4 мг в миндале, 3,1 мг в шпинате. Эти продукты как источник железа беременным женщинам были неизвестны.

Важным аспектом сбалансированности рациона питания беременной женщины служит достаточное содержание в меню витаминов и минералов. Значительная роль принадлежит аскорбиновой и фолиевой кислоте. Также для нормального метаболизма железа в организме необходимы витамины А, В2, В6, В12 и минералы (медь, марганец и т.д.) [8,9]. В связи с этим на вопрос «Назначали ли Вам поливитаминные препараты» почти 100% опрошенных ответили утвердительно, однако лишь 53,4% отметили, что применяют назначенный поливитаминный комплекс. Остальные 46,6% женщин либо не приобрели, либо употребляли рекомендованные препараты не регулярно.

Таким образом, беременные женщины имеют недостаточные знания о полноценном и рациональном питании. Необходимо совершенствование санитарно-гигиенического воспитания беременных о правильном питании с целью профилактики развития железодефицитной анемии.

Литература:

1. Бахмудов Б.Р., Бахмудова З.Б. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно гигиенические навыки ухода за полостью рта у беременных женщин // *Стоматология*. – 2000. – №3. – С. 12-14.
2. Горюнова А.И., Скрипка М.О. с соавт. Знания и навыки гигиены полости рта беременных женщин // *Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке*. 2016. Т. 18. № 1. С. 162-164.
3. Данилина Т.Ф., Михальченко Д.В. с соавт. Мотивация здорового образа жизни и формирование пищевого статуса беременных женщин // *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2017. № 3 (63). С. 45-47.
4. Денисенко Л.Н., Данилина Е.В. Оценка состояния пародонта беременных женщин до и после лечения // *Электронный сборник научных трудов "Здоровье и образование в XXI веке"*. 2010. Т. 12. № 10. С. 496-497.
5. Деревянченко С.П. с соавт. Стоматологическое здоровье беременных женщин // *Журнал*

научных статей *Здоровье и образование в XXI веке*. 2012. Т. 14. № 2. С. 147.

6. Данилина Т.Ф. с соавт. Современные средства терапии воспалительных заболеваний пародонта беременных женщин // *Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке*. 2016. Т. 18. № 1. С. 304-306.

7. Михальченко В.Ф., Жидовинов А.В. с соавт. Показатели местного иммунитета при гальванозе полости рта // *Фундаментальные исследования*. 2015. № 1-2. С. 303-306.

8. Спиричев В.Б., Шатнюк Л.Н., Позняковский В.М. Обогащение пищевых продуктов витаминами и минеральными веществами. Новосибирск. 2004. – 548 с.

9. Mikhalchenko D.V., Danilina T.F., Yakovlev A.T. et al. Clinical and immunological peculiarities of inflammatory periodontal diseases in pregnant women on the background of iron defective anemia // *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2017. Т. 4. № 11. С. 4594-4601.

УДК 378.016:613

Деревянченко С.П.

Волгоградский государственный медицинский университет

Денисенко Л.Н.

Волгоградский государственный медицинский университет

Колесова Т.В.

Волгоградский государственный медицинский университет

Наумова В.Н.

Волгоградский государственный медицинский университет

ФОРМИРОВАНИЕ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ

Derevyanchenko S.P.

Volgograd State Medical University

Denisenko L.N.

Volgograd State Medical University

Kolesova T.V.

Volgograd State Medical University

Naumova V.N.

Volgograd State Medical University

FORMATION OF VALEOLOGICAL THINKING IN THE PROCESS OF PROFESSIONAL TRAINING OF STUDENTS

Аннотация

Валеология охватывает как результаты деятельности людей, выражающиеся в уровне здоровья индивидуума и общества, так и в субъективных силах человека, направленных на создание качественного индивидуального здорового образа жизни. Внедрение принципов валеологического образования содействует активному самосовершенствованию студентов в процессе профессиональной подготовки и укрепления здоровья.

Annotation

Valueology covers both the results of people's activities, expressed in the level of health of the individual and society, as well as in the subjective forces of a person aimed at creating a high-quality individual healthy lifestyle. The introduction of valeological education principles promotes active self-improvement of students in the process of training and health promotion.

Ключевые слова: валеология, образ жизни, профилактика заболеваний, гигиеническое воспитание.

Key words: valeology, lifestyle, disease prevention, hygienic education.

Формирование здорового образа жизни студентов невыполнимо без создания теоретических основ валеологической культуры и практической системы укрепления здоровья [2, 5]. Валеологическая подготовка студентов — это необходимая часть профессиональной подготовки будущих врачей. Важность овладения студентами принципами валеологического мышления в будущей врачебной деятельности с целью профилактики заболеваний, гигиенического воспитания населения и пропаганды здорового образа жизни определяет специфику подготовки врачей-стоматологов [1]. Знания валеологии в процессе обучения обязаны быть частью системы профессионального багажа знаний студентов. Будущий специалист обязан знать факторы, обуславливающие стоматологическое здоровье населения, составляющие здоровый образ жизни, а также способы и средства его поддержания. На приеме стоматолог должен составить валеологический прогноз, план мероприятий по обучению и формированию здорового образа жизни среди различного контингента населения. Поэтому самостоятельная работа студентов стоматологов во время аудиторных занятий и внеаудиторной учебы содержит персональную работу по подготовке и разнообразных печатных и наглядных средств пропаганды санитарной культуры, таких как памятки, буклеты, плакаты, санбюллетени, а также лекции или мультимедийные презентации [3, 7].

Хорошие результаты освоения дисциплины дает самостоятельное оформление студентами протоколов диагностики собственного здоровья, а также выездные занятия в стоматологических кабинетах школ и дошкольных муниципальных учреждений, профилактических отделениях ЛПУ с целью изучения опыта работы специалистов в области профилактики по гигиеническому обучению и воспитанию населения, формированию ценностей здорового образа жизни [4, 6]. Побудительная сила ценности приобретает мотив деятельности и студенты, сопоставляя свои поступки со своей будущей профессией, прогнозируют ее и вносят изменения в свою жизнь.

Профилактика стоматологических заболеваний важная составляющая в работе врача стоматолога. Знания особенностей формирования и путей мотивации здорового образа жизни, выбор методов и форм пропаганды здорового образа жизни вырабатывают правильную санитарную культуру у населения.

Центральным моментом гигиенического воспитания есть развитие определенного порядка действий при чистке зубов. Закрепить и совершенствовать данный навык, сформировать правильную мотивацию к гигиеническим навыкам конкретного пациента и членов его семьи приоритетная задача врача. Немаловажное значение для выработки устойчивых гигиенических навыков по уходу за полостью рта имеет обучение каждой семьи отдельно [1,3].

Следующим фактором, способствующим развитию кариеса, является диета. Необходимо умень-

шение потребления сахарозы, особенно между приемами пищи. Пищу и напитки, содержащие сахар, нужно принимать лишь во время еды. Особенно важна эта информация для родителей пациентов детского возраста. Коррекция пищевого рациона семьи работает эффективнее и способствует поддержанию здоровья полости рта всех членов семьи.

Предупреждению развития кариеса зубов способствует общая и местная фторпрофилактика. На выбор средств фторпрофилактики влияет уровень содержания фтора в питьевой воде в период развития зубов. Студенты стоматолога должны уметь объяснить и убедить родителей, в важности использования зубных паст, обучить детей полоскать рот водой после чистки зубов, чтобы ребенок не проглатывал остатки зубной пасты [8,9].

Таким образом, изучение основ валеологии помогает формированию социально-личностных и профессиональных компетенций врача стоматолога, основа которых - знание и применение на практике методов, направленных на формирование у населения мотиваций, умений и навыков по уходу за полостью рта и привитие культуры поведения.

Литература

1. Авакян И.Б., Бучилова И.А., Воронина Э.В., Голубева Г.Ф. и др. Педагогика и психология, наука и образование: теоретико-методологические подходы и практические результаты исследований. Коллективная монография / под редакцией В.А. Куриной, О.А. Подкопаева. Самара, 2017. - 454 с.
2. Афанасьева О.Ю., Малюков А.В. с соавт. Гарантии и гарантийные обязательства на стоматологическое лечение//Медицинский алфавит. -2014. -Т. 3, № 13. -С. 57-59.
3. Денисенко Л.Н., Деревянченко С.П. Использование интерактивных методов при обучении студентов стоматологического факультета // The scientific heritage, No 7 (7), 2016 p. 42-44.
4. Голубчикова М.Г., Горбачева С.М., Маньков А.В. Проект системы стандартов контроля качества обучения в дополнительном медицинском образовании: Методические рекомендации. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2011. – 43 с.
5. Здоровьесберегающее образование: современные факторы развития. [Под ред. Дворкина Н.И., Лызарь О.Г.] Изд. "Офорг" Самара, 2016. - 205с.
6. Конопля А.И. Компетентностная модель подготовки специалиста-медика/ А.И. Конопля // ВО в России. — 2010. — № 1. — С. 98—101.
7. Михальченко В.Ф., Жидовинов А.В. с соавт. Показатели местного иммунитета при гальванозе полости рта // Фундаментальные исследования. 2015. № 1-2. С. 303-306.
8. Троицкая Ю.И., Деревянченко С.П. Формирование ценностных ориентаций в процессе профессиональной подготовки студентов - стоматологов // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2012. Т. 14. № 4. С. 330.
9. Сызранова Н.Н., Денисенко Л.Н. Внеучебная деятельность школьников здоровьесберегающей направленности//Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. -2012. -Т. 14, № 4. -С. 336-337.

FEATURES OF TUBERCULOSIS OF ACTORS IN XX CENTURY

Калуженина А.А.

Волгоградский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЗНАМЕНИТЫХ АКТЕРОВ XX ВЕКА

Abstract

Tuberculosis has been known as a silent killer since the ancient and it is deemed as the leading global killer, in terms of infectious diseases nowadays, despite of the drug developments and recent researches of new regimes and treatments. Here we shown case history of English stage and film actress Vivien Leigh and her struggle against tuberculosis.

Аннотация

Туберкулез – это опасно заболевание, известное довольно давно. Несмотря на развитие диагностики и лечения, оно продолжает уносить жизни людей, без оглядки на возраст, социальный статус и материальное положение. В нашей работе мы рассматриваем историю болезни знаменитой Британской актрисы, Вивьен Ли. Ее жизнь, историю болезни и борьбу с туберкулезом.

Key words: tuberculosis, psychiatric disorder, antituberculosis drugs, star, MDR tuberculosis.

Ключевые слова: туберкулез, психическое расстройство, противотуберкулезные препараты, звезда, МЛУ туберкулез.

Introduction. According to WHO, Tuberculosis is a worldwide pandemic, highly contagious disease, caused by Mycobacterium Tuberculosis, which was first discovered by the German physician Robert Koch in 1882. Tuberculosis was ranked as the 2nd most leading cause of death in the world in 2014.

Tuberculosis has been known as a silent killer since the ancient and it is deemed as the leading global killer, in terms of infectious diseases nowadays, despite of the drug developments and recent researches of new regimes and treatments, due its association with the following difficulties:

First, its capability to lie dormant at low metabolic activity levels means that antibiotics can fail to eliminate the presence of the disease. Latent TB can progress into active TB in association with immunodeficiency condition, And in the presence of other systemic diseases and co-morbidities.

Second, co-infection of HIV with Tuberculosis or presence of co-morbidities, e.g. Smoking and alcoholism, and concomitant diseases, for example, extra pulmonary diseases – peptic ulcer diseases, Diabetes mellitus; cancer; psychiatric disorders, emotional stress and pregnancy.

Third, patient's compliance, which is the keystone for treating tuberculosis. This does not only require patients to take drugs according to proper dose regime and also, their voluntary admission into anti-tuberculosis dispensary for Long-term treatment.

Fourth, inadequate diagnostics and treatment; around 3.6 million TB cases are estimated to be missing every year comparing with the estimated figure; this means that they are not diagnosed and/or notified to public health systems.

Aside from that, tuberculosis bacterium takes advantage of a variety of environments inside the body,

meaning that antibiotics must be used that address multiple types of infections and infected areas. This had led to the current approach, using 3 to 4 different drugs targeting extracellular bacteria in sputum, inside necrotic tissue, and persistent strains.

The result of a multi-drug treatment is creating a bacterium lead to the development of multiple drug resistant (MDR) and extensively drug resistant (XDR), which remains the greatest challenge in the fight against TB.

Purpose. The aim of my research is: 1) to reveal the historical development of TB treatment in the past decades, especially in the 1940s-1970s, in relation to the treatment underwent by my subject of study -- Vivien Leigh.

Materials and methods. The subject of our research, Vivien Leigh (5 November 1913 – 8 July 1967) was an English stage and film actress, renowned for her iconic performances as Scarlett O'Hara in Gone with the Wind (1939).

She suffered from bipolar disorder, miscarriages, as well as recurrent bouts of chronic tuberculosis, which was first diagnosed in the 1945. After 6 weeks of treatment she began recuperating but nevertheless, the recurrent attack of tuberculosis, complicated by pulmonary edema ultimately claimed her life, at the age of 53 in 1967.

Let's take a look on the treatment against Tuberculosis in the 1940s- 1960s, which were the period when Vivien Leigh was contracted with Tuberculosis.

Before the discovery of chemotherapy, Sanatorium movement are considered as the fundamental treatment of Tuberculosis.

The sanatorium movement includes a combination of clean air, rest, posture, mild, calibrated exercise; and a healthful diet. Rest -- chiefly in outdoor lounges. Cer-

tain postures, for example, bed rest in the horizontal position, helps slowing down the progression of the disease. The gravity-dependent distribution of pulmonary blood flow in the upright position created high oxygen tensions in the apices of the lungs, which favored growth of *M. tuberculosis*; thus, lying flat in bed reduced multiplication of tubercle bacilli.

During this period, several novel therapeutic interventions were introduced and some of the manipulations are still widely used nowadays as treatment for pulmonary tuberculosis. These included artificial pneumothorax, artificial pneumoperitoneum, thoracoplasty, and lung resection.

However, the sanatorium era was replaced with the advent of effective chemotherapy in the mid-1950s, with the discovery of streptomycin in 1945, an antibiotic proven to be effective against the growth of *M. Tuberculosis* strains.

There were 7 steps in development of chemotherapy of tuberculosis:

1. streptomycin was announced in 1945, although application was limited by the rapid development of resistance.

2. Para-Aminosalicylic acid (PAS), also discovered in 1945, when combined with streptomycin was found to greatly reduce the occurrence of drug resistance.

Streptomycin and PAS had significant side effects and each when given alone caused the development of drug resistance. Accordingly, a momentous clinical trial by the British Medical Research Council (BMRC) documented the superior value of combined treatment compared with either streptomycin or PAS alone, hence it led to the start of an axiom of treatment: never treat active tuberculosis with a single agent.

3. In 1952, isoniazid was introduced, it was inexpensive, well tolerated, and safe, but patients subsequently relapsed, with about three-fourths of them developed resistant to isoniazid when given alone, again demonstrating that multiple drug therapy was necessary.

4. In the early 1960s, ethambutol was shown to be effective on isoniazid- and streptomycin-resistant organisms and better tolerated than para-aminosalicylic acid.

5. In the 1970s, rifampin was discovered. The combination of rifampin with isoniazid and ethambutol enabled therapy to be shortened to 9 months and led to improved cure rates 1.

6. Pyrazinamide was discovered in the late 1940s, At first, the side effect of this drug was deemed too toxic to be listed as the first-line therapy, but incorporation of lower doses of pyrazinamide into the first-line regimen (isoniazid and rifampin) led to a further reduction of treatment duration to six months.

7. Other drugs developed during this time, including cycloserine, ethionamide, kanamycin, and capreomycin have played an important role in treating drug-resistant tuberculosis.

Both sanatorium measures and the chemotherapy were clinically proven to highly effective against Tuberculosis since their discovery even before 1940s.

However, Vivian Leigh didn't achieve a complete recovery from tuberculosis despite of the therapeutic measures available at that time, and had recurrent attack of Tuberculosis in 1967, which eventually took her life away. Her recurrent bout of tuberculosis is closely related to the co-morbidities and her severe psychiatric disorder.

According to our research, aside from contracting chronic pulmonary tuberculosis, Vivien Leigh was simultaneously fighting against bipolar disorder, suffering from tremendous physical stress and emotional stress triggered by divorces and job-related critics. She also suffered from miscarriages twice and was well known as a heavy smoker (4 packs of cigarette per day) and alcohol-abuser. She put her career in front of her health, working long hours and needing only a little rest and sleep.

Vivien Leigh was one of the star, which fell victim to psychiatric misdiagnosis & violent treatment

In 1944, Leigh fell during a rehearsal for a play and suffered a miscarriage. Her health had been on a constant deterioration since then, as she simultaneously battling insomnia, bipolar disorder and a respiratory ailment that was eventually diagnosed as tuberculosis in 1945. Diagnosed with tuberculosis (TB), she continued performing until closing night. After six weeks of treatment in a hospital the TB showed signs of abating and she recuperated at home over the following year.

However, she continued to experienced bouts of hysteria and manic depression. Her psychiatric condition deteriorated as she mixed alcohol with her TB medication. Also, 1 of the anti-tuberculosis drug she received -- Isoniazid, had side effects that included mental confusion and toxic psychosis.

Nowadays, it is clinically proven that drugs used to treating mental illnesses, such as depression, may have significant interactions with anti-tuberculosis agents, especially isoniazid and increasingly linezolid. vice versa, many medications used in the treatment of tuberculosis can have significant adverse psychiatric effects and rifampicin may reduce the effective doses of anti-psychotics by their enzyme induction actions.

In the early 1950s, Leigh began having hallucinations, and was admitted to a psychiatric facility. Here, she was brutally packed in ice as part of her "treatment" and subjected to repeated electroshocks (electroconvulsive therapy). Then ECT was temporarily abandoned and replaced by powerful psychotropic drugs—especially dangerous as they were combined with her TB medication. After another miscarriage, she had a breakdown in 1953, and in 1960 her declining mental condition was exacerbated by a divorce.

In May 1967, Leigh's medical doctor informed her that the TB had spread to both lungs and her condition was critical. Her immunity and health were destroyed gradually by years of electroshocks and psychiatric drugs treatments, and she succumbed to it less than two months later.

Results. Due to the aforementioned problems in the fight against TB, diagnostics and effective treatment of TB had remain a big challenge to the society nowadays despite of the advent modern medicine and health infrastructure, especially when TB is diagnosed

together with co-morbidities and co-infections of the organism. Perhaps the new diagnostic tests for TB will lead to a breakthrough to more accurate and cost-effective diagnosis of TB in the near future.

Conclusion. Tuberculosis is a curable disease, only with which timely and accurate diagnose, adequate drug regime and patients' compliance are the cores of the principle of its treatment. The diagnosis of common co-morbidity, concomitant diseases contracted simultaneously with tuberculosis are important, as potential interactions between the drugs used to treat tuberculosis and other systemic or psychiatric conditions can pose a great danger to the health of an organism.

Reference

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4927938/>
2. http://erj.ersjournals.com/content/20/36_supp1/87S.long
3. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2017.00689/full>
4. http://www.findadeath.com/Deceased/1/Vivien%20Leigh/vivien_leigh.htm
5. <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1513/AnnalsATS.201509-632PS>
6. <https://report.nih.gov/nihfactsheets/ViewFactSheet.aspx?csid=31>
7. http://www.1to1vitamins.com/index.php?option=com_content&view=article&id=254:vivien&catid=8&Itemid=114
8. <https://vivienleigh.wordpress.com/2009/07/29/vivien-leigh-a-star-that-fell-victim-to-psychiatric-misdiagnosis-violent-treatment/#ampshare=https://vivienleigh.wordpress.com/2009/07/29/vivien-leigh-a-star-that-fell-victim-to-psychiatric-misdiagnosis-violent-treatment/>
9. <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/13-020313/en/>
10. Michelangelo Capua. *Vivien Leigh: A Biography*. McFarland published in 2013.
11. Brian Lee Palmer. *The Leper Factory*. iUniverse Inc. Published in 2007.

*Касимов И.А.,
Шаджалилова М.С.,
Бурибаева Б.И.,
Агзамова У.А.,
Саидазимова М.Т.,
Таджибаева Д.Ш.,
Собирова М.Ф.*

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СОЧЕТАНИЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

*Kasimov I.A.,
Shadzhililova M.S.,
Buribaeva B.I.,
Agzamova U.A.,
Saidazimova M.T.,
Tadzhibaeva D.Sh.,
Sobirova M.F.*

ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF COMBINATIONS OF THE CITOKIN PROFILE IN ACUTE DIARRHEAS DISEASES IN CHILDREN

Ключевые слова: острые диареи, бактериальные кишечные инфекции, дети, иммунология, цитокины, интерлейкины

Key words: acute diarrhea, bacterial intestinal infections, children, immunology, cytokines, interleukins

Введение. Анализ цитокинового профиля при инфекционных заболеваниях вносит понимание механизмов функционально-морфологических изменений в органах и тканях, а также их связь с клинической картиной. Однако эти исследования недостаточно освещают уровень, динамику и особенностей изменения профиля исследуемых нами ЦК, их сочетания, изолированно и при различных по этиологии острых кишечных инфекций [1,2,3,4,5]. Исходя из этого, **целью** работы была анализ частоты сочетаний различных цитокинов при острых кишечных инфекциях у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено обследование 76 детей в возрасте

от 6 месяцев до 3 лет, больных с острыми кишечными инфекциями различной этиологии. Клинический диагноз больных был подтвержден бактериологическим методом. При этом выявлен сальмонеллез у 22 (28,9%) больных, дизентерия у 20 (26,3%), эшерихиозная инфекция – у 16 (21,1%) и у 18 (23,6%) больных детей диагноз был бактериологически неустановленной. Тест-системы для определения цитокинов (разработаны Гос НИИ ОЧБ Санкт-Петербург, производство ООО «Протеиновый контур» и «Цитокин») основаны на «сендвич»-методе твердофазного иммунного иммуоферментного анализа с применением пероксидазы хрена в качестве индикаторного фермента.

Результаты и обсуждение. В результате исследований установлено, что из 76 больных как отдельные ЦК, так их различные сочетания выявлены у 63 (82,8±4,3%). Один ЦК из числа изученных нами был обнаружен у 32 (42,1±5,6%) в подавляющем большинстве случаев у 30 (39,5±5,6%) – это был ИЛ-4. В группе больных с сальмонеллезом изолированно ИЛ-4 выявлен у 7 (9,21±3,3%) больных, с дизентерией у 8 (10,5±3,5%), больных с эшерихиозами у 4 (5,26±2,5%) больных и в группе больных с острой диареей неустановленной этиологии у 11 (14,7±4,03%). Изолированно ФНО-α и ИЛ-1 найден у 2 больных, в группе больных сальмонеллезом 1 (1,3±1,3%) и 1 (1,3±1,3%) в группе с *Esherichia Coli*. Два ЦК выявлены у 15 (19,8±4,6%) больных (ИЛ-4 в сочетании с ИЛ-1 или с ФНО): при сальмонеллезе – у 4 (5,3±2,5%), при дизентерии – у 5 (6,6±2,8%), при *Esherichia Coli* – у 2 (2,6±1,8%) и в группе с острой диареей неустановленной этиологии – у 4 (5,26±2,5%) больных. Три ЦК обнаружены у 4 (5,26±2,5%) ИЛ-4 в сочетании ИЛ-1Я с ФНО-α при сальмонеллезе, дизентерии и *Esherichia Coli* – у 2 (2,6±1,8%); 1 (1,3±1,2%) и 1 (1,3±1,2%) больного соответственно. Все 4 ЦК выявлены у 12 (15,8±4,2%) больных; при сальмонеллезе у 4 (5,3±2,5%), у 3 (3,94±2,2%) – при дизентерии, у 2 (2,6±1,8%) – при *Esherichia Coli* и у 3 (3,94±2,2%) в группе больных «ОКИ неустановленной этиологии».

Для более подробного изучения профиля ЦК в отдельных вышеуказанных группах больных (по этиологии) нами была изучена частота выявления отдельных ЦК в группах. В группе больных сальмонеллезом (n=22) ИЛ-1Я, ФНО-α, ИЛ-4 и ИЛ-6 обнаружены у 9 (40,9±10,41%) больных; у 8 (36,3±10,2%); у 17 (77,3±8,9%) и у 4 (18,2±8,2%) соответственно. В данной группе больных дизентерией (n=20) ЦК найден у 7 (35±10,6%); у 6 (30±9,7%) у 17 (85±7,9%); и у 3 (15±7,9%) больных соответственно. Все 4 ЦК обнаружены у 3 (15±7,9%) больных, у 3 (15±7,9%) больных ЦК не обнаружены. В группе больных с *Esherichia Coli* (n=16) ЦК найдены у 4 (25±10,8%) больных; у 5 (31,2±11,5%); у 9 (56,3±12,3%) и у 2 (12,5±8,3%) соответственно. Все 4 ЦК обнаружены – у 2 (12,6±8,3%). Не обнаружены ЦК – у 6 (37,5±12%) больных. В группе больных с ОКИ неустановленной этиологией (n=18) обращает на себя то, что ИЛ-4 обнаружен у всех больных, при этом изолированно у 11 (61,1±11,4%). Цитокины 1Я, ФНО-α, ИЛ-6 были обнаружены – у 7 (38,8±11,4%); у 3 (16,6±8,7%) и у 3 (16,6±8,7%) соответственно. Все четыре ЦК выявлены – у 3 (16,6±8,7%).

Уровни и динамика изменения средних значений концентраций изученных ЦК в периферической крови были также проанализированы нами в зависимости от этиологии заболеваний. Как показали результаты исследований у всех больных независимо от этиологии заболевания, отмечалось многократное возрастание продукции цитокинов в сравнении с показателями здоровых. Так, например

в группе больных сальмонеллезом (I группа) уровень ИЛ-1Я в 1-3 день болезни составил $73 \pm 5,15$ мг/мл против $5,46 \pm 0,79$ мг/мл по сравнению с показателями цитокинов ИЛ-1Я и ФНО-α, но достоверно повышен по сравнению с контролем: $6,1 \pm 0,89$ мг/мл ($p < 0,001$). В группе больных дизентерией в остром периоде болезни уровень ИЛ-1Я недостоверно повышался до $74,7 \pm 5,14$ мг/мл по сравнению с аналогичным показателем в группе с сальмонеллезом ($p < 0,05$) и достоверно против контроля ($5,46 \pm 0,779$) ($p < 0,001$).

Содержание ЦК с ФНО-α, ИЛ-4 и ИЛ-6 недостоверно имело тенденцию к повышению составляя в среднем $76,6 \pm 3,15$ пг/мл; $57,2 \pm 2,58$ пг/мл и $61,2 \pm 5,89$ пг/мл против аналогичных показателей у больных сальмонеллезом, но при этом достоверно повышались против показателей в контроле ($5,46 \pm 0,79$ пг/мл, $6,0 \pm 0,92$ пг/мл и $6,1 \pm 0,89$ пг/мл) соответственно ($p < 0,001$). В группе больных с эшерихиозной инфекцией все изученные цитокины ИЛ-1β, ФНО-α, ИЛ-4, ИЛ-6 достоверно были сниженными в сравнении с показателями в остальных группах больных ($p < 0,01-0,001$), составляя в среднем $25,2 \pm 5,16$ пк/мл; $39,3 \pm 4,12$ пк/мл; $30,6 \pm 3,89$ пк/мл и $54,4 \pm 7,0$ пк/мл, при этом достоверно повышались против показателей в контроле: $5,46 \pm 0,79$ пк/мл ($p < 0,001$), $6,0 \pm 0,92$ пг/мл ($p < 0,001$); $6,1 \pm 0,89$ пг/мл ($p < 0,001$) и $6,6 \pm 0,8$ пг/мл. в группе больных с острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии изученный профиль ЦК повышался до $88,7 \pm 5,14$ пг/мл; $83,4 \pm 4,6$ пк/мл; $76,6 \pm 2,68$ пг/мл и $68,2 \pm 5,89$ пг/мл соответственно: при этом достоверно отличаясь в сравнении с показателями в группе эшерихиозной инфекцией и контрольной группы ($p < 0,05-0,001$).

Полученные результаты показали, что показатели ИЛ-1α и ФНО-α были высокие при дизентерии и сальмонеллезе, а показатели ИЛ-4, ИЛ-6 были в пределах средних значений. Исключение составили дети с эшерихиозной инфекцией, у которых наблюдались наименьшие показатели всех ЦК. В группе больных с ОКИ неустановленной этиологией уровни всех ЦК были выше, чем в других группах.

На основании полученных данных, нами отмечалась положительная динамика в снижении концентрации ЦК во всех группах больных, но эти показатели не достигали нормативных значений. Наибольшие значения ЦК с ИЛ-1α, сохранялись в группе с острой диареей неустановленной этиологии, а наименьшие значения в группе с эшерихиозной инфекцией. Содержание ЦК с ИЛ-4 в группах больных сохранялось до $26,2 \pm 4,3$ пг/мл; ($p < 0,0001$) $27,2 \pm 4,3$ пг/мл ($p < 0,001$); $14,1 \pm 4,5$ пг/мл ($p < 0,05$) и $38,3 \pm 3,8$ пг/мл против $6,1 \pm 0,89$ пг/мл в контрольной группе. Необходимо отметить, что наибольшие концентрации ЦК с ИЛ-1α и ФНО-α сохранялись в группах больных сальмонеллезом, дизентерией и ОКИ неустановленной этиологией, а наибольшая концентрация ЦК с ИЛ-4 в группе с ОКИ неустановленной этиологией.

Выводы.

1. Различия в уровнях цитокинов ФНО- α , ИЛ-1 α – ИЛ-6 при острых кишечных инфекциях, особенно бактериального генеза, могут указывать на различную глубину поражения слизистой оболочки кишечника, эти поражения сопровождаются повышением СОЭ в крови, лихорадкой и высоким наличием в крови острофазных белков, что в свою очередь указывает на участие данных цитокинов в патогенезе названных синдромов.

2. Частое (80,2 \pm 4,5%) выявление ИЛ-4 свидетельствует о его важной противовоспалительной роли при циклическом течении острых диарейных заболеваний любой этиологии, способствующей развитию регенераторно-восстановительных процессов и активации образования антител. Столь высокая частота выявления ИЛ-4 с первых дней болезни может быть обусловлена реакциями организма ребенка по типу вторичного иммунного ответа.

УДК 577.23+616.314-002-053.2/.6:616.31-007

Коновалов Н.Ф.

к. мед.н., Одесский национальный медицинский университет

Денга О.В.

д. мед. н.

Вербицкая Т.Г.

к. биол. н.

Государственное учреждение «Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Национальной академии медицинских наук Украины»

[DOI: 10.24411/2520-6990-2019-11103](https://doi.org/10.24411/2520-6990-2019-11103)

**МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МАРКЕРОВ РАЗВИТИЯ ЗУБНОЙ ЭМАЛИ,
ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ НА ФОНЕ
МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОРГАНОВ РОТОВОЙ
ПОЛОСТИ**

Konovarov N.F.

Odessa National Medical University

Denga O.V.,

Verbitskaya T.G.

State Establishment «The Institute of Stomatology and Maxillo-Facial Surgery

National Academy of Medical Science of Ukraine»

**MOLECULAR-GENETIC ASSESSMENT OF MARKERS OF THE DEVELOPMENT OF DENTAL
ENAMEL, LIPID METABOLISM AND INFLAMMATION IN CHILDREN WITH EPILEPSY ON THE
BACKGROUND OF MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL ORGAN disorders OF THE ORAL
CAVITY**

Аннотация

Актуальность. В текущий момент известно более десятка генов, мутации в которых приводят к развитию разных форм эпилепсии, однако в этой области все еще остается много неясного, как и в эпилептогенезе в целом.

Целью данного исследования была оценка состояния генетических маркеров, связанных с развитием зубной эмали и определяющих липидный обмен и воспаление у детей больных эпилепсией на фоне морфологических и функциональных нарушений органов ротовой полости – кариеса, некариозных поражений зубов и воспалительных процессов в тканях пародонта.

Материалы и методы. В исследовании изучались маркеры генов AMELX, TNF, IL-4, SOD1, CAT у детей больных эпилепсией на фоне морфологических и функциональных нарушений органов ротовой полости на клетках буккального эпителия.

Выводы. Проведенные исследования показали, что у детей с эпилепсией в случае функциональных нарушений ротовой полости из выбранных 6 генетических маркеров, связанных с развитием зубной эмали, липидным обменом и воспалением в организме, наибольший полиморфизм наблюдался в генах AMELX (rs946252) и CAT, которые мы предлагаем использовать для разработки схемы лечебно-профилактических мероприятий как наиболее репрезентативные.

Abstract

Introduction. Currently, more than a dozen genes are known, mutations in which lead to the development of different forms of epilepsy, however, much is still unclear in this area, as in epileptogenesis in general.

Purpose of the study. The aim of this research was an assessment of the status of genetic markers associated with the development of tooth enamel and determining lipid metabolism and inflammation in children with epilepsy on the background of morphological and functional organ disorders of the oral cavity - caries, non-caries tooth lesions and inflammatory processes in periodontal tissues.

Materials and methods. The gene markers AMELX, TNF, IL-4, SOD1, CAT in children with epilepsy patients on the background of morphological and functional disorders of the oral organs on buccal epithelial cells were studied in this research.

Results. Conclusions. Research have shown that in children with epilepsy in the case of functional disorders of the oral cavity from the selected 6 genetic markers associated with the development of tooth enamel, lipid metabolism and inflammation in the body, the greatest polymorphism was observed in the AMELX (rs946252) and CAT genes that we propose to use to develop a scheme of treatment and preventive measures as the most representative.

Ключевые слова: молекулярно-генетические исследования, эпилепсия, ротовая полость, дети.

Key words: molecular genetic studies, epilepsy, oral cavity, children.

Эпилепсия представляет собой хроническое неинфекционное заболевание мозга, которому подвержены люди всех возрастов. Эпилептические приступы начинаются у здорового ребенка в возрасте от 6 до 14 месяцев, часто с фокального или генерализованного статуса, при этом гемиклонии могут носить альтернирующий характер. В последствии появляются другие типы приступов – миоклонии, парциальные, атонические и абсансы, которые часто провоцируются повышением температуры [1, 2].

Многие патогенетические механизмы фоновых заболеваний могут приводить к развитию эпилепсии, однако примерно в половине случаев ее этиология остается неизвестной. Причины эпилепсии подразделяются на следующие категории: структурные, генетические, инфекционные, метаболические, иммунные и неизвестные этиологические факторы.

В текущий момент во всем мире ведутся активные молекулярно-генетические исследования эпилепсии и известно более десятка генов, мутации в которых приводят к развитию разных форм эпилепсии, однако в этой области все еще остается много неясного, как и в эпилептогенезе в целом [3, 4].

В настоящее время акцент в лечении эпилепсии делается на улучшение качества жизни пациентов не только путем купирования приступов, но и минимизации побочных эффектов лекарств [5]. При этом и состояние пациентов, и его медикаментозная курация могут повлиять на здоровье органов полости рта, в частности зубов и тканей пародонта. Данные литературы свидетельствуют о том, что пациенты, которые несистемно лечатся от эпилепсии и которые испытывают частые генерализованные тонико-клонические судороги, демонстрируют худшее состояние здоровья полости рта по сравнению с пациентами у которых наблюдается только судороги, не связанные с жевательной мускулатурой [6]. Совершенно очевидно и то, что пациенты, живущие с эпилепсией, испытывают особенные потребности во время стоматологического лечения, а предотвращение морфологических и функциональных нарушений органов ротовой полости и тщательно спланированное лечение зубов – путь к улучшению и качеству жизни людей, страдающих эпилепсией.

Целью данного исследования была оценка состояния генетических маркеров, связанных с разви-

тием зубной эмали и определяющих липидный обмен и воспаление у детей больных эпилепсией на фоне морфологических и функциональных нарушений органов ротовой полости – кариеса, некариозных поражений зубов и воспалительных процессов в тканях пародонта.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 11 детей (6 девочек, 5 мальчиков) возраста 7-9 лет с эпилепсией на фоне морфологических и функциональных нарушений органов ротовой полости, связанных с патологией твердых тканей зубов и пародонта.

В работе изучали маркеры генов AMELX (ген, участвующий в биоминерализации при развитии зубной эмали), TNF (фактор некроза опухоли), IL-4 (регулирует рост и дифференцировку В-лимфоцитов, а также процессы биосинтеза и секреции антител), SOD1 (супероксиддисмутаза 1), CAT (ген кодирующий каталазу). Выделение ДНК из клеток буккального эпителия проводили по модифицированной методике с Chelex [7].

Аллельные варианты генов AMELX (rs17878486, T>C), AMELX (rs946252, T>C), TNF (-308 G/A), IL-4 (-590 C>T), SOD1 (G7958A), CAT (C-262T) оценивали методом аллель специфической полимеразной цепной реакцией (ПЦР). ПЦР проводили на амплификаторе BIO-RAD (США).

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты исследования полиморфизма генов, участвующих в развитии зубной эмали и определяющих липидный обмен и воспаление приведены в таблицах 1 и 2.

Ген AMELX кодирует белок структурного моделирования – амелогенин, который работает с другими белками, связанными с амелогенезом. Этот процесс предполагает формирование эмалевых стержней – основы зубной эмали, а также рост кристаллов гидроксиапатита. Ген участвует в биоминерализации во время развития зубной эмали [8]. Мутации в гене AMELX могут привести к несовершенному амелогенезу, который относится к набору дефектов эмали в результате генетических или экологических причин [9]. В нашем случае в полиморфизме rs17878486 гена AMELX у детей больных эпилепсией, как видно из таблицы 1, мутации составляли 18,2% и отсутствовали гетерозиготы. Однако в полиморфизме rs946252 гена AMELX нарушения составили 54,6 %, при этом мутации отмечены у пациентов 45,5 %, а гетерозиготы 9,1 % (табл. 1).

Результаты исследования полиморфизма генов развития зубной эмали у детей больных эпилепсией на фоне функциональных нарушений ротовой полости

№п/п	AMELX (T>C) Rs17878486			AMELX (T>C) Rs946252		
	н	г	м	н	г	м
1	ТТ				ТС	
2	ТТ					СС
3	ТТ			ТТ		
4	ТТ			ТТ		
5	ТТ					
6	ТТ					СС
7	ТТ			ТТ		
8			СС			СС
9	ТТ			ТТ		
10			СС			СС
11	ТТ					СС
%	81,8	-	18,2	36,4	9,1	45,5

Примечание: н – норма; г – гетерозигота; м – мутация.

IL-4 является геном, кодирующим белок, представляющий собой плейотропный, противовоспалительный цитокин, продуцируемый активированными Т-клетками. Этот цитокин является лигандом для рецептора интерлейкина 4. Заболевание, связанные с IL-4, включают механизмы токсико-аллергических реакций IV типа по Адо – реакция замедленного типа. Тканевые макрофаги играют важную роль в хроническом воспалении и заживлении ран [10]. Присутствие IL-4 во внесосудистых тка-

нях способствует альтернативной активации макрофагов в клетках М2 и ингибирует классическую активацию макрофагов в клетках М1. Полиморфные аллельные варианты в нашем случае в гене IL-4 составляли 27,3 %, при этом мутации отмечены у пациентов в 9,1 % случаев, а гетерозиготы в 18,2 % (табл. 2). Преобладание гомозиготного генотипа по более редкому аллелю 4b/4b и тенденция к уменьшению числа носителей распространенного аллеля 4a/4a.

Таблица 2

Результаты исследования полиморфизма генов липидного обмена и воспаления у детей больных эпилепсией на фоне функциональных нарушений ротовой полости

№ п/п	IL-4 (-540 C>T)			TNF (-308 G/A)			SOD1 (G7958A)			CAT (C-262T)		
	н	г	м	н	г	м	н	г	м	н	г	м
1	СС			GG			GG			СС		
2	СС				GA		GG					ТТ
3	СС				GA		GG				СТ	
4	СС			GG			GG				СТ	
5	СС			GG			GG				СТ	
6	СС			GG			GG				СТ	
7	СС			GG			GG				СТ	
8	СС				GA			GA		СС		
9		СТ		GG			GG			СС		
10			ТТ	GG				GA			СТ	
11		СТ		GG				GA		СС		
%	72,7	18,2	9,1	72,7	27,3	-	72,7	27,3	-	36,4	54,5	9,1

Примечание: н – норма; г – гетерозигота; м – мутация.

Ген TNF кодирует многофункциональный провоспалительный цитокин, который принадлежит к суперсемейству факторов некроза опухолей. Этот цитокин участвует в регуляции широкого спектра биологических процессов, включая пролиферацию клеток, дифференцировку, апоптоз и липидный обмен. Цитокин также вовлечен во множество заболеваний, включая аутоиммунные заболевания, рези-

стентность к инсулину и рак [10]. У детей с эпилепсией в нашем случае отсутствовали мутации, а гетерозиготы составляли 27,3 % (табл. 2).

Ген SOD1 (супероксиддисмутаза 1) кодирует белок, который связывает ионы меди и цинка и является одним из двух изоформ, ответственных за разрушение свободных супероксидных радикалов в организме. Кодируемый изоформ представляет со-

бой растворимый цитоплазматический белок, действующий как гомодимер для превращения встречающихся в природе, но вредных супероксидных радикалов в молекулярный кислород и перекись водорода. Другой изоформ является митохондриальным белком. Заболевания, связанные с SOD1, включают боковой амиотрофический склероз и заболевания двигательных нейронов. В нашем случае в гене SOD1 отсутствовали мутации и гетерозиготы составляли 27,3 % (табл. 2).

Ген CAT кодирует каталазу – ключевой антиоксидантный фермент в защите организма от окислительного стресса. Каталаза превращает химически активные перекиси водорода в воду и кислород и тем самым смягчает токсическое действие перекиси водорода. Предполагается, что окислительный стресс играет роль в развитии многих хронических заболеваний, свидетельствующих об истощении компенсаторных возможностей организма, таких как диабет, астма, болезнь Альцгеймера, системная красная волчанка, ревматоидный артрит и опухоли эпителиальной ткани. Полиморфизмы в этом гене связаны с уменьшением активности каталазы, но на сегодняшний день акаталаземия является единственным заболеванием, которое, как известно, вызывается рецессивной мутацией данного гена [11]. Фермент каталазы синтезирует в тканях кислород путём расщепления перекиси водорода на воду и кислород. Следовательно, у таких больных образующаяся перекись водорода не расщепляется, а способствует окислению гемоглобина в метгемоглобин и развитию местной гипоксии. Перекись водорода может синтезироваться микроорганизмами, входящими в состав зубных бляшек или биоплёнок, и при отсутствии каталазы кумулироваться в ней, поэтому чем больше микробных скоплений, тем сильнее действие перекиси на пародонт, тем значительнее разрушения тканей пародонта [12]. Полиморфные аллельные варианты в нашем случае в гене CAT у детей с эпилепсией на фоне функциональных нарушений ротовой полости, как видно из таблицы 2, составляли 63,6 %, при этом мутации отмечены у 9,1 % детей, а гетерозиготы 54,5 %.

Выводы.

1. У детей с эпилепсией в случае морфологических и функциональных нарушений органов ротовой полости из выбранных 6 генетических маркеров, связанных с развитием зубной эмали, липидным обменом и воспалением в организме, наибольший полиморфизм наблюдался в генах AMELX (rs946252) и CAT.

2. Указанные гены могут быть использованы при данной патологии ЦНС, сопровождающейся развитием кариеса зубов и заболеваний пародонта как наиболее репрезентативные.

3. Необходимо учитывать полученные результаты генетических исследований для разра-

ботки схемы лечебно-профилактических мероприятий при морфологических и функциональных нарушениях органов ротовой полости у пациентов с эпилепсией.

Список литературы

1. **Белоусова Е. Д.** Генетика эпилепсии: зачем и как обследовать детей с эпилепсией // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – Спецвыпуск №1. – С. 4–8.
2. **Аминова Д. А.** Современные аспекты генетики эпилептической энцефалопатии и симптоматической эпилепсии у детей // Евразийский Союз Ученых (ЕСУ). – 2016. – № 29. – С. 38–42.
3. **Okuda T., Sumiya T., Iwai N., Viyata T.** Pridoxine-5-phosphate oxidase is a candidate gene responsible for hypertension in Dohls rats. *Biochemical and biophysical research communications*. – 2004. – №313 (3). – P. 647–653.
4. **Schulre-Bonhage A., Kurthen M., Walger P.** Pharmacorefractory status epilepticus due to low vitamin B6 levels during pregnancy. *J. Epilepsia*. – 2004. – №45(1). – P. 81–84.
5. **Hadjiioizou S. M., Bourgeois B. F.** Antiepileptic drug treatment in children. *Expert Rev. Neurother.* 2007. – №7. – P. 179–193.
6. **Karolyhazy K., Kovacs E., Kivovics P., Fejerdy P., Aranyi Z.** Dental status and oral health of patients with epilepsy: An epidemiologic study. *Epilepsia* 2003. – № 44. – P. 1103–1108.
7. **Walsh P. S., Metzger D. A., Higuchi R.** Chelex 100 as a Medium for Simple Extraction of DNA for PCR-Based Typing from Forensic Material. *BioTechniques*. – 2013. – № 54(3). – P. 134–139.
8. **Gibson C. W., Yuan Z. A., Hall B., Longenecker G., Chen E., Thyagarajan T., Sreenath T., Wright J. T., Decker S., Piddington R., Harrison G., Kulkarni A. B.** Amelogenin-deficient mice display an amelogenesis imperfecta phenotype. *The Journal of Biological Chemistry*. – 2001. – №276 (34). – P. 31871–5. doi:10.1074/jbc.M104624200. PMID 11406633.
9. **Wright J. T.** The molecular etiologies and associated phenotypes of amelogenesis imperfecta. *American Journal of Medical Genetics Part A*. – 2006. – № 23(140). – P. 2547–55. doi:10.1002/ajmg.a.31358. PMC 1847600. PMID 16838342.
10. **Taso E., Stefanovic V., Gaudin A., Grujic J., Maldonado E., Petkovic-Curcin A., Vojvodic D., Sculean A., Rakic M.** Effect of dental caries on periodontal inflammatory status: A split-mouth study. *Arch Oral Biol*. – 2019. – №21. – P110. doi: 10.1016/j.archoralbio.2019.104620.
11. **Wang Q., Ni J., Zhang X., Li Y., Xuan D., Zhang J.** Long-term follow-up evaluation of an acatalasemia boy with severe periodontitis. *Clin Chim Acta*. – 2014. – № 93(433). – P.5. doi: 10.1016/j.cca.2014.01.046. Epub 2014 Feb 9.
12. **Дмитриева Л. А.** Пародонтология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 704 с.

*Крупочкина А.С.,**Кузина О.В.**студентка 5 курса, Тульский государственный университет
Россия, Тула***ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ***Krupochkina Angelina Sergeevna,**Kuzina Olga Valeryevna**Student 5 course Tula state University
Russia, Tula***FEATURES OF THE STUDY OF CONGENITAL HEART DEFECTS IN CHILDREN****Аннотация**

Врожденные пороки сердца принадлежат к наиболее распространенным недостаткам в структуре всех врожденных аномалий. Ежегодно в мире рождается около 1,35 миллиона детей с патологией развития сердечнососудистой системы. По данным Министерства здравоохранения в РФ на учете находится почти 40 000 детей с врожденной сердечнососудистой патологией в возрасте до 14 лет. В рамках данного исследования рассматриваются причины появления и механизмы проявления врожденных пороков сердца у детей. Особенности течения ВПС на современном этапе являются рост их частоты, повышение удельного веса сложных и комбинированных пороков сердца. Рассматриваются основные способы диагностирования врожденных пороков сердца и способы его лечения.

Abstract

Congenital heart defects belong to the most common defects in the structure of all congenital anomalies. About 1.35 million children are born annually worldwide with pathology for cardiovascular development. According to the Ministry of Health, there are almost 40,000 children with congenital cardiovascular pathology under the age of 14 in the Russian Federation. This study examines the causes and mechanisms of congenital heart defects in children. The peculiarities of the current of the Air Force at the present stage are the growth of their frequency, the increase in the specific gravity of complex and combined heart defects. The natural flow of the Air Force is characterized by high lethality of children, especially at the 1st year of life. In addition, the basic methods of diagnosis of congenital heart defects and methods of its treatment are considered.

Ключевые слова: *новорождённые дети, врожденные пороки сердца, беременные женщины.*

Key words: *newborn children, congenital heart defects, pregnant women.*

Одной из основных проблем современной медицины по праву можно считать врожденные пороки сердца (ВПС) [4]. В рамках прошедшего конгресса «Детская кардиология» ученым сообществом было отмечено, что смертность и инвалидность в рамках ВПС до сих пор держится на высокой планке.

Как уже известно, термин ВПС включает в себя совокупность патологических состояний, в рамках которых анатомическое строение сердца предполагает определенные дефекты. Среди таких заболеваний принято выделять как легкие варианты, которые не вызывают ухудшение качества жизни человека, так и тяжелые формы, которые предполагают летальный исход. Таким образом, врожденным пороком называют болезнь, в рамках которой присутствует сердечная недостаточность или перегрузка, в результате чего теряется нормальная циркуляция крови. По мнению исследователей, подобное отклонение встречается практически у каждого третьего ребенка, имеющего какие-либо отклонения при рождении. Более точная статистика уточняет частоту возникновения данных болезней практически до 0,75% до 1,25% от всех рождаемых младенцев [3, с. 34].

В рамках данного исследования будут рассмотрены причины и механизмы развития врожденных аномалий сердца, наряду с исследованием особенностей их диагностики.

Врожденный порок сердца у детей появляется в большей части случаев из-за факторов, влиявших на мать во время первого триместра беременности. Период их появления может варьироваться 2 — 8 неделями беременности, в рамках определенных внешних или внутренних факторов, вызывающих сбой в развитии эмбриона. Зачастую, подобные ситуации приводят к появлению нарушений в кровотоке и иным осложнениям. Если диагностика и лечение подобных аномалий у детей до года не проводилась, то возможен и летальный исход. Именно по этой причине врожденные аномалии сердца до сих пор остаются как медицинской, так и общественной проблемой мирового масштаба [5, с. 286].

Среди основных факторов, предполагающих повышение вероятности появления ВПС, стоит отметить:

1. Наличие таких болезней у беременной, как: краснуха, гепатит С во время беременности;
2. Употребление антибактериальных препаратов, алкогольных напитков, наркотиков, никотина в процессе беременности.

3. Генетическая предрасположенность: зачастую, ВПС наблюдаются у детей, матери которых страдают ожирением, заболеваниями эндокринной или сердечнососудистой систем.

Совокупность вариаций врожденных пороков сердца у детей имеет несколько классификаций. В зависимости от варианта патологии отличаться будет и характерная симптоматика. К данной группе заболеваний относится более 150 различных болезней.

Вся совокупность известных пороков сердца принято делить на «синие» и «белые». Такое разделение связывают с изменением цвета кожи больного:

«Белыми» называют те пороки, которые предполагают обогащенный малый круг кровообращения, обедненный малый круг, обедненный большой круг, а также болезни без изменения гемодинамики. «Синими» принято называть заболевания, в рамках которых выделяется обогащение малого круга и его преимущественное обеднение.

Классификация ВПС предполагает обширную группу патологий разной степени тяжести, определенные из которых, к сожалению, несовместимы с жизнью. Так, при естественном течении этих заболеваний около 30% детей погибают в первую неделю, а к месячному возрасту эта цифра достигает 45%. В среднем при отсутствии лечения малыши проживают порядка 2 месяцев.

По типам нарушения кровотока, вызванного перепадами давления в большом или малом кругах кровообращения (БКК и МКК, соответственно), пороки у новорожденных можно разделить на следующие основные виды [9]:

1. Увеличение объема крови в МКК:

- а. дефекты сердечных перегородок или аорты;
- б. открытые атриовентрикулярный или артериальный протоки;

- в. отхождение ключевых сосудов;
- г. спайка аорты и легочной артерии.

2. Уменьшение объема крови в МКК:

- а. отсутствие или нарушение сообщения между предсердием и желудочком в правой части;
- б. сужение легочной артерии;
- в. тетрада Фалло.

3. Увеличение объема крови в БКК – дефекты аорты.

4. Перепады давления в пределах нормы:

- а. заболевание Толочинова-Роже;
- б. декстрокardia и подобные ей диспозиции сердца.

На данный момент сформированы и иные категории классификации ВПС, которыми в настоящий момент пользуются медики. Так, заболевания делят по наличию или отсутствию сопровождающего их цианоза, а также в зависимости от степени тяжести нарушения кровообращения.

Среди основных причин, которые могут увеличивать количество случаев ВПС выделяют [8, с. 35]:

1. ухудшение экологии,
2. увеличение среднего возраста рожениц,

3. возросший процент других наследственных заболеваний и еще множеством факторов.

Подобная ситуация влияет не только на количественные показатели, но и на тяжесть течения этих патологий. Можно выделить следующие основные причины развития врожденных пороков [2]:

- Инфекции в период беременности – наиболее частыми отмечают краснуху, грипп, различные цитомегаловирусные или энтеровирусные заболевания, определенные виды герпеса и другие.

- Наследственные патологии. Синдромы Дауна, Эдвардса, Патау нередко сопровождаются ВПС - наблюдаются случаи непосредственной передачи пороков от родителей детям.

- Некоторые хронические заболевания матери - один из наиболее опасных в этом плане считается сахарный диабет.

- Вредные привычки родителей – тот же алкоголь, в особенности во время беременности, существенно увеличивает риск наличия ВПС у будущего ребенка.

- Вредная профессия у матери – здесь наблюдается возможность постоянного контакта матери с опасными химическими веществами (на основе свинца, ртути), различные виды облучения и иные причины.

- Воздействие на эмбрион некоторых медикаментов - это могут быть различные антибактериальные и гормональные препараты.

- Возраст родителей – обычно, подобный порог составляет 35 лет для женщин и 45 лет для мужчин.

При подозрении на наличие врожденного порока сердца предполагается проведение назначает обследования, включающего в себя несколько способов диагностики:

- Электрокардиография, в рамках которой определяется частота сердечных сокращений и выявляется возможная аритмия, а также наличие повреждений миокарда.

- Рентген грудной области, в рамках которого можно обнаружить наличие физических изменений, произошедших с сердечной мышцей и отходящими сосудами.

- Эхокардиография, в рамках которой применяется ультразвук в качестве основного способа выделения категории патологии. В дополнение к ней применяют доплерографию, дающую представление о направлении и силе тока крови.

Стоит отметить, что любое из заболеваний маленького ребенка крайне сложно диагностировать. Так, ВПС обнаруживают лишь в 47% от общего количества случаев. У детей до года данный показатель составляет уже 93%. В наше время есть возможность выявить наличие порока еще в период беременности, поэтому проведение планового УЗИ для будущей мамы обязательно [1, с. 9].

Рассмотрим основные способы диагностики ВПС.

Заподозрить наличие сердечного порока врач способен при обычной аускультации грудной

клетки (прослушивания), когда он обнаруживает патологические шумы или тоны, связанные с неправильным функционированием клапанов. Помимо этого, подобная диагностика позволяет заподозрить развитие порока по специфическим легочным хрипам, возникающим из-за застоев крови в легочных сосудах. Помогают в диагностике и характерные симптомы вроде одышки, побледнения или даже синюшности кожных покровов, особенно в области носогубного треугольника, ушей и пальцев. У больных с сердечными пороками часто обнаруживаются отеки конечностей, даже может развиваться асцит (когда лишняя жидкость собирается в брюшной полости).

Нередко для диагностики сердечных патологических состояний применяется МРТ или МСКТ (мультиспиральная томография), которые тоже отличаются высокой информативностью и безопасны для организма.

У плода диагностика развития порока может быть проведена методом ультразвукового исследования будущей мамы. Если у плода обнаружится несовместимый с жизнью порок, то ей рекомендуется прерывание беременности. В случаях, когда возможно оперативное лечение малыша после рождения, за беременной ведется тщательное наблюдение в течение всего периода до родов. К сожалению, подобная картина возможна только в идеале, а в реальности часто случается, что порок сердца, в силу множества обстоятельств (неоснащенность женской консультации, пренебрежение беременной посещениями УЗИ и пр.), обнаруживают уже после родов.

Эхокардиография считается одним из самых высокоинформативных диагностических методов, обеспечивающих визуализацию сердечных пороков.

После визуального осмотра пациентам врач обычно назначает прохождение стандартных лабораторно-диагностических процедур: биохимический и общий анализы крови, анализ мочи. Затем пациенту проводится диагностика УЗИ (эхокардиография) сердца и ЭКГ. Электрокардиограмма поможет обнаружить признаки гипертрофии желудочков либо предсердий, выявит аритмию. Пациенту проводится также ангиография – процедура, подразумевающая введение через сосуды контрастного вещества, попадающего в полость сердца. Для определения в легких застойных явлений, а также обнаружения расширения сердца, назначается рентгенография. Наиболее достоверную и ясную картину состояния сердца дает эхокардиография, визуализирующая внутренние сердечные структуры, и фонокардиография, регистрирующая тоны и шумы функционирующего сердца [7, с. 16].

При митральном стенозе в процессе ультразвукового исследования легко обнаруживается выраженность стеноза, уплотнения клапанных створок, разрастание левого предсердия и увеличение в нем давления. Если же у пациента митральная недостаточность, то при проведении ультразвукового исследования обнаруживается резкий обрыв эхосиг-

нала, гипертрофия левого предсердия и регургитация (обратное забрасывание крови в полость левого предсердия). При аортальной недостаточности УЗИ диагностика помогает определить левожелудочковую гипертрофию, деформацию створок аортального клапана, их неполное смыкание и прочие характерные нарушения.

Успешная диагностика является одним из основных способов устранения негативных влияний ВПС, однако, именно лечение ВПС подводит итог этому процессу. Терапия сердечных пороков зависит от вида патологии, ее характера и стадии развития.

Терапия приобретенных сердечных пороков несколько отличается от лечения врожденных форм заболевания. Терапевтические меры приобретенных форм часто основываются на медикаментозном лечении, и заключаются в удерживании порока на компенсаторной стадии. Первостепенной задачей кардиологов является тщательное наблюдение за подобными больными, чтобы вовремя заметить, когда медикаменты уже не справляются с болезнью.

Лечение приобретенных форм пороков сердца может осуществляться с помощью медикаментозных и хирургических методов. К медикаментозным методам прибегают в случае ревматической активности, а также когда порок находится в субкомпенсационной стадии. Из фармацевтических препаратов обычно назначаются противовоспалительные и антибиотические средства, предназначенные для прекращения в сердце ревматического процесса. Особенно эффективные в этом плане препараты из пенициллиновой группы вроде Амоксиклава, Бициллина, Амоксициллина или Ампициллина. Назначаются и НПВП вроде Ибупрофена, Нимесулида или Диклофенака [6, с. 42].

Также больным показан прием сердечных гликозидов (Дигитоксин, Дигоксин) и улучшающих питание сердца препаратов (Магнерот или Панангин). Зачастую врачи назначают ингибиторы АПФ (Лизиноприл и пр.) и β -адреноблокаторы (Карведилол, Бисопролол). Показан прием диуретиков (Индапамид, Фуросемид и др.), антиагрегантов (аспирин Кардио, Кардиомагнил). Для снижения кровесвертываемости и устранения тромбообразования больным назначаются антикоагулянты вроде Фраксипарина или Гепарина. Если у больных на фоне порока развиваются осложнения вроде стенокардии, им показан прием нитратов – препаратов нитроглицерина (Нитросорбид, Нитроминт и пр.).

Кардиохирургическая терапия считается радикальной коррекцией сердечного порока. Конкретный вид операции зависит от локализации порока и прочих параметров. Это может быть рассечение клапанных спаек (комиссуротомия), клапанное протезирование, расширение стеноза, вальвулопластика или вальвулотомия, подшивание створок, не способных смыкаться.

Протезирование клапанов производится в случае невозможности восстановления поврежденного

сердечного клапана. Для изготовления протезов используются материалы биологического или искусственного происхождения.

Пациенту настоятельно рекомендуется питаться рационально, ограничить жидкость, соль и богатые холестерином продукты, больше времени проводить на воздухе и не заниматься спортом, исключить эмоциональные переживания и стрессы.

Чтобы окончательно вылечить пороки врожденного характера, обычно необходимо прибегнуть к хирургической коррекции. Кардиохирургическое вмешательство может быть проведено сразу после родов или позднее. Если у ребенка незаращение артериального протока, но угроза жизни отсутствует, то обычно специалисты прибегают к тактике выживания, поскольку результаты наблюдений говорят, что подобные протоки могут зарости позднее (по достижении 1-2 лет).

К сожалению, встречаются врожденные пороки, несовместимые с жизнью, проведение хирургической коррекции которых невозможно. К таким патологиям относится, например, трехкамерное сердце.

Способы кардиохирургического вмешательства могут быть различными: кардиоваскулярный или открытый метод. При кардиоваскулярной методике в сосуды вводят специальные зонды, которые обеспечивают доступ к сердцу. А открытый способ подразумевает проведение операции путем рассечения груди, когда сердце открыто.

Многие годы операции при врожденных пороках сердца выполнялись только на открытом сердце, с использованием аппарата искусственного кровообращения (АИК), который берет на себя функции сердца во время его остановки. Сегодня при некоторых пороках такой операции существует альтернатива – устранение дефекта структуры сердца с помощью системы Amplatz.

Такие операции значительно безопаснее, не требуют наркоза и раскрытия грудной клетки, не отличаясь по эффективности от «большой» хирургии.

Если операция выполнена своевременно и успешно, ребенок полноценно развивается и растет, и часто – навсегда забывает о существовании порока. После операции обязательным является наблюдение педиатра, контрольные эхокардиографические исследования. Дети с врожденными пороками сердца часто болеют простудными заболеваниями из-за снижения иммунитета, поэтому в послеоперационном периоде проводится общеукрепляющее лечение и ограничиваются физические нагрузки. В дальнейшем у многих детей эти ограничения снимают и даже разрешают посещать спортивные секции.

Таким образом, в рамках данного исследования были рассмотрены основные особенности, связанные с врожденными пороками сердца. Для этого были рассмотрены причины их появления и механизмы их развития. Помимо этого, были рассмотрены основные методы диагностирования и лечения ВПС. Несмотря на значительные успехи в понимании механизмов, контролирующих развитие

сердца, причины ВПС в организме человека остаются неопределенными в подавляющем большинстве случаев. Методы и инструменты, предназначенные специально для решения генетически сложных задач, дают возможность в полной мере изучить роль молекулярно-генетических механизмов врожденных пороков сердца и разгадать эту клинически важную тайну, но на данный момент проблема ВПС до сих пор является одной из наиболее сложных для решения задач. Кроме этого, в рамках исследования было выявлено, что структура врожденных пороков развития сердца разнообразна. Наряду с часто встречающимися аномалиями, наблюдаются и редкие, такие как, декстракардия и аномалия Эбштейна.

При наблюдении за беременными женщинами следует учитывать факторы риска развития перинатальной патологии для своевременной диагностики и профилактики возникновения пороков развития плода.

Основными диагностическими методами для выявления врожденных пороков развития сердца являются ЭХО-КГ И ЭКГ.

Проблема врожденных пороков сердца остается актуальной для антенатальной диагностики и профилактики.

Таким образом, ВПС являются одной из наиболее распространенных аномалий развития во всем мире, в том числе и в РФ. Особенности течения ВПС на современном этапе являются рост их частоты, повышение удельного веса сложных и комбинированных пороков сердца. Естественное течение ВПС характеризуется высокой летальностью детей, особенно на 1-м году жизни. Несвоевременное проведение хирургической коррекции ВПС у детей в целом ряде случаев обусловлено наличием вторичного иммунного дисбаланса, одной из возможных причин которого может быть персистирующая внутриклеточная инфекция. Это определяет необходимость проведения дополнительных исследований, направленных на изучение роли персистирующей внутриклеточной инфекции в развитии вторичного иммунодефицита у детей с ВПС.

Использованные источники:

1. Белозеров Ю.М. Распространенность врожденных пороков сердца у детей на современном этапе / Ю.М. Белозеров, Л.В. Брегель, В.М. Субботин // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2014. – № 6. – С. 7–11.

2. Врожденные пороки сердца. Современные аспекты факторов риска. URL: <http://www.krasotamedicina.ru/diseases/zabolevanija/congenital-heart-defect/> (дата обращения: 21.09.19).

3. Гришина Л.П., Рахаев А.М. Структура инвалидности вследствие врожденных аномалий (пороков развития) системы кровообращения у детей с учетом основных видов патологии // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. – № 2. – С. 34–35.

4. Информационный бюллетень № 370 Апрель 2015 // ВОЗ Пороки развития. URL: <http://www.who.int> (дата обращения: 21.09.19).

5. Клинические рекомендации по ведению детей с врожденными пороками сердца / Под ред. Бокерия Л.А. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева; 2014. – 342 с.

6. Нарциссова Г.П. Роль факторов риска пренатального периода в возникновении врожденных пороков сердца / Г.П. Нарциссова, И.И. Волкова, О.А. Ленко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2014. – № 5. – С. 39–44.

7. Саперова Е.В. Врожденные пороки сердца у детей: распространенность, факторы риска,

смертность / Е.В. Саперова, И.В. Вахлова // Вопросы современной педиатрии. – 2017. – Т. 16. – № 2. – С. 3–27.

8. Сарсенбаева Г.И., Мусагалиев Д.Т., Налибаев А.Ж. Современные кардиохирургические технологии в диагностике и лечении врожденных пороков сердца у детей // Педиатрия и детская хирургия. – 2015. – № 102. – С. 60.

9. Egbe A., Lee S., Ho D., Uppu S., Srivastava S. Prevalence of congenital anomalies in newborns with congenital heart disease diagnosis // Ann Pediatr Cardiol. – 2014. – № 7(2). – P. 91.

УДК 616.31: 005.6+303.621.322

Лабутова Мария Анатольевна
 Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
 «Волгоградский государственный медицинский университет»
 Министерства здравоохранения Российской Федерации
 кафедра терапевтической стоматологии.
 Научный руководитель: *Алеханова И.Ф.*
 ассистент кафедры терапевтической стоматологии ВолгГМУ к.м.н.
 доцент кафедры терапевтической стоматологии ВолгГМУ к.м.н. *Е.Е.Васенев.*

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В Г. ВОЛГОГРАДЕ НА ОСНОВАНИИ ОПРОСА БОЛЬНЫХ.

Labutova Maria Anatolyevna
 Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
 "Volgograd State Medical University"
 Ministry of Health of the Russian Federation
 Department of Therapeutic Dentistry.
 Scientific adviser: *Alekhanova I.F.*
 Assistant, Department of Therapeutic Dentistry Volgograd State Medical University
 Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry
 Volgograd State Medical University *E.E. Vasenev.*

ANALYSIS OF QUALITY OF DENTAL CARE IN VOLGOGRAD ON THE BASIS OF SURVEY OF PATIENTS.

Введение. В современных социально-экономических условиях обеспечение удовлетворенности населения амбулаторно-поликлинической помощью является одной из ключевых задач здравоохранения. Более того, уровень удовлетворенности медицинской помощью рассматривается сегодня как один из критериев эффективности работы органов исполнительной власти (Указ Президента РФ от 28 июня 2007 г. №825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» [1].

Повышение доступности и качества медицинской помощи для населения являются универсальными для всех стран, целями развития систем здравоохранения [WHO, 2000]. Поэтому вполне естественно, что использование оценок населением доступности и качества медицинского обслуживания рассматривается как важнейшая характеристика состояния медицины [2].

В последние годы значительное внимание уделяется исследованиям качества медицинской помощи. Одним из инструментов контроля качества оказываемой помощи является оценка удовлетво-

ренности пациентов. В условиях сложившихся конкурентных отношений на рынке стоматологических услуг, выявления мнения потребителей становится важным как для врача-стоматолога, так и для стоматологических поликлиник, участвующих в оказании стоматологической помощи населению [3,4].

Цель исследования – изучить удовлетворенность качества стоматологической помощи пациентов, находящихся на лечении г. Волгограда.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с мая по декабрь 2018 года на территории г. Волгограда. В анкетировании приняло участие 98 пациентов в разной возрастной и социальной группах. Социологическое исследование проводилось одномоментно, анонимно и с добровольным согласием пациентов.

Анкета содержала следующие вопросы:

- социальная категория;
- Возраст, пол;
- Посещали ли Вы стоматолога ранее ?
- Остались ли Вы довольны предыдущим посещением врача стоматолога?
- Как часто Вы посещаете врача-стоматолога?

- С какой целью посетили врача-стоматолога?
- Что Вы ожидаете от стоматологического приёма?
- Какие требования вы предъявляете к работе врача-стоматолога?
- Каковы причины нерегулярного посещения врача стоматолога ?
- Каковы критерии выбора врача-стоматолога?
- Сталкивались ли Вы с какими-либо стоматологическими проблемами после оказания стоматологического приёма ?
- Рекомендовал ли Вам врач-стоматолог повысить уровень гигиены полости рта (удалить зубные камни, налёт). Какие средства профилактики кариеса зубов рекомендованы ?
- Как Вы оцениваете отношение к Вам лечащего врача ?
- Удовлетворены ли Вы материально-техническим оснащением поликлиники (наличие лечебно-диагностического оборудования, применение современных методов обследования и лечения) ?
- Оцените качество оказания стоматологической помощи на сегодняшний день.

Результаты и их обсуждение. На основании результатов анкетирования пациентов стоматологических поликлиник мы оценили отношение пациентов к работе врача-стоматолога и в целом степень их удовлетворенности оказанной стоматологической помощью [5].

Прежде всего, нас интересовал состав лиц, выразивших свое мнение и тех, кто был инертен в проявлении своего отношения к работе поликлиники. Из общего числа пациентов, принявших участие в социологическом опросе большинство 57 % составили женщины и 43% - мужчины. Средний возраст пациентов составил 35 ± 1 год.

Результаты по вопросу «Посещали ли Вы стоматолога ранее ?» 98 пациентов дали положительный ответ.

На вопрос «Остались ли Вы довольны предыдущим посещением врача-стоматолога?» 83% ответили, что остались значительно довольны, а 17 % опрошенных ответили нет, чем пояснили свой ответ : «не провели обезболивание перед лечением, после чего испытывали боль», «мешала пломба после лечения», «дорогостоящие лечение».

На вопрос «Как часто Вы посещаете врача-стоматолога?» , к сожалению, большинство пациентов обращаются к врачу - 33% только по острой боли; 18% один раз в пол года; 22% один раз в год; 16% один раз в два года и 11 % один раз в течении пяти лет.

Пациенты, которые всю жизнь избегают врача-стоматолога, часто остро нуждаются в квалифицированной помощи, приходя на приём уже с острой болью, а когда причина устранена и намечен план лечения, игнорируют рекомендации врача и посещают его опять лишь в случае острой боли. На приеме такие пациенты истощают все энергетические запасы врача, мешая своей излишней эмоциональностью концентрироваться на этапах лечения, от чего страдает качество лечения, а нередко и весь распорядок дня в лечебном учреждении [7].

Основной причиной обращения за стоматологической помощью, анкетированные указали, что 60% обращаются с целью лечения; 26% - на плановый осмотр; 9% на санацию полости рта и 5% находились на этапе лечения.

Пациенты высказали своё мнение по поводу «Что Вы ожидаете от стоматологического приёма?»: 1) Быстрой квалифицированной помощи; 2) Безболезненное проведение вмешательства; 3) Отсутствие боли после лечения; 4) Снижение цен на лечение и лекарства; 5) Работа дежурных врачей на выходных; 6) Вежливое и компетентное отношение.

Анкетированные внесли ряд предположений к работе врача-стоматолога, которые могут помочь решению не только медико-социальных проблем, критериев качества, но и правовых, организационных, этических и экономических задач, позволяющих сбалансировать удовлетворенность пациентов стоматологической помощью: 1) Быть внимательными, аккуратными и вежливыми к пациентам; 2) Работа стерильным инструментарием; 3) Опрятный вид врача; 4) Пояснять причину данного заболевания и дальнейшие рекомендации по уходу за полостью рта; 5) Работа врачей качественными материалами, которые соответствовали бы долгосрочности проделанной работе; 6) Сокращение времени ожидания в очереди при плановом обследовании.

Анализ причин нерегулярного посещения врача-стоматолога, выяснил, что 30,4% заняты на работе (учёбе); 24,3% останавливали цены на стоматологические услуги; у 11,5% присутствовал страх перед стоматологическим вмешательством; 7,9% надеялись, что болезнь сама пройдет; 6,7% - не уверенны в компетенции врача; 6% отметили психологический барьер перед посещением врача-стоматолога; 4,8% раздражала очередь в поликлиниках; 4,8% были не удовлетворены качеством ранее оказанных услуг и 3,6% пояснили свой ответ тем, что им «лень посещать врача-стоматолога», «удаленность хорошего врача и поликлиники», «посещая регулярно».

На вопрос «Каков критерий выбора врача-стоматолога?» большинство анкетированных 51,6% опирались на рекомендации знакомых; 16,7% учитывали стаж работы; 10,4% на отзывы в интернете; 6,9% учитывали квалификацию врача (повышение квалификации, посещение обучающих семинаров , по наличию выставленных сертификатов); 6,9% ходили при наличии свободного времени у врача; 3,4% анкетированные дополнили свой ответ, что их выбор состоит в следующем «по внешней привлекательности врача», «работа врача по ОМС», «критерий не важен».

Анализируя ответ на вопрос: «Сталкивались ли Вы с каким-либо стоматологическими проблемами после оказания стоматологического приёма?» - 36,8% пациентов не сталкивались с проблемами после проведенного лечения, однако 31% указали, что в короткий период времени после лечения происходило быстрое выпадение пломб, у 12,6% произошёл скол пломбы, 7,7% были не удовлетворены качеством эстетической стороной реставрации, у

4,8% появилась трещина в зубе, а 3,8% указали, что после лечения у них появились кровоточивость дёсен после постановки пломб и 2,9% дали свой ответ «после лечения кариеса развился пульпит», что «на открытый нерв положили вату, а затем мышьяк», что «съел мышьяк», а также испытывали «боль».

На вопрос «Рекомендовал ли Вам врач-стоматолог повысить уровень гигиены полости рта (удалить зубные камни, налёт). Какие средства профилактики кариеса зубов рекомендованы?». Больше количество пациентов 56% ответили, что да, рекомендовали – «фторирование зубов», «зубные пасты со содержанием фтора», «специальные лечебные зубные пасты от кариеса», «ополаскиватели», «диету и правильное питание для защиты кариеса» и 44% ответили, что рекомендации не получали.

С большим удовольствием можно отметить, что по мнению пациентов, абсолютное большинство врачей 66% с вниманием и участием относятся к пациентам, но 8% отметили, что врач был не очень внимателен, в 5% - безразличен, 3% пациентов считают, что врач относился к ним с раздражением и грубостью и 18% затруднились ответить на этот вопрос.

В целом медико-техническим оснащением поликлиники (наличие лечебно-диагностического оборудования, применение современных методов обследования и лечения) удовлетворены 59,9%, больше удовлетворены, чем нет 24,7%; не полностью удовлетворены 7,2%; затруднились ответить или пропустили этот вопрос 7,2% и всего лишь 1% остался не удовлетворен.

Качество медицинской помощи определяется как профессиональной квалификацией врачей, так и деонтологическими аспектами поведения медицинских работников, но не только врачей, а также среднего медицинского и другого персонала лечебного учреждения [6]. Абсолютное большинство опрошенных 60% указали в своих анкетах, что удовлетворены качеством оказания стоматологической помощью. При этом 29% остались больше удовлетворены, чем не удовлетворены, 4% не полностью удовлетворены, затруднились ответить - 4% и не удовлетворенными остались - 3%.

Выводы:

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы, что последним визитом врача-стоматолога пациенты остались довольны, также можно отметить, что большее количество были удовлетворены отношением к ним лечащего врача, а также материально-техническим оснащением поликлиники (наличие лечебно-диа-

гностического оборудования, применение современных методов обследования и лечения) и качеством оказанных услуг на сегодняшний день. Анкетированные дали положительный ответ, что не сталкивались со стоматологическими проблемами после оказания стоматологической помощи и в дальнейшем дали рекомендации по уходу за полостью рта и профилактикой кариеса. Пациенты внесли свои предложения к работе врача стоматолога, а также чего они ожидают при дальнейших обращениях.

Полученные данные позволяют оценить удовлетворенность пациентов в стоматологической помощи г. Волгограда - оценить степень медицинской грамотности и выяснить мнение потребителей медицинских услуг о качестве оказываемой им помощи, о наличии негативных моментов в ее организации, а также определить наиболее важные, с точки зрения пациентов, факторы, определяющие качество оказываемой помощи, выявить конкретные направления по совершенствованию работы медицинского обслуживания населения.

Литература

1. Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. – «Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения», г. Москва – 2015 г. С.5
2. Гажва С.И. «Качество медицинской помощи – залог успеха врача-стоматолога» /С.И. Гажва, Е.Е. Абрамова// Материалы XIV и XV Всероссийской научно-практической конференции и X съезда СТАР. – Москва, 2005 г. – С.169-171
3. Сибурина Т.А. Повышение качества и эффективности медицинской помощи в свете современных подходов к управлению /Т.А. Сибурина, Ф.И. Бадаева // Менеджер здравоохранения – 2006г. №1 – С.19-24
4. Савельева Е.Н. Управление качеством медицинской помощи (зарубежный и отечественный опыт) //Рос. Медицинский журнал. – 2003 -№3. – С.8-11
5. Указ Президента РФ от 28 июня 2007 г. №825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».
6. Анисимова Н.Ю. «Пациенты с дентофобией на стоматологическом приеме» /Вестник ТПУ (TSPU Bulletin), Москва, 2014 г. – С.123
7. Фирсова И.В. «Концепция комплаентности в стоматологической практике» - автореферат диссертации доктора медицинских наук, г. Волгоград, 2009г. С.38.

УДК 378

Рютина Лариса Николаевна

Кандидат педагогических наук,

доцент кафедры физической культуры и спорта

Лесберг Диана Сергеевна,**Медведева Алена Анатольевна**

Студенты 2го курса факультета «Финансы и экономика»

«ФГБОУ ВО» Иркутский государственный университет путей сообщения

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ.**Rutina Larisa Nikolaevna**

Candidate of pedagogical Sciences, associate

Professor Department of physical culture and sports

Lesberg Diana Sergeevna,**Medvedeva Alena Anatolyevna**

Students 2st year student of the faculty "Finance and Economics»

«FSEI HPE» Irkutsk State University of Communications

A CONCEPTUAL APPROACH TO PHYSICAL ACTIVITY OF STUDENTS.**Аннотация**

В данной статье будут представлены данные о том, что представляет собой Вегетососудистая дистония, методы лечения и научные исследования (проведенные на студентах иркутского государственного университета путей сообщений), вследствие которых был разработан комплекс лечебной физкультуры, благодаря которому стало возможным снижение риска проявления симптомов Вегетососудистой дистонии и улучшение общего самочувствия студентов. Вегетососудистая дистония (ВСД) — функциональное нарушение нервной системы, характеризуется нарушением общего состояния и самочувствия, проявляется неорганическими сбоями в работе различных органов и систем. В последнее время данное заболевание встречается довольно часто. Чаще всего это состояние возникает в виде соматоформного расстройства- нервоза, проявление которого становится нарушения, имитирующие симптомы хронических заболеваний. Существует мнение, что вегетососудистая дистония — это не самостоятельное заболевание, а синдром, т. е. следствие какого-либо нарушения, от простого переутомления до заболеваний, требующих лечения. Поэтому и говорят, что один из самых верных способов лечения дистонии — найти и устранить ее причину.

Annotation

This article presents data on what constitutes dystonia, treatments, and research (conducted on the students of Irkutsk state University of railway communications), which was developed by complex physical therapy, which made it possible to reduce the risk of symptoms of dystonia and the improvement of General well-being of students. Vegetative-vascular dystonia (VSD) is a functional disorder of the nervous system, characterized by a violation of the General condition and well-being, manifested by inorganic failures in the work of various organs and systems. Recently, this disease is quite common. Most often, this condition occurs in the form of somatoform disorder-nervousness, the manifestation of which becomes disorders that mimic the symptoms of chronic diseases. There is an opinion that vegetative-vascular dystonia is not an independent disease, but a syndrome, i.e. the consequence of any disorder, from simple fatigue to diseases requiring treatment. Therefore, they say that one of the surest ways to treat dystonia is to find and eliminate its cause.

Ключевые слова: вегетососудистая дистония; причины; рекомендации; эксперимент; специальный комплекс упражнений.

Key words: Vegetative-vascular dystonia; the reasons; recommendations; experiment; special set of exercises.

Вегетососудистая дистония (диагноз ВСД) [1-С.59-61]— это нарушение работы вегетативной нервной системы (ВНС), которая выполняет две важные функции: подготавливает организм для успешной адаптации к изменяющимся условиям среды (стресс, перемена климата, физическое либо умственное переутомление и пр.); поддерживает постоянство внутренней среды организма на здоровом уровне (имеются в виду температура тела, ча-

стога дыхания и сердечных сокращений, интенсивность потоотделения, скорость метаболических процессов и т.д.). Среди основных причин возникновения синдрома вегетососудистой дистонии врачи называют факторы наследственной предрасположенности. К примеру, чаще всего вегетососудистая дистония у детей выявляется именно как следствие наследственности. Повышенная нервозность и стрессы уже в первые месяцы беременности могут оказать значительное влияние не только на

формирование личности ребенка, но и на высшую нервную деятельность головного мозга. Факты показывают, что эмоциональная неустойчивость детского организма провоцирует развитие ВСД даже в детские годы. Подростковые годы являются переходными не только в процессе превращения ребенка во взрослого человека, но и в нейрофизиологическом. Конфликтные ситуации, эмоциональные стрессы, хронические заболевания, эндокринные расстройства, недостаток движения и прочие факторы являются во многом провокаторами развития вегетососудистой дистонии у подростков. В зрелом возрасте особую роль в запуске механизмов ВСД играют гормональные перестройки организма. Вот почему женская половина населения планеты страдает от ВСД гораздо чаще мужской. Предродовой период, беременность, период климакса, все это, являясь переломными моментами в жизни женщины, может стать отправной точкой для мобилизации проявления симптомов вегетососудистой дистонии.

С учетом реакции сердечно-сосудистой системы заболевание разделяют на следующие типы ВСД:

- по гипертоническому типу — «верхнее» систолическое давление выше 140 мм рт. ст., но быстро самостоятельно нормализуется. Больной жалуется на повышенную утомляемость, головную боль и усиленное сердцебиение.

- по гипотоническому типу — снижается систолический показатель артериального давления. Появляются мышечные и головные боли, повышается утомляемость.

- по кардиальному типу — наблюдаются перебои в работе сердца, изменяется сердечный ритм, возникает чувство нехватки воздуха, одышка, обмороки.

- по смешанному типу.

На основе статистических данных к наиболее распространенным симптомам ВСД относятся :

боли в области сердца; слабость и быстрая утомляемость; невротические расстройства; головная боль; дыхательные расстройства (неудовлетворенность вдохом, чувство нехватки воздуха, потребность делать глубокие вдохи); похолодание рук, ног, парестезии (онемение, покалывание) конечностей; нарушения сна; головокружение, потемнение в глазах; дрожание рук, чувство внутренней дрожи; боль в суставах, миалгия, невралгия; перебои и замедление сердца.

К причинам следует отнести вегетососудистой дистонии: эндокринные (гормональные) перестройки организма (особенно в период полового созревания, после родов, во время климакса); генетическая предрасположенность; психоэмоциональное/умственное перенапряжение, частые стрессы, депрессия; болезни эндокринных желез, надпочечников, половой системы, щитовидки; поражение головного мозга злокачественными новообразованиями, в результате травм; инсульт; смена климатической зоны; резкий набор веса, обуславливающий повышение артериального давления.

К симптомам вегетососудистой дистонии относят:

- *дыхательные (респираторные):* тахипное (учащенное) дыхание, невозможность глубоко вдохнуть воздух или сделать полный выдох, неожиданные глубокие вдохи, заложенность в груди, ощущение нехватки кислорода, приступы одышки (могут напоминать бронхиальную астму), которые появляются из-за перенапряжения, страха, усталости.

- *сердечные (кардиальные):* тахикардия (учащенное сердцебиение), перебои в работе сердца, замедление сердца, боль за грудиной.

- *терморегуляторные:* повышение/понижение температуры тела по непонятным причинам.

- *дисдинамические:* нарушение циркуляции крови в тканях, скачки венозного/артериального давления.

- *психоневрологические:* снижение работоспособности, вялость, слабость, повышенная утомляемость, частые головные боли, раздражительность, головокружения, бессонница по ночам, сонливость в дневное время, вздрагивания во время сна, чувствительность к смене погоды.

- *диспепсические:* нарушения работы ЖКТ (рвота, отрыжки, диарея, боль в животе). Таким образом, многие симптомы ВСД относятся к другим заболеваниям, которые не связаны с работой мозга и вегетативной нервной системы. Однако их совокупность на фоне сердечно-сосудистых проявлений позволяет говорить именно о развитии вегетативной дистонии. Симптомы патологии у детей и взрослых одинаковые.

В целях профилактики для обучающихся необходимо соблюдение практических рекомендаций.

1. *Соблюдение режима дня при ВСД.* Спать нужно не меньше 8-10 часов в день. И чем больше, тем лучше. Крепкий спокойный сон очень способствует нормализации кровяного давления. В спальне не должно быть жарко или душно. Не стоит отдыхать на слишком мягких или жестких матрасах и подушках. Лучше спать на ортопедических матрасах и подушках, способствующих наиболее физиологическому положению тела, головы. Чередуйте умственные и физические нагрузки. Попробуйте уменьшить время просмотра телепередач, работы за компьютером. При отсутствии такой возможности — обязательны профилактические перерывы при работе с компьютером, упражнения для глаз и пр. Возьмите также за правило хотя бы час в день (а лучше все два часа) находиться на свежем воздухе.

2. *Соблюдение определенного рациона в питании.* Лишний вес так же, как и гиподинамия — один из значимых факторов риска усиления ВСД-синдрома. Рекомендации по питанию освещаются более подробно в соответствующей главе, а здесь оставим «шпаргалку-напоминание»: ограничьте потребление поваренной соли, жирных сортов мяса, сладкого, мучного. Увеличить же необходимо поступление в организм калия и магния (гречневая,

овсяная каша, соя, фасоль, горох, абрикосы, шиповник, курага, изюм, морковь, баклажаны, лук, салат, петрушка, орехи).

3. *Водные и физиопроцедуры*: электрофорез, электросон, водные процедуры, солнечные и воздушные ванны — словом, все, что стимулирует нервную систему. Особенно полезны любые закалывающие процедуры, имейте только в виду, что обливания и обтирания нужно начинать крайне аккуратно, чтобы у организма не случилось шока. При всех типах ВД рекомендованы контрастные ванны, веерный и циркулярный души, гидромассаж. Кроме того, при *парасимпатикотоническом типе ВД* применяются хвойно-солевые и радоновые ванны, а при *симпатикотоническом* — углекислые, хлоридные и сульфидные.

4. *Иглорефлексотерапия и лечебный массаж*: при *парасимпатикотоническом* типе ВД — поверхностный массаж в быстром темпе, растирание, вибрационный массаж. При *симпатикотоническом типе* — успокаивающий массаж в медленном темпе, разминание воротниковой зоны. При смешанном типе вегетативных расстройств — сочетание данных техник массажа.

5. *Фитолечение*. При расстройствах по *парасимпатикотоническому типу* применяются растительные стимуляторы (элеутерококк, женьшень, заманиха, аралия), различные мочегонные травы и сборы (толокнянка, можжевельник, брусника). При расстройствах по *симпатикотоническому и смешанному типам* — успокаивающие травы и сборы (валериана, пустырник, шалфей, мята, Melissa, хмель, корень пиона).

6. *Психологическая коррекция*. Хорошо применять различные методы психологической разгрузки, аутотренинг. Сила воли и тяга к здоровой и полноценной жизни — это один из главных факторов заведомой победы над дистонией! Кстати, известно, что дистония тесно связана с типом темперамента. Помогут занятия *аутотренингом*, знание *методов релаксации*, а также *различные психотренинги*. Доказано, что при своевременном начале лечения и регулярно проводимой коррекции вегетативных расстройств у 80-90% больных нормализуются сон и аппетит, полностью исчезают

или значительно уменьшаются жалобы и проявления дистонии, восстанавливаются адаптационные возможности организма.

Следует отметить, что в программу по снижению показателей ВСД включены: *лечебная физкультура; физиотерапия; рефлексотерапия; мануальная терапия*; Эти процедуры направлены на устранение причин ВСД. Они позволяют повысить стрессоустойчивость, привести в норму сон и аппетит, стабилизировать суточные ритмы, улучшить обменные процессы, предотвратить застойные явления в организме, вывести лишнюю жидкость, нормализовать кровообращение и гормональный фон. Также терапия позволяет восстановить здоровую анатомию позвоночника, снять чрезмерное мышечное напряжение, устранить сдавливание нервов и сосудов. Таким образом, подводя итог всему вышеупомянутому, хочется немного рассказать о лечебной гимнастике при Вегетососудистой дистонии. В комплекс упражнений включаются общеукрепляющие, дыхательные, расслабляющие упражнения, а также на равновесие и координацию движения. Высокой эффективностью обладают упражнения для позвоночника. *Лечебная гимнастика* имеет некоторые различия в зависимости от вида вегетососудистой дистонии. Поэтому при данном заболевании обязательным моментом является измерение артериального давления и пульса перед лечебной гимнастикой и после нее. Лечебная гимнастика при ВСД по гипертоническому типу [2- С. 617-619] включает упражнения дыхательные, общеукрепляющие, расслабляющие в исходных положениях стоя, сидя и лежа. Исключаются прыжки, быстрый бег. Применяются циклические упражнения в спокойном темпе: ходьба, лыжные прогулки, плавание, медленный бег, тренажеры (с контролем АД и пульса). Во время бега необходимо дышать носом, при появлении одышки и желании дышать ртом, нагрузку следует снижать. Методика занятий физической культурой в учебном процессе обеспечивает тонизирующее действие, восстановление иннервации и формирование компенсаций (последние две задачи трудно разьединить). Студентками группы Э.8-18-1 факультета экономики и финансов Лесберг Дианой и Медведевой Аленой был разработан комплекс физических упражнений при ВСД по гипертоническому типу (см. Таблицу 1)

Таблица 1

Комплекс лечебной гимнастики

Упражнение	Время выполнения/Количество раз
1) Медленный бег на свежем воздухе, беговая дорожка.	15 минуты
2) Акваэробика с оптимальным графиком занятий — 3–4 раза в неделю	40 минут
3) Спортивная ходьба	10 минут
4) И.П. - стоя, в руках, хват за концы палки. Руки вперед и вверх, ногу назад на носок – вдох и выдох. То же другой ногой, затем - с ускорением.	8-10 раз
5) И.П. – стоя, палка сзади, хват за концы. Поднимаясь на носки, прогнуться, палку отвести назад – вдох, исходное положение – выдох.	5-6 раз
6) И.П. – сидя на краю стула, облокотившись на спинку, ноги выпрямлены вперед, правая рука на груди, левая на животе. Диафрагмально-грудное дыхание.	4-6 раз
7) И.П. – лежа на спине, правая рука на груди, левая на животе. Диафрагмально-грудное дыхание.	4-6 раз

Научные исследования свидетельствуют о том, что выполнение данного комплекса гимнастики и соблюдение практических рекомендаций позволяет снизить риск проявления симптомов вегетососудистой дистонии. Более того, у студентов с заболеванием ВСД, что подтвердили исследования, выполнение данного комплекса физических упражнений позволило не только избежать проявления симптомов ВСД, но и повысило физическую и умственную производительность труда в учебном и во внеучебном процессах. У 18 студентов (девушки, с заболеванием ВСД с двух факультетов), принимавших участие в эксперименте (экспериментальная группа 1), после 21 дня выполнения данного ряда физических упражнений были отмечены изменения в психоэмоциональной сфере (а именно повышение настроения и появление оптимистичного настроения), что содействовало увеличению трудоспособности на 46%. Что интересно, у студентов (девушки, с заболеванием ВСД), занимавшихся по обычной программе без включения данного комплекса физических упражнений, (контрольная группа 1) было отмечено увеличение трудоспособности лишь на 14%. Все данные фиксировались в дневнике самоконтроля и предоставлялись преподавателю для проверки каждые 7 дней на протяжении всего эксперимента. Также, кроме выполнения данного комплекса физических упражнений студентам (с заболеванием ВСД), участвующим в эксперименте необходимо было соблюдать рекомендации, а именно: оптимизация режима дня, качественный и полноценный сон (отход ко сну в одно и то же

время, длительность сна 7–8 часов), прием пищи в одно и то же время, пребывание на свежем воздухе, отказ от вредных привычек. Соблюдение данных рекомендаций позволило студентам свести к минимуму вредные привычек и уменьшить частоту проявления симптомов ВСД, что в совокупности повлияло на улучшение общего состояния здоровья и в итоге улучшения качества жизни.

В заключении следует отметить, что если у вас есть проблемы с нервной системой, то оздоровительная физическая активность способствует улучшению состояния нервной системы обучающихся. Поэтому в учебном процессе рекомендовано выполнять комплекс физических упражнений и соблюдать рекомендации, приведенные выше, без вреда для здоровья студентов с заболеваниями нервной системы. Педагогическое обеспечение обучающихся специальных медицинских групп способствует положительной динамике филологических систем (на примере вегетососудистой системы).

Список литературы

1. Латфуллин И.А. Нейроциркуляторная дистония // Кардиология. – 2008. – № 4. С. 59-61.
2. Чернова М. О. Лечебная физкультура при вегетососудистой дистонии // Молодой ученый. — 2016. — №25. — С. 617-619.
3. https://illness.docdoc.ru/vegetososudistaya_distonia
4. <https://zdravclinic.ru/bolezni/lecheniye-vegeto-sosudistoy-distonii-po-gipertonicheskomu-tipu/>

УДК 614.2

Леушина Наталья Андреевна
студентка 4 курса лечебного факультета
Капустина Надежда Михайловна
студентка 4 курса педиатрического факультета
Петров Сергей Борисович
кандидат медицинских наук, доцент
ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России
Киров, Россия
[DOI: 10.24411/2520-6990-2019-11104](https://doi.org/10.24411/2520-6990-2019-11104)

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ ДАРОВСКОГО, ОПАРИНСКОГО И ПИЖАНСКОГО РАЙОНОВ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ С ПОЗИЦИИ ПРОЦЕССНОГО УПРАВЛЕНИЯ

Leushina Natalia Andreevna
4st year student of medical faculty
Kapustina Nadezhda Mikhailovna
4st year student of pediatric faculty
Petrov Sergey Borisovich
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
FGBOU VO Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia
Kirov, Russia

CHARACTERISTIC OF STATIONARY MEDICAL ASSISTANCE TO RESIDENTS OF THE DAROVSKY, OPARINSKY AND PIZHAN DISTRICTS OF THE KIROV REGION WITH THE POSITION OF THE PROCESS MANAGEMENT

Аннотация.

Данная статья посвящена анализу стационарной медицинской помощи жителям Даровского, Опаринского и Пижанского районов Кировской области с 2014 по 2018 годы, выявлению основных процессов в деятельности медицинских организаций.

Выявлено, что в исследуемых районах наблюдается общее повышение качества медицинской помощи, но мало внимания уделяется стационарзамещающим технологиям.

Abstract.

This article is devoted to the analysis of stationary medical assistance for residents of the Darovsky, Oparinsky and Pizhansky districts of the Kirov region from 2014 to 2018, identifying the main processes in the activities of medical organizations.

It was revealed that in the studied areas there is a general improvement in the quality of medical care, but little attention is paid to hospital-replacing technologies.

Ключевые слова: процесс, процессный подход, стационар, медицинская организация, Кировская область

Key words: process, process approach, hospital, medical organization, Kirov region

Совершенствование организационной системы в виде создания систем управления качеством в лечебных учреждениях – важное направление Концепции развития здравоохранения в РФ до 2020 года.

Актуальность. Одной из возможностей повышения эффективности процессов является применение процессного подхода – управленческой технологии, основывающейся на том, что восприятие и управление видами деятельности организации как взаимосвязанными процессами способствует повышению результативности и эффективности.

Цель – охарактеризовать стационарную медицинскую помощь жителям Даровского, Опаринского и Пижанского районов Кировской области с позиции процессного управления за 2014-2018 годы.

Задачи:

- 1) выделить основные процессы в деятельности МО;
- 2) проанализировать изменение качества оказания стационарной медицинской помощи за 5 лет (2014-2018);

3) предположить, какие технологии проекта "Бережливая поликлиника" могут быть внедрены в стационарах.

Материалы и методы.

Данные о показателях деятельности стационаров получены путём анализа медико-статистической информации МИАЦ Минздрава Кировской области за 2014 - 2018 годы (сборники "Статистика здоровья населения и здравоохранения Кировской области").

Анализируемые показатели представлены качественными данными в виде относительных величин (в %) и количественными данными в виде абсолютных чисел и средних величин.

Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

Результаты исследования.

Все процессы в МО мы разделили на три группы - медицинские, экономические и управленческие. В медицинских процессах отдельно рассмотрены качественные и количественные (Рис. 1).

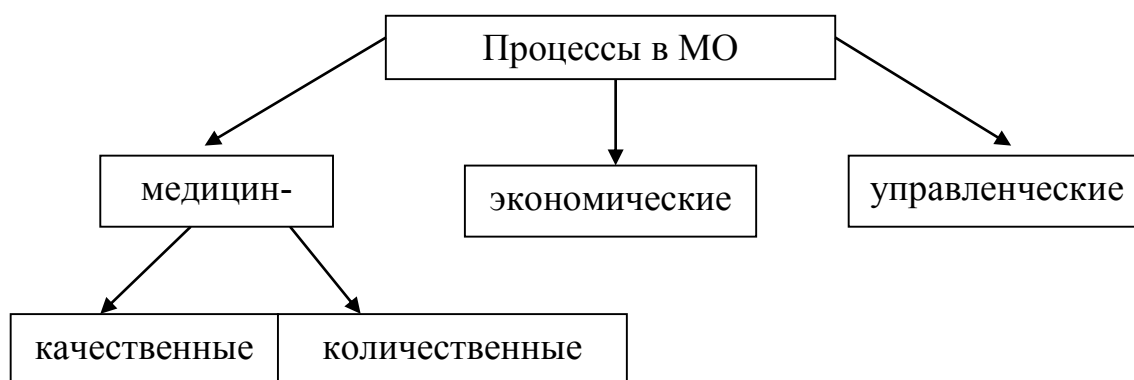


Рис. 1. Схема процессов в МО

Представленные в статистическом сборнике показатели деятельности стационаров были распределены по группам следующим образом:

1) *медицинские качественные*: % госпитализированных (детей 0-17 лет, старше трудоспособного возраста), больничная летальность, обеспеченность койками на 10 000 населения;

2) *медицинские количественные*: число круглосуточных коек, средняя длительность госпитализации, количество пролеченных пациентов в местах дневного пребывания больничных организаций;

3) *экономические*: работа койки, оборот койки, среднее время простоя койки, средняя длительность лечения, количество пролеченных пациентов;

4) *управленческие*: уровень госпитализации на 1000 жителей, распределение выбывших из стационаров по классам болезней, использование стационаров на дому, использование мест дневного пребывания, работа по стационарозамещающим технологиям.

Для сравнительного анализа были выбраны Даровской, Опаринский и Пижанский район, так как они расположены на большом расстоянии от Кирова (182, 215 и 180 км соответственно) и в них примерно одинаковая численность населения (на 01.01.2019 г. – 9634, 9107 и 9213 человек соответственно).

Для работы была выбрана группа медицинских процессов, так как они являются основными для деятельности МО. Экономические и управленческие

процессы могут быть оценены в полной мере только при непосредственном посещении и знакомством с документацией стационаров.

Рассмотрим медицинские качественные показатели.

Процент госпитализированных детей в возрасте от 0 до 17 лет (Рис.2) на протяжении 5 лет в Опаринском районе остается стабильным. Наблюдается снижение показателей в Даровском районе, что может быть связано с ранней диагностикой заболеваний. В Пижанском районе наблюдается незначительный рост, что может быть связано с увеличением рождаемости.

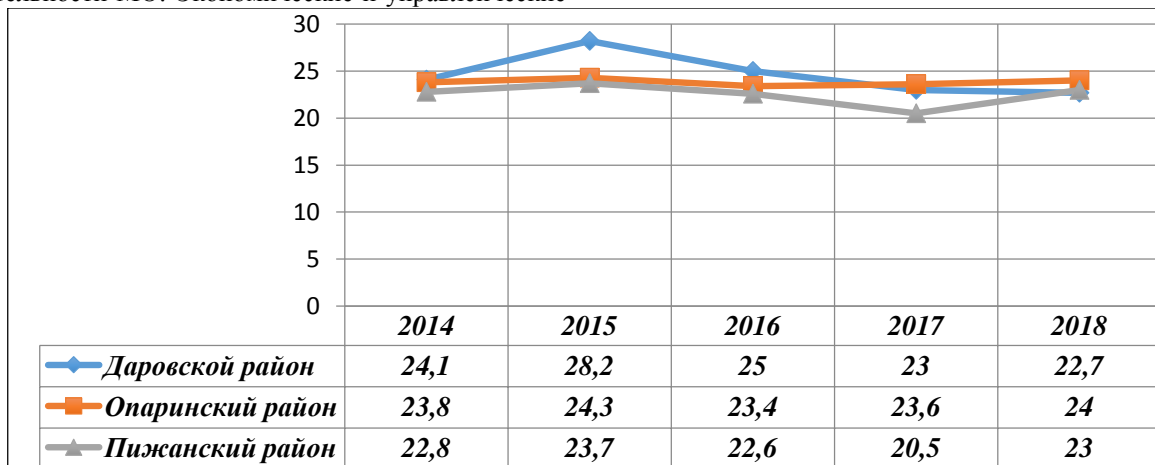


Рис.2. Процент госпитализированных детей от 0 до 17 лет

Процент госпитализированных старше трудоспособного возраста (Рис.3) имеет положительную динамику на протяжении 5 лет во всех районах, что

может быть связано с выявлением заболеваний в процессе диспансеризации.

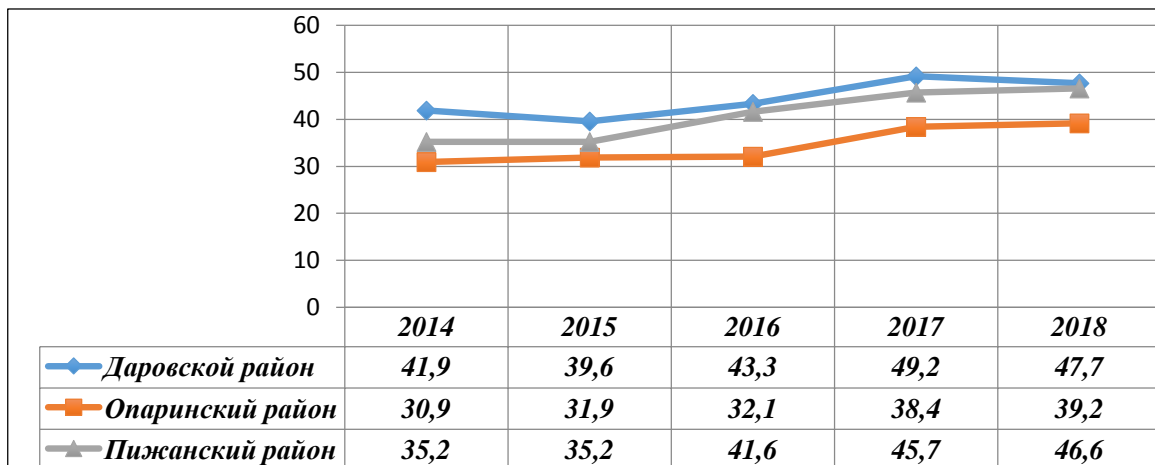


Рис.3. Процент госпитализированных старше трудоспособного возраста

Ситуация с больничной летальностью взрослого населения (Рис.4) неоднозначна. В Даровском районе с 2014 по 2016 год наблюдается увеличение, в 2017 году – снижение, в 2018 году – повышение процента летальности. Такая нестабильность может быть обоснована как поздним обращением пациента за медицинской помощью, так и невозмож-

ностью полноценной комплексной оценки состояния пациента. В Опаринском районе с 2014 по 2016 год наблюдается снижение процента летальности в 2 раза, но с 2016 по 2018 год видно повышение показателей, что может быть связано с поздним обращением пациентов за медицинской помощью. В Пижанском районе динамика остается относительно стабильной на протяжении 5 лет.

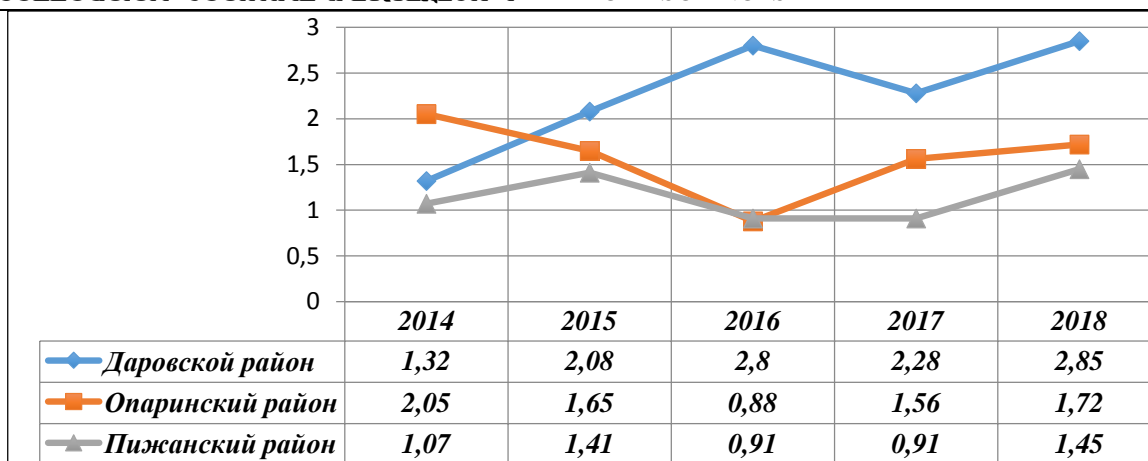


Рис.4. Больничная летальность (взрослые) в % к выбывшим

Больничная летальность детей в возрасте от 0 до 17 лет (Рис.5) в Пижанском районе за последние 5 лет снизилась до 0, что можно объяснить повышением качества медицинской помощи. В Опаринском районе отмечается снижение летальности, но

в 2017 году видно кратковременное повышение показателя. Данных по летальности в Даровском районе не предоставлено.

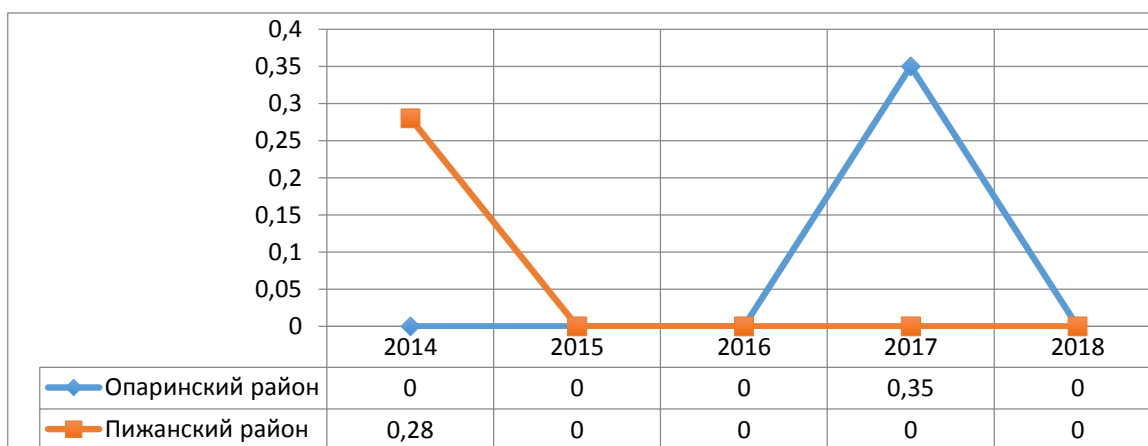


Рис.5. Больничная летальность (дети от 0 до 17 лет)

Тенденция к снижению обеспеченности койками на 10 000 населения (Рис.6) может быть обусловлена оптимизацией местных учреждений и перенаправлением к специалистам в областной центр,

что подтверждает позицию процессного управления (взаимосвязи областного центра с центральными районными больницами).

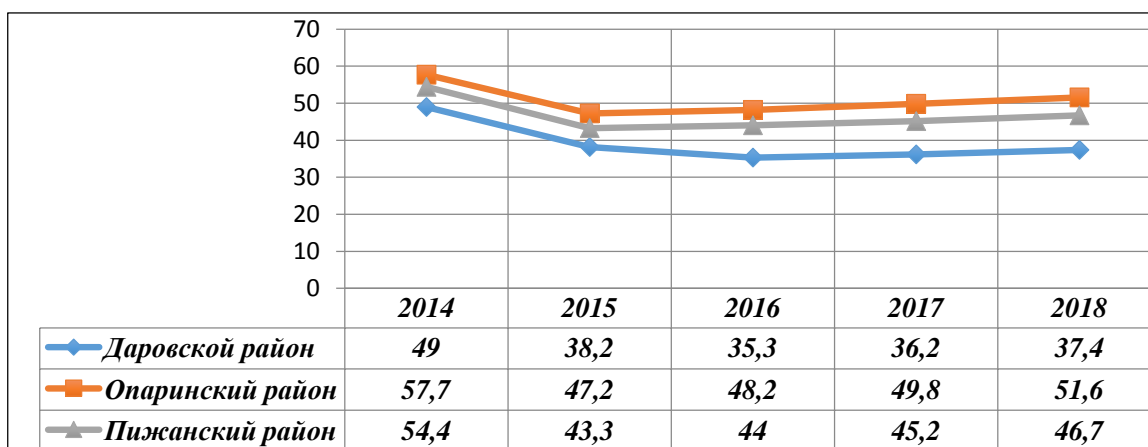


Рис.6. Обеспеченность койками на 10 000 населения

Перейдём к рассмотрению медицинских количественных показателей.

На Рис.7 наблюдается снижение количества круглосуточных коек во всех районах. Это может

быть связано с выявлением заболеваний на ранних стадиях, что привело к снижению количества необходимых круглосуточных коек.

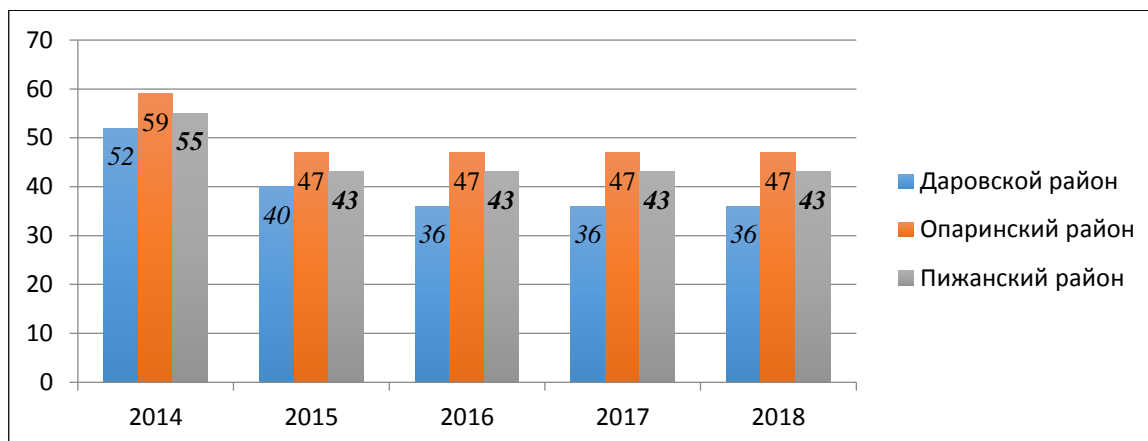


Рис.7. Число круглосуточных коек

Средняя длительность госпитализации во всех районах сократилась (Рис.8), что может быть обу-

словлено применением современных методов лечения и оборудования, а также прорывом в фармакологической индустрии.

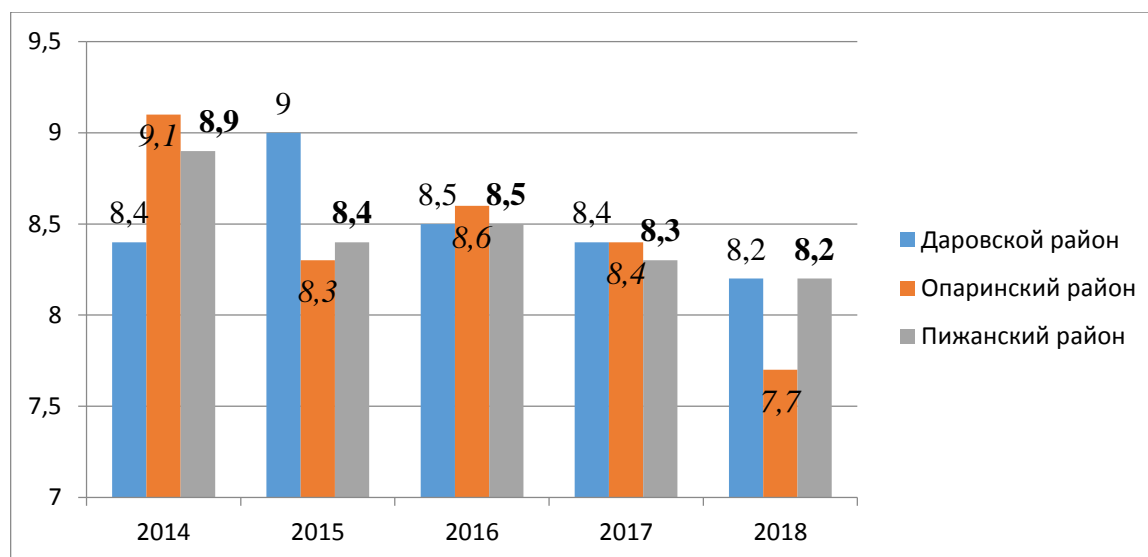


Рис.8. Средняя длительность госпитализации

В оптимизации процессов стационара большую роль играет работа по стационарозамещающим технологиям, наличие дневных стационаров.

На Рис.9 представлено количество пролеченных пациентов в местах дневного пребывания больничных организаций. Очень высокий показатель в Пижанском районе. Относительная постоянность

обусловлена тем, что средний возраст жителей районов увеличивается, соответственно, они обращаются за медицинской помощью с одинаковой периодичностью. Разница может быть обусловлена экологической и социальной обстановками, а также оснащением больниц и медицинской грамотностью населения.

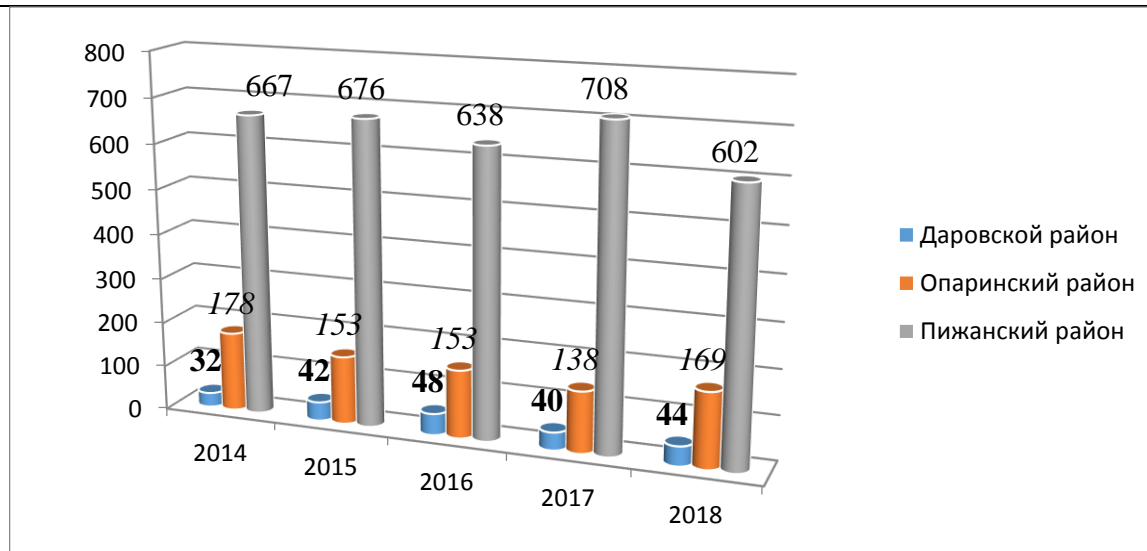


Рис.9. Количество пролеченных пациентов в местах дневного пребывания больничных организаций

В настоящее время процессный подход реализуется в России с помощью проекта "Бережливая поликлиника".

Некоторые направления работы проекта могут быть использованы для оптимизации работы стационаров: снижение времени ожидания в очереди к врачу и в процедурный кабинет; использование электронных медицинских карт и направлений к узким специалистам; исключение пересечения потоков выздоравливающих и поступивших впервые.

Выводы.

1. В деятельности МО можно выделить медицинские качественные, медицинские количественные, экономические и управленческие процессы.

2. В МО Даровского, Опаринского и Пижанского районов за 2014–2018 годы наблюдается общее повышение качества медицинской помощи (например, больничная летальность в целом очень низкая, средняя длительность госпитализации ежегодно снижается). В то же время стоит уделить

больше внимания стационарозамещающим технологиям, особенно в Даровском и Опаринском районах.

3. В стационарах могут быть внедрены следующие технологии проекта "Бережливая поликлиника": снижение времени ожидания в очереди к врачу и в процедурный кабинет, использование электронных медицинских карт и направлений к узким специалистам, исключение пересечения потоков здоровых и больных.

Список использованной литературы:

1. Сборники «Статистика здоровья населения и здравоохранения Кировской области в 2015; 2017; 2018 году» (Киров, МИАЦ)

2. Ермакова С.Э. Формирование процессно-ориентированной системы управления в медицинских организациях - М.:МАКС Пресс, 2011

3. Федеральный проект Минздрава РФ «Бережливая поликлиника»

УДК 616.314.17-008:576. 8:616.379-008.64

Патрушева Марина Сергеевна

кандидат медицинских наук,

ассистент кафедры терапевтической стоматологии

Волгоградский государственный медицинский университет

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА «ДИАДЕНТ АКТИВ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С РАЗНОЙ ДАВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Patrusheva M.S.

Volgograd State Medical University

THE EFFECTIVENESS OF USING "DIAIDENT ACTIVE" FOR TREATMENT OF PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH DIFFERENT DURATION OF THE DISEASE.

Аннотация

В статье описан клинический опыт применения комплекса «Диадент Актив» для лечения пародонтита у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с различной длительностью эндокринного заболевания. Приведены результаты клинического обследования и микробиологического исследования содержимого

пародонтальных карманов. Показано, что на фоне достоверного улучшения клинических показателей снижения общей микробной обсемененности на фоне лечения, у пациентов с анамнезом сахарного диабета более 10 лет отмечаются дисбиотические нарушения устойчивые к традиционной антимикробной терапии.

Abstract

The article describes the clinical experience of using the Diadent Active for the treatment of periodontitis in patients with type 2 diabetes mellitus with different durations of endocrine disease. The results of a clinical examination and microbiological tests of the periodontal pockets contents are presented. It was shown that in presence of a significant improvement in clinical parameters and decrease of the total microbial contamination during the treatment, patients with duration of diabetes for more than 10 years have dysbiotic disorders resistant to traditional antimicrobial therapy.

Ключевые слова: сахарный диабет, антимикробная терапия, хронический пародонтит

Key words: diabetes mellitus, antimicrobial therapy, chronic periodontitis

Введение. Эндокринная патология, в том числе сахарный диабет 2 типа, создают неблагоприятный фон для течения заболеваний пародонта, усугубляя имеющиеся патологические процессы. К этиопатогенетическим механизмам отягощения воспалительной реакции в тканях пародонта относятся микроангиопатии и нарушение трофики, активация и поддержание системного воспаления, инициация каскада провоспалительных цитокиновых реакций, хроническое повреждение тканей конечными продуктами усиленного гликозилирования [1, с.6; 5, с.108].

Важное значение в развитии воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, заболеваний зубов и тканей пародонта у данного контингента больных имеет усиление патогенного влияния микрофлоры, развивающееся на фоне снижения иммунологической реактивности организма.

Следует отметить, что независимо от фоновой патологии, пародонтит имеет инфекционную этиологию. На ранних стадиях заболеваний пародонта в полости рта происходят дисбиотические процессы, обусловленные перестройкой аэробной аутохтонной микрофлоры, и проявляющиеся увеличением числа условно-патогенных микроорганизмов, имеющих высокие показатели факторов вирулентности с последующим присоединением пародонтопатогенной микрофлоры [3, с.113; 4, с.82].

В связи с этим применение антимикробной терапии с доказанной эффективностью, в том числе местной, является важнейшим звеном этиотропной терапии воспалительных заболеваний пародонта.

В литературе имеются данные о влиянии на патологию пародонта длительности сахарного диабета, что также может повлиять на эффективность проводимой терапии. Так у больных с длительностью сахарного диабета более 10 лет определялась более выраженная потеря пародонтальных структур, чем у пациентов с нарушениями углеводного обмена менее 10 лет. При средней продолжительности анамнеза сахарного диабета $8,4 \pm 2,2$ года хронический пародонтит приводил к необратимым изменениям структуры коллагеновых волокон. Кроме того, в литературе имеются данные о зависимости состава микрофлоры полости рта и длительности эндокринного заболевания [2, с.22; 3, с.113].

Цель исследования: оценить клиническую и микробиологическую эффективность комплекса

«Диадент актив» при лечении пародонтита легкой степени у больных сахарным диабетом 2 типа с разной давностью эндокринного заболевания.

Материалы и метод.

Проведено обследование 52 пациентов с пародонтитом легкой степени, протекающим на фоне сахарного диабета 2 типа.

В первую группу были включены пациенты с впервые диагностированным сахарным диабетом (24 человека). Вторую группу (28 человек) составили лица с длительностью заболевания свыше 10 лет. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту и состоянию стоматологического здоровья.

Клиническое обследование и микробиологическое исследование содержимого пародонтальных карманов проводилось до лечения и на 28 день, следующими показателями: определение индекса гигиены (ИГ) полости рта по методу Ю.А. Федорова и В.В. Володкиной, йодного числа (ЙЧ) Свракова, индекса кровоточивости (ИК) десны по Muhlemann Н.Р., Son S.

Всем пациентам проводилась стандартная начальная терапия пародонтита, включающая мотивацию, обучение гигиене полости рта с последующим контролем при каждом посещении, удаление зубных отложений ультразвуком, устранение травматических супраконтактов. Для домашнего использования пациентам назначался лечебно-профилактический комплекс Диадент актив (ОАО «Аванта», г. Краснодар) курсом 28 дней, согласно инструкции, включающий использование зубной пасты, ополаскивателя и бальзама для десен.

Терапевтические эффекты применяемого комплекса Диадент Актив обусловлены входящими в него компонентами, обладающими этио-патогенетическим действием: лактатом алюминия, оказывающим вяжущее, кровоостанавливающее действие, антимикробным действием антисептиков хлоргексидина в эффективной концентрации 0,2 % и триклозана, которые, помимо этого, снижают адгезию зубного налета, растительными компонентами также обладающими противовоспалительными, антисептическими свойствами.

Результаты и их обсуждение.

В таблице 1 показано, что по окончании курса терапии с применением препаратов Диадент Актив, а также проведения мероприятий, направленных на

повышение уровня гигиены полости рта у пациентов обеих групп отмечалось значительное улучшение состояния тканей пародонта, подтверждаемое

данными клинического обследования и индексными показателями.

Таблица 1.

Динамика клинических показателей в ходе лечения (M±σ).

№ группы	Показатель (в баллах)	До лечения	Через 28 дней
1-я группа (n-24)	Индекс гигиены	2,37 ±0,37	1,13 ±0,12*
	Йодное число Свракова	1,74 ±0,62	0,18 ±0,24*
	Индекс кровоточивости	1,63±0,62	0,07 ±0,11 ** *
2-я группа (n-28)	Индекс гигиены	2,40 ±0,40	1,14 ±0,14*
	Йодное число Свракова	1,98 ±0,66	0,22 ±0,26*

* - различия со значениями до лечения достоверны ($p < 0,05$).

** - различия между группами достоверны ($p < 0,05$).

У пациентов обеих групп удалось добиться повышения качества гигиены полости рта. В обеих группах снизились значения йодного числа Свракова, являющегося показателем интенсивности воспаления в десне: в 1-ой группе в 9,7 раза, во 2-ой группе – в 9 раз. При осмотре десна имела бледно-розовую окраску.

На фоне лечения у пациентов отмечалось выраженное уменьшение симптомов кровоточивости. Пациенты отмечали постепенное уменьшение, вплоть до полного отсутствия через 2-3 недели после начала лечения, кровоточивости при чистке зубов и откусывании твердой пищи. Через 28 дней у пациентов 1-ой группы значения индекса кровоточивости снизились более чем в 23 раза, у пациентов 2 группы - в 9 раз, по сравнению с ситуацией до лечения, однако данные показатели были достоверно

выше, чем в 1-ой группе в аналогичные сроки ($p < 0,05$). Вероятно, это связано с более серьезным поражением сосудистой стенки у пациентов с длительным течением сахарного диабета.

В связи с тем, что проведенное пародонтологическое лечение включало местное применение антибактериальных и противогрибковых препаратов широкого спектра действия, в ходе терапии в обеих группах отмечалось значительное снижение частоты обнаружения различных микроорганизмов и обсемененности пародонтальных карманов. Однако, указанные препараты обладают неизбирательным действием на микрофлору, подавляя как патогенные, так и резидентные представители (таблица 2).

Таблица 2.

Изменение частоты встречаемости микроорганизмов в полости рта больных пародонтитом на фоне проводимого лечения

№ группы	Показатель КОЕ/л	До лечения	Через 28 дней
1-я группа (n-24)	S. aureus	50 %	33,3%
	Veilonella ssp.	-	-
	Treponema ssp.	83,3%	54,1%
	Prevotella ssp.	-	-
	Str. Haemolitic.	-	-
	Sarcinia tetr.	83,3%	50%
	Micrococcus ssp.	-	-
	E. coli	-	-
	Str. Salivarius	-	-
	Corynebacterium	100%	100%
	Actinomyces ssp.	83,3%	-
	Candida ssp.	66,6%	50%
2-я группа (n-28)	S. aureus	42,9%	42,9%
	Veilonella ssp.	-	-
	Treponema ssp.	57,1%	57,1%
	Prevotella ssp.	-	-
	Str. Haemolitic.	57,1%	71,4%
	Sarcinia tetr.	57,1%	42,8%
	Micrococcus ssp.	57,1%	42,8%
	E. coli	14,2%	14,2%
	Str. Salivarius	57,1%	42,9%
	Corynebacterium	28,5%	-
	Actinomyces ssp.	14,2%	-
	Candida ssp.	100%	100%

Изменение обсемененности пародонтальных карманов у больных сахарным диабетом 2 типа на фоне проводимого лечения (M±σ).

№ группы	Показатель КОЕ/л	До лечения	Через 28 дней
1-я группа (n-24)	S. aureus	2*10 ¹ ±36,83	0,33*10 ¹ ±4,81 * **
	Veilonella	0±0	0±0
	Treponema ssp.	5,33*10 ¹ ±47,79	0,5*10 ¹ ±5,11 * **
	Prevotella ssp.	0±0	0±0
	S. Haemolitic.	0±0 **	0±0 **
	Sarcina tetr.	3,83*10 ¹ ±44,69	0,5*10 ¹ ±5,11 * **
	Micrococcus ssp.	0±0 **	0±0 **
	E. coli	0 ±0 **	0±0 **
	S. Salivarius	0 ±0 **	0±0 **
	Corynebacterium	2,35*10 ² ±351,08 **	4*10 ¹ ±43,34 * **
	Actinomices ssp.	3,83*10 ¹ ±44,69 **	0±0 *
	Candida ssp.	3,67*10 ¹ ±45,94 **	0,5*10 ¹ ±5,11 * **
2-я группа (n-28)	S. aureus	3,0*10 ¹ ±45,22	1,71*10 ¹ ±34,73 **
	Veilonella	0±0	0±0
	Treponema ssp.	3,14*10 ¹ ±44,37	3,14*10 ¹ ±44,36 **
	Prevotella ssp.	0±0	0±0
	S. Haemolitic.	1,46*10 ¹ ±35512,77 **	3,02*10 ² ±450,21 * **
	Sarcina tetr.	4,43*10 ¹ ±49,25	1,71*10 ¹ ±34,74 * **
	Micrococcus ssp.	1,6*10 ² ±350,87 **	1,71*10 ¹ ±34,74 * **
	E. coli	0,14*10 ¹ ±3,56 **	0,14*10 ¹ ±3,56 **
	S. Salivarius	1,71*10 ² ±347,33 **	1,46*10 ² ±355,19 **
	Corynebacterium	1,57*10 ¹ ±35,22 **	0±0 * **
	Actinomices ssp.	1,43*10 ¹ ±35,63 **	0±0 *
	Candida ssp.	3,31*10 ² ±432,27 **	3,37*10 ¹ ±41,4 * **

*- достоверность различий со значениями до лечения ($p < 0,05$);

** - достоверность различий между группами ($p < 0,05$).

Так в 1-ой группе, по окончании курса лечения достоверно снизился частота обнаружения (на 16,7%) и обсемененность пародонтальных карманов S. aureus. Также отмечалось значительное (на 29,2%), снижение частоты обнаружения Treponema ssp., обладающей потенциальной пародонтопатогенной активностью.

Во 2-ой группе отмечалась менее выраженная положительная динамика в отношении S. aureus. Через 28 дней высеваемость золотистого стафилок-

кока осталась такой же, как до лечения на фоне некоторого снижения обсемененности, которое, однако, не являлось достоверно значимым ($p > 0,05$). Частота встречаемости S. haemolyticus оставалась высокой на протяжении всего периода лечения, однако достоверно снизилась обсемененность пародонтальных карманов данным микроорганизмом. Частота встречаемости и обсемененность Treponema ssp. оставалась такой же, как до лечения.

На фоне проводимого лечения у пациентов обеих групп актиномицеты в содержимом пародонтальных карманов не обнаруживались, хотя до лечения обсемененность и частота обнаружения были высокими.

Выраженная положительная динамика в обеих группах отмечалась в отношении грибов рода *Candida*. Вероятно это связано с высокой чувствительностью *Candida* spp. к хлоргексидину 0,2 % (Чепуркова О. А., 2010).

Так в 1-ой группе к 28 дню частота обнаружения *Candida* spp. снизилась на 16,6%, при этом обсемененность пародонтальных карманов не превышала 10^1 КОЕ/л.

Во 2-ой группе через 28 дней *Candida* spp., как и до лечения обнаруживалась у 100 % пациентов, однако значительно снизилась обсемененность. Так у 28,6% пациентов *Candida* spp. обнаруживалась в количестве 10^2 КОЕ/л, а у 71,4% – лишь 10^1 КОЕ/л, что не расценивалось как заболевание (кандидоз). Средние значения обсемененности достоверно снизились более чем в 10 раз, но превышали аналогичный показатель в 1-ой группе ($p < 0,05$).

Антимикробное действие применяемых в ходе лечения препаратов неизбирательно, в связи с чем обоснованно можно предполагать уменьшение количества непатогенной сапрофитной микрофлоры. Частота обнаружения и обсемененность *S. Salivarius* после применения комплекса Диадент Актив в обеих группах изменилась незначительно и достоверно не отличалась от показателей до лечения.

Однако на фоне проводимого лечения у пациентов обеих групп происходило существенное уменьшение количества *Corynebacterium*.

Так в 1-ой группе, через 28 дней данный микроорганизм также обнаруживались в 100% случаев, но обсемененность снизилась почти в 6 раз по сравнению с исходными показателями. Во 2-ой группе *Corynebacterium* по окончании лечения в микробиологических образцах не определялись.

Также на фоне проводимой местной антимикробной терапии уменьшалось количество *Sarcinia tetr.*, являющейся представителем транзитной микрофлоры и *Micrococcus* spp.

До лечения частота обнаружения и обсемененность *Sarcinia tetr.* в обеих группах достоверно не отличались. В 1-ой группе к 28 дню частота обнаружения *Sarcinia tetr.* уменьшилась на 33,3% по сравнению ситуацией до лечения, а обсемененность снизилась в 7,7 раза, что достоверно ниже аналогичного показателя во 2-ой группе. Во 2-ой группе динамика в отношении *Sarcinia tetr.* была менее выражена, что свидетельствует о большей устойчивости транзитной микрофлоры в сформировавшемся патобиоценозе, хотя в норме, её присутствие носит кратковременный характер.

Через 28 данный микроорганизм определялся у 42,8% пациентов, частота обнаружения снизилась на 14,3%, а обсемененность уменьшилась в 2,6 раза.

Micrococcus spp. у пациентов 1-ой группы в микробиологическом материале не обнаруживался на всех этапах исследования, во 2-ой группе в через 28 дней частота обнаружения уменьшилась на

14,3%, обсемененность достоверно снизилась в 9,4 раза.

E. coli в 1-ой группе в образцах не определялась, во 2-ой группе частота обнаружения данного микроорганизма в микробиологическом материале и обсемененность оставались неизменными на протяжении всего исследования. При этом *E. coli* определялась у разных пациентов и в количестве, не превышающем 10^1 КОЕ/л, что не расценивалось как патология.

Выводы. Таким образом, на фоне проведенного лечения в обеих группах отмечалось достоверное улучшение клинических показателей и значительное снижение обсемененность пародонтальных карманов большинством видов микроорганизмов.

Полость рта является открытой системой, следовательно, обеспечить её полную стерильность не представляется возможным и не является необходимым, так как резидентная микрофлора выполняет функцию биологического барьера и стимулятора местного иммунитета, препятствуя размножению патогенных видов.

Проведенное нами микробиологическое исследование показало, что в 1-ой группе по окончании лечения в пародонтальных карманах практически перестали определяться такие патогенные и условно-патогенные виды как *S. aureus*, *Candida* spp., *Actinomyces* spp, трепонема и коринебактерии, а также представители транзитной микрофлоры - *Sarcinia tetr.* Во 2-ой группе видовой состав микроорганизмов не изменился, но общая обсемененность пародонтальных карманов значительно уменьшилась, что в совокупности с положительной динамикой клинической картины также можно считать благоприятным исходом лечения, однако имеющиеся дисбиотические нарушения при длительном течении сахарного диабета оказались более устойчивыми к традиционной антимикробной терапии и требуют дальнейшей дополнительной коррекции.

Литература.

1. Аль Зоман Х. Сахарный диабет и заболевания пародонта -изучая взаимосвязь//Лечащий врач. -2014. -№ 3. -С.6-9.
2. Бондаренко О. В. Характеристика изменений слизистой оболочки полости рта при сахарном диабете и их профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. В. Бондаренко. - Новосибирск, 2004. - 23с.
3. Гарты С.Ч., Михальченко В.Ф., Патрушева М.С., Яковлев А.Т., Старикова И.В., Попова А.Н. Микробный пейзаж пародонтальных карманов у больных сахарным диабетом 2 типа с разной давностью заболевания//Современные проблемы науки и образования.- 2015. -№ 6. -С. 113.
4. Матисова Е.В., Крамарь В.С., Климова Т.Н. Колонизационная резистентности полости рта в норме и при патологии//Вестник ВолГМУ. -2009. -№4 (32). -С. 80-83.
5. Chavarry NGM, Vettore MV, Sansone C, Sheiham A (2009).The relationship between diabetes mellitus and destructive periodontal disease: a meta-analysis//Oral Health Prev Dent. -2009. -№ 7.-P. 107-127.

Шубин Лев Леонидович

кандидат медицинских наук

доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Алексеева Татьяна Алексеевна

Студент 414 группы лечебного факультета,

Соловьева Анна Вячеславовна

Студент 414 группы лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»,

Ижевск, Россия

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОМАТИКИ НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Shubin Lev Leonidovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Department of Public Health and Health Care

Alekseeva Tatyana Alekseevna

Student 414 of the Medical Faculty Group,

Solovyeva Anna Vyacheslavova

Student 414 of the Medical Faculty Group

FSBOU "Izhevsk State Medical Academy"

Izhevsk, Russia

STATISTICAL STUDY OF IMPACT OF PSYCHOMATICS ON ETIOPATHOGENESIS OF GASTROINTESTINAL DISEASES

Аннотация

В данной статье представлена взаимосвязь психосоматики с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и изучено влияние психосоматических аспектов на этиопатогенез заболеваний пищеварительной системы.

Abstract

This article presents the relationship of psychosomatics with diseases of the gastrointestinal tract (GIT) and studies the effect of psychosomatic aspects on the etiopathogenesis of diseases of the digestive system.

Ключевые слова: заболевания желудочно-кишечного тракта, психосоматика, нервная система, психологическое тестирование, пациенты.

Keywords: diseases of the gastrointestinal tract, psychosomatics, nervous system, psychological testing, patients.

Актуальность. Актуальность этой темы продиктована сложной социально-психологической ситуацией в современной России вследствие негативных изменений среды обитания человека, межличностных отношений, микросоциального окружения, роста уровня невротизации, превышающих адаптационные возможности человека и формирующих риск вегетативных, а в последующем кардиоваскулярных нарушений [1]. По объединенным данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), от 38% до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты врачей, относятся к группе психосоматиков [2]. Психосоматические расстройства являются причиной жалоб 36,71 % больных, которые обращаются к врачам в связи с нарушениями со стороны органов пищеварения [3]. Функционирование системы органов желудочно-кишечного тракта тесно связано с психическим состоянием человека [4]. Однако медицинская помощь контингенту больных с психосоматическими расстройствами в данное время часто оказывается в недостаточном объеме [5].

Цель. Изучить психологические показатели пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Выявить влияние психосоматических аспектов на этиопатогенез заболеваний желудочно-кишечного тракта, оценить достоверность полученных результатов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ первичных извещений о впервые в жизни выявленных случаях заболеваний ЖКТ (ф 090/у), амбулаторных карт (0,25/у), историй болезни (ф 003/у) пациентов с заболеваниями ЖКТ. Также были проведены психологические тестирования, в качестве основных методов использованы шкала тревоги Спилбергера-Ханина, шкала депрессии по Беку, личностный опросник Айзенка, шкала тревожности Тейлора. Обработка данных проводилась с использованием прикладных программ STATISTICA 6.1. (StatSoft Inc.), Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corp.). Сравнение групп респондентов осуществлялось с помощью критерия Стьюдента.

Результаты. В группе наблюдения было обследовано 80 пациентов с различной патологией пищеварительной системы (34 (%) мужчин и 46 (%) женщин в возрасте 25-35 лет, средний возраст=31,44). В группе сравнения 80 респондентов с подтверждением здоровья без хронических заболеваний (48 (%) мужчин и 32 (%) женщины в возрасте 25-35 лет, средний возраст=30,04). Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке методами параметрической и непараметрической статистики. Исходя из результатов исследования, было выявлено наличие достоверных различий в сравниваемых группах респондентов по таким показателям, как выраженность ситуативной и личностной тревожности, депрессии, интроверсии, нейротизма. Так группа наблюдения относительно группы сравнения характеризовалась более высокими уровнями ситуативной ($54,91 \pm 1,52$ и $34,04 \pm 1,23$ при $p < 0,001$,) и личностной ($60,56 \pm 1,23$ и $32,61 \pm 1,05$ при $p = 0,001$) тревожностями. 57

(71,25%) респондентов из группы наблюдения отметили большую психологическую нагрузку в течение дня. Группа наблюдения характеризовалась более выраженной депрессией по сравнению со второй группой. Также уровень депрессии в группе наблюдения был выше более, чем в два раза ($27,44 \pm 1,63$ и $12,44 \pm 0,79$, при $p = 0,001$) относительно группы сравнения. Выраженность соматических проявлений депрессии была сильнее у респондентов с патологией пищеварительной системы $11,39 \pm 0,31$, тогда как у опрошенных с подтверждением здоровья без хронических заболеваний данный показатель составил $5,44 \pm 0,48$ ($p = 0,001$). По шкале интроверсии-экстраверсии значения обеих групп входят в диапазон средних значений, но группа наблюдения относительно более интровертна. В группе наблюдения выявлен высокий показатель нейротизма $18,38 \pm 0,35$, у респондентов группы сравнения он находился на верхней границе нормы $6,02 \pm 0,4$ ($p = 0,001$) (таблица-1).

Таблица 1

Результаты психологических тестирований респондентов

Показатели	Группы людей		P
	Группа сравнения n=80	Группа наблюдения n=80	
Ситуативная тревожность (по Спилбергеру-Ханину)	$34,04 \pm 1,23$	$54,91 \pm 1,52$	$p < 0,001$
Личностная тревожность (по Спилбергеру-Ханину)	$32,11 \pm 1,05$	$60,56 \pm 1,23$	$p = 0,001$
Депрессия (по Беку)	$12,44 \pm 0,79$	$27,44 \pm 1,63$	$p = 0,001$
Соматические проявления	$5,44 \pm 0,48$	$11,39 \pm 0,31$	$p = 0,001$
Тревожность (по Тейлору)	$17,96 \pm 0,436$	$30,89 \pm 1,264$	$p < 0,001$
Шкала интроверсии/экстраверсии	$16,31 \pm 0,42$	$11,71 \pm 0,35$	$p = 0,001$
Нейротизм	$6,02 \pm 0,4$	$18,38 \pm 0,35$	$p = 0,001$

Выводы:

1. У пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта выявлены высокие уровни ситуативной и личностной тревожности, депрессии, интроверсии, нейротизма.

2. Функционирование нервной системы и особенности личности человека тесно связаны с развитием патологий пищеварительной системы.

3. Заболевания желудочно-кишечного тракта требуют применения позитивной психотерапии в комплексе с другими лечебными мероприятиями.

4. Необходима выработка профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, которые будут опираться на особенности нервной системы и характеристики личности, что позволит повысить эффективность лечения.

Список литературы:

1. Вегетативные и психосоматические расстройства при заболеваниях органов пищеварения / Э.И. Белобородова - Кемерово: Издательско-полиграфический комплекс «Графика», 2004. - 144 с.

2. Гастроэнтерология. Национальное руководство / Под ред. Ивашкина В. Т., Лапиной Т. Л. Москва: ГЭО-ТАР Медиа; 2013.-С.73-89.

3. Дмитриева В. А., Одинцова В. В. Энтеральная нервная система и психосоматические аспекты

заболеваний желудочно-кишечного тракта. //Медицинский альманах. 2011.—№ 1 (14).— С.166-169.

4. Елисеев, Ю.Ю. Психосоматические заболевания (справочник) / Ю.Ю. Елисеев. – М.: АСТ, 2008. – 608 с.

5. Климушева Т. А. Синдром раздраженного кишечника глазами психиатра //РЖГГК.— 2008.— Т. 18.— № 4.— С.82-86.

6. Марилев В. В. Психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта. — Миклош, 2010.— 154 с.

7. Палий И. Г., Резниченко И. Г., Севак Н. М. Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: особенности клинического течения и медикаментозной терапии // Новости медицины и фармакологии. 2007. № 6 (210). С. 210.

8. Полянцева О.И. Психология для средних мед. учреждений: учебник / О.И. Полянцева; под ред. В.Б. Кабарухина. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 431 с.

9. Тополянский Д.В. Психосоматические расстройства: учебник / Д.В. Тополянский, В.М. Струковская. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544 с.

Тихонов А.Н.**Судаков Д.В.**

Кандидат медицинских наук

Шевцов А.Н.

Кандидат медицинских наук

Трубников А.И.

ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ: ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ АРТЕРИЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ**Tikhonov A.N.,****Sudakov D.V.,****Shevtsov A.N.,****Trubnikov A.I.**

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko

ACTUAL PROBLEMS OF MODERN TRAUMATOLOGY: OPTION ANATOMY OF THE ARTERY OF THE PREVENTION**Аннотация**

В статье рассматривается вопрос вариантной анатомии основных артерий предплечья. Данная тематика не теряет своей актуальности, так как многим практикующим врачам – травматологам регулярно приходится проводить реконструктивные оперативные вмешательства на верхних конечностях. С каждым годом во всех странах мира, растет количество случаев общего травматизма и, в частности, травм области предплечья, различного генеза. Вид и объем поврежденных также видоизменяется в определенных пределах: от единичных ранений какой-либо анатомической структуры, до комплексных сочетанных травм, со сложными ранениями нескольких анатомических структур: сухожилий, мышц, нервов, артерий и т.д. Важным аспектом таких сочетанных травм становится то, что они могут стать причиной инвалидизации больных, а в некоторых случаях и вовсе привести к летальному исходу пострадавшего (в случае обильного кровотечения). При таких травмах очень важным становится своевременный гемостаз, с последующим решением вопроса о реконструктивном вмешательстве на поврежденную артерию. С целью изучения вариантной анатомии артерий предплечья производилось послойное препарирование области предплечья на нефиксированном трупном материале. Объектами исследования послужили 100 трупов обоего пола (50 женских и 50 мужских). Были определены основные варианты отхождения исследуемых артерий, а так же их средняя длина и диаметр. Полученные в работе данные представляют определенный интерес не только для сотрудников анатомических кафедр, но и для врачей практического звена.

Abstract

The article considers the issue of variant anatomy of the main arteries of the forearm. This topic does not lose its relevance, as many practicing trauma doctors regularly have to perform reconstructive surgery on the upper limbs. Every year in all countries of the world, the number of cases of general injuries and, in particular, injuries of the forearm, of various genesis, is growing. The type and extent of damage also varies within certain limits: from single injuries of any anatomical structure, to complex combined injuries, with complex injuries of several anatomical structures: tendons, muscles, nerves, arteries, etc. An important aspect of such combined injuries is that they can cause disability of patients, and in some cases even lead to the death of the victim (in case of heavy bleeding). With such injuries, timely hemostasis becomes very important, with the subsequent resolution of the issue of reconstructive intervention on the damaged artery. In order to study the variant anatomy of the arteries of the forearm, a layer-by-layer preparation of the forearm region was performed on unfixed cadaveric material. The objects of the study were 100 corpses of both sexes (50 female and 50 male). The main variants of the departure of the studied arteries were determined, as well as their average length and diameter. The data obtained in the work are of certain interest not only for employees of the anatomical departments, but also for practitioners.

Ключевые слова: вариантная анатомия, артерия, предплечье**Keywords:** variant anatomy, artery, forearm

Введение Год от года во всех странах мира растет количество травм различного генеза. Все время меняющийся и ускоряющийся ритм жизни приносит с собой и определенные последствия.

Возрастает количество бытовых травм, производственных (особенно на нелегальных производствах, с несоблюдением техники безопасности), возрастает количество людей, пострадавших в ДТП и т.д. Генез травм многогранен, как и вид, и объем

поврежденных анатомических структур. В настоящее время встречаются, как изолированные повреждения различных анатомических структур, так и комплексные ранения – тяжелые сочетанные травмы [8, с. 228], как правило, с повреждением различных анатомических структур разной тканевой принадлежности (кости, суставы, мышцы, сухожилия, артерии, нервы и т.д.) [6, с. 166].

Особую актуальность подобным травмам придает тот факт, что при наличии сложных комплексных ранений, зачастую все заканчивается инвалидизацией пациента, либо чередой реконструктивных операций и в последующем долгими месяцами и даже годами восстановительного периода [2, с. 6].

Однако не стоит забывать о том, что подобные состояния представляют и угрозу жизни человека. Особенно это актуально при ранениях магистральных артериальных стволов [5, с. 69]. Причем к летальному исходу могут привести не обязательно обширные повреждения тканей и различных анатомических структур. Это могут быть даже единичные изолированные ранения одной из магистральных артерий. Что касается артерий области предплечья, то по статистическим данным наиболее часто повреждаются лучевая и локтевая артерии [3, с. 7].

Для практикующего врача-хирурга, время в таких случаях идет даже не на часы, а на минуты. Важным становится своевременная оценка тяжести состояния пациента, оценка возможных рисков, а также оказание своевременной квалифицированной помощи, для осуществления которой хирургу крайне важно знать особенности топографической и вариантной анатомии магистральных артериальных стволов [4, с. 76].

В настоящее время во многих специализированных многопрофильных стационарах есть ставки для сердечнососудистых хирургов. В своей работе, зачастую, им приходится прибегать к проведению реконструктивных вмешательств на основных сосудах конечностей. Однако, к сожалению, далеко не каждый стационар укомплектован врачами этой специальности. Во многих случаях выполнять подобные реконструктивные вмешательства приходится врачам смежных хирургических специальностей: общим хирургам, травматологам, микрохирургам [7, с. 227]. Отчасти этим и обусловлена значимая актуальность данного исследования. Ведь зная вариант отхождения артерии и ее характеристики, хирург может предполагать дальнейшую тактику лечения [1, с. 64].

Цель исследования

Целью исследования стало изучение вариантной анатомии основных артерий области предплечья.

Материалы и методы

Объектами исследования послужило 100 трупов лиц мужского и женского пола, умерших от разных причин (средний возраст составил $46,37 \pm 7,69$ года), без повреждения верхних конечностей. При наличии неустановленной причины смерти, наличия возможного скрытого повреждения верхних конечностей или криминального генеза смерти

– данные объекты исключались из исследования. Все объекты были разделены на 2 группы. Первую группу составило 50 трупов лиц мужского пола (средний возраст составил $43,4 \pm 8,1$ лет). Вторую группу составило 50 трупов лиц женского пола (средний возраст составил $45,4 \pm 7,1$ лет).

Исследование проводилось в 2018-2019 годах в ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко».

С определенной осторожностью производилось послойной препарирование мягких тканей области плеча и предплечья, с выделением основных магистральных артерий. Объекты, у которых при послойном препарировании выявлялись признаки «застарелых» сочетанных травм или «старые» повреждения основных артерий, из исследования исключались.

Определяли место отхождения лучевой и локтевой артерии, визуально и с помощью миллиметровой линейки определяли положение артерии среди тканей. С помощью миллиметровой линейки измеряли длину (протяженность артерий), с помощью штангенциркуля определяли диаметр артерий. Причем отдельно определяли характеристики на обеих верхних конечностях.

Результаты и их обсуждение

Первым этапом стало определение места отхождения лучевой артерии (ЛучА) и локтевой артерии (ЛокА).

В большинстве случаев у мужчин на левых верхних конечностях, ЛучА начиналась в стандартном месте – в области локтевой ямки – 80% (n=32). В 20% (n=8) случаев имело место «высокое» отхождение лучевой артерии. Так ЛучА брала свое начало в верхней трети плечевой области в 15% всех случаев (n=6). В 2,5% случаев (n=1) имело место отхождение в средней трети плечевой артерии. И у 2,5 % (n=1) она брала свое начало напрямую от подмышечной артерии.

В большинстве случаев у мужчин на правых верхних конечностях, ЛучА начиналась в стандартном месте – в области локтевой ямки – 77,5% (n=31). В 22,5% (n=9) случаев имело место «высокое» отхождение лучевой артерии. Так ЛучА брала свое начало в верхней трети плечевой области в 17,5% всех случаев (n=7). В 2,5% случаев (n=1) имело место отхождение в средней трети плечевой артерии. И у 2,5 % (n=1) она брала свое начало напрямую от подмышечной артерии.

В большинстве случаев у женщин на левых верхних конечностях, ЛучА начиналась в стандартном месте – в области локтевой ямки – 77,5% (n=31). В 22,5% (n=9) случаев имело место «высокое» отхождение лучевой артерии. Так ЛучА брала свое начало в верхней трети плечевой области в 12,5% всех случаев (n=5). В 5% случаев (n=2) имело место отхождение в средней трети плечевой артерии. И у 5 % (n=2) она брала свое начало напрямую от подмышечной артерии.

В большинстве случаев у женщин на правых верхних конечностях, ЛучА начиналась в стандартном месте – в области локтевой ямки – 80% (n=32).

В 20% (n=8) случаев имело место «высокое» отхождение лучевой артерии. Так ЛучА брала свое начало в верхней трети плечевой области в 17,5% всех случаев (n=7). В 2,5% случаев (n=1) имело место отхождение в средней трети плечевой артерии.

Вторым этапом стало определение вариантов отхождения локтевой артерии (ЛокА).

В большинстве случаев у мужчин на левых верхних конечностях, ЛокА начиналась в стандартном месте – в области локтевой ямки – 85% (n=34). В 15% (n=6) случаев имело место «высокое» отхождение локтевой артерии. Так ЛокА брала свое начало от средней трети плечевой артерии в 7,5% всех случаев (n=3). В 5% случаев (n=2) имело место отхождение от нижней трети плечевой артерии. И у 2,5 % (n=1) она брала свое начало напрямую от подмышечной артерии.

В большинстве случаев у мужчин на правых верхних конечностях, ЛокА начиналась в стандартном месте – в области локтевой ямки – 87,5% (n=35). В 12,5% (n=5) случаев имело место «высокое» отхождение локтевой артерии. Так ЛокА брала свое начало от средней трети плечевой артерии в 7,5% всех случаев (n=3). В 2,5% случаев (n=1) имело место отхождение от нижней трети плечевой

артерии. И у 2,5 % (n=1) она брала свое начало напрямую от подмышечной артерии.

В большинстве случаев у женщин на левых верхних конечностях, ЛокА начиналась в стандартном месте – в области локтевой ямки – 90,0% (n=36). В 10% (n=4) случаев имело место «высокое» отхождение локтевой артерии. Так ЛокА брала свое начало от средней трети плечевой артерии в 5% всех случаев (n=2). В 2,5% случаев (n=1) имело место отхождение от нижней трети плечевой артерии. И у 2,5 % (n=1) она брала свое начало напрямую от подмышечной артерии.

В большинстве случаев у женщин на правых верхних конечностях, ЛокА начиналась в стандартном месте – в области локтевой ямки – 87,5% (n=35). В 12,5% (n=5) случаев имело место «высокое» отхождение локтевой артерии. Так ЛокА брала свое начало от средней трети плечевой артерии в 5% всех случаев (n=2). В 2,5% случаев (n=1) имело место отхождение от нижней трети плечевой артерии. И у 5 % (n=2) она брала свое начало напрямую от подмышечной артерии.

Следующим этапом работы стало определение средней протяженности и среднего диаметра исследуемых артерий (таблица 1).

Таблица 1.

Протяженность и диаметр магистральных артерий области предплечья

Характеристики артерии		1 группа (мужские группы n=50)		2 группа (женские группы n=50)	
		ЛК	ПК	ЛК	ПК
ЛучА	Длина артерии (см)	29,2 ± 5,6	28,6 ± 6,1	25,4 ± 4,6	26,2 ± 4,9
	Диаметр артерии (мм)	3,7 ± 0,3	3,8 ± 0,2	3,5 ± 0,2	3,4 ± 0,2
ЛокА	Длина артерии (см)	30,1 ± 4,9	29,7 ± 5,2	26,1 ± 4,2	25,8 ± 4,4
	Диаметр артерии (мм)	3,3 ± 0,2	3,2 ± 0,3	3,1 ± 0,1	3,0 ± 0,2

Среднее «значение диаметра» определялось путем измерения диаметра артерии с помощью штангенциркуля на нее протяжении, через каждый сантиметр. Диаметр лучевой артерии был в среднем несколько больше диаметра локтевой артерии, что указывает на преобладание «лучевого кровообращения». Диаметр артерий различался не только у мужчин и женщин, но и менялся даже у одного трупа в зависимости от препарированной конечности (слева и справа).

Длина артерий была непостоянна и различалась не только у мужчин и женщин (что могло бы быть объяснено в виду разной длины конечностей и разным ростом), но и было различно на каждом трупном материале при измерении слева и справа.

Выводы

1. У подавляющего большинства объектов лучевая и локтевая артерии отходили в стандартных местах, тем не менее, были выявлены и варианты «высокого» отхождения данных артерий.

2. Длина и диаметр лучевой и локтевой артерий изменялись не только у мужчин и женщин, но и могли быть различными даже у одного объекта исследования (слева и справа).

3. Полученные в результате исследования данные представляют интерес не только для препода-

вателей кафедр анатомии и топографической анатомии, но и для врачей практического звена, которые занимаются проведением реконструктивных вмешательств на верхних конечностях.

Список использованной литературы

1. Высокое отхождение лучевой и локтевой артерий / А.В. Черных [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. 2014. Т. 3 № 3. С. 63-65.

2. Перспективы использования кистевого внеочагового компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова в микрохирургии кисти / А.Ю. Аксенова, [и др.] // Молодежный инновационный вестник. 2016. Т. 5, № 1. С. 5-6.

3. Построение прогноза эффективности ауто-трансплантации икроножным нервом в микрохирургии / А.Ю. Аксенова, [и др.] // Молодежный инновационный вестник. 2016. Т. 5, № 1. С. 6-8.

4. Прикладные аспекты вариантной анатомии нижней надчревной артерии / А.В. Черных [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. 2016. Т. 5. № 4. С. 74-78.

5. Случай aberrантной правой подключичной артерии (arteria lusoria) / А.В. Черных [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. 2015. Т. 4. № 2. С. 68-70.

6. Фасциология: анатомо-физиологическое значение фасций в организме человека / Ю.В. Малеев

[и др.] // В сборнике: Однораловские морфологические чтения. Сборник научных трудов, посвященный 120-летию со дня рождения профессора Н.И. Одноралова и 100-летию ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. 2018. С. 165-168.

7. Черных А.В., Судаков Д.В., Якушева Н.В. Аутооттрансплантация икроножным нервом в микрохирургии верхних конечностей у пациентов с са-

харным диабетом 2 типа // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19, № 3. С. 107-112.

8. Черных А.В., Судаков Д.В., Якушева Н.В. Построение прогноза эффективности аутооттрансплантации поврежденных нервов предплечья у пациентов сахарным диабетом 2 типа // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т. 21. № 1. С. 226-231.

УДК: 617.576-089.844

Тихонов А.Н.,

Судаков Д.В.

Кандидат медицинских наук

Шевцов А.Н.

Кандидат медицинских наук

Трубников А.И.

ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж, Россия

К ВОПРОСУ О МИНИМИЗАЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Tikhonov A.N.,

Sudakov D.V.,

Shevtsov A.N.,

Trubnikov A.I.

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko

TO THE QUESTION OF MINIMIZING COMPLICATIONS DURING HIP JOINT HAND IMPRESSION

Аннотация

Статья посвящена частным вопросам минимизации развития осложнений после проведенного эндопротезирования тазобедренного сустава. Эндопротезирование тазобедренного сустава является довольно сложной во всех смыслах операцией. Она требует определенной квалификации от врача-хирурга (травматолога), определенных материальных и временных затрат. Стоит помнить и об инфекционных осложнениях, развитие которых может поставить под сомнение эффективность проведения эндопротезирования и вовсе свести на нет многочасовые старания хирургов. Особую актуальность данной работе придает повсеместно развивающаяся антибиотикорезистентность. Стараниями многих ученых постоянно совершенствуются старые и разрабатываются новые способы борьбы с антибиотикорезистентностью. Целью работы стала попытка минимизации осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава с помощью растворов ЭАВР. В исследование вошло 50 пациентов, мужчин и женщин, которым выполнялось эндопротезирование тазобедренного сустава. Пациенты были поделены на 2 группы, по 25 человек. В 1 группу вошли пациенты, у которых интраоперационно проводилась обработка эндопротеза и полостей с помощью растворов ЭАВР. В 2 группу вошли пациенты у которых интраоперационная обработка растворами ЭАВР не проводилась. Было установлено, что интраоперационное использование ЭАВР приводит не только к уменьшению случаев послеоперационного воспалительного процесса, но и к уменьшению выраженности воспалительного процесса. Статья представляет интерес практикующим врачам, занимающимся проведением эндопротезирующих оперативных вмешательств, а также хирургам многопрофильных стационаров.

Abstract

The article is devoted to particular issues of minimizing the development of complications after hip joint endoprosthesis. Hip replacement is a rather complicated operation in every sense. It requires certain qualifications from a surgeon (traumatologist), certain material and time costs. It is worth remembering about infectious complications, the development of which may cast doubt on the effectiveness of endoprosthesis and completely negate the many hours of efforts of surgeons. The universally developing antibiotic resistance gives particular relevance to this work. Through the efforts of many scientists, the old ones are constantly being improved and new methods are being developed to combat antibiotic resistance. The aim of the work was an attempt to minimize complications during hip joint replacement using EAVR solutions. The study included 50 patients, men and women, who underwent hip arthroplasty. Patients were divided into 2 groups of 25 people. The 1st group included patients who underwent intraoperative treatment of the endoprosthesis and cavities with the help of EAVR solutions. Group 2 included patients who did not have intraoperative treatment with EAVR solutions. It was found that intraoperative use of EAVR leads not only to a decrease in the incidence of postoperative inflammatory process, but also to

a decrease in the severity of the inflammatory process. The article is of interest to practicing doctors involved in performing endoprosthetics and surgical interventions, as well as surgeons of multidisciplinary hospitals.

Ключевые слова: прогноз, эндопротезирование, сустав, сахарный диабет

Keywords: prognosis, arthroplasty, joint, diabetes

Введение Эндопротезирование тазобедренного сустава является крайне сложной операцией: она сложна в выполнении, она материальна затратна, она требует определенной квалификации оперирующего врача хирурга или травматолога. Одна при всех определенных сложностях ее важность сложно переоценить. Эндопротезирование сустава выполняется по целому ряду показаний: это и переломы шейки бедра и другие травматические, зачастую комплексные, поражения, и различные заболевания костной и хрящевой ткани [8, с. 166], и различные онкологические заболевания и т.д. Главное - эндопротезирование тазобедренного сустава может помочь человеку «оставаться в строю», избежать инвалидности и последующего «выпадения» из социальной жизни.

Нельзя не отметить, что эндопротезирование тазобедренного сустава операция крайне материально затратная. Часть оперативных вмешательств оплачивается по специальным квотам - за счет средств государства [9, с. 109]. Однако на данные квоты существует определенная очередь. Те, кто может себе позволить оплатить оперативное вмешательство может позволить себе не только «не ждать» его, но и в ряде случаев выбрать вид и производителя эндопротеза [1, с. 64].

После эндопротезирования тазобедренного сустава, как и после любой операции, существует риск развития осложнений. Одними из самых неприятных для хирурга и грозными для пациента осложнений является присоединение патогенной микрофлоры и развитие специфического воспалительного процесса. Стоит отметить, что в качестве патогенной микрофлоры, в некоторых случаях может выступать даже условно-патогенная микрофлора самого человека [10, с. 228].

С целью предупреждения развития патологического процесса вызванного патогенной и условно-патогенной микрофлорой, учеными из разных стран постоянно разрабатываются новые и совершенствуются старые способы борьбы [7, с. 69]. Однако эта «борьба» идет и в противоположном направлении. Так повсеместно, в России и в мире наблюдается рост антибиотикорезистентности [4, с. 5]. Антибиотикорезистентность становится настоящей проблемой для оперирующих врачей и способна поставить под угрозу любое оперативное вмешательство [6, с. 77], включая такое во всех смыслах сложное и затратное, как эндопротезирование тазобедренного сустава [5, с. 7].

Одним из способов борьбы с антибиотикорезистентностью могли бы стать электроактивированные водные растворы (ЭАВР) [2, с. 324]. Существует множество различных работ, показывающих отличный эффект данных растворов в борьбе с патогенной микрофлорой. ЭАВР представляет собой

обычную воду, подвергшуюся воздействию электрохимического униполярного воздействия [3, с. 427]. В результате чего в данном растворе образуются и на некоторое время (в зависимости от формы приготовления) остаются в активном состоянии продукты электро-химических реакций. В результате образуется анолит и католит (в зависимости от близости к аноду или катоду представленной системы). Для практикующих хирургов большой интерес представляет раствор анолита, который обладает выраженным противомикробным действием, при этом который полностью безопасен для клеток и тканей пациента [11, с. 1039].

Цель исследования

Целью работы стала попытка минимизации осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава с помощью растворов ЭАВР.

Материалы и методы

Исследование проводилось в 2018-2019 годах в БУЗ ВО ВОКБ №1 (Воронежская областная клиническая больница №1) и БУЗ ВО Борисоглебская РБ (Борисоглебская районная больница). Объектами исследования стало 50 пациентов травматологических отделений, которым осуществлялось эндопротезирование тазобедренного сустава, мужчины и женщины, в возрасте от 46 до 86 лет. В нашем исследовании пол и возраст пациентов не являлись изучаемыми факторами и в дальнейшем более подробно не обрабатывались.

Все пациенты были разделены на 2 группы, по 25 человек. Пациентам первой группы интраоперационно производилось орошение внутренних полостей тела ЭАВР растворами, приготовленными в установке СТЭЛ. Орошение производилось с помощью УГО-1 (Устройства для гидропрессивной обработки ран). ОВП (окислительно -восстановительный потенциал) приготовленных растворов был равен 1200. Также дополнительно производилось орошение эндопротеза перед его установкой.

Во вторую группу вошло 25 пациентов, которым интраоперационное орошение растворами ЭАВР не производилось.

В остальном – предоперационное и послеоперационное лечение и диагностические манипуляции выполнялись по стандартным утвержденным схемам.

Результаты и их обсуждение

Крайне важным среди всех показателей в нашем исследовании стало изучение частоты встречаемости воспалительного процесса в послеоперационном периоде у больных после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Было отмечено, что среди пациентов 1 группы число случаев появления неспецифического воспалительного процесса в послеоперационном периоде составило 8 случая (32%). Стоит отметить, что под данным пунктом подразумевались ожидаемые

воспалительные явления, такие как гиперемия, отек в области послеоперационной раны, боль.

При этом из отмеченных 8 случаев, при оценке клинических проявлений и степени выраженности отмечалось, что у 5 пациентов наблюдались слабо выраженные проявления послеоперационного воспалительного процесса (62,5%), у 3 пациентов (37,5%) наблюдались средняя выраженность воспалительного процесса. Сильных проявлений неспецифического воспалительного процесса не наблюдалось.

Среди пациентов 2 группы число случаев появления неспецифического воспалительного процесса в послеоперационном периоде составило 19 случаев (76%). Стоит отметить, что под данным пунктом подразумевались ожидаемые воспалительные явления, такие как гиперемия, отек в области послеоперационной раны, боль.

При этом из отмеченных 19 случаев, при оценке клинических проявлений и степени выраженности отмечалось, что у 7 пациентов наблюдались слабо выраженные проявления послеоперационного воспалительного процесса (36,84,5%), у 8 пациентов (42,10%) наблюдались средняя выраженность воспалительного процесса, а у 4 пациентов (21,05%) определялись выраженные явления воспалительного процесса.

Также стоит отметить, что при наличии специфического воспаления обязательно осуществлялось взятие бактериального посева из послеоперационной раны с обязательным изучением инфекционного агента и его чувствительности к основным антибиотикам различных групп.

Среди пациентов 1 группы число случаев появления специфического воспалительного процесса в послеоперационном периоде составило 2 случая (8%).

Среди же пациентов 2 группы число случаев появления специфического воспалительного процесса в послеоперационном периоде составило 7 случаев (28%).

Выводы

1. Использование ЭАВР положительно сказывается на общем послеоперационном течении при проведении эндопротезирования тазобедренного сустава.

2. Использование ЭАВР значительно снижает количество случаев послеоперационного воспалительного процесса и степень его выраженности.

Список использованной литературы

1. Высокое отхождение лучевой и локтевой артерий / А.В. Черных [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. 2014. Т. 3 № 3. С. 63-65.

2. Изучение бактерицидного действия электроактивированных водных растворов в лечении гнойных ран у больных сахарным диабетом / Д.В.

Судаков [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2011. Т. 10, № 2. С. 322-326.

3. Лечение гнойных ран у больных сахарным диабетом с использованием электроактивированных водных растворов / Д.В. Судаков, [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2011. Т. 10, № 2. С. 427-429.

4. Перспективы использования кистевого внеочагового компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова в микрохирургии кисти / А.Ю. Аксенова, [и др.] // Молодежный инновационный вестник. 2016. Т. 5, № 1. С. 5-6.

5. Построение прогноза эффективности ауто-трансплантации икроножным нервом в микрохирургии / А.Ю. Аксенова, [и др.] // Молодежный инновационный вестник. 2016. Т. 5, № 1. С. 6-8.

6. Прикладные аспекты вариантной анатомии нижней надчревной артерии / А.В. Черных [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. 2016. Т. 5. № 4. С. 74-78.

7. Случай aberrантной правой подключичной артерии (arteria lusoria) / А.В. Черных [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. 2015. Т. 4. № 2. С. 68-70.

8. Судаков Д.В. Оценка информативности показателей клинического обследования пациентов с сахарным диабетом 2 типа и гнойными ранами / Д.В. Судаков [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2013. Т. 12, № 4. С. 1163-1165.

9. Фасциология: анатомо-физиологическое значение фасций в организме человека / Ю.В. Малеев [и др.] // В сборнике: Однораловские морфологические чтения. Сборник научных трудов, посвященный 120-летию со дня рождения профессора Н.И. Одноралова и 100-летию ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. 2018. С. 165-168.

10. Черных А.В., Судаков Д.В., Якушева Н.В. Ауто-трансплантация икроножным нервом в микрохирургии верхних конечностей у пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19, № 3. С. 107-112.

11. Черных А.В., Судаков Д.В., Якушева Н.В. Построение прогноза эффективности ауто-трансплантации поврежденных нервов предплечья у пациентов сахарным диабетом 2 типа // Прикладные информационные аспекты медицины. 2018. Т. 21. № 1. С. 226-231.

12. Электроактивированные водные растворы в лечении больных хирургического профиля / А.А. Гридин [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2007. Т. 6, № 4. С. 1038-1043.

*Тихонов А.Н.,**Судаков Д.В.**Кандидат медицинских наук**Шевцов А.Н.**Кандидат медицинских наук**Трубников А.И.**ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж, Россия***ПОСТРОЕНИЕ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА***Tikhonov A.N.,**Sudakov D.V.,**Shevtsov A.N.,**Trubnikov A.I.**Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko***CONSTRUCTION OF A PREDICTION OF KNEE JOINT EFFICIENCY EFFICIENCY****Аннотация**

Статья посвящена прогнозированию эффективности эндопротезирования коленного сустава у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Актуальность данной темы сложно переоценить. Смертность от травматизма различного вида не только остается на крайне высоком уровне, но и продолжает расти год от года. Многие случаи травматизма приводят к инвалидности пациентов. Касательно случаев эндопротезирования именно коленного сустава, особую актуальность придают заболевания эндокринной системы, вызывающие ожирение или возникшие вследствие ожирения. Одним из таких заболеваний становится сахарный диабет 2 типа. По данным ВОЗ также отмечается ежегодный рост заболеваемости СД. Целью работы стало построение прогноза эффективности эндопротезирования коленного сустава у лиц, страдающих сахарным диабетом 2 типа. В исследование вошло 40 пациентов: 10 без СД, 30 страдающих СД, которые были так же разделены на группы по 10 больных в зависимости от стадии компенсации СД и уровня глюкозы крови. Всем пациентам выполнялось эндопротезирование коленного сустава. В дальнейшем изучались различные аспекты течения послеоперационного периода. Важными пунктами исследования стали: наличие или отсутствие признаков послеоперационного воспалительного процесса, а также общая эффективность проведенного эндопротезирования. Было установлено, что с нарастанием декомпенсации прогноз эндопротезирования становится менее благоприятный. В тоже время наличие СД в стадии компенсации и субкомпенсации не является противопоказанием к проведению оперативного вмешательства.

Abstract

The article is devoted to predicting the effectiveness of knee replacement in patients with type 2 diabetes. The relevance of this topic is difficult to overestimate. Mortality from injuries of various kinds not only remains at an extremely high level, but also continues to grow from year to year. Many injuries lead to disability of patients. Regarding cases of hip arthroplasty, the diseases of the endocrine system causing obesity or resulting from obesity are of particular relevance. One of these diseases is type 2 diabetes. According to WHO, there is also an annual increase in the incidence of diabetes. The aim of the work was to build a forecast of the effectiveness of knee replacement in patients with type 2 diabetes. The study included 40 patients: 10 without diabetes, 30 suffering from diabetes, which were also divided into groups of 10 patients, depending on the stage of compensation of diabetes and blood glucose level. All patients underwent knee replacement. Subsequently, various aspects of the course of the postoperative period were studied. Important points of the study were: the presence or absence of signs of a postoperative inflammatory process, as well as the overall effectiveness of endoprosthetics. It was found that with an increase in decompensation, the prognosis of endoprosthetics becomes less favorable. At the same time, the presence of diabetes in the stage of compensation and subcompensation is not a contraindication to surgery.

Ключевые слова: прогноз, эндопротезирование, сустав, сахарный диабет

Keywords: prognosis, arthroplasty, joint, diabetes

Введение Проблема заболеваний опорно-двигательного аппарата с каждым годом становится все более актуальной. Стоит отметить, что во всем мире и в России, в частности, растет количество случаев травматизма. Смертность от травматизма в

целом занимает 3 место, уступая лишь заболеваниям сердечно-сосудистой системы и онкологическим заболеваниям.

Далеко не каждый случай травматизма способен привести к смерти пациента, но к сожалению, способен привести к инвалидизации. Особенно это

актуально при повреждениях верхних и нижних конечностей [11, с. 229].

И если перелом диагностировать относительно просто, то гораздо большие трудности вызывает диагностика поражений сустава и его связочного аппарата. Особенно при незначительных повреждениях сустава [9, с. 166]. Однако «застарелые» повреждения часто дают о себе знать через несколько лет. Стоит помнить о том, что поврежденная капсула или поврежденный связочный аппарат становятся более уязвимы к новым повреждениям, которые могут своеобразно «накапливаться» и в последствие приводить к серьезным проблемам опорно-двигательной системы [4, с. 6].

Не стоит забывать и об отягощающих факторах, таких как малоподвижный образ жизни, излишний вес, сопутствующая патология.

Современный человек, вкусив все блага цивилизации стал зачастую малоподвижен. Изменения в структуре работы многих специалистов также обуславливают малоподвижный образ жизни. А в целом повышение качества жизни в развитых странах, способствует изменению пищевых пристрастий, что в совокупности с малоподвижным образом жизни способствует развитию ожирения и в некоторых случаях даже заболеваний эндокринной системы.

Одним из таких заболеваний становится сахарный диабет 2 типа (СД). В развитых странах он становится настоящей проблемой для практикующих врачей [5, с. 7]. По мнению многих исследователей каждый килограмм лишнего веса, увеличивает риск развития СД в течении жизни на 5% [8, с. 1163]. Фактически, 20 килограмм лишнего веса практически 100% гарантируют развитие СД в течении жизни. Нельзя забывать, что СД отягощает течение многих заболеваний [6, с. 74], опосредованно приводит к развитию множества осложнений [7, с. 68], зачастую становится своеобразной «преградой» на пути к проведению оперативного лечения пациентов [1, с. 64].

Цель исследования Целью исследования стало построение прогноза эффективности эндопротезирования коленного сустава у лиц, страдающих сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы

Исследование проводилось в 2018-2019 годах в БУЗ ВО ВОКБ №1 (Воронежская областная клиническая больница №1) и БУЗ ВО Борисоглебская РБ (Борисоглебская районная больница). Объектами исследования стало 40 пациентов травматоло-

гических отделений, которым осуществлялось эндопротезирование коленного сустава, мужчины и женщины, в возрасте от 38 до 56 лет. В нашем исследовании пол и возраст пациентов не являлись изучаемыми факторами и в дальнейшем более подробно не обрабатывались.

Все пациенты были разделены на 4 группы, по 10 человек. Пациенты первой группы не страдали СД, в отличии от пациентов второй – четвертой группы, страдающих СД 2 типа. Подразделение по группам (2-4) производилось в зависимости от уровня глюкозы и стадии компенсации СД. Во вторую группу вошли пациенты с СД в стадии компенсации и уровнем глюкозы практически не отличающимся от уровня глюкозы в норме. В третью группу вошли пациенты с СД в стадии субкомпенсации с уровнем глюкозы не превышающим 14 ммоль/л. В четвертую группу вошли пациенты с СД в стадии декомпенсации и уровнем глюкозы, превышающим 14 ммоль/л.

Стоит отметить, что в России в настоящее время по мимо определенного количества квот, выделяемых на проведение эндопротезирования (замены сустава за счет средств государства) [10, с. 108], существует и определенный спектр платных услуг, по которым пациенты могут сами оплачивать себе лечение. Этим отчасти обусловлен допуск пациентов с СД в стадии декомпенсации к оперативному лечению [12, с. 1039]. Всем пациентам перед оперативным вмешательством подробно разъяснялись риски и возможные осложнения [3, с. 428]. Само вмешательство осуществлялось строго после комплексного обследования пациента и взятия согласия на оперативное лечение. В послеоперационном периоде лечение проводилось по существующим утвержденным схемам [2, с. 323].

Результаты и их обсуждение

В данной работе проводилась оценка большого количества различных показателей, включая ОАК, БХ крови, наличие признаков воспалительного процесса в послеоперационном периоде, наличие отдаленных осложнений и в целом эффективность эндопротезирования.

Однако при анализе всех полученных данных было отмечено, что наиболее важное значение приобретают следующие показатели: Наличие или отсутствие воспалительного процесса, необходимость повторной операции (санации или повторного эндопротезирования), эффективность эндопротезирования.

Полученные данные представлены в таблице 1.

Оценка основных изучаемых показателей эффективности эндопротезирования коленного сустава у больных с СД

Показатель/ исследуемая группа	1 Без СД	2 СД компенсация	3 СД субкомпенсация	4 СД Декомпенсация
Наличие воспалительного процесса	1 (10%)	1 (10%)	3 (30%)	6 (60%)
Необходимость повторной операции	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	3 (30%)
Эффективность эндопротезирования	10 (100%)	10 (100%)	8 (80%)	3 (30%)

При обработке полученных результатов не было выявлено существенной разницы между пациентами 1 и 2 групп – между пациентами без СД и пациентами с СД в стадии компенсации. Так у них в 10% случаев наблюдалось послеоперационное воспаление в области проведения оперативного вмешательства, что в целом укладывается в статистические данные по данной патологии, в тоже время у данных пациентов не возникало необходимости в проведении повторного оперативного вмешательства, и общая эффективность эндопротезирования составила в этих группах – 100%.

В то время как среди пациентов с СД в стадии субкомпенсации – гораздо чаще встречались случаи послеоперационного воспаления – 30%. В 1 случае (10%) даже понадобилось повторное оперативное вмешательство на сустав. А общая эффективность эндопротезирования составила 80%.

Наименее положительные результаты были получены среди пациентов 4 группы – у пациентов с СД в стадии декомпенсации. В большинстве случаев у подобных пациентов наблюдалось послеоперационное воспаление – 60%. Также у пациентов этой группы гораздо чаще чем в других группах возникала необходимость проведения повторного оперативного вмешательства на сустав. А общая эффективность эндопротезирования у пациентов с СД в стадии декомпенсации составила всего 30%.

Очевидно, наличие СД в стадии декомпенсации можно считать определенным противопоказанием к проведению эндопротезирования коленного сустава. Возможно необходимо сначала вывести пациентов из стадии декомпенсации, чем возможно обеспечится более положительный эффект.

Данное исследование представляет определенный интерес, однако необходимо его повторное проведение с большей выборкой пациентов (с большим количеством), для получения более точных статистических данных.

Выводы

1. СД в стадии компенсации и субкомпенсации не является противопоказанием к проведению эндопротезирования коленного сустава.

2. СД в стадии декомпенсации можно вполне рассматривать как определенное противопоказание к проведению эндопротезирования коленного сустава.

3. Исследование представляет определенный интерес и необходимо его продолжение с большей выборкой пациентов и более подробным статистическим анализом большего количества параметров.

Список использованной литературы

1. Высокое отхождение лучевой и локтевой артерий / А.В. Черных [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. 2014. Т. 3 № 3. С. 63-65.

2. Изучение бактерицидного действия электроактивированных водных растворов в лечении гнойных ран у больных сахарным диабетом / Д.В. Судаков [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2011. Т. 10, № 2. С. 322-326.

3. Лечение гнойных ран у больных сахарным диабетом с использованием электроактивированных водных растворов / Д.В. Судаков, [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2011. Т. 10, № 2. С. 427-429.

4. Перспективы использования кистевого внеочагового компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова в микрохирургии кисти / А.Ю. Аксенова, [и др.] // Молодежный инновационный вестник. 2016. Т. 5, № 1. С. 5-6.

5. Построение прогноза эффективности ауто-трансплантации икроножным нервом в микрохирургии / А.Ю. Аксенова, [и др.] // Молодежный инновационный вестник. 2016. Т. 5, № 1. С. 6-8.

6. Прикладные аспекты вариантной анатомии нижней надчревной артерии / А.В. Черных [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. 2016. Т. 5. № 4. С. 74-78.

7. Случай aberrантной правой подключичной артерии (arteria lusoria) / А.В. Черных [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. 2015. Т. 4. № 2. С. 68-70.

8. Судаков Д.В. Оценка информативности показателей клинического обследования пациентов с сахарным диабетом 2 типа и гнойными ранами / Д.В. Судаков [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2013. Т. 12, № 4. С. 1163-1165.

9. Фасциология: анатомо-физиологическое значение фасций в организме человека / Ю.В. Малеев [и др.] // В сборнике: Однораловские морфологические чтения. Сборник научных трудов, посвященный 120-летию со дня рождения профессора Н.И. Одноралова и 100-летию ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. 2018. С. 165-168.

10. Черных А.В., Судаков Д.В., Якушева Н.В. Ауто-трансплантация икроножным нервом в микрохирургии верхних конечностей у пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19, № 3. С. 107-112.

ной информации, покупке необходимых им лекарственных средств, а также дает право на выбор медицинской организации и врача.

Федеральным законом от 29 июля 2017 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вводится новое понятие «телемедицинские технологии», которые, должны обеспечивать дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента [7].

Для реализации этого закона, а именно для учреждения структуры и порядка ведения единой системы; порядка и сроков предоставления информации в единую систему; порядка доступа к информации, содержащейся в единой системе; требованиям к программно-техническим средствам единой системы; порядка обмена информацией с использованием данной системы; порядка защиты информации, содержащейся в единой системе принято Постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2018 года № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» (ЕГИСЗ) [5].

И электронное, и цифровое здравоохранение основаны на использовании сети Интернет как способа коммуникации, обмена данными и получения необходимой медицинской информации. Переход к цифровому здравоохранению означает дополнение возможностей электронного здравоохранения аналитическими и математическими методами обработки медицинских данных и интеллектуальными модулями, что обеспечивает новое качество медицинской помощи, включая поддержку принятия врачебных решения [1, с.112].

В Российской Федерации, как и во всем мире, стало развиваться новое направление в сфере здравоохранения, связанное с Интернет-технологиями

и новыми способами коммуникации. Переход на цифровое здравоохранение расширяет доступность медицинских услуг для населения.

В условиях реформирования системы здравоохранения основным звеном в рыночных отношениях является пациент — потребитель медицинских услуг, наделенный набором прав, в числе которых — право на выбор медицинской организации и право на выбор врача. Реализация данных прав возможна только в условиях конкуренции на рынке медицинских услуг. В сложившейся ситуации сохранение и привлечение потока пациентов — актуальные задачи, стоящие перед медицинскими организациями [8, с.70].

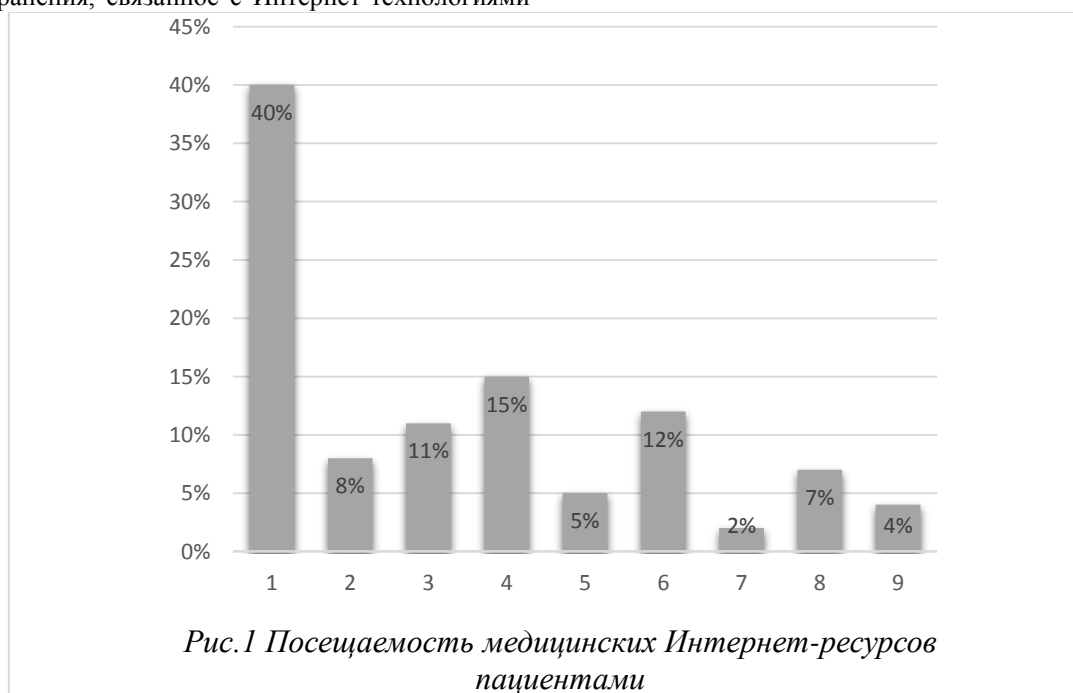
На данном этапе важное значение имеет создание медицинских сайтов, которые обеспечат пациентов информацией по всем вопросам, связанным с получением медицинской услуги и выбором медицинской организации. Главными критериями качества медицинских сайтов будут являться информативность и доступность информации для пациента.

Цель исследования. Оценить содержание, информативность, доступность и практическую значимость медицинских Интернет-ресурсов, используемых пациентами.

Материалы и методы. С целью выявления популярных медицинских Интернет-ресурсов мы провели анонимное анкетирование среди пациентов поликлиник и стационарных учреждений города Ижевска. В опросе участвовало 160 человек. В данном обзоре нами были представлены наиболее посещаемые сайты для поиска информации, используемые пациентами.

Результаты и обсуждение

На рисунке 1 представлена посещаемость медицинских Интернет-ресурсов пациентами поликлиник и стационарных учреждений города Ижевска.



1. Официальные медицинские Интернет-ресурсы:

- Портал государственных услуг
- Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Официальное представительство Минздрава Удмуртии

2. Социально ориентированные Интернет-ресурсы:

- Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации

- Медицинские Интернет-ресурсы

3. Научно-популярные онлайн-медицинские журналы

4. Сайты медицинских консультаций

5. Электронные магазины медицинского профиля

6. Справочные ресурсы

7. Бизнес-ресурсы по медицине

8. Медицинские блоги и форумы

9. Информационные ресурсы для

отзывов и жалоб пациентов

1. *Официальные медицинские Интернет-ресурсы*

Портал государственных услуг Российской Федерации - <https://www.gosuslugi.ru> [4] - это портал, который открывает доступ физических и юридических лиц к сведениям о государственных и муниципальных услугах, а также дает возможность представления этих услуг в электронной форме. Данный Интернет-ресурс в том числе дает возможность пациентам самостоятельно записываться на прием к участковому врачу, или врачу-специалисту, дает возможность выбора врача, предоставляя о нем сведения и формирует электронную очередь.

Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации - www.gosminzdrav.ru [2] - этот ресурс дает пациентам информацию об органах государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Официальное представительство Минздрава Удмуртии [3] - mzur.ru. Подразделение МЗ РФ, на его сайте можно найти новости и события, касающиеся непосредственно Удмуртской Республики.

Данные Интернет-порталы используют 40 % пациентов (Рис. 1).

2. *Социально ориентированные ресурсы.* К этому классу мы относим ресурсы содержащие социальную рекламу в Интернете, в первую очередь к ним относятся: Республиканский центр медицинской профилактики (<http://medprof18.ru>), Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации (<https://www.gnicpm.ru>). На данных сайтах в том числе пропагандируется информация по профилактике социально-значимых заболеваний, а так же по проведению диспансеризации. По результатам

исследования данными Интернет-ресурсами пользуются 8% опрошенных (Рис. 1).

3. *Научно-популярные онлайн-медицинские журналы* используют 11% пациентов. Здесь собраны статьи, советы, рейтинги медицинских центров, отдельных направлений. Информация на данных порталах объясняется в доступной научно-популярной форме. Кроме того, здесь же пропагандируется здоровый образ жизни, приводится реклама медицинских услуг и товаров (Рис. 1). В качестве примеров можно назвать журналы «Русский медицинский журнал» (<https://www.rmj.ru>), «Косметика и медицина» (<http://www.cmjournal.ru>).

4. *Сайты медицинских консультаций* - это ресурсы, предоставляющие услуги медицинских консультаций для пациентов в режиме онлайн. Данные сайты предпочитают использовать 15 % опрошенных (Рис. 1). Примерами являются: Онлайн Доктор (<https://onlinedoctor.ru>), Medihost (<https://medihost.ru>), МЕД-инфо (<http://med-info.ru>).

5. *Электронные магазины медицинского профиля* - представляют собой справочные системы, где пациенты могут приобрести необходимые лекарственные средства, медицинские товары как в других обычных Интернет-магазинах. Они же предоставляют развернутую информацию о своем ассортименте, в том числе инструкции по применению лекарственных препаратов, использованию медицинского оборудования. Данными электронными аптеками пользуются 5% пациентов (Рис. 1). Наиболее популярными Интернет-аптеками являются: Пилули.Ру (<https://www.piluli.ru>), Здравсити (<https://zdravcity.ru>), Аптека.Ру (<https://apteka.ru>).

6. *Справочные ресурсы* - данными сайтами пользуются 12% респондентов (рис. 1). Здесь пациент может найти толкование медицинских терминов, получить понятную информацию о различных заболеваниях, диагностических и лечебных процедурах. Наиболее популярными справочными ресурсами являются: ДокторПитер.ру (<https://doctorpiter.ru>), Rambler здоровье (<https://www.rambler.ru/health>), healthinfo (<http://healthinfo.ua>)

7. *Бизнес-ресурсы по медицине*, обычно к данной категории относятся сайты частных клиник или компаний, предоставляющие медицинские услуги. Их цель - рекламировать свои услуги и продукцию пациентам. Данными Интернет-ресурсами интересуются 2% респондентов (Рис. 1). Примерами являются: Докторплюс (<https://doktorplus.net>), Медицея (<https://mediceya.ru>).

8. *Медицинские блоги и форумы*, на которых ведется обсуждение тех или иных медицинских вопросов в режиме онлайн выбрали 7% опрошенных (Рис. 1). Примеры: TheMedicalFuturist (<https://medicalfuturist.com>), Национальный медицинский форум (<http://doctorsforum.ru>) [6, с. 195].

9. *Информационные ресурсы для отзывов и жалоб пациентов* - данные сайты предоставляют возможность подать анонимное письменное или электронное обращение при получении некаче-

ственной медицинской услуги и получить грамотный и квалифицированный ответ на обращение, что привет к решению вопрос мирно и не допустит судебных разбирательств и внеплановых проверок. Данные информационные ресурсы предпочитают использовать 4% пациентов (Рис. 1). Примерами являются:

Роспотребнадзор

(<https://www.rosпотребнадзор.ru>), Про докторов (<https://prodoctorov.ru>).

Таким образом, мы можем классифицировать медицинские Интернет-ресурсы по цели посещения (Таблица 1).

Таблица 1

Классификация медицинских Интернет-ресурсов по цели посещения

<p>1. Для поиска справочной информации</p> <p><i>1. Научно-популярные онлайн-медицинские журналы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • «Русский медицинский журнал» (https://www.rmj.ru) • «Косметика и медицина» (http://www.cmjournal.ru) <p><i>2. Справочные ресурсы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ДокторПитер.ру (https://doctorpiter.ru/) • Rambler здоровье (https://www.rambler.ru/health) • healthinfo (http://healthinfo.ua) <p><i>3. Социально ориентированные Интернет-ресурсы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Республиканский центр медицинской профилактики (http://medprof18.ru) • Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ (https://www.gnicpm.ru)
<p>2. Для поиска организационно-правовой информации</p> <p><i>1. Официальные медицинские Интернет-ресурсы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Официальный сайт МЗ РФ (www.rosminzdrav.ru) • Официальное представительство Минздрава Удмуртии (mzur.ru)
<p>3. Для поиска услуг (медицинских, психологических, санаторно-курортных и т. д.) учреждений</p> <p><i>1. Официальные медицинские Интернет-ресурсы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Госуслуги (https://www.gosuslugi.ru) <p><i>2. Сайты медицинских консультаций:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Онлайн Доктор (https://onlinedoctor.ru) • Medihost (https://medihost.ru) • МЕД-инфо (http://med-info.ru).
<p>4. Для поиска лечебных и профилактических средств</p> <p><i>1. Электронные магазины медицинского профиля:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Пилули.Ру (https://www.piluli.ru) • Здравсити (https://zdravcity.ru) • Аптека.Ру (https://apteka.ru)
<p>5. Для бизнеса и обеспечения деятельности лечебно-профилактических учреждений</p> <p><i>1. Бизнес-ресурсы по медицине:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Докторплюс (https://doktorplus.net) • Медицея (https://mediceya.ru).
<p>6. Для обсуждения</p> <p><i>1. Медицинские блоги и форумы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • TheMedicalFuturist (https://medicalfuturist.com) • Национальный медицинский форум (http://doctorsforum.ru) <p><i>2. Информационные ресурсы для отзывов и жалоб пациентов:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Роспотребнадзор (https://www.rosпотребнадзор.ru) • Про докторов (https://prodoctorov.ru).

Заключение

Медицинские Интернет-ресурсы открыли большое количество возможностей перед современной медициной, системой здравоохранения и населением. Они позволяют пациентам быстро и без усилий найти необходимую информацию, получить качественную медицинскую услугу, купить лекарственные средства и проконсультироваться со специалистами. Также создание единой государственной информационной системы предоставляет населению возможность получения медицинских услуг в электронной форме посредством единого портала государственных услуг.

Литература

1. Лебедев Г. С., Зимица Е. И., Короткова А. В., Шадркин И. А., Кирсанова Е. В. Развитие интернет-технологий в здравоохранении Российской Федерации // Public Health Panorama. №1. 2019- 112-113 с. [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-meditsinskih-informatsionnyh-tehnologiy-v-rossiyskoy-federatsii>
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации: [Электронный ресурс] - URL: <https://www.rosminzdrav.ru>
3. Министерство здравоохранения Удмуртской Республики: [Электронный ресурс] - URL: <https://www.mzur.ru>

4. Портал государственных услуг Российской Федерации: [Электронный ресурс] - URL: <https://www.gosuslugi.ru/>

5. Постановление Правительства РФ от 5 мая 2018 г. № 555 “О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения” – Доступ из справочно-правовой системы Консультант-Плюс. Текст: электронный. [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297474

6. Тупикина Н.С. Медицинские Интернет-ресурсы: новые функции, технологии, тенденции развития / Н. С. Тупикина, И. В. Фотиева // Медиа исследования. 2017-195-196с. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29930748>

7. Федеральный закон от 29 июля 2017 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» – Доступ из справочно-правовой системы Гарант – Текст: электронный. [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/12191967>

8. Ходакова О.В., Евстафьева Ю.В. Комплексная оценка официальных сайтов медицинских организаций // Здравоохранение Российской Федерации. 2017- 70 с. [Электронный ресурс]. URL: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-2-70-75>

УДК: 614

Толмачев Д.А.
к.м.н., доцент,
Сутыгин И.С.,
Чан-Ман-Го В.А.

Ижевская государственная медицинская академия

РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА И КУРЕНИЯ

Tolmachev D.A.
Candidate of Medical Science
Sutygin I.S.,
Chan-Man-Go V.A.
Izhevsk State Medical Academy

ROLE OF PREVENTION OF HARMFUL HABITS**Аннотация**

В статье рассматривается влияние алкоголизма и табакокурения на организм человека. Вредные привычки оказывают негативное влияние на общество в целом, а также на жизнь и деятельность каждого в отдельности. В связи с тем, что вредные привычки широко распространены среди молодежи, мы решили провести исследование, чтобы наглядно увидеть распространение вредных привычек среди студентов и наличие их осведомленности о вредном воздействии на организм человека алкоголя и никотина. Провели анализ различных методов профилактики вредных привычек и их результативность.

Annotation

The article discusses the effect of alcoholism and smoking on the human body. Bad habits have a negative effect on society as a whole, as well as on the life and work of each individual. Due to the fact that bad habits are widespread among young people, we decided to conduct a study to visually see the spread of bad habits among students and their awareness of the harmful effects of alcohol and nicotine on the human body. We conducted an analysis of various methods for the prevention of bad habits and their effectiveness.

Ключевые слова: профилактика, медицина, здоровье, ЗОЖ, алкоголь, курение, никотин.
Keywords: prevention, medicine, health, healthy lifestyle, alcohol, smoking, nicotine.

В жизни современного общества особо остро стоят проблемы, связанные с алкоголем и табакокурением. Вредные привычки оказывают негативное влияние на жизнь общества в целом, а также на жизнь и деятельность личности в отдельности. В нашей стране проблема особенно актуальна и корни ее уходят глубоко в историю. В студенческом возрасте происходит окончательное формирование человека как с точки зрения анатомии и физиологии, так и его взглядов на жизнь и на отношение к себе и своему здоровью. Однако, по данным ряда исследований, распространенность значительного числа заболеваний среди обучающихся высших и средних специальных учебных заведений достаточно высока, что обуславливает необходимость более активного изучения причин сложившейся обстановки и разработки комплекса мер по улучшению ситуации. С вредными привычками должно бороться не только общество, но и каждый человек в отдельности. Каждый должен осознавать вред этих действий и стараться бороться с ними. Чем дольше стаж вредной привычки, тем сложнее с ней совладать. Из этого следует, что гораздо выгоднее и проще отдать предпочтение предупреждающим мерам - профилактике вредных привычек среди молодого населения. Только так можно разрешить эту проблему. В связи с тем, что вредные привычки распространены среди молодежи, мы решили провести социологический опрос, чтобы наглядно увидеть распространение вредных привычек среди студентов и наличие их осведомленности о вредном воздействии на организм человека алкоголя и никотина.

Гипотеза исследования. Мы считаем, что данные вредные привычки наносят огромный вред здоровью населения и будущему страны. Большинство молодых людей пробуют алкоголь и табачные изделия еще в школе, это наталкивает на мысль о неэффективности системы профилактики вредных привычек. Большая часть детей, попробовавших в школе, несет свою привычку в студенческую, а затем вредные привычки становятся их обыденностью, отказаться от которой становится практически невозможно. Исходя из вышесказанного, мы считаем, что профилактикой курения и алкоголизма нужно заниматься с самого раннего возраста и продолжая до зрелости, когда еще существует хоть сколько-нибудь весомый шанс на отказ от вредной привычки.

В нашем исследовании генеральной совокупностью является молодежь в возрасте от 17 до 25 лет. Выборочная совокупность составляет 220 человек: 33,2% мужского пола и 66,8% женского. Мы проводили выборочное исследование при помощи анкетирования и не претендуем на большую репрезентативность полученных данных. Данным исследованием мы хотим обратить внимание молодежи на данную проблему.

Результаты исследования. Анализируя результаты нашего исследования, мы сделали вывод, что наша гипотеза о том, что данные вредные привычки глубоко укоренились среди молодежи, оказалась

верной. Считается, что большинство мужчин подвержены данным привычкам, однако на основании проведенного нами анкетирования, можно сделать вывод о том, что большинство опрошенных девушек имеют вредные привычки. Курят 24,7% из опрошенных. Основной целью потребления спиртных напитков является повышение настроения (39,7 %).

Как и предполагалось, большинство респондентов высказали мысль о том, что основным негативным последствием этих привычек является вред здоровью.

В настоящее время уровень потребления алкоголя считается одной из приоритетных проблем в области здравоохранения в мировом масштабе. По данным Федеральной службы по надзору в сфере прав потребителей и благополучия человека, отравление алкогольными напитками занимает третье место в перечне острых отравлений и составляют 21,22%. Наиболее уязвимым для воздействия токсического фактора алкоголя является растущий организм подростка. Неполноценность и незрелость естественных защитных факторов обуславливают тяжкие последствия воздействия этилового спирта на организм ребенка. [1-2]

Алкоголь - один из основных факторов, воздействующих на состав и функции микрофлоры ЖКТ. Анализ многочисленных исследований, в которых рассматривались аспекты этой проблемы, показал, что в число биологических эффектов этанола входят развитие синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке, нарушение защитной функции пищеварительного тракта. Есть мнение, что в основе избыточного бактериального роста лежат нарушение оттока желчи, нарушение перистальтики кишечника, снижение pH в желудке и появление иммунодефицита под действием алкоголя. В связи с малой продукцией слизистой кишечника алкогольдегидрогеназы, алкоголь, при приеме внутрь, оказывает токсическое воздействие на слизистую двенадцатиперстной и тощей кишки. В результате этого воздействия уменьшается продукция собственных кишечных энзимов, обеспечивающих мембранный гидролиз (сахарозы, лактозы, щелочной фосфатазы и др.). Нарушаются механизмы активного транспорта из кишки в кровь мономеров (глюкозы, аминокислот). Синдром избыточного бактериального роста приводит к повреждению слизистой оболочки тонкой кишки и нарушению всасывания витаминов (В1, В6, В12, А, Е, К, фолиевой кислоты), цинка и других нутриентов. Дисбиотические сдвиги нормальной микрофлоры кишечника играют немаловажную роль в нарушении гомеостаза, изменении белкового, углеводного, липидного и минерального обмена. [1-2]

Пиво является наиболее часто используемым алкогольным напитком. Согласно статистике, каждый житель нашей страны в течение года выпивает почти 60 литров пива. Конечно, до 161 чешского или 145 немецких литров нам еще далеко, но мы приближаемся к этим цифрам с невероятной скоростью. «Кто пьет пиво, тот живет долго и счаст-

ливо!»), - считают русские пивовары и наши доверчивые люди, они верят безоговорочно. Причиной этого является массовое заблуждение, что пиво является полезным напитком, потому что оно содержит ячмень, в котором есть необходимые белки и углеводы, и, кроме того, слабоалкогольный. Пиво приносит не только радость, но и большие проблемы со здоровьем. [1-2]

Пиво, конечно, слабоалкогольный напиток, но все же не квас, что означает наличие в нем определенного количества этилового спирта. Более того, в некоторых сортах содержание алкоголя достигает 10,0-14,0%, что эквивалентно 50-100 г водки. Частое наполнение пищевода, желудка и кишечника спиртовой жидкостью с элементами брожения не может повлиять на их состояние. Пиво очень агрессивно раздражает и отравляет слизистую оболочку пищеварительного тракта. При регулярном приеме пенного напитка железы, расположенные в стенках желудка и вырабатывающие желудочный сок, сначала выделяют много слизи, а затем атрофируются. Пищеварение нарушается, пища застаивается или не переваривается, попадает в кишечник. Результат - гастрит и проблемы со стулом. [1-2]

Алкоголь является главным врагом печени, основной функцией которой является очищение организма. Злоупотребление алкогольным напитком способствует развитию воспалительных процессов, которые могут привести к гепатиту и нарушению его антитоксической функции. Более того, пивной гепатит может протекать в скрытой форме. Если вы не остановитесь во времени, вы можете заработать цирроз печени. От регулярного употребления пива поджелудочная железа плачет: напиток подавляет высвобождение ферментов, а естественный процесс расщепления питательных веществ нарушается. [1-2]

Кто когда-либо пил опьяняющий напиток, знает, как быстро возникает желание помочиться. Пиво заставляет почки работать с тройной силой. Повышенное мочеиспускание связано с раздражающим действием алкоголя на ткани почек и увеличением их фильтрующей способности. Обладая таким мощным мочегонным эффектом, пиво вымывает из организма важные «строительные материалы» - микро- и макроэлементы, особенно калий, магний и витамин С. Это приводит к нарушению водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного баланса. В случае длительного употребления пива в будущем может наблюдаться склероз почечных сосудов, а когда соединительная ткань заменяет разрушенные алкоголем клетки, почки уменьшаются в размерах и сжимаются. [1-2]

Пиво очень быстро всасывается, кровеносные сосуды быстро переполняются, появляются варикозные вены. Сердце, вынужденное перекачивать излишки жидкости, становится дряблым, снаружи откладывается жир, увеличивается. Радиологи называют это явление синдромом «пивного сердца», «бычьего сердца» или «нейлонового чулка». Снижение сократимости сердечной мышцы приводит к сердечной недостаточности и, как следствие, к удвоению смертности от инсульта. [1-2]

Пиво содержит фитоэстроген, который является растительным аналогом прогестерона женского полового гормона. Он попадает в напиток из шишек хмеля и придает пиву специфический горький вкус. Поэтому систематическое употребление пива способствует нарушению работы эндокринной системы. На фоне подавления выработки тестостерона начинают доминировать женские гормоны, вызывая изменения во внешности мужчины: уменьшается мышечная масса, появляется «пивной животик» и откладывается жир по женскому типу. Окачивается, страстный любитель пива на биологической почве постепенно превращается в женщину. Есть также изменения в половых гормонах, что приводит к снижению потенции. [1-2]

Ошибочно полагать, что слабоалкогольное пиво не вызывает привыкания. Пивной алкоголизм отличается от водки тем, что развивается в 3-4 раза быстрее, а тяга к алкоголю сильнее. Отчасти это связано с определенным образом жизни и привычками, с доступностью и легкостью питья пива. Не нужно накрывать на стол, созывать компанию, придумывать оправдание, потому что можно пить пиво в одиночку - гуляя по улице или сидя перед телевизором, гаджет. Любители пива привыкли не только к опьяняющему действию алкоголя, но и к седативным свойствам напитка, успокаивающим нервы. Приятное расслабление хочется повторять снова и снова, поэтому дозу нужно увеличивать. Пить пиво, как настоящий наркотик, становится жизненно важным. С точки зрения наркологии, зависимость от пива является серьезным, трудно поддающимся лечению вариантом алкоголизма. Сразиться с ним намного сложнее. Курение является одной из самой актуальных проблем в сфере охраны здоровья населения. [1-2]

Анализ анкет показал, что среди студентов 24,7% курят, из них 71,6% предпочитают никотиновые сигареты, 28,4% электронные сигареты, 75,5% от общего числа респондентов не курят вообще. О пагубном влиянии табака и алкоголя знают 98,1%, при этом каждый десятый (10,1%) не считает их за вредные привычки. 35,8% опрошенных считают проводимую пропаганду здорового образа жизни недостаточной. (50,5%) половина респондентов ответила негативно на предложение отказаться от вредных привычек.

Негативные эффекты курения на организм человека связаны со структурными и функциональными нарушениями в полости рта, респираторном тракте, иммунной системе и повышением вирулентности микроорганизмов в микробиоценозе. Каждый из указанных механизмов не исключает действие другого. Как правило, негативный эффект реализуется при их совместном действии. [3-6]

Химическая и физическая травма слизистой оболочки полости рта, вызванная табачным дымом, зависит от качества табака, который содержит более 4 тысяч соединений, в том числе 40 канцерогенов. [3-6]

В механизме повреждающего действия курения на ткани полости рта большое значение имеют

температурные показатели. Во время курения одной сигареты ротовая полость подвергается воздействию чрезмерных перепадов температуры в 15-20 раз. В результате на зубной эмали появляются микроскопические трещины. Установлена связь курения с отложением зубной бляшки, формированием мягкого зубного налета, развитием гингивита и пародонтита. Поражение тканей пародонта при курении связано с общерезорбтивным действием никотина на микроциркуляторное русло тканей пародонта. [3-6]

Основной "структурно-функциональной мишенью" непосредственного воздействия табачного дыма оказывается бронхолегочная система, и одним из ключевых патогенетических механизмов воздействия курения является непосредственное повреждение респираторного эпителия с нарушением функции мукоцилиарного аппарата. В свою очередь, угнетение мукоцилиарного клиренса способствует повышенной микробной колонизации слизистой оболочки бронхов. Продукты жизнедеятельности бактерий усиливают их адгезию к эпителиальным клеткам, что делает их более вирулентными. Носоглоточная флора у курильщиков содержит больше потенциальных патогенов, чем у некурящих, и меньше представителей нормальной микрофлоры, способных регулировать колонизацию слизистых оболочек патогенной флорой. Под влиянием табачного дыма наблюдается повышенное проникновение и персистенция пневмококка в клетках респираторного эпителия. [3-6]

Роль профилактики вредных привычек и ее эффективность.

Вредная привычка это автоматически повторяющееся много раз действие, причем действие это вредоносное с точки зрения общественного блага, окружающих или здоровья самого человека, который подпал под кабалу вредной привычки. [7-8]

Привычки бывают полезными и вредными. Многие привычки могут оказывать влияние на здоровье человека. Привычки, способствующие сохранению здоровья, считаются полезными. Привычки, наносящие вред здоровью, соответственно, вредные. Наиболее опасное влияние на здоровье оказывает употребление алкоголя, табака, наркотиков. Под их воздействием поражаются внутренние органы: сердце, легкие, желудок, сосуды, головной мозг и прочие. Снижается работоспособность человека, ослабевают зрение, слух, память. Меняется поведение людей: они становятся неуправляемыми и способны совершать поступки, опасные для их жизни и жизни окружающих. Жизнь таких людей становится однообразной, они перестают стремиться к цели, их не интересует окружающий мир, они многого не узнают в жизни. [7-8]

Вредную привычку можно отличить по ее автоматизму и не полезности или нецелесообразности действия. Если автоматически повторяющееся действие несет вред делу или общественному спокойствию и благополучию, здоровью окружающих и самого этого человека, то мы можем назвать такое действие вредной привычкой. [7-8]

С целью доказательства эффективности профилактики вредных привычек среди населения мы решили провести анкетирование. Анализируя результаты нашего исследования, мы сделали вывод, что только 33,7% курящих респондентов дополнительно понимают вред, оказываемый их здоровью. Среди пьющих респондентов этот процент оказался еще меньше и составил 19,8%. 35,8% опрошенных считают проводимую пропаганду здорового образа жизни недостаточной. (50,5%) половина респондентов ответила негативно на предложение отказаться от вредных привычек.

Полученные результаты доказывают нашу гипотезу о неэффективности профилактических мер направленных на предупреждение распространения вредных привычек среди населения.

Вывод: На основании проведенного исследования, мы выяснили, что роль профилактики алкоголизма и табакокурения велика в настоящее время. Большинство (72,4%) из опрошенных употребляют алкоголь, из них 16,7% начали употреблять в возрасте от 10 до 16 лет. Каждый пятый (24,7%) респондентов ответили «Да» на вопрос: «Курите ли Вы?», из них 14,8% выкуривают до 10 сигарет в день. (50,5%) половина респондентов ответила негативно на предложение отказаться от вредных привычек. 35,8% опрошенных считают проводимую пропаганду здорового образа жизни недостаточной. В результате нашего исследования можно сделать вывод о том, что необходимо уделять большее внимание профилактике вредных привычек среди молодежи, начиная со школьной скамьи. Пропаганда и профилактика здорового образа жизни ведется неправильно и недостаточно. Многие люди не знают о пагубном действии вредных привычек, а те кто знает, уделяют этому недостаточное внимание. Собственный пример - наилучший способ воспитания, а потому каждый должен служить таким живым примером, своеобразным эталоном социально ответственной жизни для всех окружающих. В том числе и студенты медицинских вузов должны понимать, что их личный пример здорового образа жизни, семейного статуса и моральных устоев и есть лучшая профилактическая работа среди населения. Проведение различного рода пропаганд здорового образа жизни среди студентов, является социально значимым не только для самих студентов - будущих врачей, но - опосредованно - и их пациентов, а значит, и всей страны в целом. [7]

Список литературы:

1. Бакунин И.Г., Шаликиани Н.В. «Алкоголь и изменения микрофлоры кишечника: современные представления» *Gastroenterology* №1(118) /2016 с38-42,
2. Толкачев Б.Е., Морковин Е.И., Кнышова Л.П., Яковлев А.Т., Стрыгин А.В. «Изменение кишечной микробиоты и биотрансформации ивабрадина у крыс при экспериментальной алкоголизации»
3. Дворецкий Л. Журнал «Врач» 2 выпуск-2013г с86-88 «Курение и инфекция»

4. Жадько С.И., Герасименко Ф.И., Колбасина Л.П., Колбасин П.Н., Колочкина Е.А., «Хроническая никотиновая интоксикация как фактор, влияющий на состояние слизистой оболочки полости рта», Таврический медико-биологический вестник 2012 с80-83

5. Петрова А.П., Павлова А.О., Мирошниченко Ю.Д., Сергеев А.А. «Влияние вейпа и табачных сигарет на слизистую оболочку полости рта», Международный студенческий научный вестник с29-35

6. Тишков Д.С., Перетягина И.Н., Брусенцова А.Е., Лунев М.А., «Влияние курения табака на микрофлору полости рта», Университетская наука: взгляд в будущее, с340-346

7. Попова Н.М., Чернова А.Н., Ямолдинов Н.Р. «Некоторые аспекты образа жизни студентов медицинского и технического вузов» В сборнике: Труды Ижевской государственной медицинской академии Сборник научных статей. Ижевск, 2018. С. 36-38.

8. Толмачёв Д.А., Мухаметзянов Р.Р., Минниязова А.И. «Влияние учебного процесса на состояние здоровья студентов I-III курсов медицинского вуза» Modern Science. 2019. № 11-4. С. 178-180.

*Шаджалилова М.С.,
Бурибаева Б.И.,
Менглиева И.А.,
Норбекова Д.И.,
Эшмаматова Ш.О.,
Миркаримова Д.М.,
Базарова Ш.Ю.*

*Государственное учреждение «Ташкентский педиатрический медицинский институт»
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ И ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Shadzhaliyeva M.S.,
Buribaeva B.I.,
Menglieva I.A.,
Norbekova D.I.,
Eshmamatova Sh.O.,
Mirkarimova D.M.,
Bazarova Sh.Yu.*

*State institution "Tashkent Pediatric Medical Institute"
Tashkent, Republic of Uzbekistan*

CLINICAL AND LABORATORY ASPECTS AND CAUSAL AND INVESTIGATIVE FACTORS OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN AT THE MODERN STAGE

Введение

Несмотря на увеличения числа исследований, посвященным различным аспектам проблемы и достигнутые результаты, острые кишечные инфекции (ОКИ), по терминологии ВОЗ, острые диарейные заболевания, по-прежнему представляет серьезную проблему для многих стран мира. Поданным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 1-1,2 млрд людей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений. ОКИ в структуре инфекционной заболеваемости населения занимают второе место после острых респираторно-вирусных инфекций, характеризуются отсутствием сезонности и возрастной избирательности заболеваемости, развитием нестойкого, кратковременного видоспецифического иммунитета, что предполагает повторное развитие инфекционного процесса, вызванного другим возбудителем в течение ограниченного времени. Сегодня ОКИ следует рассматривать в ресурсе самых серьезных медико-социальных проблем и для Республики Узбекистан. Следует особо

отметить, что распространенность инфекций является важнейшим компонентом «индекса здоровья» страны, а усилия, направленные на сокращение заболеваемости и ликвидацию инфекций, рассматриваются как «сохранение здоровья нации».

Цель

Изучить клинические особенности течения и определить факторы риска при ОКИ у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 225 пациентов, из них 140 (62,2 %) мальчиков и 85 (37,8 %) девочек с диагнозом «ОКИ». Среди наблюдавшихся пациентов в возрасте до 1 года было 90 (40 %), от 1 года до 2 лет — 101 (44,9 %) и старше 2 лет — 34 (15,1 %). Средний возраст пациентов составил 1,5 года. Изучение эпидемиологического анамнеза позволило установить, что контактный путь передачи инфекции выявлен у 31 (13,8 %) пациента, пищевой — у 172 (76,4 %), водный путь передачи —

у 2 (0,9 %) и у 20 (8,9 %) пациентов выявить источник инфекции не удалось. Этиологический диагноз был установлен у 83,1 % пациентов: клостридиозную инфекцию перенесли 23 (10,2 %) пациента, сальмонеллез тифимуриум — 60 (26,7 %), дизентерию Зонне — 46 (20,4 %), дизентерию Флекснера — 14 (6,2 %), эшерихиоз — 30 (13,4 %), ротавирусную инфекцию — 14 (6,2 %).

При статистической обработке использовались методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с расчетом среднего арифметического показателя (М), среднего квадратического отклонения (σ), стандартной ошибки среднего арифметического показателя (т), относительных величин (частота, %). Статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определялась по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P) при проверке нормальности распределения (по критерию эксцесса) и равенства генеральных дисперсий (F — критерий Фишера). За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$.

Критериями оценки степени тяжести заболевания служили: острота развития инфекционного процесса, степень выраженности токсикоза и эксикоза, продолжительность температурной реакции и желудочно-кишечных расстройств, степень вовлечения в патологический процесс сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, показатели крови и копрограммы.

Результаты исследования и их обсуждение

При распределении пациентов по формам диареи, предложенным ВОЗ (2006 г.), у 50,2 % пациентов выявлена острая диарея, у 28 % — рефрактерная и у 21,8 % — кровавая диарея. По нашим наблюдениям, распределение пациентов по формам диареи при поступлении в стационар впоследствии определяет тактику врача и принципы лечения. Анализ клинических наблюдений позволил установить, что заболевание протекало преимущественно по типу гастроэнтероколита, у 69,8 % преобладали среднетяжелые формы заболевания. Тяжелые формы ОКИ отмечены у 28,4 % пациентов с развитием токсикоза и эксикоза III степени, инфекционно-токсического шока I—II степени. С острым началом заболевания поступили в стационар 88 % пациентов, причем, на 1-3 день от начала заболевания госпитализировано 126 (56 %) пациента, на первой неделе — 61 (27,6 %) и в более поздние сроки — 37 (16,4 %). На основании объективного статуса уже в 1-й день госпитализации у 54 (36 %) пациента токсическим синдромом диагностирован нейротоксикоз и признаки перинатальной энцефалопатии, а у 98 (64 %) — токсикоз с обезвоживанием. У 46 пациентов поступивших в клинику на 1-3 сутки от начала заболевания имел место компенсированный метаболический ацидоз. Потеря веса составила более 10 %. Кишечная инфекция у всех пациентов проявлялась в сухости и бледности кож-

ных покровов и слизистых, слабостью и вялостью. У 6 % пациента отмечалось нарушение аппетита, у 52,4 % — нарушение сна. Диспептические

симптомы как боли в животе встречались — у 88 %, вздутие живота — у 62,2 %, урчание кишечника — 56,4 %, болезненность сигмовидной кишки — у 40,4 %, тенезмы и ее эквиваленты — у 26,2 % пациента, рвота, при чем, однократная — у 58,2 %. У всех пациентов наблюдался стул с патологическими примесями (слизь, гной, кровь) с изменением консистенции и частоты более 5 раз в сутки. Кишечным инфекциям также было свойственно генерализация инфекционного процесса, а так же развитие сепсиса, особенно при сальмонеллезной и клостридиозной инфекции. В 30 % случаев имело место рецидивирующее течение болезни с проявлениями дисфункции кишечника и афтозного стоматита. При контрольном посеве у 17 % пациент выделены антибиотико-резистентные штаммы возбудителей кишечных инфекций (сальмонеллез, шигеллез).

У пациентов первого года жизни в клиническом течении ОКИ по сравнению с пациентами старшего возраста сопутствовало достоверно чаще инфекционно-токсический шок I-II степени, токсико-дистрофическое состояние, сепсис, рахит, перинатальная энцефалопатия и дисбактериозы кишечника. У 65,2 % пациентов находящихся на искусственном вскармливании достоверно чаще диагностированы тяжелые формы болезни.

При изучении клинического течения острых диарей в зависимости от пола пациентов нами было выявлено, что у мальчиков превалировало токсико-дистрофическое состояние, тяжелые формы болезни, перинатальная энцефалопатия. Тяжесть и неблагоприятный исход были связаны во многом с крайней степенью интоксикации, резкими электролитными нарушениями, наличие токсико-дистрофического состояния, частично с фоновой врожденной патологией.

Учитывая сложность многофакторность показателей характеризующих клиническое течение острых кишечных инфекций (с синдромом острой диареи) у пациентов детского возраста, нами был проведен факторный анализ, разваливший выделить рациональное количество наиболее значимых факторов (причин), играющих определяющую роль в клинических проявлениях и возникновении осложнений, как связанных с исходным состоянием пациентов при острых кишечных инфекциях, так и эффективности лечения.

Для построения модели и проведения факторного анализа был использован метод главных компонентов. Оптимальное количество выделяемых факторов было определено с учетом критериев Кайзера, «Scree-test» и степени полноты факторизации. С учетом существования бесконечного множества решений, получаемых при повороте осей пространства общих факторов, мы применили методы подбора подходящей системы координат при помощи вращения факторов («Vazimax normalized»). Критериями адекватности модели служила полнота факторизации ($> 60 %$) и значении факторов ($> 1,0$). Факторное влияние анализировали при значении факторной нагрузки показателей более 0,3 по модулю.

Исходное состояние пациентов при острых кишечных инфекциях явилось ориентиром для определения всей совокупности патогенетических нарушений выявляемых при сальмонеллезе, дизентерии, эшерихиозах, клостридиозах, ротавирусной инфекции и оценка действия общих факторов, оказывающих влияние на отдельные компоненты формирования общей клинической картины, позволило целенаправленно рассматривать причины, условия и следствия системных позиций. Кроме того, выделение общих факторов исходного состояния при ОКИ акцентирует внимание на главные, системообразующие элементы, которые необходимо учитывать при дальнейшем разборе результатов исследования.

В структуре выстроенной факторной модели дела первых пяти факторов (F-1-F-5) составил — 28,3 %; (F-6 — F-10) — 18,1 %; (F-11 — F-15) — 13,6%; (F-16 — F-20) — 25,2 %; остальные 29,2 % составил нулевой фактор. В результате факторного анализа было установлено, что в структуре общего факторного влияния на исходное состояние пациентов, наиболее значимыми факторами оказались F-1 (фактор длительности гипертермии), его влияние оказалось 8,5 %, F-2 (фактор болевого синдрома) — 5,8 %, F-3 (фактор нормальной ферментативной активности кишечной палочки) — 4,9 %, F-4 (этиологический фактор) с долевым участием 4,6 %, а также F-5 (фактор условно-патогенной флоры кишечника — 4,4 %). У большинства пациентов в анамнезе имелись указания на сопутствующие заболевания как пневмония, рахит, бронхит, сердечнососудистые патологии, являются преморбидным фоном при явлениях кишечной интоксикации (основных заболеваниях). Сопутствующие заболевания определяли составляющие показатели факторов F-1, F-4, F-5, F-6, F-9, F-11, F-16, F-18. Существенное значение имел синдром гипотрофии (нарушение питания) среди детей находящихся на смешанном и искусственном вскармливании (F-5, F-6, F-8). В общей проблеме ОКИ важное значение занимает дисбактериоз, которому принадлежит существенная роль в патогенезе и клинике ОКИ и осложнений. Показатели F-2, F-10, F-12, F-14 еще раз доказали, что функциональная недостаточность ЖКТ, способствует бактериальной пролиферации, что безусловно нарушает микроэкологию кишечника (F-14, F-19). Особенно страдает нормальный состав микробных популяций и их биохимическая активность в условиях антибиотикотерапии. Факторы F-6, F-8 показал, что развивается дисбактериоз усугубляет недостаточность функций кишечника (всасывание углеводов, аминокислот, жиров,

солей) и усиливает дефицит витаминов и некоторых биологически активных веществ. У большинства обследованных пациентов (F-19) отмечалось четкое снижение бифидобактерии и кишечных палочек, увеличение кокковой флоры, появление атипичных лактозонегативных эшерихий с гемолитической активностью. У 1/3 пациентов (F-11, F-12) выявили представителей условно-патогенных микробов (дрожжевые грибы рода кандиды, протей). Фактор (F-16) показал, что патогенетический тип диарейного синдрома имеет определенное значение. Результаты факторного анализа показали также, что ОКИ наблюдались у пациентов находящихся на искусственном и смешанном вскармливании с отягощенным преморбидным фоном.

Выводы

Резюмируя полученные данные, можно сказать, что, несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости острыми кишечными инфекциями, данная проблема все еще остается актуальной. В результате факторного анализа было выделено 20 наиболее значимых факторов с полнотой факторизации 70,8 %. При этом, где идентифицированные факторы данной модели обьединились в F-0 (29,2 %).

Обобщенная интерпретация выделения 20 факторов, непосредственно оказывающих влияние на исходное состояние пациентов и результаты корригирующей терапии, определяло около 71 Содействия на изучаемые клинические, клинико-лабораторные данные, параметры характеризующие отклонение и результаты корригирующей терапии, сказываясь практически на всех проявлениях патологического процесса и определяет необходимость введения таких современных методов выявления патогенных и условно-патогенных возбудителей кишечных инфекций как: ГИДР-диагностика, генотипирование, изучение плазмидного профиля и др методы диагностики и прогноза заболеваний, особенно в отношении пациентов раннего детского возраста.

Литература

1. У чайкин. И. Ф. Роль инфекции в патологии детей / В. Ф. У чайки // Педиатрия. — 2000. — № 5. — С. 23-26.
2. Жупарова. М. Е. Клинические особенности течения острых кишечных инфекций у детей раннего возраста с нарушением нутритивного статуса / М. Е. Жупарова // Инфекционные болезни. — 2009. — Т. 7. № 2. — С. 83-8-1.
3. Шаджатпова. А/. С. Социально-экономическая оценка острых кишечных инфекций у детей / М. С. Шаджалилова // Инфекция, иммунитет фармакология. — 2015. — №4. — С. 142-145.

Шубин Лев Леонидович

к.м.н., доцент Ижевской государственной медицинской академии

Дубинина Юлия Александровна,

Юминова Юлия Дмитриевна

студенты Ижевской государственной медицинской академии

ИЗ ИСТОРИИ РАБОТЫ ВОТКИНСКОГО РАЙОННОГО ОТДЕЛА НАРОДНОГО КОМИССАРИАТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ АССР В 1934 ГОДУ.

Shubin Lev Leonidovich

C.M.S., Associate Professor, Izhevsk State Medical Academy

Dubinina Julia Alexandrovna,

Juminova Julia Dmitrievna

Students Izhevsk State Medical Academy

FROM THE HISTORY OF VOTKINSK DISTRICT HEALTH DEPARTMENT OF THE PEOPLE'S COMMISSARIAT OF HEALTH OF THE UDMURT ASSR IN 1934.

Аннотация

В статье на основании архивных материалов изучена история работы Воткинского районного отдела наркомата здравоохранения Удмуртской АССР в 1934 г.

Abstract

The article on the basis of archival materials studied the history of Votkinsk district Department of the people's Commissariat of health of the Udmurt ASSR in 1934.

Ключевые слова: *Удмуртская АССР, Воткинск, наркомат.*

Key words: *Udmurt ASSR, Votkinsk, Commissar.*

Актуальность: С 1 октября 2019 года в России начал работать приоритетный национальный проект «Здравоохранение», одной из задач которого является оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Поэтому было интересно проанализировать работу районных отделов здравоохранения в 30-е годы XX века на примере Воткинского районного отдела здравоохранения Удмуртской АССР [3].

Результаты: В 20-е и 30-е годы XX века в Удмуртии проводилась большая работа по развитию системы здравоохранения, Воткинский район не был исключением. Значительных успехов удалось достичь в 1934 году. Тогда особое внимание уделялось финансированию лечебных учреждений, расширению штата медицинских работников, охране материнства и детства, безопасности труда на производстве, а также проведению санитарно-эпидемиологических мероприятий [2].

До 1934 года бюджет здравоохранения Воткинского района складывался в основном из средств лечебного и местного районного фондов. Разумеется, этих отчислений не хватало на полное обеспечение лечебно-профилактических учреждений; необходимо было расширять сеть участковых сельских больниц, закупать новое оборудование, открывать дополнительные врачебные кабинеты и отделения. Впервые в 1934 году активная помощь в реализации этих целей была оказана не только из средств основного финансирования, но и целым рядом различных организаций. Благодаря участию заводоуправления Воткинска, профессиональных и

общественных организаций завода и поселка, родителей детей ясельного возраста и др., была собрана значительная сумма средств, которая была использована на финансирование лечебно-профилактических мероприятий и организацию детских яслей. Весь бюджет на 1934 год составил 1 077 200 рублей [1].

Значительно улучшилась работа лечебно-профилактических учреждений. Почти вдвое увеличился коечный фонд Воткинской больницы: если на 1930 год в ее распоряжении было всего 74 койки, то к 1934 году их количество возросло до 150. На тот момент в данном лечебном учреждении функционировало 5 отделений: хирургическое, гинекологическое, родильное, инфекционное и терапевтическое. Большим успехом было открытие клинической лаборатории, за год которой было проведено 768 анализов, а также венерического отделения на 10 коек.

В целях улучшения материально-бытовых условий был закуплен новый инвентарь, а также организовано прибольничное хозяйство, включающее 13 голов скота и 24 га посевов.

Штат специалистов городской амбулатории включал хирурга, ЛОР-врача, офтальмолога, гинеколога, терапевта, педиатра, дерматолога, стоматолога. Были открыты физиотерапевтический и рентгенологический кабинеты. Пропускная способность составляла 600 человек в день [1].

Жители деревень обслуживались фельдшерами. В 1934 году в один из населенных пунктов был направлен врач для постоянной работы. Средняя посещаемость фельдшерских пунктов за год составила 1080 человек.

Нельзя не отметить значительное увеличение медицинских кадров в районе. По сравнению с 1930 годом, штат работников здравоохранения увеличился на 150 человек, главным образом за счет среднего медицинского персонала. На 1934 год в лечебно-профилактических учреждениях Воткинского района работало: 19 врачей, 10 фельдшеров, 140 медсестер, 8 акушерок, 1 зубной техник, 2 рентгенотехника и 152 человека из младшего медицинского персонала.

Продолжалась серьезная санитарно-профилактическая работа в районе; в частности, в феврале 1934 года было проведено поголовное оспопрививание населения. Любопытный случай острого инфекционного заболевания строго обследовался, проводилась тщательная дезинфекция, дезинсекция, изоляция и госпитализация больных [1].

Однако, не смотря на все проводимые мероприятия, санитарное состояние Воткинского района оставалось на низком уровне. По-прежнему

были широко распространены такие инфекционные заболевания как тиф, трахома, септическая ангина и венерические болезни.

Больших успехов удалось достичь в деле охраны материнства и младенчества (ОММ) (Таб. 1). Во время полевых работ 1934 года практически все дети колхозников были определены в ясли. Улучшилось питание, была открыта молочная кухня, а так же детский изолятор. Женщинам предоставлялась квалифицированная помощь в женских консультациях, пропускная способность которых была расширена. В 1934 году Воткинский район получил переходящее Красное знамя Области за лучшую постановку ясельного дела. Стоит сказать, что, во многом, данного успеха Советам района и органам здравоохранения удалось добиться благодаря активному участию и вниманию к нуждам учреждений ОММ самих работниц и колхозниц [1].

Таблица 1

Сеть учреждений ОММ

Наименование сети	1930 г.	1934 г.
Количество детских яслей в п. Воткинске:	2	6
Количество коек	50	630
Детских консультаций	1	1
Посещений в них	960	10 000
Детский изолятор	-	1
Коек в нем	-	30
Молочная кухня	-	1
Выпущено рецептов	-	65 000
Женских консультаций	1	1
Посещений в них	720	10 080

Существенно улучшились санитарно-бытовые условия и для рабочих Воткинского завода: были построены душевые отделения, теплые уборные, установлена вентиляция в цехах, открыты столовые. Благодаря данным мерам, заболеваемость среди рабочих, по сравнению с 1932 годом, удалось снизить на 29,9%.

Кроме того, большое внимание уделялось безопасности на производстве, были установлены ограждения у опасных механизмов, благодаря чему удалось снизить общий травматизм на 25,3%, а травматизм с утратой трудоспособности на 30,6%.

Таким образом, в Воткинском районном отделе здравоохранения Удмуртской АССР в 1934 году была проведена большая работа по увеличе-

нию коек и укомплектованию квалифицированными медицинскими кадрами лечебно-профилактических учреждений, а также проведению санитарно-профилактических мероприятий.

Список литературы:

1. Государственный архив Удмуртской республики, Ф Р-1208, оп. 13, д. 9, л. 1- 8.
2. Савельев В.Н., Малых Н.В. История здравоохранения Удмуртии. Ижевск: ИГМА, 2012.
3. Национальный проект – Здравоохранение [Электронный ресурс]: Википедия. Свободная энциклопедия. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Национальный_проект_—_Здравоохранение (дата обращения: 19.12.2019).

*Сефералиева Р.Э.¹, Манукян А.М.², Мельник В.С.³**Кафедра Общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения, Медицинская академия имени С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И.Вернадского», Россия***ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ***Seferalieva R.E.¹, Manukyan A.M.², Melnik V.S.³**Department of Public Health, Organization and Economics of Health Care, S.I. Georgievsky Medical Academy of the Federal State Autonomous Educational Institution Higher Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky, Russia***FACTORS INFLUENCING THE QUALITY OF EDUCATION OF MEDICAL STUDENTS****Аннотация:**

Получение высшего образования является одним из составляющих жизни каждого человека. Оно дает возможность стать перспективным молодым специалистом, востребованным в своей сфере. Чем выше уровень обучения, тем выше - профессиональная значимость. В данной статье определены основные факторы, влияющие на качество обучения студентов-медиков. Эффективность и уровень знаний обучающихся можно повысить с помощью реализации их практических навыков работая с пациентами. Добавив формы обучения в виде обучающих игр, социальных проектов можно разнообразить занятия студентов. Это поможет студентам лучше запоминать материал и развивать клиническое мышление.

Abstract

Higher education is one of the components of every person's life. It makes it possible to become a promising young specialist in demand in his field. The higher the level of training, the higher - professional significance. This article identifies the main factors affecting the quality of training of medical students. The effectiveness and level of knowledge of students can be improved by implementing them practical skills while working with patients. By adding forms of training in the form of educational games, social projects, you can diversify students' classes. This will help students better memorize material and develop linicheskoe thinking.

Key words: motivation, student, teacher, education, quality.

Ключевые слова: мотивация, студент, преподаватель, образование, качество.

Введение

Тенденции современного общества диктуют современной молодежи повышать уровень образования, которое является важным аспектом жизни каждого человека. Полученное на должном уровне образование определяет возможности жизненного пути человека. От качества полученных знаний будет зависеть дальнейший карьерный рост в профессиональной деятельности молодого специалиста[1].

Выбор ВУЗа для поступления, был всегда важным и довольно сложным моментом для каждого студента. Рассматривая множество вариантов, абитуриент поступает в ВУЗ с хорошим статусом, авторитетом, качественным обучением, что связано также с возможными дальнейшими перспективами для жизни. Изменения, происходящие в различных сферах деятельности человека, выдвигают все более новые требования к организации и качеству профессионального образования. Современный выпускник профессионального образовательного учреждения должен не только владеть специальными знаниями, умениями и навыками, но и ощущать потребность в достижениях и успехе; знать, что он будет востребован на рынке труда[2]. Для того чтобы студент по-настоящему включился в работу, нужно, чтобы задачи, которые ставятся перед ним в ходе учебной деятельности, были не только понятны, но и внутренне приняты им, т.е.

чтобы они приобрели значимость для студента. Так как истинный источник мотивации человека находится в нем самом, то необходимо, чтобы он сам захотел что-то сделать и сделал это. Поэтому основным мотивом обучения является внутренняя побудительная сила[10]. Подталкивать к выполнению тех или иных действий, связанных с обучением, могут мотивы, которые создают дополнительные побуждения, например мотив поощрения или, наоборот, мотив избегания порицаний[4,5].

Мотивация - это фундамент качества полученного образования студента. Оценка мотивации и познавательной активности студентов, предусматривает устранение факторов, влияющих на качество усвоения учебной программы с целью повышения уровня подготовки специалистов с высшим образованием с помощью усовершенствования учебной программы и улучшения учебного процесса[9]. Одним из элементов мотивации является чувство долга, которое способно ее актуализировать. Студент должен помнить, что является ответственным за то, каким специалистом он станет. Однако здесь нужно учитывать важный момент - чувство долга не должно быть навязано извне, а должно возникнуть в процессе осознания студентом важности выбранной им профессии[7].

В связи с этим изучение факторов, влияющих на качество преподавания и усвоения учебной программы обучающимися, является актуальным.

Цель исследования: Выявить и проанализировать мнения студентов и педагогов о факторах, влияющих на качество обучения. Для этого определены следующие задачи:

- определить факторы, влияющие на уровень качества усвоенной учебной программы студентов с точки зрения преподавателей и студентов;

- разработать предложения по улучшению учебного процесса и повышению уровня мотивации студентов и преподавателей;

Материалы и методы исследования:

Для достижения цели использовался социологический метод исследования по специально разработанной анкете для студентов и преподавателей Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского» (МА) состоящей из 10 вопросов. Было проведено анкетирование 500 человек, студентов 1, 3, 6 курсов (по 150 человек) и преподавателей (50), в возрасте от 33 до 65 лет. Стаж работы более 10±5 лет.

Статическая обработка полученных результатов проводилась с помощью статистического пакета EXSEL.

Результаты исследования и обсуждение.

В процессе обучения имеются две взаимосвязанные стороны «преподаватель-студент», которые в равной степени ответственны за учебный процесс. Каждый участник этого процесса имеет свою зону ответственности. Преподавателю в рамках учебной программы необходимо дать систему знаний, навыков и умений для усвоения и выработки профессиональных компетенций, а студент должен освоить эти знания, навыки и умения исходя из «внутренней мотивации» выбора профессии [3]. В настоящее время одной из важных задач, стоящих перед преподавателями ВУЗов, является создание таких условий, при которых студенты за короткие сроки могли бы осваивать максимально возможное количество знаний и уметь их творчески применять в решении практических проблем [6].

Анализ полученных ответов показал, что практически все преподаватели МА (90,0%) считают, что мотивация к обучению у студентов за последние годы изменилась в худшую сторону, 88,8% связали низкий ее уровень с нежеланием учиться. Больше половины преподавателей ВУЗа (64,0%) считают, что качество усвоения и понимание предмета напрямую зависит от изменения количества часов преподаваемой дисциплины. Чем больше отводится часов на самостоятельную работу, тем меньше понимание изучаемого предмета и как следствие, отсутствие желания к его дальнейшему изучению. Особенно это касается клинических дисциплин. Практически все (96,0%) педагоги сошлись во мнении, что на снижение мотивационных процессов у студентов оказывает влияние недостаточное количество часов для усвоения и выработки практических навыков при изучении клинических дисциплин и обучение вне клиники. С целью повышения желания к обучению было предложено давать лекционный материал непосредственно перед практическими занятиями (94,0%); увеличить количество часов для изучения базовых предметов

(28,0%); проводить строгий контроль знаний по всем базовым дисциплинам и за рациональное оценивание студентов (40,0%); обновить библиотечный фонд современной научной литературой в достаточном количестве (30,0%); жесткий отбор абитуриентов при поступлении в медицинский ВУЗ, с приоритетом приема выпускников медицинских колледжей (32,0%).

Анализ ответов студентов выявил, что половина респондентов (58,0%) в среднем на подготовку к занятиям тратят от 1 до 3 часов, более 3 часов - 36,0% студентов, 7,0% - вообще не готовятся к занятиям. Наиболее эффективной формой обучения, по мнению опрошенных студентов (76,0%) является обучающие игры, которые позволяют изучить и закрепить материал используя ролевые игры, «мозговой штурм», социальные проекты и другие внеаудиторные методы обучения привлекают всего 6,0% респондентов, за традиционные формы обучения с использованием видео-и аудиоматериалов - 18,0% студентов. Как и преподаватели в 87,0% случаях студенты считают, что на уровень знаний влияет недостаточное количество часов для усвоения и выработки практических навыков при изучении клинических дисциплин, обучение которым проходит не на реальных пациентах на клинических базах, а только в симуляционном центре. Больше половины опрошенных (60,0%) отметило, что увеличение количества часов для самостоятельной подготовки студента очень сильно влияет на качество изучения предмета. Лучше освоить темы практических занятий помогли бы лекции, проводимые непосредственно перед практическими занятиями (47,0%), практически столько же (43,0%) считает, что прослушать курс всех лекций необходимо перед практическими занятиями и лишь в 10,0% случаях за традиционную форму (вперемешку) получения лекционного материала. За обновление библиотечного фонда и создания мини библиотек на кафедрах из дополнительной учебной и научно-практической литературы, а также кратких методических пособий выказалось 19,0% респондентов.

Выводы.

Таким образом, на основе проведенного исследования, было выявлено, что значительная часть респондентов, как студентов, так и преподавателей, сошлись во мнениях. На качество обучения оказывает влияние недостаточное количество часов для усвоения и выработки практических навыков при изучении клинических дисциплин и обучение вне клиник, что снижает заинтересованность студентов в изучении предмета, традиционная подача лекционного материала, наличие и доступность современной учебной литературы в библиотечном фонде.

Снижение мотивационной активности во многом зависит от количества и качества полученной информации с помощью преподавателя, в связи с этим все респонденты (преподаватели и студенты) выразили мнение о необходимости увеличения аудиторных часов для изучения предмета.

Для повышения качества усвоенной учебной программы и повышения мотивационной активности студентов предлагается:

- обеспечить учащихся необходимой литературой для подготовки к занятиям;

- разнообразить систему проведения занятия с помощью добавления обучающих игр, введение социальных проектов для студентов, изучения и закрепления нового материала (работа с наглядными пособиями, видео- и аудиоматериалами). Мотивация студента-медика во многом связана с возможностью реализации себя в роли врача, что напрямую связано с пациентами. Разбор определенного заболевания на примере пациента с таким диагнозом может помочь студенту лучше и качественнее усвоить тему и выработать профессиональные навыки;

- для лучшего понимания и запоминания учебной программы давать лекционный материал непосредственно перед практическими занятиями. Это улучшило бы подготовку к занятиям и повысило бы выживаемость усвоенного материала;

- увеличить количество часов практических занятий для детального изучения всех аспектов темы.

Создавая для студентов реальные ситуации, преподаватель поможет им реально оценить возложенную на них ответственность, для осознания важности и серьезности выбранной ими профессии.

Основываясь на анализ ответов самих студентов, следует, что успеваемость напрямую зависит от заинтересованности выбранной профессией, которая формируется непосредственно самой образовательной средой учреждения, спецификой выбранной профессии, на основе индивидуальных личностных особенностей педагога и студентов.

Литература:

1. Голдобина М.В., Подборнова Е.С. Развитие качества образовательного процесса вуза // Вестник Самарского государственного университета. 2015. № 8 (130). С.9-16.

2. Мормужева Н. В. Мотивация обучения студентов профессиональных учреждений [Текст] // Педагогика: традиции и инновации: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, декабрь 2013 г.). — Челябинск: Два комсомольца, 2013. — С. 160-163. — URL <https://moluch.ru/conf/ped/archive/98/4633/> (дата обращения: 23.12.2019).

3. Герасименко, Н. А. Дополнительное профессиональное образование как фактор конкурентоспособности выпускников вузов на рынке труда / Н. А. Герасименко // Взаимодействие науки и общества : проблемы и перспективы, сборник статей международной научно-практической конференции : в 3 частях. — Волгоград : ООО «Аэтерна», 2016. — С. 80–83

4. Гнездилова Л.Б., Гнездилов М.А. Учебная мотивация как основа эффективного образовательного процесса в вузу // Вестник Кемеровского государственного университета. Серия: Гуманитарные и общественные науки. 2017. №2. С.4-11. DOI:10.21603/2542-1840-2017-2-4-11

5. Кузина В. М. Мотивы обучения как психолого-педагогическая проблема // Мотивация учения в профессиональном образовании: сущность, особенности, развитие: коллективная монография / под ред. В. И. Сахаровой. М.; Кемерово: КРИПО, 2007. С. 6 - 44

6. Мельников В.Е. Мотивация к обучению студентов в вузе как психолого-педагогическая проблема // Вестник НовГУ. 2016. №5 (96). Режим доступа:

URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/motivatsiya-k-obucheniyu-studentov-v-vuze-kak-psihologo-pedagogicheskaya-problema>

7. Клепцова Е. Ю., Рубцова Д. О. Проблемы мотивации студентов вуза // Научно-методический электронный журнал «Концепт». — 2016. — Т. 32. — С. 60–66. — Режим доступа: URL: <http://e-koncept.ru/2016/56665.htm>.

8. Герасименко, Н. А. Мотивация студентов к обучению: социально-психологический аспект. 2017 г.

9. Третьякова О.С., Голубова Т.Н., Махкамова З.Р. Использование интерактивных методов в обучении студентов медицинского ВУЗа // проблемы науки и образования. — 2014. — № 6.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15617> (дата обращения: 23.12.2019). Таврический медико-биологический вестник. 2017. Т. 20. № 2-1. С. 196-201.

10. Стародубцева В.К. МОТИВАЦИЯ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ // Современные проблемы науки и образования. — 2014. — № 6.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15617> (дата обращения: 23.12.2019).

УДК 616.31

Элбек А. Гайбуллаев,
Жасур А. Ризаев

Ташкентский государственный институт стоматологии

ОЦЕНКА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Elbek A. Gaybullaev,
Jasur A. Rizaev
Tashkent State Dental Institute

EVALUATION OF MICROBIOLOGICAL INDICATORS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

Аннотация

На данной работе исследовательская команда провела бактериологическое исследование, на кафедре микробиологии ТГСИ, подвергнуты 220 образцов гноя, взятые у 230 больных до и после лечения, поступивших в стационарное отделение кафедры хирургической стоматологии ТГСИ, с различной степенью тяжести пародонтита.

Abstract

In this work, the research team conducted a bacteriological study, at the Department of Microbiology of TSGI, 220 samples of pus were taken from 230 patients before and after treatment who were admitted to the inpatient department of the Department of Surgical Dentistry of TSGI, with varying severity of periodontitis.

Ключевые слова: Стоматология, микробиология, парадонт, парадонтит

Keywords: Dentistry, Microbiology, periodontium, periodontitis

Актуальность. Заболевания пародонта до настоящего времени остаются одной из наиболее распространённых и сложных проблем современной терапевтической и хирургической стоматологии [1, 2, 3]. Несмотря на то, что первичная профилактика заболеваний пародонта заключающаяся в своевременной санации очагов хронической одонтогенной инфекции, является наиболее эффективной, ранняя диагностика и лечение позволяют снизить риск возникновения наиболее серьёзных осложнений в челюстно-лицевой области [4, 5].

Цель исследования. Изучение видового состава микрофлоры гнойного отделяемого, взятого у больных с различной степенью тяжести хронического генерализованного пародонтита.

Материал и методы исследования. Бактериологическому исследованию, на кафедре микробиологии ТГСИ, подвергнуты 220 образцов гноя, взятые у 230 больных до и после лечения, поступивших в стационарное отделение кафедры хирургической стоматологии ТГСИ, с различной степенью тяжести пародонтита. Исследуемый материал забирали из патологического очага стерильным шприцом и доставляли в специальной транспортной среде (ТНС), в соотношении 1:10, который после предварительного микроскопирования с целью определения степени обсемененности предполагаемым патогенном, заседали на следующие селективно-селективные питательные среды: - кровяной агар (КА) - для выделения стрептококков и их идентификации до вида; молочно-желточно-солевой агар (МЖСА) - для выделения стафилококков и их последующей идентификацией до групповой и видовой принадлежности; среда Эндо - для

выделения представителей семейства Энтеробактерiacee и их индентификации до вида; Кита-Тароцци - для определения наличия анаэробов с последующей их идентификацией до родовой или групповой принадлежности; среда Сабуро - с и без антибиотиков - для определения наличия грибов и в частности грибов рода Кандида.

Результаты исследования. По результатам бактериологических исследований из 220 изученных нами больных у 23-х в исследуемом материале анаэробная флора не обнаружена. У 97 больных (88,3%) обнаружены анаэробные микроорганизмы в чистой культуре и в ассоциации - как с другими анаэробами, так и с факультативно анаэробами и аэробами. Среди анаэробов преобладающее большинство выделенных культур относились к бактероидам и фузобактериям значительно реже выделялись клостридии, пептострептококки и вейллонеллы. Из бактериоидов 21 штамм были идентифицированы как *B.oralis*, 10- *B.asaccharoliticus*, 13- *B.fragilis*, 12- *B.melaninogenicus*, 10- *B.ureoliticus*, 14- не укладывались в известные схемы идентификации. Среди фузобактерий 21- *F.necroforum*, 14- *F.nucleatum*, 8- *F.mortiferum*, а 5- не были идентифицированы. Наиболее частыми ассоциантами анаэробов выступали эпидермальные, золотистые стафилококки и гемолитические стрептококки.

Выводы: В развитии воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта основную роль играет облигатные микроорганизмы, что составляют 90-100% всего видового состава микрофлоры.

Литература:

1. Papapanou P. N., Susin C. Periodontitis epidemiology: is periodontitis under-recognized, over-diagnosed, or both? //Periodontology 2000. – 2017. – Т. 75. – №. 1. – С. 45-51.
2. Siqueira Jr J. F., Rôças I. N. Microbiology of apical periodontitis //Essential Endodontology: Prevention and Treatment of Apical Periodontitis. – 2019. – С. 91-142.
3. Slots J. Periodontitis: facts, fallacies and the future //Periodontology 2000. – 2017. – Т. 75. – №. 1. – С. 7-23.
4. Ørstavik D. Endodontic Treatment of Apical Periodontitis //Essential Endodontology: Prevention and Treatment of Apical Periodontitis. – 2019. – С. 313-344.
5. Winning L., Linden G. J. Periodontitis and systemic disease: association or causality? //Current oral health reports. – 2017. – Т. 4. – №. 1. – С. 1-7.

Colloquium-journal №28(52), 2019

Część 3

(Warszawa, Polska)

ISSN 2520-6990

ISSN 2520-2480

Czasopismo jest zarejestrowane i publikowane w Polsce. W czasopiśmie publikowane są artykuły ze wszystkich dziedzin naukowych. Czasopismo publikowane jest w języku angielskim, polskim i rosyjskim.

Częstotliwość: 12 wydań rocznie.

Wszystkie artykuły są recenzowane

Bezpłatny dostęp do wersji elektronicznej dziennika.

Wysyłając artykuł do redakcji, Autor potwierdza jego wyjątkowość i bierze na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne konsekwencje za naruszenie praw autorskich

Zespół redakcyjny

Redaktor naczelny - **Paweł Nowak**
Ewa Kowalczyk

Rada naukowa

- **Dorota Dobija** - profesor i rachunkowości i zarządzania na uniwersytecie Koźmińskiego
- **Jemielniak Dariusz** - profesor dyrektor centrum naukowo-badawczego w zakresie organizacji i miejsc pracy, kierownik katedry zarządzania Międzynarodowego w Ku.
- **Mateusz Jabłoński** - politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki.
- **Henryka Danuta Stryczewska** – profesor, dziekan wydziału elektrotechniki i informatyki Politechniki Lubelskiej.
- **Bulakh Iryna Valerievna** - profesor nadzwyczajny w katedrze projektowania środowiska architektonicznego, Kijowski narodowy Uniwersytet budownictwa i architektury.
- **Leontiev Rudolf Georgievich** - doktor nauk ekonomicznych, profesor wyższej komisji atestacyjnej, główny naukowiec federalnego centrum badawczego chabarowska, dalekowschodni oddział rosyjskiej akademii nauk
- **Serebrennikova Anna Valerievna** - doktor prawa, profesor wydziału prawa karnego i kryminologii uniwersytetu Moskiewskiego M.V. Lomonosova, Rosja
- **Skopa Vitaliy Aleksandrovich** - doktor nauk historycznych, kierownik katedry filozofii i kulturoznawstwa
- **Pogrebnaya Yana Vsevolodovna** - doktor filologii, profesor nadzwyczajny, stawropolski państwowy Instytut pedagogiczny
- **Fanil Timeryanowicz Kuzbekov** - kandydat nauk historycznych, doktor nauk filologicznych. profesor, wydział Dziennikarstwa, Bashgosuniversitet
- **Kanivets Alexander Vasilievich** - kandydat nauk technicznych, docent wydziału dyscypliny inżynierii ogólnej wydziału inżynierii i technologii państwowej akademii rolniczej w Połtawie
- **Yavorska-Vitkovska Monika** - doktor edukacji, szkoła Kuyavsky-Pomorski w bidgoszczu, dziekan nauk o filozofii i biologii; doktor edukacji, profesor
- **Chernyak Lev Pavlovich** - doktor nauk technicznych, profesor, katedra technologii chemicznej materiałów kompozytowych narodowy uniwersytet techniczny Ukrainy „Politechnika w Kijowie”
- **Vorona-Slivinskaya Lyubov Grigoryevna** - doktor nauk ekonomicznych, profesor, St. Petersburg University of Management Technologia i ekonomia
- **Voskresenskaya Elena Vladimirovna** doktor prawa, kierownik Katedry Prawa Cywilnego i Ochrony Własności Intelektualnej w dziedzinie techniki, Politechnika im. Piotra Wielkiego w Sankt Petersburgu

«Colloquium-journal»

Wydrukowano w «Chocimska 24, 00-001 Warszawa, Poland»

E-mail: info@colloquium-journal.org

<http://www.colloquium-journal.org/>