

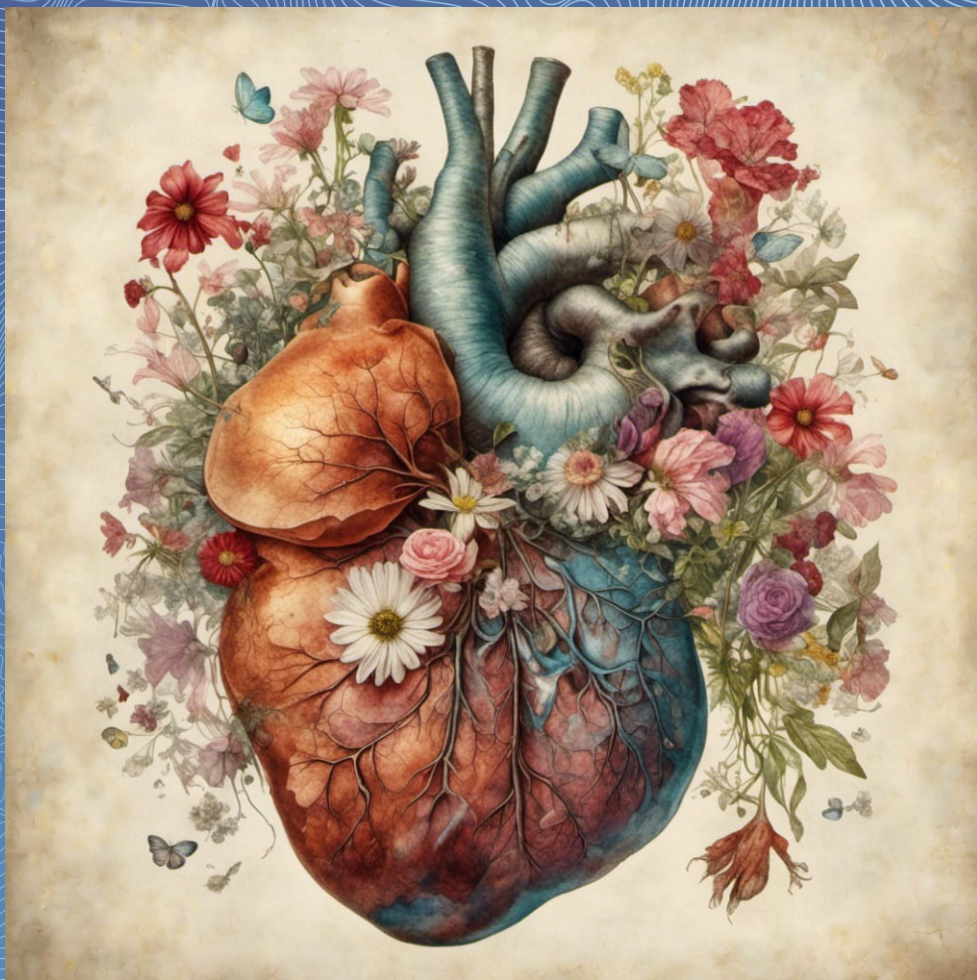
# ВЕСТНИК

## МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА «РЕАВИЗ»

РЕАБИЛИТАЦИЯ, ВРАЧ И ЗДОРОВЬЕ

Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ"  
(rehabilitation, doctor and health)

<http://vestnik.reaviz.ru>  
Том XIII, №6S 2023  
Приложение к №6



Сборник трудов Всероссийской научно-практической  
конференции "НАУЧНАЯ ОСЕНЬ 2023"





**Журнал включен в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук по специальностям:**

- 3.1.9. Хирургия (медицинские науки),
- 3.1.18. Внутренние болезни (медицинские науки),
- 3.1.8. Травматология и ортопедия (медицинские науки) с 01.02.2022,
- 1.5.5. Физиология человека и животных (медицинские науки),
- 3.1.6. Онкология, лучевая терапия (медицинские науки),
- 3.1.14. Трансплантология и искусственные органы (медицинские науки),
- 3.1.14. Трансплантология и искусственные органы (биологические науки),
- 3.1.22. Инфекционные болезни (медицинские науки),
- 3.1.25. Лучевая диагностика (медицинские науки),
- 3.1.28. Гематология и переливание крови (медицинские науки),
- 3.3.1. Анатомия человека (медицинские науки),
- 3.3.2. Патологическая анатомия (медицинские науки),
- 3.3.2. Патологическая анатомия (биологические науки) с 22.11.2022.

**В соответствии с письмом ВАК от 6.12.2022 №02-1198  
журнал отнесён к итоговой категории**

**K2**

Частное учреждение образовательная организация высшего образования  
«Медицинский университет «Реавиз»

# ВЕСТНИК

## МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА «РЕАВИЗ» (РЕАБИЛИТАЦИЯ, ВРАЧ И ЗДОРОВЬЕ)

Научный журнал

Издаётся с января 2011 года. Выходит один раз в два месяца

Сайт журнала <http://vestnik.reaviz.ru>. ISSN 2226-762X (Print), ISSN 2782-1579 (Online)

В соответствии с приказом ВАК РФ от 01.12.2015 журнал «Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, Врач и Здоровье» включён в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, на соискание учёной степени доктора наук

**ТОМ XIII, № 6, 2023. ПРИЛОЖЕНИЕ  
НОЯБРЬ-ДЕКАБРЬ**

---

Всероссийская научная конференция

# Научная осень 2023

СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

### Сопредседатели:

**Лысов Николай Александрович**, почетный ректор Медицинского университета «Реавиз», доктор медицинских наук, профессор;

**Восканян Сергей Эдуардович**, президент ассоциации НАДИТ, руководитель центра хирургии и трансплантологии, заведующий хирургическим отделением Федерального медико-биологического центра имени А.И. Бурназяна ФМБА России, лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники, лауреат Премии Правительства РФ в области образования, отличник здравоохранения РФ, лауреат премии Призвание, доктор медицинских наук

### Президиум:

**Шабалин Владимир Николаевич**, президент Медицинского университета «Реавиз», академик РАН, доктор медицинских наук, профессор;

**Прохоренко Инга Олеговна**, ректор Медицинского университета «Реавиз», доктор медицинских наук, доцент;

**Громов Михаил Сергеевич**, руководитель Саратовского медицинского университета «Реавиз», генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор;

**Казанцев Виктор Прокопьевич**, ректор Университета «Реавиз»;

**Супильников Алексей Александрович**, первый проректор по научной деятельности Московского медицинского университета «Реавиз», кандидат медицинских наук, доцент;

**Фроловский Николай Геннадьевич**, первый проректор по учебно-воспитательной работе Медицинского университета «Реавиз», кандидат юридических наук, доцент;

**Буров Андрей Иванович**, проректор по учебно-воспитательной работе Медицинского университета «Реавиз», кандидат медицинских наук, доцент;

**Коленков Алексей Александрович**, руководитель Московского медицинского университета «Реавиз»

### Ответственный секретарь оргкомитета:

**Яремин Борис Иванович**, проректор по научной и клинической работе Московского медицинского университета «Реавиз», кандидат медицинских наук, доцент

### Члены оргкомитета:

**Губарев Константин Константинович**, руководитель координационного центра органного донорства ФМБА России, генеральный секретарь Национальная Ассоциация в области донорства и трансплантологии, кандидат медицинских наук, доцент;

**Пономарева Юлия Вячеславовна**, руководитель научно-инновационного отдела Медицинского университета «Реавиз», доктор медицинских наук;

**Павленко Снежанна Ивановна**, специалист научно-инновационного отдела Медицинского университета «Реавиз», кандидат биологических наук;

**Иштуов Игорь Валерьевич**, главный врач Многопрофильной клиники «Реавиз», кандидат медицинских наук, доцент;

**Завалко Александр Фёдорович**, проректор по учебно-воспитательной работе Московского медицинского университета «Реавиз», доктор медицинских наук, профессор;

**Бабичев Александр Витальевич**, руководитель научного отдела Московского медицинского университета «Реавиз», доктор медицинских наук, профессор;

**Рогачева Светлана Михайловна**, заместитель руководителя Саратовского медицинского университета «Реавиз» по научной работе, доктор биологических наук, профессор;

**Полковов Сергей Владимирович**, проректор по учебной и воспитательной работе Саратовского медицинского университета «Реавиз»;

**Лобкова Галина Викторовна**, начальник научно-исследовательского отдела Саратовского Медицинского университета «Реавиз»;

**Немсцверидзе Яков Элгуджович**, заместитель председателя студенческого научного общества Медицинского университета «Реавиз» по взаимодействию филиалов;

**Хайруллин Радик Магзинурович**, проректор по научной деятельности Университета «Реавиз», доктор медицинских наук, профессор;

**Самсонова Екатерина Анатольевна**, и.о. руководителя редакционно-издательского отдела Медицинского университета «Реавиз»;

**Аносова Екатерина Юрьевна**, научный редактор журнала «Вестник медицинского университета Реавиз», младший научный сотрудник Научно-исследовательского центра инновационных решений в медицине

### Адрес издателя и редакции

443001, г. Самара, ул. Чапаевская, 227. Тел./факс: (846) 333-54-51

Сайт: <http://vestnik.reaviz.ru>

Электронная почта: [vestnik@reaviz.ru](mailto:vestnik@reaviz.ru)

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-45784 от 13 июля 2011 г.

Подписано в печать 30.12.2023 г. Формат 60×90 1/8.

Гарнитуры Helvetica, Oranienbaum.

Шрифт заголовка DXRussian 1812, © Дмитрий Хорошкин

Бумага офсетная. Печать оперативная.

Усл. печ. л. 5,25. Тираж 1000 экз. Заказ 1024.

Отпечатано в типографии ИП И.А. Гапонова

443099, г. Самара, ул. М. Горького, 117/57. Тел.: (846) 271-16-56.

© Медицинский университет «Реавиз», 2023

*Материалы сборника напечатаны в авторской редакции и публикуются с согласия авторов*



## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Андропова Е.С. Неоднозначные проявления «кардиальной маски» гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и сложности в терапии сочетанной патологии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и Ишемической болезни сердца.....                                           | 5  |
| Багирян Т.Г., Холдарова М.Н. Влияние психотерапевтических методов лечения на характер течения патологии и качество жизни у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и при сочетании бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ..... | 6  |
| Барзаева А.К. Психологическое состояние детей в неблагополучных семьях .....                                                                                                                                                                                     | 6  |
| Богомазова А.А., Скибо Ю.В., Абрамова З.И., Решетникова И.Д. Оценка влияния дексаметазона на регуляцию программируемой клеточной гибели лимфоцитов больных бронхиальной астмой .....                                                                             | 8  |
| Горшенин А.В. Из истории изучения микробиологом З.В. Ермольевой и ее сотрудниками действия лизоцима на патогенные стафилококки в 1960-е гг.....                                                                                                                  | 9  |
| Дмитриева Д.А. Новый взгляд на прогнозирование течения раневого процесса у пациенток с первично операбельным раком молочной железы I-II стадий.....                                                                                                              | 10 |
| Скобенников А.Ю., Алексеенко Т.В., Дорофеева Т.Л., Гладкова М.С., Роднов Н.А. Пациент-ориентированный подход и семейно-ориентированные технологии как неотъемлемая часть национальной политики в укреплении здоровья матери и ребенка .....                      | 12 |
| Завалко А.Ф., Радаев П.А., Овчарова А.И. Роль информационных ресурсов в сохранении репродуктивного здоровья населения .....                                                                                                                                      | 13 |
| Зелепухина М.Е. Редкий клинический случай поражения костного мозга при раке желудка.....                                                                                                                                                                         | 13 |
| Ильина Е.Р. Важность своевременной пренатальной диагностики на примере клинического случая редкой хромосомной аномалии: двойная трисомия 48,XXX,+18 в I триместре беременности в сочетании со spina bifida.....                                                  | 14 |
| Канунников И.А. Важность занятий оздоровительным плаванием в режиме студенческой жизни.....                                                                                                                                                                      | 15 |
| Катюхин В.Н., Катюхин Л.Н. Пути медикаментозного воздействия на атеросклеротические сосудистые бляшки с позиции эффероцитоза .....                                                                                                                               | 16 |
| Кецко Ю.Л., Сукач Г.А., Сорокина Н.И., Иванов А.В., Сухов В.Ю. Модификация шкалы коморбидности Чарльсон у пациентов с хронической болезнью почек, получающих заместительную почечную терапию .....                                                               | 17 |
| Козонова А.А. Роль маркеров митохондриальной дисфункции в прогнозировании и диагностике преэклампсии .....                                                                                                                                                       | 18 |
| Соболева Л.А., Красовская А.А., Китаева В.Н. Клинико-лабораторный подход к оценке эффективности гидрогеля «ГелеХит».....                                                                                                                                         | 19 |
| Кречетов С.А., Поспелов А.Н., Кречетова О.С. Первое Саратовское Одонтологическое общество .....                                                                                                                                                                  | 20 |
| Кречетова О.С., Соболева Л.А., Китаева В.Н. Применение гидрогеля «ГелеХит» в комплексной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита.....                                                                                                           | 20 |
| Кутателадзе Г.Р., Кудрикова Л.Е. Состав фенольных соединений соцветий ревеня алтайского, заготовленного на территории Алтайского края.....                                                                                                                       | 21 |
| Лещенко И.Г., Каширин А.К., Акимов А.И., Братчиков О.И. Симультанные операции у гериатрических пациентов с аденомой простаты – новая проблема урологии XXI века.....                                                                                             | 22 |
| Маляренко М.С., Протасовицкая Р.Н. Сравнение систематического положения родов Culex и Sylvicola и оценка морфологических особенностей их представителей.....                                                                                                     | 23 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Меленберг Т.В. Ортопедическая реабилитация после субтотальной резекции верхней челюсти (клинический пример) .....                                                                                                                                                          | 25 |
| Мокиенко О.А., Люкманов Р.Х., Исаев М.Р., Иконникова Е.С., Черкасова А.Н., Бобров П.Д. Биоуправление по БИКС-сигналу головного мозга в двигательной реабилитации после инсульта .....                                                                                      | 26 |
| Мостовая С.В. Клинико-диагностическое значение использования офисной гистероскопии при внутриматочной патологии.....                                                                                                                                                       | 27 |
| Щербюк А.Н., Морозов С.В., Мануйлов В.М., Карпов Н.В., Немсцверидзе Я.Э. Скрытая инсулярная недостаточность при остром панкреатите.....                                                                                                                                    | 28 |
| Багаутдинова В.И., Степанова Р.И., Писецкая К.С., Немсцверидзе Я.Э. Диагностика нарушений височно-нижнечелюстного сустава и анализ их возникновения .....                                                                                                                  | 28 |
| Шаныгина Д.В., Воронина Н.А., Немсцверидзе Я.Э., Дербина Л.Р. Интенсивность распространения кариеса среди пациентов частных стоматологических клиник города Москвы после COVID-19 .....                                                                                    | 29 |
| Нефедов И.Ю., Нефедова И.Ю. Изучение приверженности населения иммунопрофилактике коронавирусной инфекции в разные сроки после начала эпидемии .....                                                                                                                        | 30 |
| Полутин В.Б., Лещенко И.Г. Междисциплинарный подход к противопоказаниям к нефропексии при нефроптозе .....                                                                                                                                                                 | 30 |
| Поспелов А.Н., Кречетов С.А., Поспелова Е.А. Изменения состояния альвеолярной части нижней челюсти при использовании полного съемного пластиночного протеза .....                                                                                                          | 31 |
| Симонова В.Г. Витамин D в пищевых продуктах, исследование протективного влияния .....                                                                                                                                                                                      | 32 |
| Соболева Л.А., Ханов И.А. Информирование на стоматологическом приеме пациентами о ВИЧ-статусе .....                                                                                                                                                                        | 33 |
| Соболева Л.А., Николаева Е.Н., Дюкова М.А. Сравнительный анализ препаратов для местной терапии заболеваний пародонта .....                                                                                                                                                 | 33 |
| Степанов М.В. Применение волоконно-оптических датчиков с закрытым оптическим каналом в медицинских приборно-компьютерных системах.....                                                                                                                                     | 34 |
| Тарасова А.А. Влияние качества водного обеспечения на состояние здоровья кожных покровов граждан, проживающих в учреждениях социальной направленности на примере ГБУ СО «Владимировский дом-интернат, предназначенный для граждан, имеющих психические расстройства» ..... | 34 |
| Гулобова Е.З., Калашникова Е.А., Умарова Х.В., Ушмугина С.В. Психотерапевтическое лечение как метод влияния на течение патологии и качество жизни пациентов с бронхиальной астмой и при сочетании бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.....         | 36 |
| Хаджилаева Ф.Д. Классификация М. Робсона в практическом акушерстве .....                                                                                                                                                                                                   | 36 |
| Ханов И.А., Соболева Л.А. Анализ судебной практики по гражданским делам, связанным с оказанием некачественной стоматологической помощи .....                                                                                                                               | 38 |
| Холошенко И.В., Шелухина И.В. Исследование уровня экспрессии мРНК субъединиц никотиновых ацетилхолиновых рецепторов для различных фенотипов макрофагов человека, участвующих в патогенезе сепсиса.....                                                                     | 39 |
| Шадин И.М., Сметанина Е.А. Использование количественной оценки степени тяжести пациента для определения параметров лекарственной терапии .....                                                                                                                             | 40 |
| Яхина Л.Р. Прикладная анатомия дистального прикрепления большой грудной мышцы .....                                                                                                                                                                                        | 41 |
| Семькина А.И. Патология шейки матки. Новые пути консервативного лечения .....                                                                                                                                                                                              | 41 |

## НЕОДНОЗНАЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ «КАРДИАЛЬНОЙ МАСКИ» ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И СЛОЖНОСТИ В ТЕРАПИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Андропова Е.С.

Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия

Научный руководитель: Биткова Е.Н., канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней

**Актуальность.** Кардиальная симптоматика в клинике и диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в настоящее время занимает лидирующие позиции, что приводит к спутанной картине заболевания. Необходимо тщательный пересмотр в лечении сочетанной патологии ишемической болезни сердца (ИБС) и ГЭРБ. Несвоевременная терапия приводит к осложнениям и сказывается на прогнозе заболевания и качестве жизни пациентов.

**Цель работы:** осветить современное состояние проблемы атипичных проявлений кардиальной маски ГЭРБ, трудность в диагностике и лечении; показать взаимное влияние ГЭРБ и ИБС.

**Материалы и методы:** собственное наблюдение и исследование пациентов на базе ГКБ № 15 им. О.М. Филатова с сочетанной патологией ГЭРБ и ИБС; анализ и статистическая обработка историй болезни; обзор российских и зарубежных литературных источников.

**Результаты.** Выявлено существование «сцепленной» стенокардии при поражении пищевода. Некоторые экстракардиальные факторы при заболеваниях пищевода могут способствовать развитию ишемии миокарда и появлению рефлексорных ангинозных болей, в современной зарубежной литературе обозначаемых как «linked angina» («рефлексорная стенокардия») (А. Chauhan, 2017; В.В. Блинова, 2020). Многие висцеральные болевые рецепторы полимодальные и чувствительны к изменению кислотности, механическому раздражению. Основываясь на исследованиях последних 10 лет необходимо отметить, что патология верхнего отдела желудочно-кишечного тракта может приводить к функциональным расстройствам сердечно-сосудистой системы, возникающей через вегетативную иннервацию. ИБС не только вызывает более агрессивное течение сопутствующей ГЭРБ, но и может выступать как триггер рефлюксных симптомов. Взаимосвязь ГЭРБ с нарушениями сна проявляется двояко, устанавливая увеличение риска сердечно-сосудистых заболеваний и апноэ. В 60 % эпизодов рефлюкса ишемия миокарда усугубляется десатурацией кислорода. Дисбаланс вегетативной нервной системы и преобладание парасимпатического то-

нуса влечет за собой проаритмические влияния на миокард. Одной из причин наджелудочковых аритмий выступает анатомическая связь пищевода и предсердий. Выбор правильной схемы лечения до конца не выстроен. Некоторые авторы демонстрируют в своих работах эффективность применения ингибиторов протонной помпы (ИПП) у пациентов с ГЭРБ при симптомах, входящих в структуру висцерокардиального синдрома. Остается открытым вопрос о применении прокинетиков. Часть препаратов данной группы может обладать проаритмогенным эффектом. Например, использование в лечении домперидона увеличивает риск появления желудочковых аритмий в 4,17–11,40 раза. На основании исследования Chien Hua Chen (2016 г.) доказана связь ГЭРБ и ИБС, выявлено отрицательное воздействие использования ИПП более года. Особое внимание следует уделять коморбидным пациентам, которые имеют в анамнезе фибрилляцию предсердий и ГЭРБ, поскольку назначение пероральных антикоагулянтов на длительный период времени может приводить к усугублению заболеваний желудочно-кишечного тракта.

**Выводы.** Сочетание ГЭРБ и ИБС является частой клинической ситуацией, при этом данные патологии отрицательно влияют друг на друга. Патологический гастроэзофагеальный рефлюкс является пусковым механизмом прогрессирования стенокардии и возникновения нарушений сердечного ритма. С другой стороны, хроническая ишемия органов пищеварения, сопутствующая ИБС и фармакотерапия стенокардии, могут способствовать усугублению желудочно-пищеводного рефлюкса. В лечении пациентов препаратами выбора являются прокинетики, в настоящее время широкое распространение получил современный прокинетик итоприда гидрохлорид (Ганатон) в качестве монотерапии или в сочетании с ИПП (омепразол, рабепразол, пантопразол). Крайне важно продолжить изучение морфологических, клинических и функциональных особенностей сочетанной патологии ГЭРБ и ИБС, обозначить тактику ведения данных пациентов, в том числе путем назначения оптимальной комбинированной антиангинальной и антирефлюксной терапии.



## ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПРИ СОЧЕТАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

**Багирян Т.Г., Холдарова М.Н.**

Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия  
Научные руководители: Биткова Е.Н., канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней;  
Слюсар О.И., канд. фарм. наук, доцент кафедры фармации

**Цель работы:** изучить психотерапевтические методы лечения и качество жизни у пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и сочетанием бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 57 пациентов, которых поделили на две группы: 30 пациентов с бронхиальной астмой и 27 – с сочетанием бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Каждая из данных групп была разделена на две подгруппы – получавшие стандартное и сочетание стандартного лечения и психотерапии. Психосоциальную составляющую здоровья пациентов анализировали по характерологическому опроснику Леонгарда – Шмишека, индивидуально-типологическому опроснику и клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний. Уровень кислотности в пищеводе и желудке определяли с помощью 24-часовой pH-метрии, показатели функции внешнего дыхания – с помощью спирометрии, степень выраженности клинических проявлений оценивалась с помощью шкалы Лайкерта. Также с помощью опросника SF-36 изучали качество жизни пациентов.

**Результаты.** Были получены данные, что пациенты с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и сочетанием бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни имеют индивидуальные личностные особенности и определенный тип психологического реагирования. Включение психотерапевтических методов коррекции в комплексную терапию оказывает дополнительный лечебный эффект. Отмечена положительная динамика показателей спирометрии, 24-часовой pH-метрии, улучшение психического реагирования пациентов и качества жизни, а также уменьшение клинических симптомов данных заболеваний.

**Выводы.** Была доказана эффективность применения психотерапевтической коррекции у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и сочетанием бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, так как результаты лечения и качество жизни пациентов были выше, чем при применении только стандартной терапии.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ В НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЬЯХ

**Барзаева А.К.**

Чеченский Государственный Педагогический университет, Грозный, Россия  
Научный руководитель: Мухаджиева Т.А., канд. пед. наук, доцент

В статье рассмотрено влияние неблагополучной семьи на психологическое состояние ребенка, также выявлено, какие семьи относятся к данной категории, рассмотрены работы по данной теме таких авторов как М.М. Буянов, Л.Я. Олиференко, Л.С. Алексеевой и других.

Семья является главным источником становления ребенка как личности. Ее роль заключается в воспитании ребенка. Именно это способствует созданию у ребенка моральных ценностей, норм поведения. Многие отечественные и зарубежные исследования показывают, что именно нарушение семейных отношений часто является причиной виктимизации детей и формирования их дивергентного поведения. И.А. Горьковая, В.Л. Хайкин, Э.Г. Эйдемиллер, А.Я. Варга и другие авторы единодушны в том, что отклоняющееся поведение от принятых в социуме норм наблюдается чаще у детей из неблагополучных семей. В научной педагогической литературе нет четкого определения понятия «семейное неблагополучие», поэтому можно встретить понятия «деструктивная семья»,

«дисфункциональная семья», «негармоничная семья», «семья, находящаяся в социально опасном положении», «асоциальная семья». Таким образом, неблагополучная семья – это семья, имеющая низкий социальный статус в различных сферах жизнедеятельности; семья, в которой обесцениваются или игнорируются основные семейные функции, присутствуют скрытые или явные дефекты воспитания, в результате чего появляются «трудные дети». По утверждению Л.С. Выготского, «...понятие трудный ребенок» и «трудновоспитуемый ребенок» очень широки, но это не научные термины. В одной из своих работ Л.С. Выготский приводит английский термин «moral insanity», под это понятие подводились все дети, которые в поведении проявляли аморальность, нарушали моральные общепринятые нормы. Но морально дефективный ребенок не рождается с органическим недостатком, он «выбитый из социальной колеи; причины моральной дефективности следует искать не в ребенке, а вне его – в социально-экономических и культурно-педагогических условиях, в которых рос и развивался ребенок» [3]. Анализ психолого-педагогической

литературы позволяет выделить различные классификации нарушения семейного воспитания, где в качестве критериев выступают:

- 1) характер семейного общения и стиль отношений;
- 2) структурная деформация семьи;
- 3) типы детско-родительских отношений;
- 4) содержание переживания ребенка;
- 5) особенности дисгармоничных супружеских отношений;
- 6) сам стиль семейного воспитания.

Психолого-педагогические аспекты адаптации личности в образовательной среде представлены в работах И.А. Александрова, М.В. Засека, Л.В. Зеленой, Л.Ю. Игнатовой, Е.В. Яковлева. Непосредственно проблема социализации детей из неблагополучных семей отражена в работах С.А. Глушковой, Р.Н. Шехова, Я.Б. Аппаевой, Э.Ф. Ибрагимовой, А.С. Авдеенко, Е.В. Соболевой, О.М. Илгамовой, Т.И. Митичевой А.В. Соловьевой и др. Д.В. Гуров и Е.В. Гурова выделяют следующие факторы семейного воспитания, которые обуславливают трудности в процессе социализации детей:

- переизбыток или недостаток материального обеспечения в семье, которые порождают крайнюю нужду или переизбыток материальных ценностей. Оба случая являются причиной формирования неправильных ценностей и деформацию приоритетов и жизненных задач, крайними из которых является стремление к воровству с одной стороны, и избалованность – с другой стороны;
- низкий уровень духовной культуры родителей и отсутствие тяги к духовному развитию собственных детей;
- наличие в поведении родителей или иных членов семьи аморальных поступков, использование негативных практик или совершение противоправных действий;
- негативный психологический климат в семье;
- смещение системы ценностей среди членов семьи на одной из социальных практик;
- отсутствие систематической работы в воспитании детей (беспринципность, противоречия в методах воспитания, причинение физических или моральных страданий);

- неспособность к принятию ребенка таким, каким он является (его ценностей, задач и идей).

Указанные негативные факторы являются причиной возникновения девиаций среди детей. Аналогичные факторы, проявляющиеся в семье, являющиеся причиной возникновения трудностей у детей, выделяют и другие исследователи (Т.В. Андреева, В.М. Целуйко, Т.И. Шульга и др.). Собственную классификацию проблем, определяющих негативное течение социализацию детей в семье, предлагают Л.В. Вершинина и И.Е. Максимова, выделяя:

- низкий уровень педагогического потенциала современных молодых родителей;
- расслоение и деформация семейных ценностей;
- снижение значения института брака и, следовательно, деформация института семьи и др.

С целью исследования психологического состояния детей в неблагополучных семьях был проведен опрос среди школьников в возрасте 14–15 лет. В опросе приняли участие 50 учащихся из школы г. Урус-Мартан. Решить проблему девиации среди детей возможно лишь при изменении методов воспитания и обучения ребенка, при социальной работе с ним. Опрос состоит из 6 вопросов, которые представлены в таблице 1.

Проведенное нами исследование показало, что родители в результате сильной опеки оказывают большое давление на своих детей. Вследствие чего у них возникает неуверенность в себе и небольшая тревога. Это оказывает не малое влияние на их эмоционально-психическом развитии, а также на их академической успеваемости. У таких детей наблюдаются следующие проблемы: низкая самооценка, тревожность и страхи, низкая успеваемость, замкнутость, агрессия и конфликты с окружающими. С данными проблемами школьникам поможет справиться социальный педагог и педагог-психолог. Также хорошие средства это индивидуальная работа с неблагополучной семьей, консультационные беседы, тренинги, своевременная обследование и материальная помощь.

Таблица 1

| Вопросы                                                                 | Ответы респондентов в % |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|
|                                                                         | да                      | нет       |
| 1. Рассказываете ли вы родителям о своих переживаниях?                  | 20 % (10)               | 80 % (40) |
| 2. Влияет ли ваше настроение на выполнение бытовых заданий?             | 84 % (42)               | 16 % (8)  |
| 3. Считаете ли, что ваши родители вас сильно опекают?                   | 80 % (40)               | 20 % (10) |
| 4. Испытываете ли вы неуверенность из-за сильной опеки ваших родителей? | 76 % (38)               | 24 % (12) |
| 5. Испытываете ли вы тревогу из-за своей неуверенности?                 | 74 % (37)               | 16 % (13) |
| 6. Влияет ли ваше настроение на вашу успеваемость в школе?              | 70 % (35)               | 30 % (15) |

### Литература

- 1 Буянов, М.М. Ребенок из неблагополучной семьи: записки дет. психиатра: кн. Для учителей и родителей / М.М. Буянов. – М.: Просвещение, 1988. – 207 с.
- 2 Олиференко, Л.Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска: учеб. пособие / Л.Я. Олиференко [и др.]. – М.: Академия, 2002. – 256 с.
- 3 Сулейманова Раиса Валиабдулаевна, Ермилова Наида Шаирсултановна

# ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНА НА РЕГУЛЯЦИЮ ПРОГРАММИРУЕМОЙ КЛЕТОЧНОЙ ГИБЕЛИ ЛИМФОЦИТОВ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Богомазова А.А.<sup>1</sup>, Скибо Ю.В.<sup>1</sup>, Абрамова З.И.<sup>1</sup>, Решетникова И.Д.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Казанский федеральный (Приволжский) университет, Казань, Россия

<sup>2</sup>Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии, Казань, Россия

Атопическая бронхиальная астма (АБА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний по всему миру. У пациентов с астмой наблюдается обструкция дыхательных путей, бронхиальная гиперреактивность, а также повышенная активация иммунных клеток, в особенности Т-лимфоцитов, что приводит к хроническому воспалению. Известно, что лимфоциты больных астмой имеют нарушенный ответ на программируемую клеточную гибель (ПКГ) 1 и 2 типа – апоптоз и аутофагию, что играет важную роль в отягощении и пролонгировании воспалительного процесса. По сравнению с апоптозом, аутофагия в условиях стресса способствует выживанию клеток, а нарушение ее регуляции может приводить к отягощению аллергических реакций [1]. Основными препаратами для лечения атопической бронхиальной астмы являются синтетические глюкокортикоиды. Связываясь с глюкокортикоидным рецептором, они запускают в клетке противовоспалительный ответ и, в частности, апоптоз. Несмотря на доказанное влияние нарушения ПКГ на течение бронхиальной астмы, действие синтетических глюкокортикоидов на аутофагию до сих пор не изучено. Поэтому целью представленной работы является характеристика влияния дексаметазона на регуляцию программируемой клеточной гибели лимфоцитов больных средней и тяжелой формой атопической бронхиальной астмы.

Материалом исследования служили образцы периферической крови 24 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет с установленным диагнозом атопической бронхиальной астмой средней и тяжелой степени и 9 условно здоровых доноров. Фракцию мононуклеарных клеток выделяли на градиенте плотности фиколла и культивировали с добавлением и без добавления дексаметазона в условиях истощения питательных веществ 0 суток и 6 суток. Морфологические маркеры ПКГ клеток после культивирования детектировали с помощью просвечивающей электронной микроскопии. Уровень экспрессии генов-маркеров аутофагии *BECN1*, *LC3* и апоптоза *CASP3*, *BCL2* определяли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в

реальном времени. Для определения параметров клеточного цикла использовали окрашивание йодидом пропидия и последующий анализ на проточном цитофлуориметре.

По результатам просвечивающей электронной микроскопии было выявлено, что в лимфоцитах пациентов с АБА при кратковременном культивировании без дексаметазона явно выражены морфологические маркеры аутофагии, а при длительном культивировании с дексаметазоном преобладают основные маркеры апоптоза. Анализ ПЦР в реальном времени продемонстрировал, что при длительном культивировании с дексаметазоном уровень экспрессии гена *BECN1* у здоровых доноров повышается, а у больных астмой остается на прежнем уровне, что может указывать на индукцию ранних этапов аутофагии у первой группы и нарушение баланса между апоптозом и аутофагией у группы пациентов. Уровень экспрессии основного маркера аутофагии, гена *LC3*, повышался под воздействием дексаметазона по сравнению с необработанными глюкокортикоидом лимфоцитами. Вне зависимости от времени культивирования воздействие дексаметазона повышало уровень экспрессии *BCL2* в лимфоцитах обеих исследуемых групп. При длительном культивировании с дексаметазоном уровень экспрессии гена *CASP3* у пациентов с АБА был значительно выше, чем в группе контроля. Анализ параметров клеточного цикла лимфоцитов при 2-часовом культивировании с дексаметазоном показал статистически достоверное повышение количества клеток в G0/G1 фазе у больных бронхиальной астмой и уменьшение количества клеток в G2/M фазе в группе здоровых доноров.

Таким образом, данная работа демонстрирует морфологические и физиологические различия эффектов, вызываемых синтетическими глюкокортикоидами в лимфоцитах больных и здоровых доноров, а также нарушения регуляции 1 и 2 типа ПКГ лимфоцитов у пациентов с астмой. Несмотря на противоречивость современных данных о влиянии аутофагии иммунных клеток на аллергическое воспаление [2], представленные результаты подтверждают ее значимость в патогенезе заболевания.

## Литература

- 1 Ichimiya T, Yamakawa T, Hirano T, et al. Autophagy and Autophagy-Related Diseases: A Review. Int J Mol Sci. 2020;21(23):8974. Published 2020 Nov 26. <https://doi.org/10.3390/ijms21238974>
- 2 Ban GY, Pham DL, Trinh TH, et al. Autophagy mechanisms in sputum and peripheral blood cells of patients with severe asthma: a new therapeutic target. Clin Exp Allergy. 2016;46(1):48-59. <https://doi.org/10.1111/cea.12585>

## ИЗ ИСТОРИИ ИЗУЧЕНИЯ МИКРОБИОЛОГОМ З.В. ЕРМОЛЬЕВОЙ И ЕЕ СОТРУДНИКАМИ ДЕЙСТВИЯ ЛИЗОЦИМА НА ПАТОГЕННЫЕ СТАФИЛОКОККИ В 1960–Е ГГ.

Горшенин А.В.

Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия  
Институт истории естествознания и техники им. С.И. Вавилова РАН, Москва, Россия

Одной из глобальных проблем медицины и фармации последних десятилетий является усиливающаяся антибиотикорезистентность ряда патогенных бактерий. В отчете ВОЗ за 2021 г. отмечалось, что появление новых антибиотиков не решает, а скорее усиливает проблему устойчивости к этим антимикробным веществам. В этой связи довольно актуальной становится задача изучения нетрадиционных антибактериальных препаратов. По этой причине обобщение исторического опыта применения различных альтернативных антибиотикам препаратов становится необходимым.

Отечественный микробиолог З.В. Ермольева была одной из известных женщин-ученых СССР – доктор медицинских наук, профессор, академик АМН СССР, заслуженный деятель науки РСФСР. Наибольшую известность в истории медицины ей принесли работы по получению, изучению и налаживанию производства антибиотиков.

В своем практическом опыте З.В. Ермольева рано увидела большую проблему, таившуюся в излишнем злоупотреблении антибиотиками. Уже на рубеже 1950–1960-х гг. в ряде случаев некоторые инфекционные заболевания не поддавались лечению антибиотическими препаратами. Это подтолкнуло ученую и сотрудников ее кафедры микробиологии Центрального института усовершенствования врачей начать изучение действия на патогенные микроорганизмы лизоцима, так и его комбинации с рядом антибиотиков.

В первой половине 1960-х гг. З.В. Ермольева и ее сотрудники Т.В. Голосова, Е.А. Ведьмина, В.А. Шендерович, Н.А. Жуковская провели исследование по санации носителей патогенных стафилококков лизоцимом.

Использовался лизоцим, полученный на их кафедре микробиологии прямой кристаллизацией из яичного белка.

Опыты проводились на белых мышах весом 13–15 г. Их заражали культурой золотистого стафилококка (штамм № 596) в 2 млрд микробов, что вызывало гибель животных в течение одних-двух суток. Препарат лизоцима вводили внутримышечно за 6, 24 и 48 часов в дозировке 3 мг. При этом испытание данного препарата лизоцима на мышах показало его безвредность. Показателем эффективности применения данного фермента в качестве профилактического средства стала выживаемость мышей к десятому дню наблюдения. **Результаты** выживаемости мышей приведены в таблице 1.

**Таблица 1.** Профилактическое действие лизоцима на мышей

| Время с момента введения до заражения (в часах) | Число мышей |                         |
|-------------------------------------------------|-------------|-------------------------|
|                                                 | в опыте     | выживших к десятому дню |
| 6                                               | 20          | 8                       |
| 24                                              | 20          | 14                      |
| 43                                              | 20          | 5                       |

На следующем этапе исследования лизоцим применялся для санации медицинского персонала московского роддома № 26. Перед проведением санации 111 сотрудников учреждения обследовали на носительство патогенных стафилококков. Санацию проводили 60 сотрудникам двух послеродовых отделений, располагавшихся на 3 и 4 этажах.

Для обработки применяли раствор кристаллического или жидкого лизоцима. Санацию осуществляли путем полоскания зева 0,1 % раствором кристаллического лизоцима, одновременно обрабатывали слизистую носа 1 % лизоцимной мазью или закапыванием жидкого лизоцима по 2–4 капли в каждую ноздрю. Санацию проводили ежедневно в течение 6 дней.

Критерием оценки результатов З.В. Ермольева считала уменьшение числа носителей патогенных стафилококков и гнойных заболеваний в роддоме. С целью проверки эффективности через сутки после санации медперсонал обследовали на носительство патогенных стафилококков. А в более отдаленные сроки работников роддома обследовали через месяц.

З.В. Ермольева и ее коллеги констатировали, что исследование показало ярко выраженный санирующий эффект применения лизоцима. Через сутки после обработки данным ферментом число носителей патогенных стафилококков сократилось в 4 раза (табл. 2). Результаты обследования через месяц показали, что санирующий эффект закреплялся на длительный период.

**Таблица 2.** Результаты обследования персонала роддома, санированного лизоцимом

| Время обследования        | Число обследованных | Носители патогенных стафилококков |      |
|---------------------------|---------------------|-----------------------------------|------|
|                           |                     | Число                             | %    |
| До санации                | 60                  | 29                                | 48,3 |
| Через сутки после санации | 60                  | 7                                 | 11,6 |
| Через месяц после санации | 59                  | 10                                | 16,9 |

Косвенным подтверждением эффективности применения лизоцима стало отсутствие в этом роддоме гнойных заболеваний среди новорожденных и гнойных маститов у рожениц.

Таким образом, данное исследование стало первым по изучению эффективности лизоцима, предпринятое в начале 1960-х гг. Положительный результат, полученный в этом роддоме, позволил З.В. Ермольевой рекомендовать внедрить в широкую практику санацию лизоцимом в роддомах страны. Вместе с тем, данное исследование стало отправной точкой в изучении возможностей применения этого фермента в практике здравоохранения 1960–1970-х гг.



# НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОК С ПЕРВИЧНО ОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I-II СТАДИЙ

Дмитриева Д.А.

Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

Научные руководители: Столяров С.А., д-р мед. наук, заведующий кафедрой хирургических;

Трусова Л.А., ассистент кафедры морфологии и патологии, врач хирург-онколог

**Актуальность.** Рак молочной железы (РМЖ) является одним из наиболее распространенных заболеваний среди женщин. Хирургический метод лечения остается лидирующим. Техническое выполнение органосохраняющих операций с выполнением подмышечной лимфодиссекции сопровождается формированием так называемых «карманов», которые в последующем могут привести к лимфоре, присоединению инфекции, некрозу тканей, расслоению краев послеоперационной раны.

**Введение.** Рак молочной железы является одним из наиболее распространенных заболеваний. По данным ВОЗ РМЖ впервые превысил по распространенности рак легкого, около 13 % новых случаев заболеваний приходится на РМЖ. В 2022 г. было выявлено 2,3 млн новых случаев РМЖ, что составило 12,7 % от общего числа диагностированных случаев онкологических заболеваний. Хирургический метод лечения РМЖ в настоящее время является базисным. Радикальная операция у таких пациентов относится к разряду тяжелых хирургических вмешательств с образованием значительной раневой поверхности. Возраст пациентов, сопутствующие заболевания, ожирение, снижение иммунного ответа являются предрасполагающими факторами к развитию раневых осложнений, таких как кровотечение, лимфоцеле, нагноение раны, несостоятельность швов. У 15–57 % оперированных пациентов с РМЖ наблюдаются отеки верхних конечностей, связанные с выполнением подключично-подмышечно-подлопаточной лимфаденэктомии.

**Целью работы** является улучшить результаты комплексного лечения пациенток с РМЖ I-II стадий за счет совершенствования способов диагностики и лечения хирургических осложнений течения раневого процесса у данной группы пациенток.

**Материалы и методы.** Исследование ретро- и проспективное. Ретроспективный раздел составляет изучение 65 историй болезни пациенток с диагнозом РМЖ I-II ст., госпитализированных в отделение общей онкологии и отделение опухолей наружных локализаций ГБУЗ СОКОД, в обследовании и лечении которых используются традиционные подходы.

Перспективный раздел составят 56 пациенток, у которых комплексное лечение РМЖ сочеталось с комплексом разработанных профилактических и лечебных мероприятий, которые составят основную группу.

Из исследования были исключены пациентки с раком молочной железы 3–4 стадии.

**Критерии включения в группы исследования:**

- пациентки с гистологически подтвержденным диагнозом первично операбельного рака молочной железы, поступившие для хирургического лечения;

- пациентки с осложнениями после операций при РМЖ при стандартном лечении.

**Критерии исключения из исследования:**

- пациентки, поступившие в лечебное учреждение с заболеванием в III–IV стадиях, не позволяющими выполнить оперативное вмешательство на первом этапе комплексного лечения;

- пациентки с тяжелой сопутствующей патологией и имеющие противопоказания к хирургическому лечению.

Всем пациенткам с РМЖ проводилось стандартное клиническое и физикальное обследование: показатели ОАК, ОАМ, для оценки системы гемостаза определяли в крови АЧТВ, уровень протромбинового индекса, фибриногена и тромбинового времени, растворимые фибриномерные комплексы, биохимический анализ крови, включающий показатели обмена веществ: общий белок, холестерин, глюкоза; показатели функции печени: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), билирубин общий.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез по показаниям выполняли женщинам до 40 лет, выполнялось УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, производили оценку состояния всех внутренних органов, в том числе печени. УЗИ органов малого таза выполняли для исключения опухолей и других заболеваний женских половых органов. Всем пациенткам перед хирургическим лечением с целью верификации выполняли CORE-биопсию опухоли под УЗИ контролем. Гистологический метод использовался для окончательной верификации диагноза и установления степени злокачественности.

На этапе предоперационной подготовки пациенткам выполнялось исследование области пораженной молочной железы и подмышечной области при помощи тепловизионного аппаратно-программного комплекса «ТЦР-Мед», в инфракрасном диапазоне 8–14 мкм

Пациенткам основной группы с целью оценки особенностей течения раневого процесса использовали комплекс методов обследования, включающий оценку кровотока в тканях молочной железы на этапе удаления опухоли, а также в тканях аксиллярной области с пораженной стороны после выполненной лимфодиссекции при помощи аппарата лазерной доплеровской флоуметрии «ЛАКК-М». Для контроля течения раневого процесса определяющее значение имеет оценка местной симптоматики со стороны послеоперационной раны, в том числе такие проявления локальной воспалительной реакции, как гиперемия, отечность, инфильтрация тканей. Указанные симптомы визуально оценивались каждый день и фиксировались в протоколе исследования и базе данных.

**Результаты и их обсуждения.** В данной работе мы оценивали данные пациентов, которым была выполнена

ограносохраняющая операция по поводу РМЖ I-II стадий в ГБУЗ СОКОД за период с 2022 по 2023 годы в количестве ( $n = 164$ ). Оценивалось течение раневого процесса у пациенток которым была выполнена оградосохраняющая операция в объеме секторальной резекции молочной железы с подмышечной лимфодиссекцией ( $n = 65$ ) и пациентам после выполнения радикальная мастэктомия по Маддену с лимфодиссекцией ( $n = 42$ ).

Все пациенты были разделены на три группы. Основная группа пациентов (I группа) – которым выполнялась ОСО с лимфодиссекцией традиционными способами в количестве 65 пациентов, являющаяся контрольной, и группы сравнения, которым выполнялась ОСО с лимфодиссекцией и применением разработанного лечебно- диагностического способа прогнозирования течения раневого процесса, в числе 57 пациентов (II группа) и 42 пациента (III группа), которым выполнялась радикальная мастэктомия по Маддену. Группы были подвержены сравнению.

Учитывался возрастной показатель и коморбидность пациентов. Большая часть пациентов, относилась к средней возрастной группе.

Среди сопутствующей патологии чаще наблюдалось наличие гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и патологии гепатобиллиарной системы.

Для оценки микроциркуляции в тканях молочной железы и подмышечной области проводилось исследование при помощи лазерного анализатора до операции и интероперационно после удаления опухоли и выполненной лимфодиссекции. Все показатели фиксировались в протоколе исследования.

Среднее значение микроциркуляции в тканях молочной железы и подмышечной области у 45 % из всех трех групп составил  $25,7 \pm 1,3$  перф. ед. Без развития раневых

осложнений и благоприятным течением раневого процесса. У 24 % из II группы значения микроциркуляции составил 15,6–16,7 перф. ед. С развитием серомы в послеоперационном периоде.

У 16 пациенток из III группы значения микроциркуляции составил 14,1–15,6 перф.ед. И привели к развитию воспалительных изменений в тканях аксильарной области в послеоперационном периоде. Для оценки течения раневого процесса и изменений в тканях молочной железы и подмышечной области со стороны поражения проводилось измерение температуры при помощи тепловизионного аппаратно-программного комплекса «ТЦР-Мед», в инфракрасном диапазоне 8–14 мкм.

При оценке локальной температуры в месте предполагаемого оперативного вмешательства у 65 % пациенток из II и III групп наблюдалась локальная гипертермия на величину  $1,7\text{--}2,5$  °C по сравнению с температурой вне зоны предполагаемой операции, что свидетельствовало о гладком течении раневого процесса. У 14 пациенток из II группы наблюдалась локальная гипертермия на величину  $1,2\text{--}1,6$  °C по сравнению с температурой вне зоны предполагаемой операции, что привело к развитию раневого осложнения в виде лимфореи.

У 4-х пациенток из III группы наблюдалась локальная гипертермия зоны предполагаемого оперативного вмешательства на величину  $2,6\text{--}3,6$  °C, что привело к развитию локального абсцесса в месте послеоперационной раны. Данные полученные при интероперационной оценки показателей микроциркуляции и оценки показателей локальной температуры в месте предполагаемого вмешательства на этапе предоперационной подготовки с последующей оценкой течения раневого процесса и развитием раневых осложнений отображены в таблице 1.

**Таблица 1.** Влияние значений микрокровотока и термометрии на течение раневого процесса

| Группы обследуемых пациентов                                   | ПМ, перф. ед.       | Термометрия в зоне исследования | Состояние раны                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Контрольная группа, $n = 65$                                   | $25,7 \pm 1,3$      | $1,7\text{--}2,5$ °C            | Отсутствие осложнений со стороны послеоперационной раны                                                                                                                                                        |
| Пациентки с гематомой в области п/о раны, $n = 5$              | $32,4\text{--}33,7$ | $1,5\text{--}2,0$ °C            | Пациенткам проводилось повторное оперативное лечение для остановки местного кровотечения в ране                                                                                                                |
| Пациентки с серомой в области п/о раны, $n = 53$               | $15,6\text{--}16,7$ | $2,5\text{--}3,0$ °C            | Пациентам проводилось местное лечение п/о раны. У 23 пациенток наблюдалось инфицирование п/о раны. Сроки смены фаз раневого процесса затягивались. Проводилось разведение п/о раны с наложением вторичных швов |
| Пациентки с инфицированной раной аксильарной области, $n = 37$ | $14,1\text{--}15,6$ | $1,3\text{--}2,5$ °C            | Воспалительные явления наблюдались с третьих суток после операции                                                                                                                                              |

Использование НПА при реваскуляризации почечного трансплантата показало лучшие результаты функции пересаженной почки.

Использование нижней надчревной артерии при артериальных реконструкциях связано с сомнительными результатами и отсроченной функции трансплантата. Использование предлагаемой технологии вычислительной

гемодинамики с успехом может использоваться для персонального расчета трансплантата для каждого пациента в индивидуальности. Полученные результаты могут использоваться в создании систем содействия принятию решения и симуляционных операций, что позволит улучшить качество жизни пациентов.

#### Литература

- 1 Antiga L. et al. An image-based modeling framework for patient-specific computational hemodynamics. *Medical & biological engineering & computing*. 2008;46(11):1097-1112.

- 2 Aksenov A.A. et al. FlowVision software: numerical simulation of industrial CFD applications on parallel computer systems. Parallel CFD 2003 Conference. Book of Abstracts. Moscow. 2003:280-284.
- 3 Taylor C.A., Humphrey J.D. Open problems in computational vascular biomechanics: hemodynamics and arterial wall mechanics. *Computer methods in applied mechanics and engineering*. 2009;198(45):3514-3523.
- 4 Taylor C.A., Draney M.T. Experimental and computational methods in cardiovascular fluid mechanics. *Annual Review of Fluid Mechanics*. 2004;36:197-231.
- 5 A computational framework for derivative-free optimization of cardiovascular geometries. *Computer Methods in Applied Mechanics and Engineering*. 2008;197(2124):1890-1905.
- 6 Computational fluid dynamics simulations in realistic 3-d geometries of the total cavopulmonary anastomosis: The influence of the inferior caval anastomosis. *J Biomech Eng*. 2003;125(6):805-813.
- 7 A computational framework for derivative-free optimization of cardiovascular geometries. *Computer Methods in Applied Mechanics and Engineering*. 2008;197(2124):1890-1905.

## ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД И СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

**Скобенников А.Ю., Алексеенко Т.В., Дорофеева Т.Л., Гладкова М.С., Роднов Н.А.**

Подольский родильный дом, Подольск, Московская область, Россия

Организация службы родовспоможения регламентирована приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология». Однако, кроме реализации предписаний и адекватного использования медицинских навыков, значимым фактором в улучшении перинатальных исходов и роста удовлетворенности населения является пациент-ориентированный подход. Последний можно выделить в такое понятие как «индивидуальное лицо роддома». В основном докладе представлен обзор отработанных и внедренных в повседневную практику ГБУЗ МО «Подольский родильный дом» подходов, оригинальных пациент-ориентированных и семейно-ориентированных перинатальных технологий, создающих позитивный паттерн, связанный с беременностью, родами, послеродовым периодом. Отмечено, что их реализация осуществляется через четко отлаженную систему коммуникации: беременная – персонал роддома, молодая мама – новорожденный, новорожденный – медицинский персонал, отец – медицинский персонал, молодая мама – неонатолог и т.д. Представленные коммуникационные механизмы особенно важны при осложненном течении беременности, родов и наличии патологии новорожденного ребенка. Преимуществом по службам коммуникация пациентки с медицинским персоналом родильного дома в основе имеет главную цель: сформировать у молодых родителей ключевые навыки (компетенции) для обеспечения качественного перинатального ухода в семье, обеспечить стойкую мотивацию и, далее, осваивать и использовать в повседневности оригинальные практики по уходу за ребенком и соблюдению собственной гигиены.

В докладе подчеркивается, что пациент-ориентированный подход – это не просто комфорт, удобство и внимание к пациентке и ее ребенку, это целенаправленное формирование устойчивых практических навыков, которые пригодятся семье, на каждом из этапов взаимодействия беременной и ее близких с медицинским персоналом. То есть пациент-ориентированный подход трансформируется в семейно-ориентированный подход. В работе представлен перечень навыков и умений, которые формируются на каждом их этапов взаимодействия беременной женщины с коллективом роддома.

Дополнительной или второй целью оригинального подхода является повышение уровня доверия пациента к врачу и к медицинской организации, что в свою очередь благоприятно отразится на восприятии здравоохранения в целом, на желании повторного планирования беременности и родов.

В сообщении представлен механизм реализации поддержки от управления здравоохранения Московской области путем организации надлежащих и партнерских служб, которые предоставляют полный набор услуг перинатального ухода, принимая во внимание физические, эмоциональные и психосоциальные потребности женщин и новорожденных.

Опыт использования пациент-ориентированного и семейно-ориентированного подхода в стенах ГБУЗ МО «Подольский родильный дом», показал, что его внедрение уменьшило количество осложнений в родах, снизило количество оперативных вмешательств в родах и послеродовом периоде, улучшило состояние новорожденных и детей неонатального и грудного возраста.

## РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

**Завалко А.Ф., Радаев П.А., Овчарова А.И.**

Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия

В новейшее время Российская Федерация сталкивается с двумя твердыми трендами. Первый – неуклонный рост использования и повсеместного распространения информационно-вычислительных технологий, гаджетов, программных продуктов, в том числе на основе искусственного интеллекта. Второй – позднее социальное взросление молодого поколения. Девушки и молодые люди долго находятся на иждивении родителей (или проживают вместе с ними), откладывают вступление в брак и деторождение на более отдаленные перспективы, вынося в приоритет обучение, удачное трудоустройство, успешное продвижение по карьерной лестнице, хобби и развлечения.

Известно, что с возрастом увеличивается нагрузка на компенсаторно-приспособительные механизмы организма человека, а принимая во внимание неблагоприятное воздействие стрессовых средовых факторов, сохранение здоровья молодого поколения и его репродуктивного потенциала становится все актуальнее.

Учитывая повсеместное распространение электронных информационных ресурсов, их использование для формирования у молодого поколения положительных установок на создание семьи и деторождения крайне важно.

Основной задачей доклада явился обмен опытом создания позитивных паттернов на семью, материнство,

многодетность путем предоставления соответствующей информации через информационный портал Навигатор московского здравоохранения.

Исследование пользовательского состава информационного портала показало, что 85,3 % пользователей являются женщины; из них 29,2 % в возрасте 18–25 лет и 34,8 % – 26–35 лет. То есть, 64,0 % всех пользователей находятся в активном репродуктивном возрасте.

В сообщении представлены виды материалов, которые используются в информационном портале, приемы привлечения внимания к данной проблеме.

Анализ обратной связи (количество обращений к материалам, длительность удержания на странице, отказ от просмотра, количество переходов по ссылкам и т.п.) продемонстрировал высокий интерес молодых женщин к представленной теме. В заключении доклада приводятся перспективные планы и виды работ.

Предпринятые нами мероприятия нашли отклик среди профильных руководителей – главных внештатных специалистов г. Москвы. Объединение усилий в наполнении информационного портала рецензированной информацией ожидаемо улучшит прогнозы по формированию позитивного взгляда молодежи на создание семьи и деторождение.

## РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОРАЖЕНИЯ КОСТНОГО МОЗГА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

**Зелепухина М.Е.**

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва, Россия

**Введение.** Рак желудка занимает пятое место среди онкологических заболеваний в мире и согласно данным GLOBOCAN за 2019 год является третьей ведущей причиной смерти. Наиболее «излюбленными» местами метастазирования рака являются печень, по ходу воротной вены, лимфатические узлы и брюшина, но на поздних стадиях могут быть метастазы в любой области тела. В отечественной и зарубежной литературе встречается всего несколько упоминаний о метастазировании рака желудка в костный мозг, что представляет большой интерес для изучения. На сегодняшний день в международной литературе опубликовано около 10 подобных клинических случаев.

**Цель:** представить редкий клинический случай успешного лечения метастатического поражения костного мозга аденокарциномой желудка.

**Материалы и методы.** На консультацию в клинику ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова обратился пациент, 63 года. Состояние средней тяжести, жалобы на примесь крови в стуле. При дообследовании обнаружена опухоль желудка. Во время нахождения пациента в стационаре без очевидной причины развился ДВС-синдром, выраженная

стойкая гипопфибриногенемия и тромбоцитопения. Состояние потребовало трансфузиями СЗП и тромбоконцентрата. Проведен диагностический поиск причины и выявлено множественное метастатическое поражение костей. По результатам стеральной пункции – метастаз аденокарциномы из желудка.

**Результаты.** Принято решение о проведении полихимиотерапии по схеме mFOLFOX6, несмотря на выраженную тромбоцитопению. Первый цикл был проведен в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Уже на 5-е сутки после начала ПХТ отмечена стабилизация состояния в отношении параметров свертываемости. Учитывая сохраняющуюся тромбоцитопению и обеднение мегакариоцитарного ростка, параллельно начат прием тромбопоэтинов в стандартных дозировках. После 3-го цикла ПХТ у пациента полностью стабилизировались показатели крови и коагулограммы. При обследовании, спустя 3 месяца после лечения, была отмечена успешная стабилизация метастатического процесса в костях.

**Выводы.** Метастазы в красный костный мозг очень осложняют течение заболевания, редко диагностируются

и, как правило, служат препятствием к началу любого лечения. Тем не менее, комплексный подход к лечению пациентов с диссеминированными формами рака желудка позволяет добиться стабилизации процесса даже на фоне

выраженных гематологических изменений, а ПХТ на фоне поддержки тромбопоэтинами может продлить жизнь этой тяжелой категории больных.

### Литература

- 1 Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Prz Gastroenterol.* 2019;14(1):26-38. <https://doi.org/10.5114/pg.2018.80001>. Epub 2018 Nov 28. PMID: 30944675; PMCID: PMC6444111
- 2 Xiaobin C, Zhaojun X, Tao L, Tianzeng D, Xuemei H, Fan Z, Chunyin H, Jianqiang H, Chen L. Analysis of Related Risk Factors and Prognostic Factors of Gastric Cancer with Bone Metastasis: A SEER-Based Study. *J Immunol Res.* 2022 Feb 15;2022:3251051. <https://doi.org/10.1155/2022/3251051>. PMID: 35211630; PMCID: PMC8863473.
- 3 Chen M, Yuan H. Bone metastases with multiple fluid-fluid levels from gastric cancer: a case report and review of literature. *Skeletal Radiol.* 2019 May;48(5):813-817. <https://doi.org/10.1007/s00256-018-3075-5>. Epub 2018 Sep 20. PMID: 30238138.
- 4 Kim HS, Yi SY, Jun HJ, Lee J, Park JO, Park YS, Jang J, Kim HJ, Ko Y, Lim HY, Kang WK. Clinical outcome of gastric cancer patients with bone marrow metastases. *Oncology.* 2007;73(3-4):192-7. <https://doi.org/10.1159/000127386>. Epub 2008 Apr 16. PMID: 18418012.
- 5 Wen L, Li YZ, Zhang J, Zhou C, Yang HN, Chen XZ, Xu LW, Kong SN, Wang XW, Zhang HM. Clinical analysis of bone metastasis of gastric cancer: incidence, clinicopathological features and survival. *Future Oncol.* 2019 Jul;15(19):2241-2249. <https://doi.org/10.2217/fon-2019-0039>. Epub 2019 Jun 19. PMID: 31215231.

## ВАЖНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ РЕДКОЙ ХРОМОСОМНОЙ АНОМАЛИИ: ДВОЙНАЯ ТРИСОМИЯ 48,XXX,+18 В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СОЧЕТАНИИ СО SPINA BIFIDA

Ильина Е.Р.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия  
Научный руководитель: Цахилова С.Г., д-р мед. наук, профессор

В настоящее время роль пренатальной диагностики чрезвычайно важна для выявления различных врожденных пороков развития плода. Своевременное обнаружение аномалий развития плода влияет на дальнейшую тактику ведения беременности. Ультразвуковой скрининг позволяет выявлять ультразвуковые маркеры различных ВПР, которые могут быть характерны для той или иной аномалии.

Двойная трисомия – это наличие двух трисомий с вовлечением двух разных пар хромосом в обследуемом кариотипе. Частота двойной трисомии варьирует от 0,22 до 2,8 %. Чаще встречается при спонтанных абортах и неразвивающихся беременностях. Ключевое звено патогенеза заключается в двойном или последовательном нарушении сегрегации хромосом в I или II фазах мейоза или при постзиготическом нерасхождении. Положительная корреляция с возрастом матери характерна для ошибок мейоза как наиболее частой причины трисомий.

**Цель исследования:** повысить качество пренатального скрининга в I триместре беременности, выявить УЗ-маркеры двойной трисомии 48,XXX, +18.

**Задачи исследования:** провести комбинированный пренатальный скрининг I триместра с определением маркеров аномалий, определить когорту беременных с выявленными пороками развития при пренатальном скрининге в I триместре, провести сравнительный анализ результатов исследования маркеров хромосомных болезней плода.

**Материалы и методы.** Из 3200 наблюдаемых беременных врожденные пороки развития были обнаружены на этапе диагностики у 67 пациенток. У 19 женщин был выявлен порок сердца, еще у 7 – пороки ЦНС, в том числе

spina bifida – 2 случая (из них двойная трисомия у 1 пациентки – 0,03 %).

В представленном клиническом случае беременная 28 лет была направлена для проведения комбинированного пренатального скрининга в I триместре. При трансабдоминальном доступе был выявлен один живой плод в сроке гестации 11 недель 5 дней. Эхографически выявлены увеличение толщины воротникового пространства до 7,7 мм, гипоплазия носовой кости, отсутствие визуализации интракраниального пространства, низко расположенные ушные раковины. При трансвагинальном сканировании обнаружены spina bifida и атриовентрикулярный канал. Результаты биохимического скрининга: свободная фракция  $\beta$ -ХГЧ – 0,5; PAPP-A – 0,043. При комбинированном расчете риска были выявлены высокие риски хромосомных аномалий: трисомия 21 – 1:4, трисомия 18 – 1:11, трисомия 13 – 1:5, в связи с чем было проведено пренатальное кариотипирование: 48,XXX,+18. Решено было прервать беременность на сроке 13 недель 3 дня.

**Выводы.** Роль своевременного пренатального скрининга крайне важна. Необходимо вовремя проводить исследования, чтобы не упустить пороки развития у плода и иметь возможность определить тактику ведения беременности. Зачастую двойная трисомия диагностируется или посмертно, или после рождения, что связано с трудностями диагностики. Благодаря современным технологиям в пренатальной диагностике было обнаружено, что в I триместре беременности при двойной трисомии 48,XXX,+18 отмечаются увеличение толщины воротникового пространства и гипоплазия носовой кости.



## ВАЖНОСТЬ ЗАНЯТИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМ ПЛАВАНИЕМ В РЕЖИМЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ ЖИЗНИ

Канунников И.А.

Белгородский государственный технологический университет им. В.Г. Шухова, Белгород, Россия  
Научный руководитель: Иванов М.В.

В наше время человек стремится к поддержанию собственного здоровья разными путями, будь то физические нагрузки, массажи, физиопроцедуры, санаторно-курортные лечения, также для поддержания здоровья и профилактики заболеваний рекомендуют плавание [1].

Плавание – это один из самых полезных видов физической активности, особенно для студентов. Независимо от того, является ли плавание твоим хобби или просто спортивной дисциплиной, оно может приносить огромную пользу для физического и психического здоровья. В этой статье мы рассмотрим важность плавания для студентов, и почему они должны включить его в свою жизнь (рис. 1) [2].



Рисунок 1. Пример оздоровительного плавания

Первое, что стоит отметить, это то, что плавание является отличным способом укрепления и развития физической формы. Во время плавания работают все группы мышц, что помогает улучшить общую силу и выносливость тела. Кроме того, плавание является низкоударным видом тренировки, что делает его безопасным для суставов и мышц. Поэтому плавание идеально подходит для студентов, которые могут испытывать напряжение и усталость от долгих часов сидения за партой.

Второе преимущество плавания для студентов – это его положительное влияние на психическое здоровье. Плавание снижает уровень стресса и тревожности, помогая улучшить настроение и общее благополучие. В воде студенты могут расслабиться и забыть обо всех своих проблемах и заботах. Плавание также способствует выработке эндорфинов – гормонов счастья, которые улучшают настроение и повышают уровень энергии. Поэтому регулярные занятия плаванием могут помочь студентам справиться с учебным и личным стрессом.

Третье преимущество плавания для студентов – это его положительное влияние на когнитивные функции. Множество исследований показали, что плавание способствует улучшению памяти, концентрации и креативности. Во время плавания мозг получает больше кислорода, что способствует более эффективной работе нейронов. Плавание также стимулирует выработку новых нейронов в гиппокампе – области мозга, ответственной за память и обучение. Поэтому студентам, которым нужно много запоминать и анализировать информацию, плавание может быть отличным инструментом для улучшения умственной работоспособности. Но вообще, при закаливании стоит учитывать все три метода, так как в совокупности они дают хороший эффект. А также стоит отметить, что закаливание стоит продолжать до самой старости [3].

Наконец, плавание также способствует улучшению общей физической формы. Регулярные тренировки в воде помогут студентам укрепить сердечно-сосудистую систему, улучшить работу сердца и легких, а также повысить уровень общей выносливости. Плавание также способствует укреплению иммунной системы, что поможет студентам бороться с инфекциями и болезнями.

В заключение, плавание – это не только увлекательное и спортивное занятие, но и мощный инструмент для улучшения физического и психического здоровья студентов. Оно помогает укрепить и развить физическую форму, снизить уровень стресса, улучшить когнитивные функции и укрепить иммунную систему. Поэтому студенты должны обязательно включить плавание в свою ежедневную рутину, чтобы получить все эти преимущества. Не забудьте взять с собой плавки и насладиться благотворным влиянием воды на свое здоровье! [4].

### Литература

- 1 Крамской С.И., Сосин И. К., Олейник Н. А., Зайцев В. П. Современные проблемы реакции в высшем учебном заведении. Белгород: издательство БГТУ им. В.Г. Шухова. 2010:348.
- 2 Вяземская И.В. Плавание как фактор физической культуры и здоровья студентов. *Физическая культура, спорт и здоровье нации*: сб. науч. тр. Красноярск: СибГИУФК. 2010:105-108.
- 3 Зуев Е.В., Ермакова Н.А. Влияние занятий плаванием на физическую выносливость студентов. *Актуальные вопросы физической культуры и тренировки*: материалы I всероссийской научно-практической конференции. Москва: Науковедение. 2017:289-293.
- 4 Крамской С.И., Амельченко И.А., Бондарь Е.А., Жован Г.Ф., Ковалева М.В., Румба О.Г., Тулинова Н.А. Формирование здоровья студентов. Белгород: БГТУ им. В.Г. Шухова. 2021:128.

## ПУТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ СОСУДИСТЫЕ БЛЯШКИ С ПОЗИЦИИ ЭФФЕРОЦИТОЗА

Катюхин В.Н., Катюхин Л.Н.

Университет «Реавиз», Санкт-Петербург, Россия

Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И.М. Сеченова РАН, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность поиска новых лечебных подходов к стабилизации атеросклеротических бляшек обусловлена особой важностью этого заболевания для жизни человека. Основными проблемами для клиницистов остаются не только предупреждение формирования внутрисосудистых инфильтраций холестерина интимы сосудов (поскольку это процесс биологический), а профилактика перехода сформировавшихся бляшек в нестабильное состояние. По данным иммуноморфологических исследований сформированная бляшка претерпевает постоянную клеточную и гуморальную динамику под влиянием активного внутриклеточного эффероцитоза [1]. В этом процессе участвуют как специализированные фагоциты (макрофаги и дендритные клетки), так и неспециализированные с фагоцитарными способностями (гладкомышечные и эндотелиальные клетки). Замедление обновления бляшки под влиянием любых причин закономерно приводит к эпизодам нестабильного состояния и развитию клиники острого коронарного или другого сосудистого синдрома [2]. Из доказанных методов стимуляции процессов эффероцитоза следует привести данные по несомненной клинической активности статинов [3]. Плейотропные преимущества статинов могут быть результатом их воздействия на сосудистое воспаление. Молекулярный процесс, лежащий в основе этого явления, до конца не выяснен. Можно считать, что секвенирование РНК, предназначенное для изучения паттернов экспрессии генов после ингибирования CD47-SIRPa, идентифицирует связь между статинами, эффероцитозом и сосудистым воспалением. Исследования *in vivo* и *in vitro* свидетельствуют о том, что статины усиливают программируемое удаление патологических клеток путем ингибирования ядерной транслокации NFkB1 p50 и подавления экспрессии важнейшей молекулы CD47 («не ешь меня»). Статины аддитивным образом усиливают фагоцитарную способность макрофагов и, следовательно, антиатеросклеротические эффекты блокады CD47-SIRPa. Однако в фармакокинетике этих эффективных препаратов присутствуют множественные побочные эффекты действия, которые снижают комплаентность пациентов [4]. К сожалению, в настоящее время именно молодые пациенты недополучают препараты для лечения гиперхолестеринемии. Чаще им рекомендуют только изменение образа жизни, при этом риск развития сердечно-сосудистых заболеваний остается высоким. Анализ данных стационарных и амбулаторных пациентов из национального реестра IBM Explorys, в котором содержится информация о 360 медицинских центрах в США, показал, что частота назначения статинов значительно отличалась в разных возрастных группах. В возрасте около 30 лет их применяли только 32 % пациентов, которым они были показаны согласно национальным рекомендациям, в возрасте

около 40 лет – 47 %, около 50 лет – 61 % больных. В то же время летом 2017 года были опубликованы данные, подтвердившие эффективность и экономическую целесообразность раннего начала приема статинов. Исследование с применением модели микромоделирования продемонстрировало, что назначение статинов пациентам с 7,5-процентным увеличением риска инсульта или инфаркта на протяжении ближайших 10 лет позволяет предотвратить развитие около 160 тысяч случаев острых сосудистых заболеваний. Открытым остается вопрос, стоит ли назначать статины для первичной профилактики лицам, достигшим 75 лет. С одной стороны, риск побочных явлений у них значительно выше и это общеизвестно, а данных о благоприятном влиянии приема статинов на прогноз в этой группе недостаточно. Результаты мета-анализа связи уровня липидов крови и сосудистой смертности указывают на то, что высокий общий холестерин является существенным фактором риска для смертности от ИБС во всех возрастах, но эта связь ослабевает у пожилых людей, в связи с возможностью возникновения системных побочных эффектов [5]. Поэтому даже в высокоразвитых странах мира присутствует альтернативная стратегия кардиологов для предотвращения нестабильного состояния атеросклеротических внутрисосудистых бляшек. Особенно впечатляет активность предложений различных биологических активных добавок (БАДов) для населения США, например красный дрожжевой рис, коэнзим Q10, Омега 3, препараты магния и другие. Степень клинического влияния их при коронарной болезни сердца не установлена, но впечатляет сам факт таких врачебных рекомендаций в стране с высокоразвитой медицинской помощью. На фармакологическом рынке России также присутствует огромное количество БАДов для снижения степени агрессивного влияния липидов. Можно перечислить атероклефит БиО, кардиовитин, коэнзим кардио, кардио-актив. Повсеместно доступны также китайские БАДы, например кордицепс, Ли Шуан, proit green и другие. Никаких исследований по поводу их возможного воздействия на ход эффероцитоза не проведено, но приверженность пациентов к таким препаратам приводит специалистов в недоумение. У пациентов со стабильной ИБС исследовали колхицин в рамках небольшого рандомизированного плацебо-контролируемого открытого исследования LoDoCo. **Результаты** его были доложены на Европейском конгрессе кардиологов 2020 года [6]. Всего изучали 5522 пациентов со стабильной ИБС, рандомизированных к приему колхицина 0,5 мг в сутки или плацебо. Медиана длительности наблюдения составила 28,6 месяцев. Частота первичной конечной точки «сердечно-сосудистая смерть/спонтанный (не связанный с реваскуляризацией) инфаркт миокарда/ишемический инсульт/обусловленная

ишемией реваскуляризация» составила 6,8 % в группе колхицина, 9,6 % у пациентов в группе плацебо ( $P < 0,001$ ). При оценке частоты индивидуальных компонентов первичной конечной точки было показано, что прием колхицина ассоциируется с достоверно более низкой частотой инфаркта миокарда и реваскуляризацией миокарда вследствие ишемии. Таким образом, применение колхицина в низкой дозе у пациентов со стабильной ИБС ассоциируется со снижением частоты ишемических осложнений и потребности в реваскуляризации. Другим направлением усиления процессов стабилизации внутрисосудистых атеросклеротических бляшек со значительным снижением агрессивных липидных влияний можно считать использование инфузионной низкопоточной озонотерапии. Наш собственный опыт лечения больных с острыми и хроническими формами коронарной болезни сердца составляет более двухсот пациентов. Мы провели серию интракоронарных введений озонокислородной смеси в физиологическом растворе при 48 операциях чрескожного баллонного стентирования. По результатам исследований полу-

чены убедительные свидетельства по стабилизации липидной бляшки под влиянием двукратных инфузий (до и после установки стента). Более того, инфузии озонокислородной смеси в 10 мл физиологического раствора предотвращали обычное повышение кардиоспецифических белков TnT и TnI, которые обычно возникают у больных без специальной защиты эндотелия коронарных артерий. По результатам проведенных клинических исследований получено авторское свидетельство на изобретение [7]. Поскольку уровень общего холестерина и его фракций у больных во время чрескожного баллонирования коронарных артерий практически не изменялся, то такое влияние следует логично расценить проявлением эффекта эффероцитоза.

Клинические исследования по возможностям медикаментозного воздействия на атеросклеротические сосудистые бляшки с позиции эффероцитоза следует продолжить для различных групп препаратов, рекомендуемых в кардиологии для лечения пациентов с коронарной болезнью сердца.

### Литература

- 1 Пигаревский П.В. Нестабильная атеросклеротическая бляшка (иммуноморфологическое исследование). Атлас. СПб., Спецлит. 2018:148.
- 2 Amir Tajbakhsh et al. Efferocytosis in atherosclerotic lesions: Malfunctioning regulatory pathways and control mechanisms. *Pharmacol. Ther.* 2018 Aug;188:12-25.
- 3 Jarr K.U. et al. The pleiotropic benefits of statins include the ability to reduce CD47 and amplify the effect of pro-efferocytic therapies in atherosclerosis. *Nat. Cardiovasc. Res.* 2022 Mar;1(3):253-262.
- 4 Zidar D.A. Rate of Statin Prescription in Younger Patients With Severe Dyslipidemia. *JAMA Cardiology.* 2017. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2016.5162>
- 5 Catapano A. et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *European Heart Journal.* 2016;37(39):2999-3058.
- 6 Nidorf S.M. et al. Colchicine in Patients with Chronic Coronary Disease. *N. English J Med.* 2020;383:1838-1847.
- 7 Катюхин В.Н., Горьков А.И., Петренко И.В. Патент на изобретение №2339317 от 27.11.2008. «Способ защиты миокарда и сосудов при интракоронарных вмешательствах» зарегистрирован в Государственном регистре изобретений РФ 27 ноября 2008 г.

## МОДИФИКАЦИЯ ШКАЛЫ КОМОРБИДНОСТИ ЧАРЛЬСОН У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ

Кецко Ю.Л.<sup>1,2</sup>, Сукач Г.А.<sup>1</sup>, Сорокина Н.И.<sup>1</sup>, Иванов А.В.<sup>1</sup>, Сухов В.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Центр нефрологии и диализа, Тольятти, Россия

<sup>2</sup>Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

Актуальность проблемы. По данным многочисленных многоцентровых исследований общая распространенность почечной патологии (ПП) ежегодно возрастает и, в зависимости от групп риска, составляет от 10 до 20 %. Причинами роста ПП является действие «традиционных» факторов риска (возраст, ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, и др.). При развитии хронической болезни почек (ХБП) в процесс прогрессирования почечной дисфункции вовлекаются «ренальные» механизмы (гипергидратация, анемия, нарушение костно-минерального обмена, гиперкоагуляционные нарушения гемостаза, системное воспаление и др.). Вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений в этой группе больных в 25–100 раз выше чем в общей популяции в зависимости от широты коморбидного спектра заболеваний. Используемая в медицинских исследованиях прогностическая шкала Чарльсон (Charlson

Comorbidity Index, CCI) и ее видоизменения (Khan index, Davies index, mCCI-IPD), имеет наилучшую прогностическую ценность, но включает лишь совокупный коморбидный статус пациента без учета проявлений вторичных ренальных осложнений. **Цель работы:** оптимизировать шкалу Чарльсон для пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих заместительную почечную терапию, используя показатели коморбидности в сочетании с результатами лабораторно-инструментальных исследований. **Материалы и методы** исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 225 пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих заместительную почечную терапию. Женщины составили 42,2 % ( $p < 0,0001$ ), средний возраст пациентов –  $74,5 \pm 5,63$  года ( $p < 0,0001$ ), длительность заместительной почечной терапии составила  $5,47 \pm 4,052$  года ( $p < 0,0001$ ). Были исследованы: встречаемость факторов коморбид-

ности шкалы Чарльсон (CCI), данные анамнеза, инструментальных исследований, лабораторные показатели сывотки крови (паратиреоидный гормон, С-реактивный белок, ферритин, D-димер, HbA1c, неорганический фосфор, альбумин). Статистический анализ включал исследование данных описательной статистики, расчет коэффициента корреляции Пирсона. В последующем бинарном логистическом регрессионном анализе были использованы показатели коморбидности с корреляционной связью более 0,5. Зависимая переменная в расчетах – летальность, достоверность расчетов определяли на уровне  $p < 0,05$ . Полученные результаты. Оценка коморбидности по CCI в исследуемой группе пациентов составила  $7,86 \pm 2,81$  (р < 0,0001) балла, с качеством модели – AUC 0,77 (р < 0,0001). Значимыми факторами коморбидности были: застойная сердечная недостаточность, злокачественные опухоли, сахарный диабет с поражением органов, болезнь периферических артерий. Показателями

лабораторно-инструментальных исследований, вошедшими в шкалу были: кальцификация сосудов брахиоцефального ствола, более двух событий тромбоза сосудистого доступа, SpO<sub>2</sub> менее 94 %, уровень D-димера выше референтных норм (с градацией уровней), уровень неорганического фосфора более 1,7ммоль/л, плазменного альбумина менее 35 г/л, С-реактивного белка более 15 мг/л. Значимость шкалы, основанной на выборе корреляционно-значимых коморбидных и лабораторно-инструментальных показателей с градацией выживаемости составила AUC 0,88 (доверительный интервал от 0,83 до 0,92; р < 0,0001). Заключение. Использование критериев шкалы коморбидности Чарльсон в сочетании с данными лабораторно-инструментальных исследований у пациентов с терминальной почечной недостаточностью позволяет достоверно увеличить ее прогностическую значимость.

## РОЛЬ МАРКЕРОВ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

**Козонова А.А.**

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия  
Научный руководитель: Цахилова С.Г., д-р мед. наук, профессор

**Актуальность.** Преэклампсия (ПЭ) – мультисистемное патологическое состояние, грозное осложнение беременности, возникающее во второй ее половине (после 20 нед.), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией или хотя бы одним параметром полиорганной недостаточности. К факторам высокого риска преэклампсии относят хронические заболевания почек, сахарный диабет, аутоиммунные заболевания, хроническую артериальную гипертензию, гипертензивные расстройства в предыдущих беременностях; к факторам умеренного риска – первую беременность, многоплодную беременность, возраст 40 и более лет, интергенетический интервал более 10 лет, ожирение.

ПЭ занимает ведущее место в структуре причин материнской и перинатальной смертности и остается одним из наиболее тяжелых и опасных осложнений беременности. Частота ПЭ из года в год неуклонно растет. 10–15 % всех случаев материнской смертности связаны с ПЭ, что составляет в мире по меньшей мере 70 000 смертей в год. Заболевание, в основе развития которого лежит множество механизмов, еще до конца не изученных, остается сложным как для диагностики, так и для предикции ее возникновения из-за отсутствия надежных диагностических тестов, а прогнозирование на основе анамнестических факторов риска признано недостаточно эффективным.

При развитии преэклампсии многократно возрастает риск таких осложнений, как кровоизлияние и отек головного мозга, эклампсия, отслойка плаценты, ДВС-синдром, массивные акушерские кровотечения, HELLP-синдром, кровоизлияние и разрыв капсулы печени, отек легких, гибель матери и плода.

В последующие годы жизни у женщин чаще регистрируются хроническая артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, кардиомиопатия, неврологические заболевания, венозная тромбэмболия, что позволяет рассматривать преэклампсию фактором высокого риска развития перечисленных заболеваний.

Продолжается исследование большого количества биохимических и клеточных маркеров для прогнозирования, ранней диагностики и оценки степени тяжести преэклампсии. Однако до сих пор не найден маркер, позволяющий оценить истинную степень тяжести преэклампсии для выбора оптимальной тактики ведения таких беременных и предотвращения жизнеугрожающих состояний.

Известно, что преэклампсия ассоциирована в той или иной степени с дисфункцией плаценты. При исследовании механизма действия многих факторов, приводящих к развитию преэклампсии, в последнее время центральное место занимает оксидативный стресс - состояние клеток, характеризующееся избыточным содержанием в них радикалов кислорода. Дефект инвазии трофобласта на ранних сроках гестации, неполноценное ремоделирование маточно-плацентарных артерий приводит к хронической ишемии развивающейся плаценты, повреждению митохондрий, что приводит к оксидативному стрессу, усугубляя тяжесть процесса. Помимо продукции АТФ митохондрии выполняют также весьма важные функции: апоптоз путем инициации клеточной гибели и аутофагия посредством продукции активных форм кислорода с целью избавления от поврежденных дисфункциональных органелл и стимуляции формирования новых, неповрежденных

структур. Эти процессы контролируются «системой контроля качества и селекции митохондрий». В условиях оксидативного стресса происходит нарушение работы этой системы, за которую ответственны белки OPA-1 и dynamin-related protein -1, DRP-1, что приводит к накоплению дефектных органелл и еще большему снижению функциональности в системе «мать-плацента-плод».

Цель: оптимизация методов прогнозирования и диагностики ПЭ путем определения в плазме крови матери маркеров митохондриальной дисфункции.

**Материалы и методы.** Было обследовано 80 беременных женщин, которых разделили на 2 группы. В первую группу вошло 50 беременных женщин с тяжелой ПЭ со сроком гестации 32–39 недель, во вторую группу – 30 беременных женщин тех же сроков гестации с физиологически протекающей беременностью. Использовался фрагмент ткани из центральной части плаценты, который подвергали замораживанию с последующей гомогенизацией в жидком азоте; в экстракте методом количественной ПЦР в реальном времени определяли уровень экспрессии генов митохондриальных белков, а методом вестерн-блот содержание самих белков, методами статистического анализа – достоверность полученных результатов.

**Результат.** Ведущая роль в нарушении структуры и функции митохондрий – нарушение процесса аутофагии – процесса, отвечающего за элиминирование поврежденных структур, самообновление клетки и поддержание функционального состояния тканей и органов. Был изучен уровень экспрессии таких ключевых белков, контролирующих формирование аутофагосом, как ATG13, Beclin LC3 в норме и при преэклампсии, полученный результат показал, что их уровень достоверно растет при преэклампсии ( $p < 0,01$ ). Также показано достоверное увеличение при ПЭ уровня экспрессии генов белков, отвечающих за слияние и деление митохондрий (Opa1, Drp1) в рамках поддержания структуры митохондриальной сети. На фоне митохондриальной дисфункции при ПЭ достоверно растет уровень белка TFAM ( $p < 0,05$ ), который отвечает за регуляцию репликации и транскрипции ДНК митохондрий и защищает клетки от оксидативного стресса.

**Вывод.** Представленные маркеры митохондриальной дисфункции, их внедрение в скрининговые программы станет новой ступенью в прогнозировании и ранней диагностике преэклампсии, что, в свою очередь, приведет к снижению материнской и перинатальной смертности от данной патологии.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИДРОГЕЛЯ «ГЕЛЕХИТ»

**Соболева Л.А.<sup>1</sup>, Красовская А.А.<sup>1</sup>, Китаева В.Н.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Университет «Реавиз», Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

**Актуальность.** Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) составляют актуальную проблему современной стоматологии в связи высоким уровнем распространенности у населения.

**Цель исследования:** клинико-лабораторная оценка эффективности применения гелевого покрытия «ГелеХит» с высоким содержанием хитозана при лечении пациентов с ВЗП в фазе обострения.

**Материалы и методы:** 50 пациентов (средний возраст  $22,14 \pm 0,53$  года) с диагнозом хронический генерализованный катаральный гингивит и хронический генерализованный пародонтита стадии I степени А и В были разделены на две группы. В группе 1 пациентам на область краевой десны ежедневно в течение 7 дней наносили препарат «ГелеХит» в комбинации 5 % раствором аскорбиновой кислоты, в группе 2 проводилась традиционная комплексная терапия с ежедневными аппликациями стоматологического геля «Метрогил Дента». О биоцидном действии

препаратов судили по динамике снижения микробной обсемененности эпителиоцитов и изменению состава микрофлоры в содержимом десневой борозды. Противовоспалительное действие препаратов рассматривали как редукцию индекса РМА.

**Результаты.** При лечении пациентов с ВЗП легкой степени эффективность противовоспалительного действия препаратов «ГелеХит» и «Метрогил Дента» не различалась. Наложение «ГелеХит» в комбинации с 5 % раствором аскорбиновой кислоты обеспечивало более быструю нормализацию состояния слизистой оболочки десны и не приводило к дисбиотическому сдвигу в составе микрофлоры полости рта.

**Выводы.** Применение гелевого раневого покрытия «ГелеХит» в комбинации с 5 %-м раствором аскорбиновой кислоты в стоматологической практике может быть рекомендовано в качестве профилактического и терапевтического метода, нацеленного на быстрое купирование аберрантной воспалительной реакции и на стимуляцию процессов регенерации и саногенеза.

## ПЕРВОЕ САРАТОВСКОЕ ОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО

Кречетов С.А.<sup>1</sup>, Пospelов А.Н.<sup>1</sup>, Кречетова О.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского», Саратов, Россия

<sup>2</sup>Саратовский медицинский университет «Реавиз», Саратов, Россия

**Цель:** выявить роль Саратовских зубных врачей в организации «Первого Саратовского Одонтологического общества».

**Материалы и методы:** сбор и изучение архивных материалов происходил в Государственном Архиве Саратовской Области: были использованы материалы Врачебного отделения Саратовского губернского правления 1865–1917 гг., Устав Саратовского Одонтологического Общества 1905 г., дела Саратовской губернской врачебной управы за 1797–1865 гг., 1865–1917 гг.

**Результаты.** В Саратовской губернии официально задокументированные разрешения на частную зубо-врачебную практику выдавались, начиная с 1877 г. До октября 1917 года было выдано в городе Саратове 72 официальных разрешения для зубных врачей и 48 для дантистов, в уездах губернии соответственно – 14 для зубных врачей и 7 для дантистов. По мере увеличения количества практикующих зубных врачей и дантистов в их среде возникает потребность к созданию своего профессионального объединения для обмена передовым опытом, новыми знаниями, а также для юридической защиты своих членов. С 1904 года в канцелярию Саратовского губернатора начинают поступать прошения Саратовских зубных врачей с просьбой разрешить организацию Саратовского Одонтологического общества. 3 декабря 1905 г. устав общества был утвержден губернатором П.А. Столыпиным и официально образованно «Первое Саратовское Одонтологическое общество». В декабре 1905 года прошло первое заседание Саратовского одонтологического Общества.

В уставе общества содержалось:

1. Общество утверждается с целью способствовать:

а) практическому и теоретическому совершенствованию специалистов по зубо-врачеванию;

б) ознакомлению жителей с основами гигиены зубов и полости рта;

в) организации фонда взаимопомощи для своих членов.

2. Для достижения этих целей служат:

а) заседания, собираемые для научных сообщений, демонстраций и бесед;

б) специальная библиотека;

в) кабинет для опытов и исследований по зубо-врачеванию и протезной технике;

г) печатные труды по зубо-врачеванию, научного и популярного изложения;

д) обустройство склада инструментов и материалов, необходимых для зубо-врачебных кабинетов и лабораторий членов общества;

е) ночные дежурства для оказания помощи больным зубной болью, с взиманием платы на цели общества;

ж) публичные лекции по одонтологии с разрешения власти.

**Обсуждение.** Изученные материалы свидетельствуют о том, что активная профессиональная деятельность Саратовских зубных врачей начала двадцатого века привела к необходимости их организации в целях повышения своей квалификации и улучшения качества оказания зубо-врачебной помощи населению.

**Вывод.** Таким образом, бурное развитие зубо-врачебной науки на рубеже веков обеспечило накопление профессиональных знаний и практического опыта среди Саратовских зубных врачей, что вызвало необходимость создания своей профессиональной организации и благоприятно повлияло, на развитие зубо-врачебной науки и практики в Саратовской губернии.

## ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОГЕЛЯ «ГЕЛЕХИТ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Кречетова О.С.<sup>1</sup>, Соболева Л.А.<sup>2</sup>, Китаева В.Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Саратовский медицинский университет «Реавиз», Саратов, Россия

<sup>2</sup>Университет «Реавиз», Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

**Актуальность.** широкая распространенность хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) представляет актуальную проблему общественного здравоохранения. Образование эрозивно-язвенных элементов на СОПР с выраженным болевым синдромом резко снижает качество жизни пациентов и затрудняет их социальную и профессиональную деятельность.

**Цель исследования:** клиническая оценка эффективности лечения больных хроническим рецидивирующим

афтозным стоматитом при местном использовании препаратов, ингибирующих вирусную инфекцию и супрессирующих провоспалительный цитокин ФНО-α при местном применении.

**Материалы и методы.** ХРАС диагностируется на основании данных анамнеза, основных и дополнительных методов обследования и результатов объективного осмотра. Физикальное обследование язв во рту включает проверку количества, изменения цвета, типа и размера



поражений с последующей пальпацией для оценки консистенции основания (мягкое или твердое) и фиксации к нижележащим структурам. Оценка уровня интенсивности боли проводилась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), основным критерием которой является оценка собственных болевых ощущений пациентом. Так оценка «0» баллов – отсутствие болевых ощущений, а «10» баллов – интенсивная «невыносимая» боль. Интенсивность боли отслеживалась ежедневно и в динамике. Для оценки динамики эпителизации патологических элементов выполнялось фотофиксация, измерение продольного (А) и поперечного размера (В) в области элементов поражения на СОР. Для подсчета площади одиночной афты использовалась формула  $S = A \times B$ , при наличии нескольких патологических элементов рассчитывалась суммарная площадь пораженной поверхности по формуле  $S = S_1 + S_2 + S_3 + n$ . По способу лечения пациенты были разделены на две группы. Группа 1 – основная группа (20 чел.), в которой ежедневно в течение 7 дней пациентам на область элементов поражений аппликация гелевого препарата «ГелеХит» (ООО «Наполи», Москва, РФ). Общая продолжительность обработки составляла 6 минут. И линимент циклоферона 2 раза в сутки через 10–12 часов в течение 14 дней («Полисан», Санкт-Петербург, РФ). Группа 2 – группа сравнения (25 чел.) – традиционная комплексная терапия. До начала исследования все участники дали письменное информированное согласие на предложенную им схему обследования и медицинского вмешательства.

Полученные результаты: Применение ГелеХита и линимента циклоферона у пациентов с ХРАС (1-я группа)

способствовало динамичному исчезновению жалоб и основных клинических проявлений пародонтита как через 15–16 дней от начала лечения, так и через месяц в сравнении с традиционными способами терапии. Переносимость обоих препаратов у всех пациентов 1-й группы была хорошей, побочных явлений при применении препарата не зафиксировано. Индексные параметры и пробы позволяют существенно повысить объективность оценки эффективности лечения ХРАС. Индекс гигиены снижался при лечении ГелеХитом и циклофероном динамичнее: в 1-й группе через 15–16 дней он был равен  $2,15 \pm 0,11$ , во 2-й группе –  $2,69 \pm 0,12$ , через 30–31 день –  $0,76 \pm 0,14$  и  $1,39 \pm 0,13$  соответственно с достоверными различиями ( $p < 0,05$ ). Индекс Мюллмана через 15–16 дней составил  $1,21 \pm 0,08$ , в то время как во 2-й группе –  $1,47 \pm 0,11$ , через месяц –  $0,28 \pm 0,06$  и  $0,62 \pm 0,09$  соответственно, различия были существенными ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Адекватные мероприятия терапевтического характера в лечении пациентов с ХРАС, направленные на основные проявления болезни, – это важнейшее звено, обеспечивающее успешные результаты лечебного процесса, а клинические признаки заболевания являются ключевыми при анализе эффективности новых методов лечения. Применение ГелеХита и линимента циклоферона в комплексной терапии у больных с ХРАС (1-я группа) способствовало быстрому редуцированию жалоб и основных клинических проявлений пародонтита, а также достоверно ускоренной динамике индексных показателей в сравнении с традиционными методами лечения.

## СОСТАВ ФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ СОЦВЕТИЙ РЕВЕНЯ АЛТАЙСКОГО, ЗАГОТОВЛЕННОГО НА ТЕРРИТОРИИ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Кутателадзе Г.Р., Кудрикова Л.Е.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

**Введение.** Ревень алтайский (*Rheum altaicum* Losinsk.) – многолетнее травянистое растение семейства гречишных (*Polygonaceae* Juss.). Растение является ресурсным в условиях естественного местообитания и входит в Красные книги ряда регионов Российской Федерации, в том числе и в Красную книгу Алтайского края [1]. Однако его повсеместно выращивают на приусадебных участках для последующей заготовки черешков [2]. Чтобы увеличить срок сбора черешков соцветия удаляют. С позиции рационального использования растительных ресурсов целесообразно провести изучение состава биологически активных соединений. Интерес представляют фенольные соединения, так как они обладают полифункциональной фармакологической активностью и распространены в растениях семейства гречишных [3].

**Цель исследования:** разделение и идентификация фенольных соединений соцветий ревеня алтайского.

**Материалы и методы.** Объект исследования – соцветия ревеня алтайского, срезанные в период с начала до

середины июня с растений, выращиваемых в приусадебных хозяйствах Первомайского района Алтайского края. Сырье высушивали воздушно-теньевым методом. Получали спиртовые извлечения, используя в качестве экстрагента спирт этиловый 70 % (соотношение «сырье-экстрагент» 1:20, трехкратная экстракция, продолжительность одной экстракции – 30 мин при нагревании на водяной бане с обратным холодильником).

Состав фенольных соединений определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) с помощью хроматографа «МиляХром А-02» («ЭкоНова», Новосибирск, Россия) [4].

Соединения идентифицировали по временам удерживания ( $t_r$ , мин) и спектральным характеристикам ( $\lambda_{max}$ ) путем сравнения с аналогичными показателями стандартных образцов «Sigma-Aldrich».

**Результаты и обсуждение.** На хроматограмме спиртового извлечения из соцветий ревеня алтайского присутствуют пики 9 соединений (табл. 1).

**Таблица 1.** Состав фенольных соединений спиртового извлечения соцветий ревеня алтайского

| № пика п/п | Время удерживания, мин | Спектральные характеристики ( $\lambda_{\max}$ , нм) | Наименование соединения |
|------------|------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1          | 13,2                   | 202, 268, 330                                        | Производное кемпферола  |
| 2          | 13,4                   | 202, 268, 330                                        | Производное кемпферола  |
| 3          | 13,6                   | 206, 268, 330                                        | Кемпферол-7-О-рамнозид  |
| 4          | 14,1                   | 272                                                  | Производное катехина    |
| 5          | 14,6                   | 202, 255, 354                                        | Гиперозид               |
| 6          | 15,1                   | 204, 255, 355                                        | Производное кверцетина  |
| 7          | 15,3                   | 204, 255, 355                                        | Рутин                   |
| 8          | 15,9                   | 268                                                  | Производное катехина    |
| 9          | 21,5                   | 200, 255                                             | Кверцетин               |

При изучении ультрафиолетовых спектров пиков соединений установлено, что они идентичны спектрам кверцетина, его производных и гликозидов (гиперозид, рутин), а также производным кемпферола и кемпферол-7-О-рамнозиду.

**Заклучение.** Таким образом, в результате исследования спиртового извлечения методом ВЭЖХ в соцветиях ревеня алтайского обнаружены флавоноиды группы флаванола (кверцетин, гликозиды кверцетина – рутин и гиперозид; производные кемпферола), производные катехина.

#### Литература

- Силантьева М.М., Шмаков А.И., Давыдов Е.А., Овчарова Н.В. Красная книга Алтайского края. Том 1. Редкие и находящиеся под угрозой исчезновения виды растений и грибов. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та; 2016.
- Зверев Я.Ф. Флавоноиды глазами фармаколога. Антиоксидантная и противовоспалительная активность. *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. 2017;15(4):5-13.
- Глебова С.Ю., Голуб О.В., Ратникова Л.Б., Давыденко Н.И. Исследование пригодности к замораживанию и длительному хранению черешков ревеня. *Техника и технология пищевых производств*. 2017;45(2):119-125.
- Химочко Т.Г., Пензина Т.Н., Кудрикова Л.Е. Состав фенольных соединений тимьяна Маршалла, произрастающего на территории Алтайского края, их сравнительная оценка в экстракционных препаратах. *Медицинский вестник МВД*. 2023;122(1):75-79.

## СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ – НОВАЯ ПРОБЛЕМА УРОЛОГИИ XXI ВЕКА

Лещенко И.Г.<sup>1,2</sup>, Каширин А.К.<sup>2</sup>, Акимов А.И.<sup>2</sup>, Братчиков О.И.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

<sup>2</sup>Первый НИИ клинической геронтологии и реабилитации ветеранов войн Медицинского университета «Реавиз», Самара, Россия

<sup>3</sup>Курский медицинский университет, Курск, Россия

**Введение.** В настоящее время заболеваемость среди гериатрических пациентов с аденомой простаты (АП) составляет 81,4 %. При этом отсутствуют исследования по выполнению им симультанных операций (СО).

**Цель работы:** улучшение результатов хирургического лечения гериатрических пациентов с АП при выполнении им плановых СО.

**Материалы и методы.** Нами проведено обследование и лечение 303 гериатрических пациентов с АП в Самарском областном клиническом госпитале ветеранов войн в течение 2000–2015 гг. Их возраст от 60 до 89 лет.

**Таблица 1.** Распределение пациентов по периодам лечения, группам, виду и объему оперативных вмешательств (n = 187)

| Период обследования        | Группа пациентов | Объем операции | Число пациентов |
|----------------------------|------------------|----------------|-----------------|
| 1-й период (2000–2006 гг.) | ГС-1             | ЧАЭ-СО         | 33              |
|                            | ГС-2             | ТУРП-СО        | 32              |
| 2-й период (2007–2015 гг.) | ОГ-3             | ЧАЭ-СО         | 16              |
|                            | ОГ-4             | ТУРП-СО        | 106             |

**Примечание:** ГС – группа сравнения; ОГ – основная группа; ЧАЭ-СО – чреспузырная аденомэктомия в симультанной операции; ТУРП-СО – трансуретральная резекция простаты в симультанной операции.

Симультанные операции выполнены 187 пациентам: одновременно 2 операции – 126 пациентам, 3 операции – 56 пациентам, 4 операции – 4 пациентам, 5 операций – 1 пациенту.

В отличие от 1-го периода во 2-м нами были разработаны и применены новые методики, представленные в разделе «Обсуждение».

Во 2-м периоде 116 пациентам операция была противопоказана с учетом разработанного нами перечня противопоказаний.

Оценку эффективности новых лечебно-диагностических технологий проводили по анализу непосредственных результатов лечения пациентов с использованием статистических методов: критериев Стьюдента, Манна – Уитни-Вилкоксона, хи-квадрат Пирсона, либо точного метода Фишера.

**Результаты.** К непосредственным хорошим результатам лечения пациентов отнесены результаты, при которых лечение проведено без осложнений; к удовлетворительным – когда возникли осложнения, которые были быстро купированы; к плохим – тяжелые послеоперационные осложнения и летальные исходы.

В итоге непосредственные хорошие результаты лечения были лучше у пациентов ГС-4 (88,7 %) по отношению к пациентам ГС-1 (66,7 %,  $p = 0,007$ ), ГС-2 (72,4 %,  $p = 0,059$ ), ГС-3 (68,8 %,  $p = 0,079$ ). При этом среди пациентов ОГ-4 и ОГ-3 не было летальных исходов.

**Обсуждение.** Улучшение результатов лечения пациентов от 1-го до 2-го периодов произошло за счет новых диагностических и лечебных технологий:

- применение перечня противопоказаний среди 116 пациентов установило абсолютные противопоказания к операции у 48,3 % пациентов, относительные – у 33,6 %, временные – у 13,8 %, специальное противопоказание к ТУРП – у 1,7 %, специальные противопоказания к ЧАЭ – у 2,6 %, что способствовало профилактике среди них возможных послеоперационных осложнений и летальных исходов;

- увеличение числа пациентов, которым была выполнена ТУРП, от 1-го периода до 2-го (48,4 % и 86,9 %,  $p < 0,01$ );

- использование нового метода профилактики послеоперационных гастродуоднальных кровотечений, позволившего их снизить с 2,4 % (1-й период) до полного его отсутствия во 2-м периоде ( $p < 0,01$ );

- увеличение пациентов переведенных на 1–3 суток перед операцией из урологического отделения в ОРИТ для более эффективной предоперационной подготовки с 3,7 % (1-й период) до 8,1 % (2-й период) ( $p < 0,05$ );

- увеличение числа пациентов, которым проводили спинномозговую анестезию, от 1-го периода (19,7 %) до 2-го (81,4 %) ( $p < 0,001$ ).

Использование приведенных выше наших лечебно-диагностических разработок целесообразно использовать в гериатрической урологии.

## СРАВНЕНИЕ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ПОЛОЖЕНИЯ РОДОВ *CULEX* И *SYLVICOLA* И ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Маляренко М.С., Протасовицкая Р.Н.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Республика Беларусь

**Введение.** Комары, обитающие на территории Европейского региона, подразделяются на три рода: *Culex*, *Anopheles* и *Aedes*. Каждый род служит промежуточным хозяином определенного паразита. Имаго всех трех родов имеют длинные усики с мутовками щетинок, различные у самца и самки. У самки усики, как правило, имеют короткие щетинки, а у самца щетинки мутовок длинные. Грудь горбообразно вздута. Крылья узкие и длинные, с чешуйками. Комары имеют тонкие длинные ножки. Брюшко обычно из девяти сегментов. Самки имеют колюще-сосущий ротовой аппарат, т.к. питаются кровью в период размножения. Он состоит из верхней и нижней губы, образующих футляр, двух пар нижних и верхних челюстей в виде стилетов (колющий аппарат) и языка (гипофаринкса), внутри которого проходит канал слюнной железы. Нижняя губа выполняет роль хоботка. Нижние челюсти несут на себе нижнечелюстные щупики. У самцов аппарат сосущий, колющие части редуцированы. В природе самки имаго живут до двух месяцев, а самцы всего несколько дней. От мест выплода самки комаров разлетаются на 2–3 км. Максимальная численность наблюдается в середине лета. По данным морфологическим признакам некоторые представители отряда Двукрылые схожи с мошками рода *Sylvicola*, которые также распространены на территории РБ. Это может представлять сложность для идентификации представителей той или иной группы. В медико-профилактическом аспекте данная проблема особенно актуальна.

**Цель исследования:** сравнить систематическое положение родов *Culex* и *Sylvicola* и их морфологические особенности.

**Материалы и методы:** аналитический метод – обзор научной литературы; отлов комаров, личинок и яиц на

определенной местности, препарирование особей и изучение морфологических признаков, определение их родовой принадлежности.

**Результаты.** Комар-пискун (род *Culex*) – род комаров из семейства Кровососущих комаров (Culicidae) отряда Двукрылых (Diptera). Систематика данного рода:

Класс Insecta  
Подкласс Pterygota  
Инфракласс Neoptera  
Надотряд Holometabola  
Отряд Diptera  
Подотряд Nematocera  
Инфраотряд Culicomorpha  
Надсемейство Culicoidea  
Семейство Culicidae  
Подсемейство Culicinae  
Род *Culex* [1]

В РБ обитают несколько видов данных комаров [2]. У самок *Culex* нижнечелюстные щупики короче хоботка и составляют примерно 1/3 его длины. У самцов *Culex* нижнечелюстные щупики значительно длиннее хоботка и не имеют булабовидных утолщений. *Culex* характеризуется серой окраской и темным брюшком со светлыми перевязями.

На фотографии отчетливо виден развитый колюще-сосущий ротовой аппарат у самца *Culex* (рис. 1).

Личинки родов *Culex* располагаются под углом к поверхности воды. Они могут жить даже в сильно загрязненных водоемах.

Представители рода *Sylvicola* являются древесными мошками среднего и крупного размера. На территории РБ обитают повсеместно. Окраска тела от коричневой до красновато-коричневой. Крылья пятнистые. Систематика данного рода:

Класс Insecta  
Подкласс Pterygota  
Инфракласс Neoptera  
Надотряд Holometabola  
Отряд Diptera  
Подотряд Nematocera  
Инфраотряд Psychodomorpha  
Надсемейство Anisopodoidea  
Семейство Anisopodidae  
Подсемейство Anisopodinae  
Род *Sylvicola* [3]

Для детального изучения морфологических особенностей представители рода *Sylvicola* были отловлены и исследованы с помощью внешней оценки насекомого и микроскопирования. На голове мошки не несут какого-либо хоботка со стилетом, что будет определять способ их питания, явно отличающийся от того, что у *Culex*. Этот признак сразу дает нам основание утверждать, что род *Sylvicola* как минимум будет относиться к другому семейству класса. По систематике видно, что расстояние между ветвями рода *Culex* и *Sylvicola* генетического древа отряда Diptera довольно велико и выходит за пределы конкретного семейства. Но, несмотря на это, остальные внешние

морфологические особенности, очень схожи с кровососущим *Anopheles*. Взрослые особи малярийных комаров рода *Anopheles* характеризуются более длинными задними ногами, что определяет положение малярийного комара в состоянии покоя относительно поверхности (обычно приподнимает свое брюшко вверх), а также наличием на крыльях темных пятен [2]. Как было выяснено, у самок *Anopheles* нижнечелюстные щупики равны по длине хоботку, у самок *Culex* – они короче хоботка и составляют примерно 1/3 его длины. У самцов *Anopheles* на концах нижнечелюстных щупиков имеются булабовидные утолщения, а у самцов *Culex* нижнечелюстные щупики значительно длиннее хоботка и не имеют булабовидных утолщений [4]. *Culex* характеризуется серой окраской и темным брюшком со светлыми перевязями. Пятнистые крылья создают сложность в определении систематики насекомого, т.к., например, у рода *Anopheles* данный признак также хорошо выражен.

Личинки являются сапрофагами, обитают в разном влажном растительном материале: в гниющих овощах, в бродящем соке деревьев, в помете крупных травоядных, в разлагающихся грибах [5].



**Рисунок 1.** Имаго *Culex*  
Источник: собственная разработка



**Рисунок 2.** Личинки *Culex*  
Источник: собственная разработка



**Рисунок 3.** Имаго рода *Sylvicola*  
Источник: собственная разработка

**Заключение.** Изучив морфологические признаки имаго родов *Culex* и *Sylvicola*, пришли к выводу, что данные рода хорошо отличимы друг от друга по особенностям строения ротового аппарата, а также раскраске крыльев. Но, при проведении исследований на наличие анофелогенности на водном объекте, могут возникать трудности при идентификации комаров рода *Anopheles*, т. к. мошки

рода *Sylvicola* могут быть приняты за первых, т. к. морфологически схожи.

Систематика явно указывает на то, что данные рода относятся к разным семейным группам отряда Diptera, а морфологическая схожесть рассматриваемых родов может косвенно подтверждать их далекую родственную связь.

### Литература

- 1 Род *Culex*. URL: <https://insecta.pro/ru/taxonomy/880708>
- 2 Боголюбов А.С., Кравченко, М.В. Анофелес, или малярийный комар – род *Anopheles*. Компьютерный определитель пресноводных беспозвоночных средней полосы России. Москва: Экосистема, 2018. URL: <http://ecosystema.ru/08nature/w-invert/179.htm>
- 3 Род *Sylvicola*. URL: <https://insecta.pro/ru/taxonomy/398597>
- 4 Маляренко М.С., Протосавицкая Р.Н. Сравнение морфологических признаков имаго, личинок и яиц комаров родов *Anopheles*, *Culex* и *Aedes*. *Окружающая среда и здоровье населения*: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции (Курск, 23 марта 2023 года) / Курский гос. мед. ун-т, сост. В.А. Ряднова; отв. ред. А.М. Черных. Курск: КГМУ. 2023: 70-73. URL: [https://ksmuconf.org/wp-content/uploads/2023/05/okruzhayushchaya\\_sreda\\_i\\_zdorovie\\_naseleniya\\_sbornik.pdf](https://ksmuconf.org/wp-content/uploads/2023/05/okruzhayushchaya_sreda_i_zdorovie_naseleniya_sbornik.pdf)
- 5 Род *Sylvicola*. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Sylvicola>
- 6 Комары *Anopheles*, *Aedes*, *Culex*. URL: <http://www.zoofirma.ru/knigi/kurs-zoologii-t-1-abrikosov/3187-komary-anopheles-culex-i-aedes.html>
- 7 Род *Anopheles*, *Aedes*, *Culex*. URL: <https://helpiks.org/2-94607.html>

## ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР)

**Меленберг Т.В.**

Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

Лечение и реабилитация больных с приобретенными челюстно-лицевыми дефектами являются актуальными медико-социальными проблемами современной стоматологии.

В 1967 году И.М.Оксман и в 1969 году В.Ю. Курляндский предложили способ ортопедической реабилитации для ликвидации обширных дефектов, возникающих после радикального удаления злокачественных опухолей верхней челюсти. При его использовании функциональные и косметические дефекты устраняются в сравнительно короткие сроки.

В настоящее время предложена трехэтапная методика протезирования:

- 1 этап – перед операцией изготавливают непосредственный протез – защитную пластинку, которая фиксируется к зубам верхней челюсти на здоровой стороне сразу после окончания операции.
- 2 этап – через 10–15 суток после резекции верхней челюсти изготавливают формирующий протез.
- 3 этап – на 30-е сутки изготавливают окончательный протез.

К большому сожалению, эти этапы не всегда выдерживаются. Негативную роль играет отсутствие преемственности в работе челюстно-лицевых хирургов и врачей стоматологов-ортопедов, на этапах реабилитационных мероприятий. Не всегда изготавливаются и используются непосредственные протезы при лечении и реабилитации больных при резекции верхней челюсти. В некоторых случаях единственным приемлемым способом является отсроченное протезирование и врачу ортопеду приходится работать с дефектом при рубцово-измененных тканях. Это вызывает определенные сложности на этапах изготовления съемных протезов с obturatorом на верхнюю челюсть.

### *Клинический пример*

Выписка из амбулаторной карты пациента М, 1964 года рождения

Пациент М обратился с жалобами на затрудненный прием пищи, эстетический недостаток (западение губы и щеки справа) затрудненное речеобразование, подвижность имеющегося протеза с obturatorом на верхнюю челюсть.

Диагноз: состояние после повторной субтотальной резекции верхней челюсти справа, частичное отсутствие зубов нижней челюсти II класс по Кеннеди, потеря жевательной эффективности по Агапову 92 %, хронический генерализованный пародонтит в стадии ремиссии, парез лицевого нерва справа. Этиологический фактор Меланома альвеолярного отростка верхней челюсти справа PT4N2M0. В 2022 году проведена повторная операция меланомэктомия, проведено 2 курса ПТХ. Стабилизация процесса.

Пациенту в 2016 году после проведенной первой субтотальной резекции верхней челюсти были изготовлены частичный съемный пластиночный протез с obturatorом на верхнюю челюсть и частичный съемный пластиночный протез на нижнюю челюсть. В качестве удерживающих элементов были использованы гнутые металлические кламмеры.

Ввиду проведенной повторной субтотальной резекции верхней челюсти возникло несоответствие протезного поля базису имевшегося протеза с obturatorом. Гнутые кламмеры требовали периодической их активации для обеспечения стабильности протеза на челюсти.

Принято решение изготовить новые конструкции протезов согласно клинической ситуации.



**Рисунок 1.** Полость рта пациента М, 1964 года рождения до начала ортопедического лечения



**Рисунок 2.** Функциональный оттиск индивидуальной S-образной ложкой дефекта верхней челюсти пациента М, 1964 года рождения





**Рисунок 3.** Частичный съемный пластиночный протез с обтуратором и термопластичными многосвязевыми кламмерами на верхнюю челюсть в пациента М, 1964 года рождения



**Рисунок 4.** Частичный съемный пластиночный протез с термопластичными многосвязевыми кламмерами на нижнюю челюсть в пациента М, 1964 года рождения



**Рисунок 5.** Частичные съемные пластиночные протезы с обтуратором на верхнюю челюсть в полости рта пациента М, 1964 года рождения

На контрольных осмотрах в течении двух месяцев пациент жалоб не предъявляет. Отмечает, что привыкание к протезам прошло быстрее чем в первый раз. На контрольном осмотре через полгода жалоб нет. Речь значительно

улучшилась. Пациент отмечает, что посадка и фиксация протезов очень плотная, дискомфорта не вызывает, без протезов ему очень неудобно.

## БИОУПРАВЛЕНИЕ ПО БИКС-СИГНАЛУ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

**Мокиенко О.А.<sup>1,2,3</sup>, Люкманов Р.Х.<sup>2</sup>, Исаев М.Р.<sup>1</sup>, Иконникова Е.С.<sup>2</sup>, Черкасова А.Н.<sup>2</sup>, Бобров П.Д.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН, Москва, Россия

<sup>2</sup>Научный центр неврологии, Москва, Россия

<sup>3</sup>Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

**Цель исследования:** оценить эффективность и удобство применения интерфейса мозг-компьютер, основанного на регистрации спектроскопии в ближней инфракрасной области (БИКС-ИМК), для проведения тренировок биоуправления по обратной связи в двигательной реабилитации пациентов после инсульта.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 14 пациентов с парезом руки в результате инсульта: медиана возраста – 59 [56; 70] лет, медиана давности инсульта – 7,5 [2; 10] месяцев, медиана баллов по шкале Фугл-Мейера для верхней конечности – 105 [89; 114]. Пациенты прошли по 16 [10; 22] сессий биоуправления по обратной связи с применением БИКС-ИМК (общее время 216 [90; 297] минут), а также стандартную реабилитационную программу. Парадигма управления БИКС-ИМК заключалась в представлении движения руки. Исследование проведено на базе ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва. Протокол исследования был одобрен Локальным этическим комитетом.

**Результаты.** Точность биоуправления (распознавания БИКС-сигнала) составила 51 [45; 60] %. Показатель индивидуального максимального значения точности составил

66 [56; 72] %. Улучшение двигательной функции руки по шкале по шкале Фугл-Мейера составило 7,5 [3; 17] баллов ( $p < 0,01$ ). У 7 пациентов отмечено клинически значимое улучшение функции руки. Тренировки с биоуправлением были безопасны, но утомительны для пациента при длительности сессии более 9 минут.

**Обсуждение.** В основе тренировок БИКС-ИМК лежит методика с доказанной эффективностью – тренировки представления движения с биологической обратной связью. Биоуправление с обратной связью по БИКС может применяться в контуре неинвазивного ИМК для двигательной реабилитации после инсульта. На настоящее время доказана эффективность тренировок с ИМК на основании регистрации электроэнцефалограммы, но технология БИКС-ИМК в аспекте клинического применения остается мало изученной. Однако БИКС-ИМК имеет ряд преимуществ перед более изученной технологией ЭЭГ-ИМК. Для получения убедительных доказательств эффективности данного подхода необходимо проведение рандомизированного контролируемого исследования.

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Мостовая С.В.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия  
Научный руководитель: Цахилова С.Г., д-р мед. наук, профессор

**Актуальность.** В современном мире с появлением офисной гистероскопии становится возможным быстрая малоинвазивная диагностика патологических процессов эндометрия, по сравнению со стационарной гистероскопией. Офисная гистероскопия позволяет в кратчайшие сроки диагностировать патологические процессы эндометрия. При проведении офисной гистероскопии нет необходимости в анестезиологическом пособии, гинекологических зеркалах, пулевых щипцах, расширении цервикального канала, а также в увеличении объема полости матки более чем на 40-80 мм, что делает этот метод диагностики методом выбора у пациенток пожилого и старческого возраста с наличием соматической патологии, так как нет необходимости в анестезиологическом пособии, что также является огромным преимуществом, исключая возможные осложнения и побочные эффекты от обезболивания.

**Цель исследования:** усовершенствование амбулаторного ведения пациенток с внутриматочной патологией путем применения офисной гистероскопии.

**Результаты.** В исследовании включены 192 женщины с патологией эндометрия в возрасте от 45 до 50 лет. Все пациентки обследованы и разделены на 2 группы. 103 больных в основной группе, которым была проведена офисная гистероскопия в амбулаторных условиях, в контрольную группу вошли 89 женщин, которым была проведена оперативная гистероскопия в стационаре. Структура патологии матки, выявленная при гистероскопии у обследованных больных пременопаузального периода (45–50 лет) представлена таким образом: Гиперплазия эндометрия у 28,1 % пациенток основной группы, 29,2 % контрольной, Аденомиоз 25,2 % основной, 24,8 % контрольной группы, Полип эндометрия в основной группе у 16,5 %, в контрольной группе у 18,0, Миома матки у 12 % основной, у 11,7 % контрольной, Хронический эндометрит 9,8 % в основной и 10,1 % в контрольной, Полип цервикального канала 7,8 % основной, 6,8 % контрольной, Внутриматочные синехии 5,9 % основной, 4,4 % контрольной, Перегородка в полости матки 2,0 % и 1,1 % соответственно. При УЗИ у 33 (32,0 %) пациенток основной и у 31 (34,9 %) контрольной группы визуализировалось образование повышенной эхогенности неоднородной структуры, в ряде случаев с единичными анэхогенными включениями и акустическим эффектом усиления позади него, что расценено, как ультразвуковые признаки гиперпластического процесса эндометрия. В среднем толщина эндометрия составила 9,0 мм, варьируя в пределах 3–25 мм.

У 32 (31,0 %) больных основной и 29 (32,5 %) контрольной группы эхографические признаки гиперпластического процесса эндометрия сочетались с миомой матки.

Имели место интерстициальные и субсерозные миоматозные узлы в количестве от 1 до 3. У 29 (28,1 %) пациенток основной и у 26 (29,2 %) – контрольной группы определялись неоднородность структуры миометрия с точечными анэхогенными и гиперэхогенными включениями, ассиметричное утолщение стенок матки, зазубренность контуров базального слоя слизистой. Указанные изменения расценены, как признаки диффузного эндометриоза тела матки I и реже II степени.

Морфологические результаты исследования биоптатов, полученных при прицельной биопсии эндометрия у пациенток основной группы, которым проводили офисную гистероскопию, и контрольной, совпадали полностью. Что подчеркивает высокую точность амбулаторной гистероскопии в диагностике внутриматочной патологии.

Расхождение УЗИ, результатов гистероскопии, и биопсии эндометрия касалось вариантов его возрастной атрофии, мелких размеров полипов, а также различных вариантов фиброза миометрия и аденомиоза. Структура выявленных при гистологическом исследовании патологических изменений эндометрия в пременопаузальном периоде показала, что в данной возрастной группе наиболее часто встречался полип эндометрия, в 20 (19,4 %) наблюдений основной и 18 (20,2 %) – контрольной группе. У 9 женщин в каждой исследуемой группе (8,8 % и 10,1 % соответственно) выявлена миома матки, у 8 (7,8 %) больных основной и 7 (7,9 %) – контрольной группы гистероскопические признаки эндометриоза тела матки. Хронический воспалительный процесс полости матки обнаружен у 7 (6,8 %) пациенток основной и 8 (9,0 %) – контрольной группы, гиперпластический процесс эндометрия – у 5 (4,9 %) и 4 (4,5 %), внутриматочные синехии – у 4 (4,9 %) и 2 (2,2 %), гистероскопическая картина атрофии эндометрия – у 4 (3,9 %) и 3 (3,3 %) соответственно.

**Выводы.** Среди гинекологических заболеваний внутриматочная патология является одной из самых распространенных нозологий и, несомненно, одной из самых частых причин госпитализации в стационар. Внедрение метода офисной гистероскопии в амбулаторно практику расширяет диагностические возможности, позволит своевременно выявить патологию эндометрия, без использования анестезии и гинекологических инструментов, исключит необоснованные госпитализации, снизит нагрузку на гинекологические отделения стационаров. Благодаря данному методу, сокращаются объем диагностики и сроки лечения, исключаются необоснованные госпитализации при ложноположительных данных УЗИ органов малого таза.



## СКРЫТАЯ ИНСУЛЯРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Щербюк А.Н.<sup>1, 2</sup>, Морозов С.В.<sup>1</sup>, Мануйлов В.М.<sup>1</sup>, Карпов Н.В.<sup>1</sup>, Немцверидзе Я.Э.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

<sup>2</sup>Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия

**Актуальность.** Согласно данным ФCGC по статистике заболеваемости острым панкреатитом в Российской Федерации (данные 2018 года), общее число госпитализированных пациентов составило 153 331 человек, у 2,8 % наступил летальный исход. Такие уровни заболеваемости и летальности, имеющие тенденцию к нарастанию, свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения данной темы с целью улучшения показателей госпитальных исходов.

**Цель исследования:** измерить и сравнить уровни глюкозы, инсулина и глюкагона у пациентов с острым панкреатитом, изучить их динамику в течение периода лечения.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 169 пациентов 1 хирургического отделения Московской областной больницы им. проф. Розанова В.Н. с различными формами острого панкреатита, были отобраны 37 пациентов со степенью тяжести по шкале APACHE II 8-156. Пациенты также были разделены на две группы: в 1 группу вошли пациенты (n = 21) со степенью клинической тяжести по шкале APACHE II 10-146. (12 ± 26.). Проведено определение концентрации инсулина крови на 1, 3 и 7-е сутки с момента заболевания. Во 2 группу (n = 16) вошли пациенты

с 8-106. (9 ± 16.) по шкале APACHE II. Проведено определение концентрации глюкагона крови так же на 1, 3 и 7-е сутки с момента заболевания. Анализ статистической связи проверялся с помощью непараметрического коэффициента Спирмана (p < 0,005).

**Результаты.** В 1 группе зафиксировано снижение инсулина более чем 2 раза (8,89 ± 1,64 на 1 сутки, 10,1 ± 1,8 на 3 сутки и 10,0 ± 1,6 на 7 сутки заболевания, контроль 20,4 ± 1,4) на фоне относительной нормогликемии. В группе 2 отмечено начальное снижение уровня глюкагона в 1,5 раза, который достоверно возрастает к исходу заболевания (60 ± 8,64 на 1 сутки, 67,1 ± 1,8 на 3 сутки, 69,0 ± 1,6 на 7 сутки заболевания, контроль 90,4 ± 5,4).

**Выводы.** На основании вышеизложенных данных, авторы пришли к выводу, что инсулярная недостаточность будет присутствовать при всех формах ОП. В виду нормогликемии (или умеренной гипергликемии) данная патология может быть не очевидной для клинициста. Таким образом, является целесообразным применение инсулинотерапии для стабилизации субстратной гипоксии и метаболических нарушений при ОП. Данный способ лечения весьма перспективен и требует дальнейшего изучения.

### Литература

- 1 Щербюк А.Н., Морозов С.В., Лобаков А.И., Мануйлов В.М., Карпов Н.В., Мохов Д.А., Левицкая А.Н., Левицкая К.Н., Шаламова С.В. Особенности нарушений углеводного обмена при остром панкреатите. *Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова.* 2022;29 (4):25-30.

## ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И АНАЛИЗ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Багаутдинова В.И., Степанова Р.И., Писецкая К.С., Немцверидзе Я.Э.

Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия

**Введение.** Нарушения естественного функционирования височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречается в медицинской практике врачей-стоматологов все чаще. Данная проблема становится актуальна как никогда в наши дни и выходит на одно из лидирующих мест среди самых часто встречаемых диагнозов в ходе стоматологического приема. На сегодняшний день это является одной из самых актуальных там так состояние прилегающих структур к нижней челюсти, как и сама по себе нижняя челюсть способна провоцировать различного рода изменения всего верхнечелюстного и черепного комплекса и организма в целом.

**Материалы и методы.** Авторами было обследовано 40 пациентов с признаками и симптомами внутреннего расстройства ВНЧС. С помощью сагиттальной МРТ – 10 человек, и 30 человек (3 группы по 10 человек) с помощью КТ. Семьдесят процентов всех пациентов были женщинами. Возраст пациентов варьируется от 20 до 40 лет. Также были зафиксированы и обработаны данные 17 пациентов с симптомами, связанными с ВНЧС, они были об-

следованы с помощью магнитно-резонансного сканирования с модифицированными последовательностями градиентного ЭХО-сигнала и специальной двойной катушки. Этот метод позволил получить хорошее пространственное разрешение внутрисуставных мягких тканей, особенно суставного диска и костной структуры ВНЧС.

Нормальная функциональность височно-нижнечелюстного сустава крайне важна так как является индикатором проявляемых человеком чувств и эмоций.

Прогресс в визуализации поперечного сечения с использованием компьютерной томографии (КТ), МРТ и конусно-лучевой КТ (КЛКТ) позволил лучше оценить ВНЧС [1]. Использование быстрого метода МРТ с очень коротким временем измерения позволило обследовать людей разного возраста. Последовательности градиентного эха четко идентифицировали диск, положение и морфологию мышелка, фиброзно-хрящевое ремоделирование суставных поверхностей, аномальную форму мышелка, эрозию коры. Восстановление правильной, физиологической окклюзии представляет существенную проблему для любого стоматолога и зубного техника [2, 3].

Большинству пациентов с нарушениями ВНЧС наложили шину, чтобы уменьшить симптомы и добиться правильного соотношения диска и мыщелка [4]. Согласно изученным данным КТ зафиксировано увеличение размеров суставной щели от 12,2 до 16,1 % и увеличение площади суставного диска на величину от 17,1 до 36,7 % при наличии хронического периодонтита.

**Вывод.** Больше всего нарушений в функциональности ВНЧС наблюдалось среди пациентов, которые в период ношения брекет систем не получали адаптационной коррекции уже имеющихся патологий (различного рода перенесенные заболевания, сосудистые патологии).

В ходе ортодонтического лечения крайне важно применять комплексный подход с привлечением ряда смежных специалистов.

Нарушения движений ВНЧС показали прерывистое перемещение мыщелков в сочетании с отклонением нижней челюсти при движении открытым ртом ( $n = 3/10$ ). Ранние фазы внутреннего нарушения ВНЧС с частичным смещением переднего диска с редукцией ( $n = 2/10$ ) или без нее ( $n = 1/10$ ), полным смещением переднего диска без редукции ( $n = 1/10$ ), деформацией диска ( $n = 2/10$ ), адгезией диска ( $n = 1/10$ ), гипермобильностью мыщелков ( $n = 2/10$ ), смещением мыщелков ( $n = 1/10$ ), и были четко определены поздние фазы внутреннего нарушения ВНЧС с остеоартрозом ( $n = 5/10$ ). Двустороннее нарушение ВНЧС было обнаружено у 72,5 % пациентов. Используя адаптированную к движениям полудинамическую магнитно-резонансную томографию (МРТ), можно улучшить понимание сложности движений ВНЧС.

### Литература

- 1 Ализде Д. Обзор методов диагностики при заболеваниях ВНЧС. *Евразийский журнал клинических наук*. 2019;1:28-38.
- 2 Yaqiu Zhang. Numerical investigation of the biomechanical effects of orthodontic intermaxillary elastics on the temporomandibular joint. *Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials*. 2022;141.
- 3 Иорданишвили А.К., Толмачев И.А. Клинико-экспертные аспекты лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава в амбулаторных медицинских организациях. *Медицинская экспертиза и право*. 2012;6:34-39.
- 4 Мяделец О.Д. Гистология и эмбриология органов ротовой полости: учебное пособие. Витебск: ВГМУ, 2021.

## ИНТЕНСИВНОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КАРИЕСА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ЧАСТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИК ГОРОДА МОСКВЫ ПОСЛЕ COVID-19

**Шаныгина Д.В., Воронина Н.А., Немсцверидзе Я.Э., Дербина Л.Р.**

Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия

**Актуальность.** На прирост интенсивности кариозного процесса влияет множество факторов. Основной причиной деминерализации эмали является воздействие на нее патогенных микроорганизмов (*st.mutans*) под влиянием углеводов и из-за снижения pH. Но, помимо этого, влияние оказывает также нарушение минерального обмена в полости рта и снижение иммунологической реактивности организма [1].

**Цель исследования:** выявить тенденцию к увеличению скорости развития и количества кариозных поражений зубов у пациентов, перенесших COVID-19.

**Материалы и методы.** Произведено клиническое исследование на базе 5 стоматологических клиник Москвы и Московской области, был произведен осмотр и сбор анамнеза 172 пациентов, перенесших COVID-19. Были изучены результаты ТЭР-тестирования.

**Результаты:** авторами был произведен осмотр и сбор анамнеза 172 пациентов в возрасте 18-60 лет, перенесших COVID-19 [2]. Также изучен материал относительно проведенного ТЭР-тестирования и определены индексы КПУ каждого пациента, а также их средние значения в 2014 г., 2018 г. и 2022 г. [3, 4]. Была изучена динамика изменений показателей.

**Таблица 1**

| Исследование | 2014 | 2018 | 2023 |
|--------------|------|------|------|
| Индекс КПУ   | 7,02 | 8,4  | 12,7 |
| ТЭР-тест     | 4,5  | 5    | 7    |

Средний показатель КПУ в 2014 г. составил 7,02. В 2018 г. средний показатель КПУ составил 8,4. В 2022 г. средний показатель КПУ составил 12,7, что говорит о резком увеличении интенсивности кариозного процесса зубов у пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции. Среднее значение проведенного ТЭР-теста в 2014 г. составило 4,5 балла, что является умеренным значением. В 2018 г. среднее значение составило 5 баллов, что также говорит об умеренной кислотоустойчивости эмали. В 2022 г. среднее значение ТЭР-теста составило 7 баллов, что говорит о низкой кислотоустойчивости эмали и высоком риске кариеса зубов.

**Вывод.** На основании вышеизложенных данных, можно сделать вывод, что COVID-19 нарушает минеральный обмен в полости рта и вызывает снижение иммунологической реактивности организма, что способствует возникновению кариеса зубов.

### Литература

- 1 Ниязов Ж., Курбанова З. Влияние Covid-19 на состояние пародонта, на фоне снижения иммунологической реактивности организма. *Дни молодых ученых*. 2022;1:279-281.
- 2 Немсцверидзе Я.Э., Дербина Л.Р., Касапов К.И. Социально-клинические аспекты изучения состояния полости рта у пациентов с постковидным синдромом. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2022; 5-6: 34-37.
- 3 Луцкая И.К. Клинический метод оценки теста эмалевой резистентности. *Современная стоматология*. 2021;2(83). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskiy-metod-otsenki-testa-emalvoy-rezistentnosti> (дата обращения: 12.10.2023).
- 4 Жилонова З., Садикова Х. Ксеростомия у пациентов с COVID-19. *Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*. 4. 2021;1(01):110-112.

## ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЭПИДЕМИИ

Нефедов И.Ю., Нефедова И.Ю.

Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

**Введение.** Информационно-просветительская работа провизора среди населения о безопасном и рациональном применении лекарственных препаратов является одной из его трудовых функций. Эпидемия коронавируса обострила проблему информированности и доверия людей к вакцинации от этой инфекции. Изучение мнения людей о вакцинации может позволить понять на каких аспектах в информационно – просветительской работе нужно акцентировать внимание для формирования приверженности населения к иммунопрофилактике.

**Цель:** изучить мнение людей об иммунопрофилактике коронавирусной инфекции в начале массовой вакцинации и через 9 месяцев после ее начала.

**Материалы и методы.** Была составлена анкета и проведен анонимный опрос среди 128 человек от 18 до 60 лет и старше. Первый опрос проводился в марте 2021 г., результаты которого были опубликованы ранее [Нефедов, Нефедова, Валеева, 2021 г.]. А второй – в октябре–ноябре 2021 г., в проведении которого принимала участие студентка выпускного курса Арина Р.А.

**Результаты и обсуждение.** В начале массовой вакцинации только 9 % опрошенных сказали, что будут вакцинироваться при первой возможности, 79 % ответили, что подождут и всего 7 % согласились с тем, что вакцина достаточно клинически испытана. При выборе вакцины 65 % отдали предпочтение «Спутник V», но у 37,8 % этическим препятствием для ее применения было использование в технологии производства, клеточной линии HEK 293, полученной из абортированного эмбриона человека несколько десятилетий назад. В целом этот опрос показал недостаточную приверженность людей к иммунопрофилактике, большинство из которых предпочитали не вакцинироваться, а подождать.

Во втором опросе, проведенном через 9 мес. после начала массовой иммунопрофилактики, 43,2 % респондентов сказали, что уже вакцинировались и 30,2 % доверяют вакцинам. «Спутником V» вакцинировалось 73,7 %

опрошенных и 50 % из них сделали выбор в пользу этой вакцины самостоятельно. По собственному желанию вакцинировались 36,8 % респондентов и 31,6 % под влиянием работодателя или начальника. Около 60 % опрошенных вакцинировались главным образом для получения соответствующего документа, для продолжения работы, обучения, посещения общественных мест и т.д. Также, около 60 % опрошенных имели внутренние препятствия к вакцинации, связанные в основном с недостаточностью испытания вакцин (21,1 %) и боязнью отрицательных последствий для здоровья (31,6 %). Преодолевать внутренние сомнения помогало собственное размышление, совет родственников и пример других людей, боязнь заразиться и заразить окружающих, кроме этого люди стали привыкать к новым требованиям жизни в условиях коронавирусной инфекции. После вакцинации 76,5 % опрошенных признались, что зря опасались иммунопрофилактики и 83,3 % не пожалели об этом. Однако, только 36,8 % отметили, что в случае следующей вакцинации им будет легче согласиться на нее. Более 70 % опрошенных сказали, что информирование в доступной форме о производстве и контроле качества вакцин повысит доверие населения к иммунопрофилактике.

В целом результаты второго опроса показывают значительно большую приверженность людей к иммунопрофилактике, что может быть связано как с большей информированностью населения о вакцинации, реальным опытом применения вакцин, а также с ограничениями под которые попадали не вакцинированные люди.

**Заключение.** Информационно-просветительская работа провизоров и врачей, в доступной форме разъясняющая технологию производства и контроль качества вакцин, воздействие их на организм человека, может способствовать повышению доверия людей к вакцинации, преодолению внутренних препятствий, формирующих антипрививочное настроение, и в итоге способствовать приверженности населения к иммунопрофилактике.

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К НЕФРОПЕКСИИ ПРИ НЕФРОПТОЗЕ

Полутин В.Б.<sup>1</sup>, Лещенко И.Г.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Первый НИИ клинической геронтологии и реабилитации ветеранов медицинского университета «Реавиз», Самара, Россия

<sup>2</sup>Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

**Цель работы:** с использованием междисциплинарного подхода разработать новый перечень противопоказаний к нефропексии при нефроптозе для улучшения лечения этой категории пациентов.

**Материалы и методы.** Приведены результаты обследования и лечения 226 пациентов с нефроптозом 2–3-й стадии в возрасте от 18 до 39 лет. Из них 165 паци-

ентов были оперированы в Самарской областной клинической больнице им. В.Д. Середавина с 1987 по 2021 г. Основной группе (62 человека), выполнена по нашему способу лапароскопическая нефропексия (ЛНП) с использованием полипропиленовой сетки, контрольной группе (103 пациента) – нефропексия по методу Пытеля – Лопаткина на основе прежних противопоказаний. 61 амбулаторному пациенту нефропексия была противопоказана с учетом

разработанного нового перечня противопоказаний к нефропексии, который включал: абсолютные противопоказания (сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации); относительные противопоказания (сопутствующие заболевания в стадии субкомпенсации); временные противопоказания (повышенная желудочная кислотность; острые гнойно-воспалительные процессы кожи и подкожно-жировой клетчатки; пневмония и вирусная респираторная инфекция; инфицированные раны мягких тканей; острые тромбозы конечностей; у женщин в период месячных); специальное противопоказание к ЛНП (спаечная болезнь брюшной полости).

Оценку эффективности нового перечня противопоказаний проводили по анализу отдаленных результатов лечения пациентов основной и контрольной групп с использованием статистических методов: критериев Стьюдента, Манна – Уитни – Вилкоксона, хи-квадрат Пирсона, либо точного метода Фишера.

**Результаты.** С использованием нового перечня противопоказаний на догоспитальном этапе среди 61 амбулаторного пациента с нефроптозом установлены абсолютные противопоказания к операции у 5 (8,2 %) пациентов,

относительные – у 19 (31,1 %), временные – у 31 (50,9 %), специальные противопоказания к ЛНП – у 6 (9,8 %), что способствовало профилактике среди них возможных послеоперационных осложнений и летальных исходов. Отдаленные хорошие результаты составили среди пациентов основной группы 86,8 %, а среди пациентов контрольной группы – 60,9 % ( $\chi^2 = 7,6$ ,  $p = 0,006$ ).

**Обсуждение.** Анализ научной литературы свидетельствует о том, что если в настоящее время показания к нефропексии у пациентов с нефроптозом определены четко, то противопоказания к этой операции не в полной мере отвечают запросам клиники.

Лечебная тактика, основанная на новом перечне противопоказаний, состоит в том, что пациентам с абсолютными противопоказаниями к нефропексии рекомендовано консервативное лечение, с относительными противопоказаниями при переводе сопутствующего заболевания из субкомпенсации в компенсацию или при временных противопоказаниях при излечении этих заболеваний можно выполнить ЛНП, а пациентам со специальным противопоказанием к ЛНП можно выполнить открытую нефропексию.

## ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА

Поспелов А.Н., Кречетов С.А., Поспелова Е.А.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», Саратов, Россия

**Цель:** улучшение уровня диагностики состояния костной ткани альвеолярной части беззубой нижней челюсти, путем способа расчета уровня ее убыли по диагностическим гипсовым моделям челюстей.

**Материал и методы.** При первичном обращении, через год и три года пользования протезами проводили обследование пациентов путем сбора анамнеза, осмотра и обследования полости рта, выявляя анатомические особенности альвеолярной части нижней челюсти. Всех обследуемых сформировали по классификации Келлера в четыре группы. Исследование проводили на 87 диагностических гипсовых моделях нижней челюсти, используя предложенный нами способ диагностики атрофии беззубых челюстей (патент на изобретение RU 2565816 C1 20.10.2015).

**Результаты.** Процессы атрофии альвеолярной части нижней челюсти во всех группах протекали интенсивнее в первый год пользования протезами. В первой группе вертикальная атрофия была более выражена в переднем отделе: до  $0,89 \pm 0,19$  мм, через три года  $0,74 \pm 0,31$  мм ( $p < 0,05$ ) и в боковом справа исходные  $1,01 \pm 0,10$  мм, через три года  $0,85 \pm 0,17$  мм ( $p < 0,05$ ). В результате атрофических процессов увеличиваются сагиттальные размеры: до  $4,53 \pm 0,31$  мм, через три года  $4,62 \pm 0,32$  мм ( $p < 0,05$ ). Трансверзальные размеры более выражено изменяются в средней части: до  $3,69 \pm 0,38$  мм, через три года  $4,15 \pm 0,37$  мм ( $p < 0,05$ ).

Во второй группе вертикальная атрофия преобладает в переднем отделе: до  $0,49 \pm 0,20$  мм, через три года

$0,29 \pm 0,19$  мм ( $p < 0,05$ ). В результате атрофических процессов увеличиваются сагиттальные размеры: до  $4,33 \pm 0,25$  мм, через три года  $5,31 \pm 0,26$  мм ( $p < 0,05$ ). Трансверзальные размеры более выражено изменяются в средней части: до  $4,29 \pm 0,39$  мм, через три года  $5,48 \pm 0,39$  мм ( $p < 0,05$ ).

В третьей группе вертикальная атрофия более выражена в переднем отделе альвеолярной части нижней челюсти: до  $0,93 \pm 0,32$  мм, через три года  $0,67 \pm 0,22$  мм ( $p < 0,05$ ). В первый год пользования протезом значимой разницы в ее значениях между правыми и левыми половинами не наблюдается, но через три года процессы атрофии преобладают с левой стороны, причем ее выраженность совпадает с атрофией в переднем отделе. В результате атрофических процессов увеличиваются сагиттальные размеры: до  $4,53 \pm 0,20$  мм, через три года  $4,63 \pm 0,29$  мм ( $p < 0,05$ ). Трансверзальные размеры более выражено изменяются в средней части: до  $3,49 \pm 0,69$  мм, через три года  $4,40 \pm 0,72$  мм ( $p < 0,05$ ).

В четвертой группе вертикальная атрофия более выражена в боковом отделе альвеолярной части нижней челюсти справа: до  $0,62 \pm 0,11$  мм, через три года  $0,38 \pm 0,22$  мм ( $p < 0,05$ ). В результате атрофических процессов увеличиваются сагиттальные размеры: до  $3,87 \pm 0,43$  мм, через три года  $4,09 \pm 0,41$  мм ( $p < 0,05$ ).

**Обсуждение.** Полученные результаты показали, что атрофия на различных участках альвеолярной части беззубой нижней челюсти неодинакова, кроме того она протекает более интенсивно на первом году. Отмечается преобладание вертикальной атрофии над горизонтальной и

трансверзальной. В результате атрофических процессов увеличиваются сагиттальные размеры альвеолярной части нижней челюсти по средней линии, в боковых отделах эти изменения незначительны. Трансверзальные размеры более выражено изменяются в средних отделах альвеолярной части нижней челюсти, а в задних отделах эти изменения так же незначительны при всех типах беззубой нижней челюсти.

**Заключение.** Таким образом, применение предлагаемого способа диагностики позволило выявить неравномерный уровень атрофии альвеолярной части в различных отделах нижней челюсти, что необходимо учитывать при планировании этапов ортопедического стоматологического лечения и выборе конструкции протезов у пациентов с полным отсутствием зубов.

## ВИТАМИН D В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ, ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТЕКТИВНОГО ВЛИЯНИЯ

**Симонова В.Г.**

Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева», Орел, Россия

Витамин D относится к семейству жирорастворимых секостероидов, участвующих в усвоении важнейших микроэлементов, таких как кальций, магний и фосфаты, и участвует во многих биологических процессах, таких как рост клеток, иммунная функция и воспаление. Добавки с витамином D предназначены для лечения или профилактики ряда заболеваний, в том числе рахита и остеопороза. Он широко известен своим влиянием на костную ткань и обмен кальция, однако недавние исследования показывают, что этот витамин также играет важную роль в поддержании иммунной системы и защите от окислительного стресса [1]. Кроме того, добавление витамина D в рацион питания помогло улучшить здоровье и снизить риск развития различных заболеваний. Проведенные исследования подтверждают, что витамин D оказывает защитное действие против радиационно-индуцированной токсичности. Более ранние опыты уже указывали на связь между недостатком витамина D и возможностью развития рака, сердечно-сосудистых заболеваний и других патологий. На фоне приема витамина D уровень радиационного поражения организма снижается. Показано, что витамин D способствует укреплению иммунной системы, что в свою очередь способствует более эффективной борьбе организма с радиацией. Установлено, что витамин D подавляет процессы окислительного стресса, вызванные радиацией, что приводит к усилению клеточной защиты и снижению риска развития радиационных повреждений. Также обнаружено, что витамин D уменьшает уровень воспалительных маркеров, таких как С-реактивный протеин и фактор некроза опухоли  $\alpha$ . Это говорит о том, что витамин D спо-

собен снижать воспалительные процессы, вызванные радиацией, и тем самым улучшать общее состояние организма [4]. В последнее время привлекает внимание роль витамина D в профилактике побочных эффектов, связанных с радиотерапией. В исследовании Mukai et al. было показано, что прием витамина D является важным фактором долгосрочной выживаемости без метастазов после предоперационной химиорадиотерапии у пациентов с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы. Радиодерматит часто встречается во время лучевой терапии у онкологических больных, и для его профилактики полезно использовать мази, содержащие витамин D. Кроме того, появляется все больше доказательств того, что сигнальный путь рецепторов витамина D в кишечном эпителии играет важную роль в поддержании целостности слизистой оболочки кишечника. Дефицит витамина D ассоциируется с тяжестью радиационно-индуцированного проктита у онкологических больных [5]. В заключение проведенного исследования о протективном влиянии витамина D на радиационно-загрязненных территориях можно сделать следующие **выводы:** витамин D, являясь одним из основных регуляторов обмена кальция и фосфора в организме, принимает активное участие в множестве биологических процессов, включая функцию иммунной системы и регуляцию воспалительных процессов. Дополнительный прием витамина D у лиц, проживающих на загрязненных территориях, приводит к значительному улучшению общего состояния организма. Наблюдалось увеличение иммунной активности, снижение уровня воспалительных процессов и улучшение функции дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

### Литература

- 1 Березов Т.Т., Коровкин Б.Ф. Биологическая химия. М. 1998:213-216.
- 2 <https://rosoncweb.ru/news/oncology/2020/01/22/>
- 3 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21952316/>
- 4 Rita Rastogi Kalyani-Vitamin D for Prevention of Falls and their Consequences in Older Adults
- 5 <https://ru.biomedicalhouse.com/3400718-vitamin-d-gut-microbiota-and-radiation-related-resistance-a-love-hate-triangle>

## ИНФОРМИРОВАНИЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТАМИ О ВИЧ-СТАТУСЕ

Соболева Л.А., Ханов И.А.

Университет «Реавиз», Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** ВИЧ-инфекция (вирус иммунодефицита человека) остается одной из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения во многих странах. По данным Фонда «Позитивная волна» около 20 % стоматологических клиник Санкт-Петербурга отказывают в лечении ВИЧ-положительным пациентам уже на этапе попытки записаться на прием. В связи с этим у многих ВИЧ-позитивных пациентов формируется стойкое опасение (страх) о возможности отказа в приеме со стороны пациента.

**Цель исследования:** сравнительный анализ и оценка информирования о ВИЧ статусе на приеме у стоматолога ВИЧ-позитивными пациентами.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось дистанционно через сеть интернет среди ВИЧ-позитивных пациентов Санкт-Петербурга. Для сбора данных был использован анонимный опрос, который был распространен через общественные организации: Ассоциация Е.В.А. и Фонд «Пора помогать», поддерживающие ВИЧ-позитивных людей. В ходе опроса было опрошено 75 пациентов с

ВИЧ-инфекцией и разделены на две группы: 1 группа – 21 пациент, не принимающие антиретровирусные препараты; 2 группа – 54 пациента, принимающие АРВТ.

**Результаты.** В 1 группе пациентов – 20 % мужчин и 10 % женщин с определяемой вирусной нагрузкой на первом приеме у стоматолога сообщают о своем ВИЧ-статусе, несмотря на стигматизацию и негативное отношение в обществе. Ведущими «факторами умолчания», обозначенными всеми пациентами, не сообщившими о своем статусе является стигматизация: избегание предполагаемой негативной реакции со стороны медицинского персонала, опасение получить отказ в лечении, страх разглашения конфиденциальной информации.

**Выводы.** Проведенное исследование подчеркивает необходимость более широкого информирования стоматологов о ВИЧ-инфекции, составление алгоритма действий врача-стоматолога при приеме ВИЧ-позитивных пациентов для создания безопасной и доброжелательной атмосферы для ВИЧ-инфицированных пациентов, исключая стигматизацию.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Соболева Л.А., Николаева Е.Н., Дюкова М.А.

Университет «Реавиз», Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** На сегодняшний день проблема эффективного лечения локализованных заболеваний пародонта и поиск препаратов местного действия, наиболее эффективно купирующих воспалительно-деструктивные процессы в тканях пародонта остаются наиболее актуальными.

**Цель исследования:** поиск альтернативы популярным гелям для повышения эффективности лечебных препаратов, способствующих быстрому купированию воспалительного процесса в тканях пародонта.

**Материалы и методы:** обзор литературы по эффективному медикаментозному лечению современных препаратов: гели, пленки, волокна, биоактивные криогели, микро- и наночастицы, чипы. Проведение анкетирования «Анализ эффективности лечения локализованных заболеваний пародонта с учетом персонифицированного подхода» в возрастной группе с 18 до 25 лет.

Полученные результаты: В целях подтверждения теоретических данных было составлено анкетирование, которое прошли более 60 пользователей (от 18 до 25 лет). Задачей этого этапа было: выявление статистики заболеваемости и наглядной видимости тенденций лечения. Для более объективной оценки вопросы были направлены на сбор предварительного анамнеза, а также на общее состояние пародонта и гигиены полости рта. Критерии анкетирования:

возраст от 18 до 25 лет; наличие локализованного воспаления пародонта; анализ эффективности гигиены полости рта; препараты и их анализ эффективности лечения. В рамках проведенного исследования было выявлено, что среди 63 пользователей с локализованной формой воспаления пародонта встречались 47 человек, что в процентном соотношении составляет 74 %. Это соотношение подтверждает актуальность и свидетельствует о частоте встречаемости данного воспалительного процесса. Из 47 пациентов, отметивших наличие локализованного воспаления, 25 % не прибегали к медикаментозному лечению, и вместе с тем, при соблюдении должной гигиены, добивались положительного эффекта в те же сроки.

**Выводы.** Анализируя проведенное анкетирование «Анализ эффективности лечения локализованных заболеваний пародонта с учетом персонифицированного подхода» в возрастной группе от 18 до 25 лет, было выявлено, что эффективность лечения для данной возрастной группы не зависит от формы лекарственного препарата. Наиболее приемлемым, удобным и доступным способом для данной возрастной группы является использование медикаментозных средств в виде полоскания, предпочтительнее оказалось использование раствора «Мирамистин».



## ПРИМЕНЕНИЕ ВОЛОКОННО-ОПТИЧЕСКИХ ДАТЧИКОВ С ЗАКРЫТЫМ ОПТИЧЕСКИМ КАНАЛОМ В МЕДИЦИНСКИХ ПРИБОРНО-КОМПЬЮТЕРНЫХ СИСТЕМАХ

**Степанов М.В.**

Медицинский университет «Ревиз», Самара, Россия

В настоящее время медицинские приборно-компьютерные системы (МПКС) получили широкое распространение. В состав большинства таких систем входят устройства съема информации: электроды и датчики [1]. Датчики, применяемые в МПКС, могут быть основаны на различных эффектах, но чрезвычайно привлекательными для биомедицинского применения являются волоконно-оптические датчики (ВОД), что объясняется физическими свойствами оптических волокон, а именно: их малые габариты и вес, диэлектрические свойства, невосприимчивость к электромагнитным помехам, химическая инертность, нетоксичность. При этом наиболее интересны бесконтактные ВОД с закрытым оптическим каналом (ВОДЗОК), так как они не подвержены загрязнению оптического канала и не имеют механического контакта с объектом контроля [2]. Такие датчики могут найти применение в МПКС для функциональной диагностики, управления лечебным процессом, систем протезирования.

В [3] приводятся физические, химические и биологические параметры, которые могут быть проконтролированы ВОД. В настоящей работе рассматриваются ВОДЗОК перемещения (линейного и углового), а также ВОД других физических величин, в которых перемещение подвижной части чувствительного элемента (ЧЭ) преобразуется в электрический сигнал. На таком принципе могут

быть построены ВОД положения, перемещения (линейного и углового), давления, вибрации, скорости, ускорения, силы.

Любой ВОДЗОК состоит из ЧЭ и вторичного преобразователя (ВП). ЧЭ датчиков, рассматриваемых в данной работе, могут быть реализованы на следующих принципах:

- магнитооптический эффект;
- изменение потерь при изгибе (деформации) ОВ;
- на основе спектрально-селективных элементов.

Оптический сигнал с ЧЭ поступает в ВП, который осуществляет управление работой источника оптического излучения, преобразование сигнала приемника излучения в выходной аналоговый или цифровой сигнал, а также при необходимости линеаризацию позиционной характеристики ВОДЗОК, самокалибровку, температурную компенсацию.

Разработанная математическая модель объединяет ЧЭ, выполненные на выше указанных принципах [2], единой теорией, что обеспечивает построение эффективных и надежных МПКС.

На основе полученных результатов разработки конструкций ВОДЗОК видно, что они могут найти применение для построения медицинских приборно-компьютерных систем.

### Литература

- 1 Корневский Н.А., Попечителев Е.П., Серегин С.П. Медицинские приборы, аппараты, системы и комплексы. Курск: ОАО ИПП «Курск», 2009.
- 2 Матюнин С.А., Степанов М.В., Бабаев О.Г. Волоконно-оптические датчики с закрытым оптическим каналом. Самара: Инсома-Пресс, 2020.
- 3 Méndez A. Optical Fiber Provides Real-Time Diagnostic Guidance. BioPhotonics. September/October 2022:36–39.

## ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ВОДНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ГРАЖДАН, ПРОЖИВАЮЩИХ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ ГБУ СО «ВЛАДИМИРОВСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЙ ДЛЯ ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА»

**Тарасова А.А.**

Медицинский университет «Ревиз», Самара, Россия

**Актуальность.** Здоровье человека в значительной степени зависит от факторов среды проживания, поскольку стабильность химического состава является одним из важнейших и обязательных условий нормального функционирования организма. В данной работе проведено исследование корреляции кожных заболеваний у проживающих в учреждении стационарного типа и химического состава подземных вод, добываемых на объекте научного интереса.

**Цель:** выявление направленности кожных заболеваний в зависимости от изменений химического состава используемой воды.

**Материалы и методы.** Материалами исследования были выбраны стационарные карты, заключения периодических медицинских осмотров получателей социальных услуг, а также экспертные заключения по результатам лабораторного контроля качества воды, выданные Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в течении исследуемого

срока воздействия фактора окружающей среды (с 2019 по 2023 год).

**Результаты.** Исследовано динамическое состояние здоровья кожных покровов 210 проживающих дома-интерната за 5 лет (мужчин – 207, женщин – 3), средний возраст получателей социальных услуг – 55 лет.

Анализ данных осуществлен в условиях изменения химического состава бытовой воды учреждения, которые обусловлены установкой фильтрующей системы и был разделен на два этапа: 1 этап – до установки фильтрующего оборудования, 2 этап – после установки фильтрующего оборудования.

Все проживающие так же были разделены на две группы: 1 группа – проживающие в учреждении более 5 лет (144 человек), 2 группа – впервые поступившие граждане за анализируемый период с 2019 по 2023 год (66 человек). Далее был проведен анализ экспертных заключений по результатам лабораторного контроля качества воды с января 2019 года по июнь 2023 года.

По итогам 1-го этапа анализа данных, у 34,2 % (49 человек) исследуемых из 1-й группы, согласно результатам периодических медицинских осмотров врачом дерматологом, выявлены заболевания кожного покрова, а именно:

L24 – аллергический контактный дерматит, 34 человека – 23,6 %;

L20 – экзема, 15 человек – 10,4 %.

Во 2-й группе исследуемых у 22,7 % (15 человек) отмечается развитие схожей клинической картины с исследуемыми из 1-й группы уже через 14 дней проживания в учреждении, при условии первоначального отсутствия проявления данных заболеваний в момент поступления, а именно:

L24 – аллергический контактный дерматит, 15 человек – 22,7 %.

При этом результаты лабораторных исследований качества бытовой воды 1-го аналитического периода в среднем демонстрируют стабильное превышение предельно допустимых концентраций СанПиН 2.1.4.1074-01 по следующим показателям:

Железо общее –  $10,7 \pm 0,3$  Мг/л (норматив 0,3 Мг/л);

Железо окисное –  $1,0 \pm 0,05$  Мг/л (норматив 0,3 Мг/л);

Железо закисное –  $9,7 \pm 1,2$  Мг/л (норматив 0,3 Мг/л);

Марганец –  $0,76 \pm 0,11$  Мг/л (норматив 0,1 Мг/л);

По итогам 2-го этапа анализа данных, который был проведен через 3 месяца с даты установки оборудования фильтрующего бытовую воду учреждения и, согласно результатам периодических медицинских осмотров врачом дерматологом, заболевания кожного покрова выявлены у 1,9 % (4 человека) исследуемых из общего числа проживающих в доме – интернате, а именно:

L24 – аллергический контактный дерматит, 1 человек – 0,5 %;

L20 – экзема, 3 человека – 1,4 %.

При этом результаты лабораторных исследований качества бытовой воды 2 аналитического периода демонстрируют полное соответствие ПДК СанПиН 2.1.4.1074-01 по следующим показателям:

Железо общее – 0,12 Мг/л (норматив 0,3 Мг/л);

Железо окисное – 0,15 Мг/л (норматив 0,3 Мг/л);

Железо закисное – 0,23 Мг/л (норматив 0,3 Мг/л);

Марганец – 0,03 Мг/л (норматив 0,1 Мг/л).

**Выводы.** Согласно результатам исследования динамического состояния здоровья 210 проживающих дома – интерната за 6 лет (мужчин – 207, женщин – 3), средний возраст получателей социальных услуг – 55 лет, в условиях изменения химического состава водопроводной воды в учреждении стационарного типа Государственного бюджетного учреждения Самарской области «Владимировский дом-интернат, предназначенный для граждан, имеющих психические расстройства», можно сделать следующие выводы:

- здоровье проживающих дома-интерната в значительной степени зависит от факторов среды проживания, а именно химических показателей добываемой воды из автономной скважины учреждения;

- превышение ПДК СанПиН 2.1.4.1074-01 железа общего, окисного и закисного в бытовой воде в среднем в 23,7 раз, способствовало хронизации заболеваний кожных покровов (L24 – аллергический контактный дерматит, L20 – экзема) у исследуемых из 1-й группы клинического интереса, а также явилось причиной первичного возникновения таких же заболеваний у исследуемых из 2-й группы, в течение первых 14 дней проживания в учреждении, при условии отсутствия таковых на момент поступления;

- нормализация химического состава водопроводной воды в учреждении, путем установки дополнительного очищающего оборудования (установка с дозированием гипохлорита), способствовало улучшению состояния здоровья кожных покровов у проживающих учреждения, а именно: при общем показателе заболеваемости кожными болезнями (L24 – аллергический контактный дерматит, L20 – экзема) в 30,5 % (64 человека) до установки фильтрующего оборудования, выявлено значительное снижение общей заболеваемости кожными болезнями (L24 – аллергический контактный дерматит, L20 – экзема) в 16 раз до 1,9 % (4 человека), согласно проведенному периодическому медицинскому осмотру врачом дерматологом спустя 3 месяца использования дополнительного очищающего оборудования;

- необходимо своевременное выявления клинических последствий при регистрации превышения ПДК СанПиН 2.1.4.1074-01, с целью контроля и предотвращения развития заболеваний, детерминированных повышенным содержанием определенных химических элементов воды, применяемой в бытовых целях в учреждениях социальной направленности.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что стабильность химического состава факторов окружающей среды и их соответствие нормативно-правовым актам, регламентирующим ПДК веществ, оказывающих непосредственное влияние на состояние здоровья человека - является одним из важнейших и обязательных условий нормального функционирования организма.

# ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАК МЕТОД ВЛИЯНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПРИ СОЧЕТАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

**Гулобова Е.З., Калашникова Е.А., Умарова Х.В., Ушмугина С.В.**

Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия  
Научные руководители: Биткова Е.Н., канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней;  
Слюсар О.И., канд. фарм. наук, доцент кафедры фармации

**Цель работы:** оценить психотерапевтические методы коррекции и качество жизни у пациентов, страдающих бронхиальной астмой и сочетанием бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 63 пациента. Больные разделены на две группы: 34 пациента с бронхиальной астмой и 29 с сочетанием бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Каждая из этих групп была разделена на две подгруппы, получавшие стандартную терапию и сочетание стандартного лечения и психокоррекции. Степень выраженности клинических проявлений оценивалась с помощью шкалы Лайкерта. Для исследования качества жизни пациентов использовался опросник SF-36. Психоэмоциональную составляющую здоровья больных анализировали по личностному опроснику института имени В.М. Бехтерева, индивидуально-типологическому опроснику и клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний. Показатели функции внешнего дыхания оценивали с помощью спирометрии, уровень кислотности в пищеводе,

желудке и двенадцатиперстной кишке определяли с помощью суточной рН-метрии.

**Результаты.** На основании полученных данных отмечено, что больные с бронхиальной астмой и сочетанием бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни обладают индивидуальными личностными особенностями и определенным типом психологического реагирования. Включение в комплексное лечение психотерапевтических коррекционных методов может дать дополнительный терапевтический эффект. Наблюдалась положительная динамика показателей спирометрии, 24-часовой рН-метрии, улучшение психического реагирования и качества жизни пациентов, а также уменьшение клинических симптомов данных заболеваний.

**Выводы.** Эффективность психотерапевтической коррекции у пациентов с гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью и сочетанием бронхиальной астмы и гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни подтверждается улучшением результатов лечения и качества жизни пациентов.

## КЛАССИФИКАЦИЯ М. РОБСОНА В ПРАКТИЧЕСКОМ АКУШЕРСТВЕ

**Хаджилаева Ф.Д.**

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

**Актуальность.** Кесарево сечение (КС), выполненное в строгом соответствии с медицинскими показаниями, – мощный инструмент для снижения материнских и перинатальных потерь [1]. Однако восходящий тренд частоты абдоминальных родоразрешений, отмеченный в последние годы в нашей стране и во всем мире, не влечет за собой столь же значимого улучшения исходов для женщин и детей [3]. Очевидно, что части операции можно было избежать [3]. В этой связи перед акушерами-гинекологами стоит задача использовать по максимуму «защитный потенциал» абдоминальных родов, сведя к минимуму долю вмешательства «на всякий случай» [2].

Помогает в достижении этой цели классификация Майкла Робсона.

**Цель:** выявить резервы снижения частоты операций кесарева сечения за 2021 год и реализовать их на практике в РГБ ЛПУ «Республиканского Перинатального центра» (РПЦ) г. Черкесска, Карачаево-Черкесской республики.

**Результаты.** Основные группы женщин по классификации М. Робсона:

Группа 1 – первородящие, один плод, головное предлежание,  $\geq 37$  недель, спонтанное начало родов.

Группа 2 – первородящие, один плод, головное предлежание,  $\geq 37$  недель, индукция родов или КС до начала родов.

Группа 3 – повторнородящие без предыдущего КС, один плод, головное предлежание,  $\geq 37$  недель спонтанное начало родов.

Группа 4 – повторнородящие без предыдущего КС, один плод, головное предлежание,  $\geq 37$  недель, индукция родов или КС до начала родов.

Группа 5 – все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, один плод, головное предлежание,  $\geq 37$  недель.

Группа 6 – все первородящие с одноплодной беременностью в тазовом предлежании.

Группа 7 – все повторнородящие с одним плодом в тазовом предлежании, включая с одним или несколькими КС в анамнезе.

Группа 8 – все женщины с многоплодной беременностью, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе.

Группа 9 – все с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе.

Группа 10 – все с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, < 37 недель, включая с одним или несколькими КС в анамнезе.

Количество кесарева сечения в группах: 1 группа – 75; 2 группа – 30; 3 группа – 45; 4 группа – 17; 5 группа – 297; 6 группа – 22; 7 группа – 35; 8 группа – 13; 9 группа – 8; 10 группа – 68. Количество родильниц в группе: 1 группа – 352; 2 группа – 143; 3 группа – 817; 4 группа – 227; 5 группа – 298; 6 группа – 25; 7 группа – 43; 8 группа – 24; 9 группа – 8; 10 группа – 152.

Размер группы (%): 1 группа – 16,85; 2 группа – 6,85; 3 группа – 39,11; 4 группа – 10,87; 5 группа – 14,27; 6 группа – 1,2; 7 группа – 2,06; 8 группа – 1,15; 9 группа – 0,38; 10 группа – 7,28.

Частота кесарева сечения в группе (%): 1 группа – 21,31; 2 группа – 20,98; 3 группа – 5,51; 4 группа – 7,49; 5 группа – 99,66; 6 группа – 88; 7 группа – 81,4; 8 группа – 54,17; 9 группа – 100; 10 группа – 44,74.

Абсолютный вклад группы в общую частоту кесарева сечения (%): 1 группа – 3,59; 2 группа – 1,44; 3 группа – 2,15; 4 группа – 0,81; 5 группа – 14,22; 6 группа – 1,05; 7 группа – 1,68; 8 группа – 0,62; 9 группа – 0,38; 10 группа – 3,26.

Относительный вклад группы в общую частоту кесарева сечения (%): 1 группа – 12,3; 2 группа – 4,92; 3 группа – 7,38; 4 группа – 2,79; 5 группа – 48,69; 6 группа – 3,61; 7 группа – 5,74; 8 группа – 2,13; 9 группа – 1,31; 10 группа – 11,15.

Всего кесарева сечений: 610. Всего родильниц: 2089.

Самая большая группа по классификации М. Робсон состояла из повторнородящих, с одноплодной доношенной беременностью, самостоятельно вступившие в роды, без КС в анамнезе – 41,42 %; на втором месте – первородящие с одноплодной доношенной беременностью, самостоятельно вступившие в роды – 17,53 %; затем – повторнородящие с доношенным плодом в головном предлежании и рубцом на матке после предыдущего КС – 13,84 %; первородящие с одноплодной доношенной беременностью, потребовавшие активного медицинского вмешательства (КС или индукция родовой деятельности) – 10,15 %; повторнородящие с одноплодной доношенной беременностью, с головным предлежанием плода, с индукцией родов или КС до наступления родовой деятельности – 7,1 %.

Самая высокая частота кесарева сечения наблюдалась у всех женщин с поперечным или косым положением плода (в том числе имеющие в анамнезе одно или несколько КС) – 100 % и повторнородящие с доношенной беременностью, с одним или несколькими КС в анамнезе, один плод, головное предлежание – 100 %.

на втором месте: повторнородящие с доношенным плодом в головном предлежании и рубцом на матке после предыдущего КС – 92,3 %; на третьем месте – повторнородящие с одноплодной беременностью с тазовым предлежанием – 90,9 %; на четвертом месте – роженицы с многоплодием, включая женщин с КС в анамнезе – 75 %; пятое место – первородящие с одноплодной беременностью с тазовым предлежанием – 51,95 %; шестое место – все роженицы на сроке гестации менее 37 недель, с одним плодом и его головным предлежанием – 22,95 %.

Вклад в частоту кесарева сечения в 9, 8, 4 и 6 группах не столь высокий – 0,37 %, 0,55 %, 0,65 % и 1,11 % соответственно.

Уменьшить КС в 5 и 10 группе не просто, и необходимо сосредоточить усилия на 4 и 2 группу. Для этого необходимо проводить качественную предродовую подготовку, тактику выжидания при преждевременном разрыве плодных оболочек (ПРПО) до 12 часов с использованием антигестагенов.

**Выводы.** По результатам исследования РГБ ЛПУ «Республиканского Перинатального центра» г. Черкесска, Карачаево-Черкесской республики наибольший вклад из группы женщин в общую частоту КС внесла 5 группа – повторнородящие с доношенным плодом в головном предлежании и рубцом на матке после предыдущего КС – 47,02 %; минимальный вклад в общую частоту КС внесла 9 группа – все с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе – 1,25 %.

Для того чтобы снизить общую частоту кесарева сечения, необходимо направить усилия на уменьшение КС во 2 группе – у первородящих, одноплодных, с головным предлежанием, сроком  $\geq 37$  недель, индуцированными родами или КС до начала родов; и в 4 группе – повторнородящих, одноплодных, без предыдущих КС, с головным предлежанием, сроком  $\geq 37$  недель, индуцированными родами или КС до начала родов.

Много внимания в «РПЦ» Карачаево-Черкесской республики уделяется совершенствованию техник и операции кесарева сечения, изыскиваются новые шовные материалы, антибиотики с целью профилактики и гнойносеptических осложнений, совершенствуются методы обезболивания, оценивается состоятельность рубца на матке после операции, осуществляется адаптация новорожденных, лактация, реабилитация и контрацепция после кесарева сечения, а также учитываются психологические и психовегетативные аспекты.

### Литература

- Орлова В.С. и др. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2013;4:6–14.
- Адамян Л.В., Артымук Н.В., Баев О.Р. и др. Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов). Клинические рекомендации (протокол). М. 2017:38.
- Письмо Министерства здравоохранения РФ от 19 февраля 2019 г. № 15-4/И/2-1286 О направлении методического письма о внедрении классификации операции кесарева сечения М. Робсона//[garant.ru/products/ipo/prime/doc/72123126](http://garant.ru/products/ipo/prime/doc/72123126)

# АНАЛИЗ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ОКАЗАНИЕМ НЕКАЧЕСТВЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ханов И.А., Соболева Л.А.

Университет «Реавиз», Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Проблема качества медицинской помощи, в том числе стоматологической, остается одной из самых актуальных в отечественной медицине и напрямую связана с вопросами профессиональных ошибок и недостатков при оказании медицинской помощи. Категория «качество медицинской помощи» (КМК) достаточно сложна как с точки зрения определения, так и оценки. Понятие «квалифицированная медицинская помощь» имеет много составляющих, что приводит к неоднозначности законодательно установленных определений ее основных признаков: «правильный выбор метода лечения и диагноза», «степень достижения запланированного результата лечения» и так далее.

В действительности подобные тенденции отмечаются по всем видам судопроизводства. Так, за 2019–2022 гг. количество гражданских дел, рассмотренных судами общей юрисдикции первой инстанции, увеличилось на 37 %. В течение последних лет увеличивается как общее количество конфликтов «пациент – врач-стоматолог/ЛПУ» при оказании медицинских стоматологических услуг, так и число претензий в форме судебных исков к ЛПУ стоматологического профиля. Судебные иски в области стоматологии занимают значительное место среди так называемых «врачебных дел» в гражданском судопроизводстве.

**Цель исследования:** анализ и обзор статистических данных судебной практики за 2019–2022 года в области стоматологии.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось по данным сайтов <https://stat.xn----7sbqk8achja.xn--p1ai/> (Судебная статистика РФ), <https://www.caselook.ru/#/> (Система для поиска и анализа судебной практики) и по данным личной практики участия в судопроизводстве с 2019 по 2022 годы в роли врача-эксперта по стоматологии.

Использовался метод сбора и обработки статистических данных.

**Результаты.** Возраст истцов находился в следующих возрастных категориях: 20–39 лет – 20 %, 40–59 лет – 40 % и 60–80 лет – 40 %. Причинами обращения за стоматологической помощью явились: частичная вторичная адентия (70 %) и осложненный кариес (30 %).

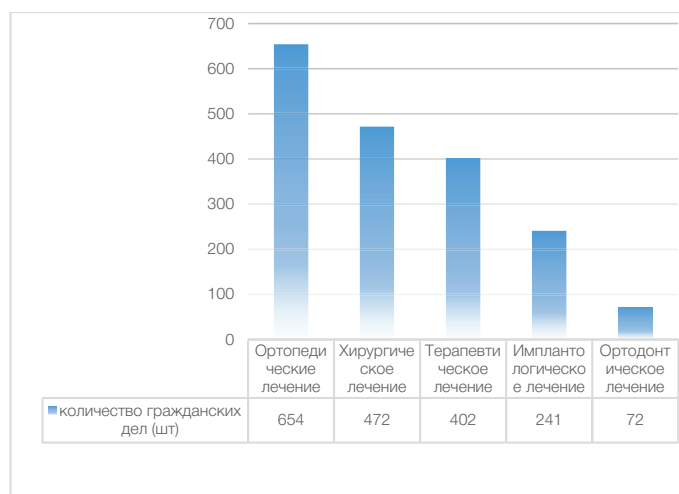
Согласно статистическим данным, за период с 2019 по 2022 год количество гражданских дел в сфере некачественного оказания стоматологических услуг составляет 1240, из них удовлетворено полностью или частично 747 или 60,2 %, отказано 368 дел или 29,7 %, иные причины – 125 дел или 10,1 %. Тенденция увеличения достаточно быстрая. Для сравнения, за период с 2017 по 2019 год гражданских дел по аналогичным проблемам было 544, а за период с 2014 по 2017 год – всего 5 дел.

Такое распределение связано с тем, что ранее спорные вопросы о качестве стоматологического лечения в основном регулировались в Акте экспертизы и такие случаи

обсуждались достаточно часто. Сравнивая значения по периодам, отчетливо видна динамика роста числа таких случаев [4].

Еще одним важным аспектом этой проблемы является увеличение доли требований, признанных судами обоснованными. Такое положение вещей провоцируется не столько правовой активностью граждан и возможным ухудшением качества стоматологической помощи, сколько отсутствием действующих методик оценки качества и результатов лечения, обоснования адекватности применяемых методов лечения и результаты, полученные в конкретных клинических условиях. Во многом это не позволяет стоматологам объективно и убедительно отстаивать «свои» интересы в суде [2].

Также представим количественное распределение претензий по видам стоматологической деятельности за период с 2019 по 2022 годы. Ортопедическое лечение – 654 дела, Хирургическое лечение – 472 дела, Терапевтическое лечение – 402 дела, Имплантологическое лечение – 241 дело, Ортодонтическое лечение – 72 дела, итого 1841 (рис. 1).



**Рисунок 1.** Количество гражданских дел в РФ с 2019 до 2022 гг. по разделам стоматологии (шт.)

Из полученных данных видно, что общее количество гражданских дел меньше суммы индивидуальных требований, так как в случае комплексного стоматологического лечения в один иск могли входить требования к работе нескольких специалистов: например, одновременно против стоматолога-терапевта и ортопеда, или против стоматолога-хирурга и рентгенолога и т.д. Эти результаты вполне ожидаемы и закономерны. Они согласуются с имеющимися данными о том, что оказание ортопедической стоматологической помощи является источником наибольшего количества жалоб пациентов. Это объясняется объективными техническими трудностями данного вида лечения и

большим риском неудовлетворенности пациента результатами, полученными от лечения протезами, не соответствующими его ожиданиям и представлениям. Стоматологам-ортопедам иногда бывает сложно заранее проинформировать пациента об индивидуальных параметрах будущих протезов. Разница в проценте неудовлетворенности работой врачей-ортопедов, стоматологов-хирургов и стоматологов-терапевтов статистически мала, поэтому можно предположить, что эта проблема в равной степени касается всех стоматологических специальностей.

**Заключение.** Анализ судебной практики по гражданским делам, связанным с оказанием некачественной стоматологической помощи населению Российской Федерации за период с 2019 по 2022 год, выявил следующее:

- сохраняющуюся тенденцию ежегодного увеличения количества гражданских дел;

- равный риск возможных судебных разбирательств в случае неблагоприятного исхода лечения по всем стоматологическим специальностям;

- увеличение количества гражданских исков по качеству работы врачей, работающих в медицинских учреждениях, входящих в состав обществ с ограниченной ответственностью (ООО) и др. ;

- увеличение количества случаев, когда в исках пациентов содержатся крупные требования о возмещении морального вреда в размере от 400 000 до 1 млн руб. (суды удовлетворяют эти требования частично, выплачивая около 50 000 руб.).

Несомненно, главным результатом хорошо спланированной стратегии развития с учетом разумного баланса между имеющимися в отрасли ресурсами и возможностями удовлетворения спроса населения на стоматологические услуги должно стать увеличение объемов качественных стоматологических услуг.

#### Литература

- 1 Murphy R. Essential Grammar in Use. Т. 1. Cambridge University Press. 2001:259.
- 2 Murphy R. English Grammar in Use (for intermediate students). Т. 2. Cambridge University Press. 2003:328.
- 3 Жолудев С.Е. Основы организации ортопедической помощи в современных условиях: Правовые вопросы стоматологии. *Стоматологический журнал*. 2018;1:3-13.
- 4 Леонтьев О.В., Колкутин В.В., Леонтьев Д.В., Гурова Е.В. Врач и закон. М., 2012.
- 5 Малый А.Ю., Жаров В.В. Защита врачей в конфликтных ситуациях. *Топ-медицина*. 2017;5:6-14.
- 6 Пашинян Г.А., Бондаренко Н.Н. Уровень правовой грамотности врачей-стоматологов в новых социально-экономических условиях. *Стоматология на пороге третьего тысячелетия*: сборник тезисов. М., 2018:90-92.
- 7 [https://stat.xn---7sbqk8achja.xn--p1ai/Судебная статистика РФ \[Электронный ресурс\]](https://stat.xn---7sbqk8achja.xn--p1ai/Судебная статистика РФ [Электронный ресурс]).
- 8 [https://www.caselook.ru/#/Система для поиска и анализа судебной практики \[Электронный ресурс\]](https://www.caselook.ru/#/Система для поиска и анализа судебной практики [Электронный ресурс]).

## ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ МРНК СУБЪЕДИНИЦ НИКОТИНОВЫХ АЦЕТИЛХОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ МАКРОФАГОВ ЧЕЛОВЕКА, УЧАСТВУЮЩИХ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕПСИСА

Холошенко И.В.<sup>1, 2</sup>, Шелухина И.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Российский химико-технологический университет имени Д.И. Менделеева, Москва, Россия

<sup>2</sup>Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН, Москва, Россия

**Введение.** Моноциты и дифференцирующиеся из них макрофаги продуцируют анти- и провоспалительные цитокины, в связи с чем играют важную роль в патогенезе сепсиса. Ранее был исследован механизм холинэргического противовоспалительного пути макрофагов только для  $\alpha 7$  субъединицы никотиновых ацетилхолиновых рецепторов, но он может включать в своей регуляции и другие гетеромерные подтипы никотиновых ацетилхолиновых рецепторов (НАХР), которые могут оказывать значимые эффекты на различных стадиях сепсиса.

**Актуальность.** Сепсис на данный момент является широко распространенным и высоклетальным, что свидетельствует о том, что мы еще далеки от полного понимания механизмов системных воспалительных процессов и следствием этого является, что разработанные пути лечения сепсиса недостаточно эффективны.

**Цель:** определение экспрессии мРНК субъединиц НАХР для моноцитов, неполяризованных М0, классически М1 и альтернативно М2 поляризованных макрофагов, инкубация с лигандами.

**Материалы и методы.** В работе использовали моноцитарную клеточную линию человека THP-1. Проводили дифференцировку в неполяризованные макрофаги добавлением РМА, далее клетки поляризовали в М1 с помощью LPS и в М2 с помощью IL-13/IL-4. Методом ПЦР в реальном времени на приборе изучался субъединичный состав НАХР.

**Результаты.** Для макрофагов М0, М1 и М2 была обнаружена экспрессия мРНК субъединиц НАХР:  $\alpha 4$ ,  $\alpha 5$ ,  $\alpha 7$ ,  $\alpha 9$ ,  $\alpha 10$ ,  $\beta 2$ ,  $\beta 4$ . Дифференцировка моноцитов клеточной линии THP-1 в неполяризованные макрофаги М0 приводила к снижению экспрессии мРНК  $\alpha 7$  НАХР и увеличению  $\alpha 9$ ,  $\beta 2$ ,  $\beta 4$  субъединиц НАХР. При классической поляризации макрофагов (М1) было снижение уровня мРНК  $\alpha 9$  и  $\beta 2$ ,  $\beta 4$  субъединиц фактически до их уровня представленности в исходных моноцитах THP-1. Альтернативная поляризация макрофагов (М2) приводила к дальнейшему повышению уровня мРНК  $\alpha 5$  и  $\alpha 9$  субъединиц НАХР. Также стоит отметить, что комбинация агониста PNU 282987 и аллостерического модулятора PNU 120596, которые действуют на  $\alpha 7$

субъединицу nAXP, показали значительное увеличение экспрессии мРНК  $\alpha 7$  и  $\beta 2$  субъединиц, а добавление  $\alpha$ -кобротоксина с данными лигандами к различным фенотипам приводила к понижению экспрессии мРНК данных субъединиц, что может свидетельствовать о комбинации  $\alpha 7\beta 2$ .

**Обсуждение.** Изменение экспрессии наблюдалось для  $\alpha 9$ ,  $\alpha 5$ ,  $\beta 2$ ,  $\beta 4$  субъединиц nAXP.  $\alpha 9$  субъединица может формировать гомопентамерный ионный канал и гетеропентамерный рецептор  $\alpha 9\alpha 10$ . Также мРНК  $\alpha 9$  и  $\beta 2$  субъединиц подвергались изменению профиля экспрессии при добавлении лигандов.  $\alpha 7$  субъединица способна

комбинироваться в гетеромерные  $\alpha 7\beta 2$ ,  $\alpha 7\alpha 10$  nAXP.  $\alpha 5$  и  $\beta 2$  субъединицы являются структурными и могут комбинироваться с  $\alpha 2$ - $\alpha 4$ ,  $\alpha 6$ ,  $\alpha 7$  субъединицами.

**Заключение.** В зависимости от функционального состояния макрофагов наблюдается изменение экспрессии ряда субъединиц nAXP, которые могут указывать на потенциально важную роль этих рецепторов в специфических защитных реакциях данных клеток. Проводимые исследования могут помочь в разработке новых путей медикаментозной терапии при сепсисе и других заболеваниях как воспалительной, так и иммуносупрессивной природы.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Шадин И.М., Сметанина Е.А.

Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия,

**Введение.** При остром панкреатите крайне важно точное определение степени тяжести пациента по причине того, что, с патогенетической точки зрения, лечебная тактика в наибольшей степени нуждается в изменении и индивидуальной корректировке при остром деструктивном воспалении поджелудочной железы в фазе энзимной токсемии с наиболее быстрыми и выраженными патофизиологическими сдвигами в организме больных.

Принципы использования количественной оценки тяжести состояния больных хирургического профиля для определения лечебной тактики впервые были сформулированы проф. А.Н. Щербюком в 1992 году и получили дальнейшее развитие в наших исследованиях [1, с. 448].

**Цель исследования:** уточнение дозы основных патогенетических препаратов в зависимости от степени тяжести больных острым панкреатитом с помощью шкалы оценки степени тяжести IDAP с объективным клиническим контролем проводимой терапии.

**Материалы и методы.** Проведено исследование 760 больных с разными формами острого деструктивного панкреатита, находившихся на лечении с 1992 по 2021 годы в клиническом центре ПМГМУ им. И.М. Сеченова, НИИСП им. Н.В. Склифосовского и ГБУЗ МО Пушкинской МОБ им. проф. Розанова В.Н. 260 больных были исследованы во время лечения в стационарах, 500 больных были проанализированы по архивным историям болезни.

**Результаты.** Формула для индивидуального расчета необходимой лечебной дозы 5-фторурацила приняла вид:

$$Fr = (0,08 + 0,008G)B,$$

где G – степень тяжести пациента, при которой проводится лечение;

B – вес пациента в кг;

Fr – суточная доза 5 % раствора 5-фторурацила в мл.

По этой формуле рассчитывали суточную дозу 5-фторурацила в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита. Степень тяжести пациентов колебалась в пределах 8,8 - 17,9 баллов по шкале IDAP. Ни в одном случае не отмечено ухудшение состояния с увеличением степени тяжести пациента после применения лечебного препарата в расчетной дозе. В 90 (34,62 %) наблюдениях степень тяжести пациента снижалась на 2 и более балла. Следует отметить, что мы не наблюдали выраженных побочных эффектов применения 5-фторурацила, описанных в отечественной и зарубежной литературе.

Формула для расчета оптимального парентерального питания при использовании в качестве патогенетического лекарственного препарата для лечения острого деструктивного панкреатита рибонуклеазы приняла вид:

$$K = (0,445 - G + 1,885R - 0,0975)B,$$

где K – калорийность парентерального питания в ккал в сутки;

G – степень тяжести состояния пациента;

R – суточная доза рибонуклеазы в мг/кг;

B – вес пациента в кг.

Калорийность парентерального питания в зависимости от степени тяжести и дозы рибонуклеазы рассчитывалась у 479 больных (63,03 %). При сравнении результатов лечения с контрольной группой из 60 больных аналогичной тяжести, получавших лечение рибонуклеазой без парентерального энергетического обеспечения, отмечено улучшение всех сравниваемых показателей.

**Выводы.** Степень тяжести состояния больных острым панкреатитом, наиболее точно среди известных шкал оценки рассчитанная по шкале IDAP, является важнейшим показателем для индивидуального лекарственного воздействия в пределах выбранной лечебной тактики с возможностью объективного графического отслеживания результатов лечения.

### Литература

- 1 Щербюк А.Н. Выбор тактики при остром панкреатите на основании коэффициента тяжести заболевания и принципы его определения с помощью некоторых методов прогнозирования в хирургии: дис. ... д-р мед. наук / Щербюк Александр Николаевич. Москва, 1991:448.



## ПРИКЛАДНАЯ АНАТОМИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ

Яхина Л.Р.

Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

Научные руководители: Супильников А.А., канд. мед. наук, Трусова Л.А., врач хирург-онколог

**Введение.** По данным мировой статистики Международного общества эстетической пластической хирургии (ISAPS) за 2022 г., увеличение груди при помощи силиконовых имплантатов является самой часто выполняемой операцией в пластической хирургии. Ротация имплантов – одна из причин осложнений данной операции.

**Цель исследования:** уточнение анатомических особенностей прикрепления дистального края большой грудной мышцы (БГМ) к ребрам и груди, которые могут быть полезными при эндопротезировании молочной железы.

**Материал и методы.** Проведен анализ анатомических особенностей дистального прикрепления большой грудной мышцы у 45 женщин, не имевших врожденных или приобретенных деформаций грудной клетки. По данным МРТ было выполнено в ГБУЗ СОКОД. В период с февраля 2023 по сентябрь 2023.

Критерии пациенток в исследовании: возраст от 18 до 55 лет, которые поступили в клинику на протезирование молочных желез.

**Результаты.** При изученных данных нами было выявлены следующие варианты строения изучаемой области.

В 60 % случаев дистальное прикрепление грудино-реберной части БГМ осуществляется к передней поверхности грудины, 5-му ребру и его реберному хрящу, а

наиболее латеральная (брюшная) часть БГМ продолжается книзу и медиально по направлению к 6–7-му и даже 8-му ребру, где сливается с передней стенкой влагалища прямой мышцы живота. В 28 % случаев БГМ прикрепляется к 5-му и 6-му ребру, брюшная часть БГМ также дифференцирована на уровне 6-го, 7-го и 8-го ребра. В 10 % случаев прикрепление БГМ осуществляется к 5-му и 6-му ребру, однако брюшная часть каудальнее 6-го ребра методом МРТ не определяется.

Главное отличие второго варианта строения (28 % случаев) – более каудальное прикрепление БГМ. Грудино-реберная часть БГМ прикрепляется не только к 5-му, но и к 6-му ребру, в то время как брюшная часть БГМ может быть также дифференцирована на уровне 6-го, 7-го, 8-го ребра, где она сливается с передней стенкой влагалища прямой мышцы живота.

При третьем варианте строения (10 %) дистальное прикрепление БГМ осуществляется к 5-му и 6-му ребру, однако брюшная часть каудальнее 6-го ребра методом МРТ не определяется.

**Выводы.** Исследование грудной клетки при помощи МРТ перед операцией позволит хирургам уточнить анатомические особенности прикрепления БГМ к ребрам и груди, что, в свою очередь, благоприятно влияет на ход операции.

## ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. НОВЫЕ ПУТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Семькина А.И.

Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

Научный руководитель: Флорова М.А., д-р мед. наук, профессор

**Актуальность.** Современные стандарты лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки подразумевают хирургический метод – диатермоэлектрокоагуляцию шейки матки и дальнейшее наблюдение. Тем самым выжидают развитие рака шейки матки. В 62 % случаев после такой тактики наблюдаются рецидивы. Сегодня основная роль в развитии заболеваний шейки матки принадлежит папилломавирусу человека. Это подтверждают многочисленные исследования, согласно которым вирусные агенты определяются практически у 95 % заболевших женщин. В настоящий момент разработана схема лечения уникальным иммуномодулирующим препаратом «Форсоль®», эффективность которой доказана в 95 % случаев.

**Цель работы:** изучить и определить эффективность препарата «Форсоль®» в схеме лечения ВПЧ-инфекции.

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный анализ статистических данных пациентов исследуемой и контрольной групп.

**Результаты.** В ходе исследования были получены результаты элиминации вируса в 95 % случаев.

Таким образом, своевременная профилактика и лечение предраковых заболеваний существенно снизит развитие рака шейки матки, что повысит качество жизни женщин.

---

Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, Врач и Здоровье  
Учредитель: Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»  
Главный редактор: академик РАН, д-р мед. наук, профессор Владимир Николаевич Шабалин

Номер 6 (66) 2023, дата выхода в печать 30.12.2023.

Подписной индекс 29154 в объединённом каталоге «Пресса России». Цена свободная.

Адрес издателя и редакции: 443001, г. Самара, ул. Чапаевская, 227. Тел./факс: (846) 333-54-51  
Сайт: <http://vestnik.reaviz.ru> Электронная почта: [vestnik@reaviz.ru](mailto:vestnik@reaviz.ru)

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий  
и массовых коммуникаций 13 июля 2011 г., свидетельство о регистрации ПИ No ФС77-45784.

Подписано в печать 30.12.2023 г. Формат 60×90 1/8. Гарнитуры Helvetica, Oranienbaum.  
Шрифт заголовка DXRussian 1812, © Дмитрий Хорошкин  
Бумага офсетная. Печать оперативная. Усл. печ. л. 5,25. Тираж 1000 экз. Заказ 1024.

Отпечатано в типографии ИП И.А. Гапонова.  
443099, г. Самара, ул. М. Горького, 117/57. Тел. (846) 271-16-56.

© Медицинский университет «Реавиз», 2023

ISSN 2226-762X



9 772226 762000 >