



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

Сборник научных трудов

*Саратов
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
2024*

УДК 614.2: 616-082-027.541(082)

ББК 51.1(2)+51.1(2)2 я43

О-64

Редакционная коллегия:

проректор по научной работе д-р мед. наук, доц. А.С. Федонников; зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) д-р мед. наук, проф. М.В. Еругина; зав. каф. неврологии им. К.Н. Третьякова д-р мед. наук, доц. О.В. Колоколов; зав. каф. пропедевтики внутренних болезней канд. мед. наук, доц. Т.М. Богданова; асс. каф. патологической анатомии
А.М. Мыльников

Рекомендует к изданию редакционно-издательский совет СГМУ

Организационные и клинические вопросы оказания медицинской помощи:

О-64 региональный аспект : сборник научных трудов / под ред. А. С. Федонникова, М. В. Еругиной, О. В. Колоколова [и др.] ; Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского. – Саратов : Саратов. гос. мед. ун-т, 2024. – 184 с.

ISBN 978-5-7213-0893-2

Издание содержит материалы ежегодной Международной конференции «Третьяковские чтения» (23–24 мая 2024 года), научно-практического форума «Эффективные терапевтические стратегии в клинике внутренних болезней» (4–5 апреля 2024 года), I Международной научно-практической конференции «Организационно-правовые проблемы регионального здравоохранения: вызовы и пути развития» (7 июня 2024 года).

Сборник предназначен для организаторов здравоохранения, кардиологов, неврологов и других специалистов медицинских профессий, круг интересов которых связан с организацией и оказанием профильной специализированной медицинской помощи, а также для студентов, научных сотрудников и преподавателей медицинских вузов, НИИ и иных заинтересованных структур.

УДК 614.2: 616-082-027.541(082)

ББК 51.1(2)+51.1(2)2 я43

Материалы представлены в авторской редакции

ISBN 978-5-7213-0893-2

© Саратовский государственный
медицинский университет

им. В.И. Разумовского, 2024

© Авторы, 2024

**ЕЖЕГОДНАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ТРЕТЬЯКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»**

**ВЫЯВЛЕНИЕ ВАРИАНТОВ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ
У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**

Адамова А.С., Ключева Е.Г., Голдобин В.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Санкт-Петербург*

Введение. Обоняние играет огромную роль в жизни человека, влияя на его психическое и физическое благополучие. Частота встречаемости нарушений обоняния по данным Nordin S. et al. в мире по различным причинам в 2004 году составляла 15%, в 2015 году по данным профессора Дёминой – 24,1%, а в 2020 года – 64%. Огромную роль в повышении данного показателя сыграла пандемия XXI века – COVID-19. Согласно литературным источникам, частота встречаемости обонятельной дисфункции, ассоциированной с COVID-19 варьируется в широком диапазоне от 8% до 84%, такой широкий диапазон выявляемости объясняется не только особенностями выбранной выборки: возрастом, тяжестью течения заболевания, этническим происхождением, наличием сопутствующих заболеваний, штаммом COVID-19, но и методом диагностики обонятельной функции.

Оценить наличия и выраженность обонятельной дисфункции можно с помощью самоопросника QOD и ольфактометрических методов, которые можно разделить на психофизические и электрофизические.

Поданным von Bartheld C.S. et al. Выявлено, что при оценке частоты встречаемости, ассоциированной с COVID-19 обонятельной дисфункцией, основанной только на самоопроснике QOD распространенность, была почти в 2 раза ниже чем при оценке обонятельных нарушений с помощью психофизических методов обследования (38,83% и 62,52% соответственно).

Цель исследования. Выявление частоты встречаемости стойкой обонятельной дисфункции, ассоциированной с COVID-19 у пациентов.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 70 человек, 42 в основной группе (23 женщины, 19 мужчин) и 28 в группе контроля (20 женщин, 8 мужчин). В основную группу были включены пациенты, имеющие стойкую обонятельную дисфункцию (более 1 месяца) после перенесенной Covid-19. Группу

контроля составили пациенты у которых на момент обследования не была выявлено anosmia/гипосмии, но они являлись реконвалесцентами Covid-19.

Пациентам было проведено анкетирование с помощью модифицированного самопросника QOD и исследование обонятельной функции с помощью системы SniffingStix Test, включающей исследование порога обоняния (Т), дискриминации (D) и идентификации (I). В результате, которого на основании суммарного показателя TDI, делался вывод о наличии и степени ее выраженности у пациента обонятельной дисфункции.

Результаты исследования. В основной группе 59,5% пациентов (25 человек) обратились с жалобами на снижения восприятия аромата, 14,3 % пациентов (6 человек) утверждали, что во время инфицирования SARS-COV-2 не имели хемосенсорной дисфункции, 4,8% пациентов (2 человека) отмечали наличия у них после COVID-19 гиперосмии.

В контрольной группе 25% пациентов (7 человек) жаловались на гипосмию, 36,7% (10 человек) – не имели нарушений хемосенсорной функции во время инфицирования SARS-COV-2. Несмотря на активное отсутствие жалоб, на снижение восприятия обоняния в 40% случаев у пациентов была выявлена стойкая обонятельная дисфункция. Необходимо отметить, что 25% пациентов, имеющих нормосмию, отмечали субъективные нарушения обоняния.

Заключение. Данные выводы показывают необходимость включения протокола оценки обонятельной дисфункции в рутинное обследование пациентов с целью достоверной оценки частоты встречаемости и объективной оценки степени выраженности обонятельных нарушений у пациентов перенесших COVID-19.

КАК ЗАПОДОЗРИТЬ БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА НА БЫТОВОМ УРОВНЕ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Алыпova А.В. , Лукина Е.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Когнитивные функции являются наиболее сложными функциями головного мозга, посредством которых осуществляется процесс рационального познания мира [1,2,3]. К ним относятся память, речь, гнозис, интеллект и праксис.

У пациентов заподозрить нарушение данных функций можно по следующим симптомам:

- 1) забывчивость и рассеянность;
- 2) трудности в подборе слов;
- 3) расстройства мышления;
- 4) трудности с планированием и контролем действий;
- 5) сложности в принятии решений.

При прогрессировании состояния могут появиться признаки деменции такие как устойчивое нарушение памяти, речи, почерка, простых двигательных функций при отсутствии паретических явлений. Пациенты не могут усваивать новую информацию, рассказать о своих нуждах, обслужить себя, выполнить элементарные действия.

Деменцию наиболее часто можно наблюдать у лиц пожилого возраста. Самой распространённой причиной деменции является болезнь Альцгеймера (БА), в основе которой лежит прогрессирующий процесс дегенерации нейронов коры головного мозга.

Согласно наиболее популярной на сегодняшний день «амилоидной гипотезе», начальным этапом патогенеза этой болезни является нарушение метаболизма предшественника амилоидного белка, происходит отложение в головном мозге тау-протеина и бета-амилоида. Первым и главным симптомом БА является прогрессирующая забывчивость на события жизни [4,5,6]. Нарушение памяти касается запоминания текущих событий, приобретения новых знаний, и выпадения прошлых запасов информации от настоящего к прошлому (закон Рибо). Распад памяти лежит в основе нарушений ориентировки в пространстве, месте, времени, расстройств интеллектуальной деятельности, оптико-пространственного функционирования, речи и практических навыков. Снижение способности к построению планов, абстрагированию, установлению причинно-следственных связей, сравнению и обобщению замедляет выполнение каких-либо обязанностей. Постепенный распад высших корковых функций наряду с нарушениями памяти и мышления приводит к тотальной деменции [7].

Сложности диагностики когнитивных нарушений при БА возникают на ранних стадиях болезни (додементной, или стадии мягкой деменции).

Цель исследования. Демонстрация клинического случая болезни Альцгеймера.

Материалы и методы исследования. Описание клинического случая пациентки с болезнью Альцгеймера.

Результаты исследования. Пациентка Г.Н.Р. 66 лет в 2022 году стала отмечать ухудшение памяти, невнимательность, утомляемость. Муж и близкая подруга стали замечать раздражительность, не свойственную ей ранее. Всё это стало поводом обращения к врачу-неврологу, который назначил обследование. По результатам ЭЭГ корковая биоритмика соответствует возрастной норме, эпилептической активности и очаговых изменений нет. Постепенно у пациентки продолжалось ухудшение памяти, появилась рассеянность, выросла раздражительность, она стала замечать трудности в подборе слов, сложности с планированием и контролем действий. Всё это послужило поводом повторно обратиться к врачу-неврологу в 2023 году, который предположил наличие когнитивного снижения. Очаговой и общемозговой неврологической симптоматики у больной не отмечалось. В марте 2024 года на МРТ была выявлена атрофия гиппокампа, аномальное расширение желудочковой системы, увеличение борозд, очаговые и диффузные изменения в белом веществе лобных и теменных долей, височно-теменную атрофию.

Для более полного исследования когнитивных нарушений нами были проведены нейропсихологические тесты:

1. Мини-исследование психического статуса (ММСЕ). Результат – 19 баллов, деменция умеренной степени выраженности.

2. Шкала оценки болезни Альцгеймера – когнитивная субшкала (ADAS-Cog). Результат – 17 баллов, деменция умеренной степени выраженности.

3. Монреальская шкала оценки когнитивных функций. Результат – когнитивные нарушения.

4. 8 тестов на болезнь Альцгеймера. Результат – 18 баллов, начало и прогрессирование заболевания

5. Тест – картинки на болезнь Альцгеймера. Результат – начало и прогрессирование заболевания

С целью дифференциальной диагностики были проведены тесты на депрессию:

А) тест Бека. Результат – 0 баллов, депрессии нет

Б) Самоопросник для выявления депрессии CES-D. Результат – 7 баллов, депрессии нет.

По результатам опроса пациентки, неврологического осмотра, параклинических методов исследований, согласно критериям диагностики мы можем предположить, что пациентка имеет нейродегенеративное поражение ЦНС, вероятнее всего, БА с когнитивным снижением до степени деменции.

Согласно клиническим рекомендациям, функционирующим на территории РФ, у нашей пациентки имеются следующие нарушения:

А) Наличие деменции (снижение когнитивных функций, в первую очередь, памяти в сочетании с нарушением речи, зрительно-пространственных расстройств, мышления);

Б) Наличие малозаметного начала;

В) Медленное прогрессирование когнитивных расстройств на протяжении не менее 6 месяцев;

Г) Отсутствие признаков другого заболевания, вызывающего деменцию;

Д) Отсутствие острого начала и очаговой неврологической симптоматики.

Все перечисленные расстройства являются критериями для постановки диагноза Болезнь Альцгеймера. Поэтому вероятнее всего у нее имеется это заболевание.

Для подтверждения нейродегенерации альцгеймеровского типа необходимо исследование цереброспинальной жидкости на соответствующие маркеры: таурин и бета- белок. Для уточнения наследственной этиологии заболевания необходимо провести цитогенетическое исследование на наличие мутаций в генах APP, PSEN1, PSEN. Однако, в рутинной клинической практике эти исследования используются редко.

Заключение. Таким образом, болезнь Альцгеймера представляет собой дегенеративное заболевание головного мозга, связанное с прогрессирующей гибелью ацетилхолинергических нейронов. Заболевание может протекать без явно выраженных симптомов, поэтому в обычной жизни люди могут даже не подозревать о наличии данной патологии. Таким образом, нужно бережно относиться к своему здоровью и при первом появлении когнитивных расстройств необходимо незамедлительно обращаться к специалистам для ранней диагностики и адекватного лечения заболевания.

Список литературы

1. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. /М.: изд-во МГУ. -1969 г.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. //-Москва: изд-во МГУ. -1973.
3. Lezak M.D. Neuropsychology assessment. //N.Y. University Press. -1983. -P.768.
4. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. //Под ред. Н.Н. Яхно. –М., 2002. –85 с.
5. Iqbal K., B. Winblad, T. Nishimura, M. Takeda, H.M. Wisniewski(eds) Alzheimer's Disease: Biology, Diagnosis and Therapeutics John Willey and Sons Ltd, 1997, 830 p.
6. Lovenstone S., Gauthier S. Management of dementia. //London: Martin Dunitz. -2001.
- 7.Тювина НА, Балабанова ВВ. Деменции альцгеймеровского типа: современное состояние проблемы. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;6(1):61-7.

РОЛЬ НАРУШЕННОЙ ОБЩЕЙ БИОМЕХАНИКИ ЧЕЛОВЕКА В ФОРМИРОВАНИИ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Барулин А.Е., Кузнецова П.Г.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград*

Цель исследования. Определение ведущих паттернов нарушенной биомеханики у лиц молодого возраста с различной локализацией болевых проявлений.

Материалы и методы исследования. Обследовано 37 пациентов (20 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 18 до 45 с нарушениями биомеханики и наличием МФБС.

Применялись диагностические приемы: визуально-оптическая диагностика, мануально-мышечное тестирование, кинестетическая диагностика методом послышной пальпации. Визуально-оптический анализ (ВОА) статики проводили в положении пациента стоя, сидя. Оценка проводилась по линиям во фронтальной и сагитальных плоскостях. Линии контроля: по биаурикулярной линии, биакромиальной линии, нижней бикостальной линии, бикристоилиокальной линии.

Результаты исследования. При обследовании пациентов методом визуально оптической диагностики было обнаружено в 94,5% случаев имеется асимметрия анатомических ориентиров во фронтальной плоскости. Смещение центра тяжести по фронтальной оси у 75,6%, по сагитальной оси у 83,7%. Гиперлордозирование шейного отдела позвоночника(62,1%), усиление грудного кифоза(86,4%).

При мануально-мышечном тестировании практически у каждого в группе был выявлен дисбаланс скелетной мускулатуры (97,2%).

Методом послышной пальпации были выявлены признаки МФБС у 97,2% исследуемых пациентов.

Заключение. В результате исследования были выявлены основные паттерны нарушенной биомеханики, а также их взаимосвязь с наличием и степенью выраженности МФБС.

РОЛЬ МИКРООРГАНИЗМОВ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ СИНУКЛЕИНОПАТИЙ

Болотина Е.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) – мультисистемное нейродегенеративное заболевание, принадлежащее по молекулярной природе к группе синуклеинопатий [1]. Морфологически оно характеризуется прогрессирующей гибелью нейронов ЦНС, вырабатывающих дофамин, прежде всего – локализующихся в черной субстанции. Было показано, что помимо двигательных расстройств (гипокинезия, тремор, ригидность мышц), важное значение для качества жизни пациентов с БП имеют немоторные симптомы, среди которых – нарушение функции желудка и кишечника. Их выявляют более, чем у 80% пациентов с БП и рассматривают, как ранние проявления заболевания. Однако патогенез желудочно-кишечных нарушений при БП и роль микроорганизмов, населяющих кишечник, в развитии синуклеинопатий изучены недостаточно.

Цель исследования. Изучить состояние научной проблемы – роль микроорганизмов кишечника в развитии синуклеинопатий.

Материалы и методы исследования. Проведен систематический поиск и анализ литературы для выявления публикаций, описывающих роль микроорганизмов кишечника в развитии синуклеинопатий. Первичный поиск проводился в базах данных PubMed и NIH Gene. Глубина поиска: 1987-2023гг. Затем списки литературы были проверены в базах OMIM, MEDlars onLINE, Cochrane Library, eLibrary, Google Scholar, UpToDate. Проанализировано 50 источников, согласно условиям публикации, отобрано 5.

Результаты исследования. В настоящее время широко распространено мнение о том, что микробиота кишечника критически важна для надлежащего развития и поддержания функций мозга. С другой стороны, накопилось достаточно данных, свидетельствующих о причастности микробиоты к различным заболеваниям, в том числе БП.

Оценки показывают, что в кишечнике находится огромное (от 10^{13} до 10^{14}) количество микроорганизмов.

В последнее время становится все более очевидным, что энтеральная микробиота может существенно влиять на перекрестное взаимодействие между кишечником и мозгом, оказывая заметное влияние на процессы пищеварения, иммунные реакции, эмоциональный статус, восприятие и когнитивные функции. У пациентов с БП наблюдается как нарушение моторики кишечника, так и изменение микробного состава, но до сих пор неясно, какое состояние первично и какую роль кишечник и кишечная микробиота играют в прогрессировании БП. Хотя изучение роли кишечной микробиоты в патогенезе БП все еще находится в зачаточном состоянии, недавняя экспериментальная работа Sampson T.R. и соавт. уже продемонстрировала, что пересадка фекальной

микробиоты от донора с БП может ускорить прогрессирование заболевания у генетически предрасположенных животных [2].

Признаком БП является патологическое распределение α -синуклеина в обонятельных луковицах, сплетениях энтеральной нервной системы (ЭНС) от пищевода до прямой кишки. Braak H. и соавт. предположили, что отложение α -синуклеина может начинаться в обонятельных луковицах и / или в ЭНС при участии неизвестного токсина из окружающей среды или микробного патогена, а затем распространяться на другие по структуре ЦНС [3].

Исследования Banks W.A. и соавт. показывают, что у больных БП проницаемость кишечника выше по сравнению с контролем. Было обнаружено, что на ранних стадиях БП состояние, известное как синдром «дырявой» кишки, связано с патологией кишечного α -синуклеина. Повышенная проницаемость кишечника из-за дефектной барьерной функции облегчает перемещение микроорганизмов (например, бактерий) и микробных продуктов (например, липополисахаридов (ЛПС)), которые, в свою очередь, могут инициировать воспаление и окислительный стресс, тем самым приводя к α -синуклеинопатии в ЭНС. Более того, ЛПС из кишечника могут нарушать целостность гематоэнцефалического барьера, способствуя нейровоспалению и повреждению структур ЦНС [4].

Косвенно подтверждает эту гипотезу тот факт, что полная ваготомия у пациентов с БП может привести к снижению риска прогрессирования БП по сравнению с частичной ваготомией или без таковой, что предполагает важную роль блуждающего нерва в качестве канала распространения телец Леви из ЭНС в ЦНС. Более того, было показано, что токсины, подобные пестицидам (например, ротенон), перорально вводимые мышам, воспроизводят экспериментальную БП. В доклинической модели резекция симпатических и парасимпатических нервов до воздействия ротенона предотвращала развитие паркинсонизм-подобной патологии и задерживала нарушение кишечной моторики [5].

Заключение. БП – мультифакторное заболевание, обусловленное генетическими, эпигенетическими факторами, а также деятельностью микроорганизмов. Для успешного лечения важно идентифицировать все компоненты, которые участвуют в формировании фенотипа, это позволит обеспечить персонализированную помощь пациентам.

Понимание того, как кишечные микробы влияют на ось кишечник-мозг, является предметом перспективных исследований. Важно помнить, что необходима осторожность при интерпретации таких исследований. Вопрос о том, являются ли изменения в микробиоте ключевыми в патогенезе по крайней мере БП, в настоящее время остается без однозначного ответа.

Автор выражает благодарность д.м.н. О.В. Колоколову за помощь при написании статьи.

Список литературы

1. Ilarioshkin SN et al. Parkinsonism and the substantia nigra. 2019. 304.
2. Sampson TR et al. Gut microbiota regulate motor deficits and neuroinflammation in a model of Parkinson's disease. *Cell*. 2016;167:1469–1480.e1412.

3. Braak H et al. Gastric alpha-synuclein immunoreactive inclusions in meissner's and auerbach's plexuses in cases staged for Parkinson's disease-related brain pathology. *Neurosci. Lett.* 2006;396:67–72.
4. Banks WA, Erickson MA The blood-brain barrier and immune function and dysfunction. *Neurobiol. Dis.* 2010;37:26–32.
5. Pan-Montojo F et al. Environmental toxins trigger PD-like progression via increased alpha-synuclein release from enteric neurons in mice. *Sci Rep.* 2012;2:898.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ РАННЕ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Бровко М.А., Чехонацкий А.А., Чехонацкий В.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. При создании любой системы прогнозирования её высокая надежность в значительной мере определяется выбором адекватных поставленной задачи прогностических критериев. Существенное значение для выбора критериев прогнозирования, играет выбор момента прогнозирования. При прогнозировании риска развития повторного инсульта в позднем восстановительном периоде должна быть собрана информация об уже существующих факторах до первого инсульта и новых, возникших в остром и раннем восстановительных периодах.

Цель исследования. Разработать индивидуализирующий подход к прогнозированию развития повторного нарушения мозгового кровообращения у пациентов, перенёсших ранее ишемический инсульт.

Материалы и методы исследования. Для разработки системы прогнозирования выбран период с начала раннего восстановительного периода и до окончания позднего восстановительного периода, т.е. два года наблюдения. Наблюдение проведено у 93 пациентов. За два года наблюдения повторная сосудистая катастрофа головного мозга произошла в 20 случаях, что составило 21,5% от общего числа находившихся под наблюдением, при этом в течение первого года - у 12 (12,9%) и второго - у 8 (8,7%). Число больных без повторного развития инсульта (группа контроля) составило 73 человека или 78,5%. При выборе прогностических критериев для оценки вероятности повторного развития ишемического инсульта мы придерживались уровня достоверности «В». Указанному критерию достоверности в различных научных исследованиях соответствуют следующие показатели: возраст, наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы, курение, стресс, сахарный диабет, низкая физическая активность, ожирение, высокий уровень холестерина, нарушение режима питания.

Результаты исследования. Согласно проведённого анализа, к значимым факторам повторного развития инсульта были отнесены: метаболический синдром,

эмоциогенное пищевое поведение, уровень стресса, индекс курения, возраст более 65 лет, интермиттирующее течение первого инсульта, неполная семья, низкая приверженность к лечению.

Заключение. Математический анализ перечисленных факторов риска с повторным инсультом позволил создать экспертно–консультативную систему, позволяющую с 87% надежностью оценивать вероятность развития повторного инсульта в ближайшие два года. Качественный анализ сочетания различных факторов риска, согласно полученных данных, позволяет уточнить сроки развития инсульта в ближайшие два года с точностью до шести месяцев.

СЛУЧАЙ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ИГНОРИРОВАНИЯ ПРИ ОБШИРНОМ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА В БАССЕЙНЕ ПРАВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

Букреева Е.Г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Неглект, или феномен зрительно-пространственного игнорирования, довольно распространенный симптом очагового поражения головного мозга, особенно правополушарной локализации (до 85%) [1]. Синдром игнорирования характеризуется утратой способности пациента отвечать на стимуляцию или воспринимать информацию на стороне, противоположной пораженному полушарию [2]. Причины развития данного феномена до конца не изучены. Большинство исследователей объясняют зрительно-пространственные нарушения разной контролирующей функцией полушарий мозга, образно называя неглект «афазией правого полушария». В основе развития феномена зрительно-пространственного игнорирования лежит нарушение нормального функционирования как первичных сенсорных и моторных центров коры, так и глубинных структур головного мозга, в результате чего нарушается межполушарное взаимодействие. Сохранение неглекта на протяжении трех месяцев и более с момента заболевания существенно ухудшает отдаленный реабилитационный прогноз [3,4]. В представленном клиническом случае описан вариант зрительно-пространственного игнорирования и комплекс реабилитационных мероприятий для коррекции данной патологии.

Цель исследования. Описание клинического случая неглекта и методов физической реабилитации, эрготерапии для его коррекции.

Материал и методы исследования. Проведены: опрос пациента; оценка неврологического статуса; тестирование пациента; анализ медицинской карты стационарного больного (003/у), включающий изучение результатов инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Клинический случай пациента, 62 лет, который в марте 2022 г. был госпитализирован в ГУЗ ОКБ г.Саратова для проведения стационарного этапа медицинской реабилитации. При поступлении жалобы на слабость в левых конечностях, преимущественно в руке, нарушение походки, повышенную утомляемость. Анамнез: артериальная гипертензия на протяжении не менее 10 лет без систематического приема антигипертензивных препаратов. В декабре 2021г. утром после пробуждения появилась слабость в левых конечностях; доставлен в ГБУЗ по м/ж, диагностирован ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии; после курса медикаментозной терапии направлен для дальнейшего лечения в отделение медицинской реабилитации.

Неврологический статус: сознание ясное. Пациент располагается сидя на больничной койке, ротация головы направо, в сторону сидящей рядом супруги. На обращение врача, находящегося слева от пациента, реагирует не сразу, зрительный контакт снижен. На вопросы отвечает не всегда по-существу, с частыми паузами, речь односложная. Черепная иннервация: обоняние сохранено. Острота зрения снижена. Зрачки округлой формы D=S. Фотореакции прямая и содружественная — сохранены. Реакция на аккомодацию и конвергенцию снижена. Глазные щели относительно симметричны, движения глазных яблок ограничены в крайних отведениях. Левосторонний прозопарез по центральному типу. Острота слуха обычная. Язык при высовывании из полости рта умеренно девиирован влево. Глотание сохранено. Симптомы орального автоматизма +. Поверхностная чувствительность в конечностях нарушена по церебрально-проводниковому типу слева. Левосторонний гемипарез до плегии в руке и 2-3 баллов в ноге без повышения мышечного тонуса. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены с преобладанием слева. Патологический симптом Бабинского слева. Проверка в позе Ромберга затруднена. Ходьба с использованием четырехопорной трости. Шкала Рэнкина 4 степень - выраженное нарушение жизнедеятельности. Шкала Бартелл- 65 баллов. МРТ головного мозга: МР-картина ОНМК по ишемическому типу в правой теменно- височной области размерами 43*42*52 мм, дисциркуляторной энцефалопатии. МР-ангиография: признаки окклюзии правой внутренней сонной артерии до клиновидного сегмента; стеноз правой ВСА на уровне клиновидного сегмента до М1 правой средней мозговой артерии.

Диагностика неглекта проводилась с помощью модифицированной цифровой корректурной проба Вассермана, заключающейся в поиске и вычёркивании заданных чисел в бланке стимульного материала [5].

В отделении пациенту проведен комплекс реабилитационных мероприятий-лекарственный электрофорез эуфиллина, магнитотерапия воротниковой зоны, массаж левых конечностей, ЛФК. Коррекция неглекта проводилась комплексно через усиленное поступление стимулов с левой стороны: обращение медицинского персонала, методы сенсорной стимуляции левых конечностей, кинезиотейпирование левого предплечья розовым тейпом, использование эрготерапевтических методов, включающих коррекцию физического окружения (расположение кровати с возможностью подхода к пациенту с левой стороны). На фоне проведенного лечения уменьшились явления брадифрениии, расширилась физическая активность, поструральная

устойчивость. Пациент выписан под наблюдение невролога по месту жительства с дальнейшими рекомендациями по приему антигипертензивных, гиполипидемических препаратов, антиагрегантов, также родственникам разъяснены особенности взаимодействия с пациентом.

Заключение. Неглект — это сложный комплекс взаимосвязанных нарушений, включающий сенсорный, двигательный, когнитивный, поведенческий и эмоционально-личностный компоненты. Такая структура нарушения сказывается на сложности проведения нейрореабилитационных мероприятий и требует основательного подхода к его диагностике. Верификация феномена зрительно-пространственного игнорирования позволяет выбрать правильную тактику лечения и проводить комплексное реабилитационное лечение, что способствует улучшению прогноза у таких пациентов.

Список литературы

1. Андреева, М.А. Особенности проявления и диагностики односторонней пространственной агнозии у пациентов, перенесших инфаркт мозга в правом каротидном бассейне / Андреева М.А., Минзар И.А., Лебедев В.И. // Молодежный сборник научных статей «Научные стремления» Минск, 2016. – Вып. 19. - С. 5-11.
2. Бизюк, А.П. Основы нейропсихологии: учебное пособие. // СПб.: Речь. — 2005. — 293 с.
3. Визель, Т. Г. Основы нейропсихологии : учеб. для студ-ов вузов // Т. Г. Визель. – АСТ: Транзиткнига. — 2006. – 384 с.
4. Корсакова, Н. К. Клиническая нейропсихология / Корсакова Н. К., Московичюте Л.И. - М.: МГУ. — 1988.
5. Вассерман, Л.И. Невербальная методика «комплексная фигура» рея – остерриета и ее психодиагностическое значение для квалификации нейрокогнитивного дефицита / Вассерман Л.И., Чередникова Т.В. // Сибирский психологический журнал. – 2013. — № 49.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ АВТОНОМНАЯ НЕВРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Букреева Е.Г., Лукина Е.В., Салина Е.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Сахарный диабет является ведущей причиной развития невропатии, при этом поражения периферической нервной системы гетерогенны и представлены различными клиническими формами.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая диабетической автономной невропатии у пациента с сахарным диабетом I типа.

Материалы и методы исследования. Анализ клинического случая пациента с установленным диагнозом: сахарный диабет I типа, стадия субкомпенсации.

Результаты исследования. Больной 43 лет, предъявлял жалобы на резкое падение артериального давления при переходе из горизонтального положения в вертикальное, общую слабость, бледность кожных покровов, ощущение сердцебиения, онемение, покалывание в кончиках пальцев конечностей, ноющие боли в ногах, преимущественно в икроножных мышцах, в ночное и вечернее время суток, жажду, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела несмотря на хороший аппетит. В экстренном порядке был госпитализирован в стационар с подозрением на желудочное кровотечение. В ходе проведенного обследования (общий анализ крови, коагулограмма, АлТ, АсТ, мочевины, креатинин; копрограмма, анализ кала на скрытую кровь; рентгенография пищевода и желудка; фиброгастродуоденоскопия; ирригоскопия; УЗИ органов ЖКТ) данных за желудочно-кишечное кровотечение не выявлено. Данные за декомпенсацию сахарного диабета и патологию надпочечников не обнаружено. Онкомаркеры – без патологии. Анамнестических данных, свидетельствующих об алкоголизме не выявлено.

В неврологическом статусе очаговой и общемозговой симптоматики не выявлено. Отмечались эмоциональная лабильность, диффузная мышечная гипотония, гипорефлексия. Чувствительность нарушена по полиневритическому типу. При попытке встать или сесть со спущенными ногами резко развивается общая слабость, бледность кожных покровов, общий гипергидроз, предобморочное состояние. Кожные покровы стоп сухие, шелушащиеся. Выявляется стойкий красный дермографизм. На правой стопе выявляется трофическая язва, диаметром ~ 1,0 см. При выполнении ортостатической пробы АД снижается с 115/80 мм рт ст. до 70/40 мм рт ст, ЧСС увеличивается с 74 до 88 ударов в 1 минуту. Клиностатическая проба – повышение АД с 70/40 мм рт ст до 110/75 мм рт ст, урежение ЧСС с 88 до 78 ударов в 1 минуту. Проба Даньини-Ашнера – урежение ЧСС с 74 до 70 ударов в 1 минуту.

Клинических данных за мультисистемную атрофию (пирамидная недостаточность, мозжечковый синдром, акинетикоригидный синдром), кроме вегетативной недостаточности выявлено не было. Проведено исследование сердечно-сосудистой системы. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 82 в 1 мин, ЭОС вертикальная, интервал QT увеличен, незначительная дисперсия интервала ST, нарушение реполяризации зубца T. Холтеровское мониторирование ЭКГ – выявленная разница между максимальной и минимальной ЧСС в течение суток составила 10-12 уд/мин. ЭХО сердца – увеличение минутного и ударного объема, снижение общего периферического сопротивления левого желудочка, ЧСС 78 в 1 мин, признаки гипертрофии левого желудочка.

Установлен диагноз: Диабетическая невропатия, смешанная форма (сенсорно-моторно-вегетативно-трофическая). Диабетическая автономная невропатия, преимущественно кардиоваскулярная форма. Ортостатическая гипотензия. Фон: Сахарный диабет I типа, фаза субкомпенсации.

Заключение. При сахарном диабете, помимо типичной дистальной сенсорно-моторной невропатии, в более чем половине случаев, наблюдаются различные варианты вегетативной невропатии, среди которых кардиоваскулярная форма является наиболее значимой в отношении развития осложнений и опасной в отношении прогноза, что требует своевременной диагностики и коррекции терапии.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ 5Q III ТИПА

**Быков Ю.Н., Васильев Ю.Н., Загвозкина Т.Н., Аникина И.В., Тарасова Т.А.,
Василькова С.В., Плеханова Ю.С.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иркутск

Введение. Спинальная мышечная атрофия (СМА) – это тяжелое аутосомно-рецессивное нервно-мышечное заболевание, характеризующееся прогрессирующими симптомами вялого паралича и мышечной атрофии вследствие дегенерации α -мотонейронов передних рогов спинного мозга [1]. Выделяют I, II, III и IV типы СМА [2]. Ювенильная форма СМА относится к III типу, к ее возникновению приводят мутации в теломерной копии 5 хромосомы (5Q) [3].

Распространенность проксимальной спинальной мышечной атрофии составляет 1 на 6000-10 000 новорожденных [4]. Данные по распространенности заболевания в РФ отсутствуют. Частота носительства заболевания – 1/40-1/50 в популяции в целом. По данным ФГБНУ МГНЦ имени академика Н. П. Бочкова частота носительства мутации в гене SMN1 в России – 1/36 человек и расчетная частота рождения ребенка со СМА 1 на 5184 новорожденных гена (SMN1) [5].

Клинически СМА проявляются слабостью, атрофией и фасцикуляциями в мышцах. В большинстве случаев наблюдается симметричная слабость проксимальной мускулатуры, и лишь для редких вариантов характерно поражение дистальных мышц, асимметричное поражение или вовлечение бульбарной мускулатуры. Нарушений чувствительности, пирамидных знаков нет [6].

СМА III типа (болезнь Кугельберга- Веландер) начинается в возрасте 2-17 лет. Тип наследования – аутосомно-рецессивный. Заболевание в большинстве случаев прогрессирует медленно. Многие больные доживают до взрослого возраста, сохраняя способность к самостоятельному передвижению, и имеют нормальную продолжительность жизни, но некоторые утрачивают способность к передвижению в подростковом возрасте. Тяжелые осложнения в виде дисфагии и слабости дыхательных мышц наблюдаются редко [7].

В представленном клиническом случае представляет интерес дифференциальный диагноз с миопатией Эрба-Рота, выставленный в детском возрасте у пациента.

Цель исследования. Дифференциальная диагностика наследственного нервно-мышечного заболевания с проведением молекулярно-генетического исследования.

Материал и методы исследования. Проанализирован клинический метод пациентки с выставленным в детстве диагнозом: Миопатия Эрба-Рота. Пациентка была информирована о проведении исследования и подписала согласие на публикацию обезличенных данных.

Результаты исследования. Клинический случай пациентки, 36 лет, которая в феврале 2023 г. была госпитализирована в неврологическое отделение клиники нервных болезней ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России для уточнения диагноза и симптоматического лечения. Жалобы на слабость в ногах и руках в проксимальных отделах, больше в ногах, слабость в спине. При физической нагрузке возникают судороги в ногах, руках, теле, после чего возникает ноющая боль в теле, которую облегчает горячая ванна. Падает из-за слабости в ногах. Дрожание в руках, ногах при физической нагрузке. Подергивания в мышцах всего тела. Чувство нехватки воздуха после физической нагрузки, при подъеме на второй этаж. Проще спускаться по лестнице, чем подниматься. Анамнез: установлено, что с 7 лет стала уставать на уроках физкультуры, но к врачам не обращались. В 5 классе после летних каникул не смогла сделать приседания, стала подниматься при помощи рук. Обратились к неврологу. Со слов пациентки в неврологическом статусе исчезли коленные рефлексы, был заподозрен диагноз: Миопатия. Ежегодно проходила лечение в неврологическом отделении Ивано-Матрененской детской клинической больницы (г. Иркутск). Выставлен диагноз: Миопатия Эрба-Рота. Генетическое обследование не проводилось. Биопсия мышц не проводилась. Наблюдается у невролога по месту жительства, периодически проходит амбулаторное лечение: эссенциале, витамины группы В, Е, актовегин, милдронат. Слов пациентки две родные сестры страдают подобными проявлениями, "слабая физическая подготовка". В феврале 2021 года перенесла COVID-19, после чего появилась одышка, стала быстрее уставать, но с данными жалобами к врачу не обращалась. В сентябре хотела сдать на водительские права, но отказали из-за диагноза. По собственной инициативе проведено ЭНМГ 15.11.2022г: При игольчатой ЭМГ (nn.tibialis dex. etsin.) зарегистрирована спонтанная активность в виде потенциалов фибрилляций; амплитуда и длительность ПДЕ повышена; амплитуда интерференционного паттерна с разрежением кривой, что характерно для нейрогенного процесса. Также, стала отмечать усиление слабости в ногах, стала часто падать из-за слабости. Обратилась к неврологу в поликлинику, после осмотра рекомендовано стационарное лечение. В феврале 2023г. проходила лечение в неврологическом отделении клиник ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России.

Был взят генетический анализ на спинальную мышечную атрофию.

Анализ наличия экзона 7 генов SMN1/SMN2 (03.02.2023). Зарегистрировано отсутствие сигнала, соответствующего экзону 7 гена SMN1.

Поиск делеций в гене SMN1(07.02.2023). В результате исследования у пробанда зарегистрирована делеция экзонов 7-8 гена SMN1 в гомозиготном состоянии. Делеция экзонов 7-8 гена SMN1 в гомозиготном состоянии является причиной проксимальной спинальной мышечной атрофии 5Q.

Определение числа копий генов SMN1, SMN2 (21.02.2023). В результате исследования зарегистрировано n=0 копий экзонов 7-8 гена SMN1, n=4 копии экзонов 7-8 гена SMN2, что подтверждает диагноз спинальной мышечной атрофии 5Q III типа.

Креатинфосфокиназа - 386.00 МЕ/л (26.01.2023). Также обследована родная сестра пациентки – выявлено подобное заболевание с аналогичным генетическим профилем.

Физикальное исследование: Температура - 36.5. Рост - 154 см. Вес - 50 кг. Индекс массы тела (формула автоматом) - 21.08. Состояние пациента удовлетворительное. Сознание: ясное. Положение больного: активное. Тип конституции: нормостеник. Осанка: незначительно выраженный сколиоз поясничного отдела позвоночника. Оценка состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек: телесного цвета, обычной влажности, без патологических высыпаний. Состояние подкожно-жировой клетчатки: нормальное, псевдогипертрофии мышц голени. Наличие пастозности, отеков нет. Результаты пальпации лимфатических узлов: не пальпируются. Варикозное расширение вен: нет. Щитовидная железа в пределах нормы. Форма грудной клетки: нормальная. Деформация грудной клетки: нет. Тип дыхания грудной. Частота дыхательных движений - 17. Насыщение крови кислородом (сатурация) - 99. Одышка незначительная при ходьбе. Результаты аускультации легких: дыхание проводится по всем отделам. Хрипов нет. Результаты перкуссии и аускультации сердца: перкуторно границы сердца не изменены. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, ясные, патологических шумов не определяется. Частота сердечных сокращений - 63. Частота пульса - 63. Пульс ритмичный. АД - 110/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы. Результаты пальпации органов брюшной полости пальпация органов брюшной полости: безболезненна. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Перкуторно границы селезенки в пределах нормы. Пальпация кишечника: безболезненная. Осмотр поясничной области: патологических изменений не определяется. Пальпация почек: область проекции почек внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в пределах нормы. Оценка характера системы мочеиспускания: со слов пациента свободное, не затруднено, произвольное, безболезненное. Оценка характера стула и кратности дефекации: со слов пациента нормальный, оформленный, без патологических включений, 1-2 раза в день. Наличие симптомов раздражения брюшины: не определяются. Наличие менингеальных симптомов: не определяются

Неврологический статус: 1 пара - обоняние норма. 2 пара - зрение норма. II, IV, VI пары - зрачки круглые, средней величины, D=S, движение глазных яблок в полном объеме. Зрачковые реакции на свет: живые. Зрачковые реакции на конвергенцию: живые. Зрачковые реакции на аккомодацию: живые. Птоз: нет. Косоглазие: нет. Диплопия: нет. V пара - точки выхода тройничного нерва безболезненные. Чувствительность на лице сохранена. Жевательную мускулатуру напрягает достаточно. Вкус на языке не изменен. VII - лицо симметричное. Функция мимической мускулатуры достаточная. VIII - слух сохранен. Нистагма нет. Головокружение: нет. IX, X - голос не изменен. Глотание не нарушено. Дужки мягкого неба стоят симметрично, при фонации подвижны. Глоточный рефлекс сохранен. XI - движения головы не ограничены. Плечи поднимает одинаково с обеих сторон. XII - язык по средней линии. Атрофия мышц языка нет. Фасцикуляция мышц языка: есть. Рефлексы орального автоматизма: нет. Объем активных движений в руках не ограничен. Объем активных движений в ногах не ограничен. Верхняя Проба Баре: отрицательная с обеих сторон. Нижняя Проба Баре: положительная с обеих сторон. Сила в руках в проксимальных отделах: 4 балла с двух сторон. Сила в руках в дистальных отделах: 4.5 балла с двух сторон. Сила в ногах в проксимальных отделах: 3 балла с двух сторон. Сила в ногах в дистальных отделах: 4 балла с двух сторон. Тонус

мышц в конечностях – в руках гипотонус, в ногах гипотонус. Псевдогипертрофия икроножных мышц. Движения в шейном отделе позвоночника не ограничены. Карпорадиальные рефлексы: не вызываются. Рефлексы с бицепса: резко снижены, равные. Рефлексы с трицепса: не вызываются. Коленные рефлексы: не вызываются. Ахилловы рефлексы: не вызываются. Подошвенные рефлексы: не вызываются. Брюшные рефлексы: вызываются, равные, умеренные. Стопные патологические рефлексы: нет. Кистевые патологические рефлексы: нет. Клонусы стоп: нет. Менингеальные симптомы: нет. Болевая чувствительность не изменена. Температурная чувствительность не изменена. Глубокие виды чувствительности не изменены. Вибрационная чувствительность не изменена. Мышечно-суставное чувство не изменено. Пальце-носовая координационная проба: выполняет удовлетворительно, с двух сторон, тремор пальцев вытянутых рук. Пяточно-коленная координационная проба: выполняет затрудненно из-за пареза, с обеих сторон. Атаксия: нет. Поза Ромберга: покачивается, из позы не выходит. Походка утиная. Адиадохокинеза нет. Незначительно выраженный сколиоз поясничного отдела позвоночника. Пальпация позвоночника по остистым отросткам безболезненна. Дефанс мышц спины: нет. Пальпация окципитальных точек безболезненна. Симптомы натяжения отрицательные. Вегетативный статус: влажность кожи в пределах возрастной нормы, ортостатическая проба - пульс относительно замедлен, дермографизм розовый, тип реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку – гипертонический, влажность кожи в пределах возрастной нормы, гипергидроз дистальный, сальность кожи нормальная. Расширенная шкала моторных функций HFMSSE – 57 баллов [8]. Симптом Говерса положительный

Дополнительное обследование.

Электромиография игольчатая (одна мышца), 28.03.2023г. При игольчатой ЭМГ (m. Deltoideus dextra): зарегистрирована спонтанная активность в виде потенциалов фибрилляций; амплитуда и длительность ПДЕ повышена; полифазия ПДЕ незначительная, амплитуда интерференционного паттерна с разрежением кривой - характерно для нейрогенного процесса. При игольчатой ЭМГ (m. Tibialis anterior sinistra): зарегистрирована спонтанная активность в виде потенциалов фибрилляций, положительных острых волн; амплитуда и длительность ПДЕ повышена; полифазия ПДЕ умеренная, турно-амплитудный анализ со смещением «облака» в сторону высоких амплитуд и низких частот - характерно для нейрогенного процесса.

Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков, 29.03.2023г. Показатель жизненной ёмкости лёгких ЖЕЛ 81%. Показатель объема форсированного выдоха ОФВ1 99%. ОФВ1/ФЖЕЛ 92,4. Заключение: нормальная спирометрия.

Компьютерная томография позвоночника (один отдел), 29.03.2023 г. Заключение: Дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника. Умеренная сколиотическая деформация поясничного отдела позвоночника. Ретропсевдоспондилолистез L3, 1 ст. МСКТ- картина дорзальной равномерной протрузии межпозвонкового диска L5-S1. Камень правой почки.

За время госпитализации в клинике наблюдалась положительная динамика: Субъективно сохраняется слабость в ногах и руках в проксимальных отделах, больше в ногах, слабость в спине, без усиления выраженности на фоне лечения, в настоящее

время при привычной физической нагрузке не возникают судороги в ногах, руках, теле, дрожание в руках и ногах, чувство нехватки воздуха не появляется после физической нагрузки, боль в теле не беспокоит, головная боль на момент осмотра не беспокоит. Пациентка выписана под наблюдение невролога по месту жительства.

Рекомендовано: продолжить амбулаторно прием капсул тиоктовой кислоты 600 мг утром до 3 месяцев. Курсы тиоктовой кислоты 1-2 раза в год. Курсом ипидакрин 20 мг 3 р/д до 2 месяцев. Курсы ипидакрина несколько раз в год с перерывом между курсами в 1-2 месяца. ЛФК регулярно. Курсы физиотерапии, массажа при отсутствии противопоказаний 1-2 раза в год. Гиполипидемическая диета. Контроль КФК амбулаторно через 6 месяцев, исследование уровня 25-ОН витамина Д. Консультация генетика. Учитывая наличие генетически подтвержденной спинальной мышечной атрофии, которая носит неуклонно прогрессирующий жизнеугрожающий характер, незначительную сколиотическую деформацию, фертильный возраст, с целью предотвращения прогрессирования заболевания, стабилизации двигательных функций, сохранения самообслуживания показано постоянное длительное патогенетическое лечение по жизненным показаниям. Предпочтителен препарат нусинерсен, 12 мг интратекально, по схеме. Больная направлена в специализированный центр для проведения патогенетического лечения, продолжается динамическое наблюдение в клинике нервных болезней ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России.

Заключение. У лиц молодого возраста с клинически выставленным диагнозом нервно-мышечного заболевания или подозрением на таковое обязательным является проведение генетического обследования. В частности, при проведении дифференциального диагноза со спинальной мышечной атрофией обязательно должно проводиться молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене SMN1. Верификация диагноза позволяет выбрать правильную тактику лечения и проводить патогенетическое лечение, что способствует стабилизации состояния и улучшению прогноза у таких пациентов. Также необходимо генетическое тестирование сиблингов пациента с нервно-мышечным заболеванием для выявления у них подобных мутаций.

Список литературы

1. Неврология: справочник практ. врача / О.Л.Левин, Д.Р.Штульман.- 14-е изд.- Москва : МЕДпресс-информ, 2022.896 с.
2. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по диагностике и лечению спинальных мышечных атрофий у детей // Авторы: Влодавец Д.В., Харламов Д.А., Артемьева С.Б., Белоусова Е.Д., 2013. 32 с.
3. Проксимальная спинальная мышечная атрофия 5q // Авторы: Артемьева С.Б., Влодавец Д.В., Белоусова Е.Д. и др., 2021. 82 с.
4. Селивёрстов Ю.А., Ключников С.А., Иллариошкин С.Н. Спинальные мышечные атрофии: понятие, дифференциальная диагностика, перспективы лечения // Нервные болезни. 2015. №3. С. 9-17.
5. Забненкова В.В., Дадали Е.Л., Руденская Г.Е. и др. Анализ фено-генотипической корреляции у российских больных. СМА I—IV типа. // Мед.Генетика. 2012. №11. С. 15-21.
6. Атлас нервно-мышечных болезней: Практическое руководство / Фельдман Е. (и

- др.); пер. с англ. под ред. Гехт А.Б., Санадзе А.Г.- М.: Практическая медицина, 2017. 392 с.: ил.; табл. Доп. тит. л. англ.
7. АТЛАС НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ БОЛЕЗНЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ под редакцией Гехт А.Б., Касаткиной Л.Ф., Санадзе А.Г. – М.: Буки-Веди, 2022. 372 с.
 8. Расширенная шкала оценки моторных функций больницы Хаммерсмит (HFMSSE). Методическое руководство и оценочные листы.

СТРУКТУРА ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Вершута В.А., Воскресенская О.Н.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва

Цель исследования. Определить клинические характеристики головной боли при хронической ишемии головного мозга.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 92 человека, 30 мужчин, 62 женщины в возрасте от 50 до 85 лет. Критерии включения: наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании, установленный диагноз хронической ишемии головного мозга. Диагностику хронической ишемии головного мозга осуществляли по критериям, установленным Wardlaw и исследовательской группой STRIVE (the STAndards for ReportIng Vascular changes on Euroimaging). Диагноз головной боли устанавливался на основании критериев Международной классификации головной боли 3 пересмотра (МКГБ-3). Всех пациентов обследовали на наличие инсомнии; проводили оценку эмоционального статуса с помощью шкалы тревоги и депрессии HADS, когнитивных функций по монреальской когнитивной шкале (Montreal Cognitive Assessment, MoCA), МРТ-исследование головного мозга проводили на томографе «Siemens Essenza» с величиной магнитной индукции 1,5 Тл.

Результаты исследования. Из 92 обследуемых жалобы на головную боль предъявляли 59 человек (64,1%), при этом диагноз, предполагающий разновидность головной боли, был установлен ранее лишь у 18 пациентов (30,5%). Головная боль соответствовала критериям головной боли напряжения у 37 пациентов (40,2%), мигрени – у 13 (14,1%), мигрени и головной боли напряжения – у 9 (9,8%). Из 59 человек, страдающих головной болью, лекарственно-индуцированная головная боль была диагностирована у 17 человек (28,8%).

Заключение. На основании полученных данных не удалось выявить статистически значимого влияния головной боли на развитие гиперинтенсивности белого вещества головного мозга (оценка по шкале Fazekas) у пациентов с хронической ишемией головного мозга. У пациентов с хронической ишемией головного мозга, страдающих головной болью, чаще выявлялись расстройства

тревожно-депрессивного спектра по сравнению с группой сравнения. У пациентов с хронической ишемией головного мозга, страдающих головной болью, не удалось выявить статистически значимых различий при оценке нарушений сна по сравнению с группой контроля.

СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ COVID-19 ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Виноградов Е.И., Селянина И.В.

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь

Цель исследования. Изучить клинические проявления постковидного синдрома у детей школьного возраста.

Материал и методы исследования. Проведено клиническое и лабораторное обследование 80 детей, из которых 60 человек входили в экспериментальную группу, 20 – в контрольную. У всех детей оценивался соматический и неврологический статусы, проводился сбор жалоб и анамнеза, проводился анализ с помощью опросника качества жизни, мультимодальной шкалы астении, вопросника и схемы Вейна, также исследовалась концентрация моноцитарного воспалительного белка в слюне.

Результаты исследования. У детей, перенесших новую коронавирусную инфекцию, проявления постковидного синдрома включают в себя: астенический синдром, синдром автономной дисфункции, болевой синдром (головные боли смешанного типа), снижение толерантности к физической нагрузке.

Заключение. Функциональный статус при постковидном синдроме зависит от выраженности астении, вегетативных нарушений, возрастных особенностей и в конечном итоге, определяет качество жизни пациента. При количественном содержании саливаторного моноцитарного хемотаксического фактора меньше 19,64 пг/мл – диагностируется вегетативная дисфункция.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ И ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТРОМБОФИЛИИ

Дашдамирова Л.Р., Воскресенская О.Н., Хизроева Д.Х.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва

Цель исследования. Установление клинических особенностей мигрени при АФС и ГТ.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 55 женщин с диагнозом мигрень с аурой или без ауры, которые были разделены на основную группу (наличие сопутствующих АФС/ГТ, n=23) и группу сравнения (без АФС/ГТ, n=32). Проводилась клиническая оценка течения основного заболевания, анализ акушерско-гинекологического и наследственного анамнеза, объективизация тревоги и депрессии с использованием шкал Бека и Спилбергера-Ханина.

Результаты исследования. Пациентки с мигренью на фоне АФС/ГТ отличаются от группы сравнения более ранним возрастом дебюта мигрени ($p = 0,006$), более низкой частотой приступов ($p < 0,0001$), большей встречаемостью такой акушерской патологии, как ранний самопроизвольный аборт ($p = 0,023$), задержка развития плода ($p = 0,0006$), повторные невынашивания беременности ($p < 0,0001$) и более низкими показателями реактивной ($p = 0,04$) и личностной тревожности ($p = 0,038$).

Заключение. Ранний возраст дебюта мигрени в сочетании с низкой частотой приступов, наличие отягощенного акушерского анамнеза, отсутствие выраженных коморбидных тревожных расстройств возможно, являются маркерами мигрени, ассоциированной с гиперкоагуляционным синдромом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПЕРСОНЕЙДЖА – ТЁРНЕРА

Жалейкина М.Н., Лихачева Е.Б., Салина Е.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Синдром Персонейджа – Тёрнера (идиопатическая плечевая плексопатия) – группа невралгических амиотрофий, характеризующаяся нетравматическим поражением ветвей плечевого сплетения. Развивается остро или подостро, в дебюте определяется выраженный болевой синдром, впоследствии поражаются мышцы плечевого пояса, в частности зубчатая мышца, что объясняет наиболее характерный симптом – крыловидное положение лопатки [1]. Этиология синдрома Персонейджа – Тёрнера неясна. В настоящее время имеются сведения об инфекционном компоненте возникновения патологического процесса периферических нервов плечевого сплетения. По данным ряда исследований развития синдрома возможно обусловлено вакцинацией, имеются данные о связи с инфекцией COVID-19 [2,3]. В некоторых случаях не удается вывить четкую связь с инфекционным процессом. В основе идиопатической плечевой плексопатии лежит иммуноопосредованная реакция, возникающая у генетически предрасположенных лиц. Это состояние может быть вызвано хирургическим вмешательством, аутоиммунными заболеваниями, физическими упражнениями, травмами, радиацией. Диагноз устанавливается на основании анамнеза, физикального осмотра и по результатам параклинических методов обследования. Компьютерная томография или магнитно-резонансная томография применяются для исключения других причин или в случае, если электрофизиологическое исследование не дает окончательных результатов [4].

Частота встречаемости составляет примерно 2-3 случая на каждые 100 000 человек, чаще всего между 3-м и 7-м десятилетиями жизни. Наиболее часто заболевают мужчины [5].

Цель исследования. Проанализировать клинический случай синдрома Персонейджа – Тернера.

Материалы и методы исследования. Описание клинического случая пациента 20 лет с синдромом Персонейджа – Тернера, находившегося на стационарном лечении в ГУЗ СГКБ №9 в 2023 году.

Результаты исследования. Больной А.Н., 20 лет, поступил с жалобами на слабость в правой руке. Пациент считает себя больным в течение двух лет, когда на фоне регулярной физической нагрузки (занятия водным поло 5 раз в неделю) возникла интенсивная тянущая, "выкручивающая" боль в области правого плеча, с иррадиацией в правую лопатку, по передней поверхности грудной клетки, появилось ограничение активных и пассивных движений, слабость в проксимальном отделе правой руки. Пациенту амбулаторно была выполнена электронейромиография (ЭНМГ). Выявлено аксонально-демиелинизирующее поражение правого надлопаточного нерва. Пациент принимал метипред (точная доза неизвестна), нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Через 4 недели болевые ощущения уменьшились с 8-9 баллов до 3-4 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), через 7 недель купировались. Слабость в проксимальном отделе правой верхней конечности, быстрая утомляемость при незначительной физической нагрузке (тяжело держать кружку, книгу) сохраняется.

Неврологический статус: менингеальных, общемозговых симптомов нет. Функция черепных нервов, чувствительность сохранены, сила в левой верхней, в нижних конечностях 5 баллов. Мышечный тонус не изменен. Амплитуда активных движений ограничена в правом плечевом суставе: сгибание и отведение до 90 градусов. В правой верхней конечности дельтовидная мышца атрофирована, сила - 4 балла, правая передняя зубчатая мышца - 4 балла. Положительна верхняя проба Барре справа. «Крыловидная лопатка» справа. Физиологические глубокие рефлексy с конечностей равномерные, средней живости.

ЭНМГ: Признаки завершеногo аксонального поражения правогo длинного грудного, тыльного лопаточного, надлопаточного нервов.

КТ шейного отдела позвоночника: протрузия диска на уровне С6-С7 с незначительной компрессией дурального мешка. Сужение отверстия поперечного отростка С7 позвонка справа. Сужение межпозвонкового отверстия на уровне С7-Th1 справа, с признаками умеренной компрессии корешка спинномозгового нерва.

Установлен диагноз: идиопатическая невралгическая амиотрофия (синдром Персонейджа-Тёрнера) согласно критериям [6]:

- 1) Подострое или острое начало;
- 2) Боль в начале заболевания оценивается на 7-10 баллов по ВАШ и длится от нескольких дней до нескольких недель;
- 3) Мультифокальное распределение с фокусом на верхнюю часть туловища, длинный грудной нерв и надлопаточный нерв;
- 4) Монофазное течение с медленным восстановлением или отсутствием восстановления в течение месяца;

5) Нет другого очевидного объяснения неврологического дефицита.

Заключение. Для диагностики синдрома Персонейджа-Тёрнера необходимо провести электрофизиологическое обследование и нейровизуализацию, назначить адекватное обезболивание с целью уменьшения выраженности болевого синдрома и сокращения времени восстановления мышечной силы поврежденных мышц. Применение кортикостероидов на ранней стадии заболевания дискутабельно, поскольку не исключает развития мышечных атрофий [7]. Полное восстановление может занять до 8 лет [8].

Список литературы

1. Ashworth NL. Brachial neuritis. E Medicine. <http://www.emedicine.com/pmr/topic58.htm>; 2007 (Last accessed 29/06/2007).
2. Mitry MA, Collins LK, Kazam JJ, Kaicker S, Kovanlikaya A. Parsonage-Turner syndrome associated with SARS-CoV2 (COVID-19) infection. Clin Imaging. 2021;72:8–10. doi: 10.1016/j.clinimag.2020.11.017.
3. Young Han C, Tarr AM, Gewirtz AN, Kaunzner UW, Roy-Burman P, Cutler TS, MacGowan DJ. Brachial plexopathy as a complication of COVID-19. BMJ Case Rep. 2021;14(3):e237459. doi: 10.1136/bcr-2020-237459.
4. Zhou L, Yousem DM, Chaudhry V. Role of magnetic resonance neurography in brachial plexus lesions. Muscle Nerve. 2004;30(3):305–309. doi: 10.1002/mus.20108.
5. Neuralgic amyotrophy. Sathasivam S, Lecky B, Manohar R, Selvan A. J Bone Joint Surg Br. 2008;90:550–553.
6. John W. Norbury, Nens van Alfen, Kelly M. Harrell, Carrie A. McShane, Daniel P. Moore, Steven Mandel How to Know it When You See It: Diagnosing Neuralgic Amyotrophy (Parsonage-Turner Syndrome) // Practical Neurology. – 2015. – №9. / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://practicalneurology.com/articles/2015-nov-dec/how-to-know-it-when-you-see-it-diagnosing-neuralgic-amyotrophy-parsonage-turner-syndrome>.
7. Torres MO, Mesfin FB. Brachial Plexitis (Parsonage Turner Syndrome, Brachial Neuropathy, Brachial Radiculitis) 2017.
8. Magee KR, Dejong RN. Paralytic brachial neuritis. Discussion of clinical features with review of 23 cases. JAMA 1960; 174: 1258-62. [PubMed].

Автор выражает благодарность д.м.н. О.В. Колоколову за помощь при написании статьи.

РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА АППАРАТЕ «ГАММА-НОЖ»

Камадей О.О.¹, Лукин Д.А.², Пышкина Ю.С.², Сапожников В.А.², Репин С.П.², Михеев В.С.², Гельбельман М.М.², Синяткина Н.Н.²

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», г. Самара

² ООО «Центр перспективной медицины», г. Самара

Введение. Гамма-нож это установка для стереотаксической радиохирургии новообразований головного мозга, использующая ионизирующее излучение большого числа источников из Кобальта-60. В 1951 году Ларс Лекселл предложил объединить стереотаксическую раму с источником излучения, назвав данный подход радиохирургией. В мае 2023 года в г. Самара открылась радиологическая клиника «Центр перспективной медицины», на базе которой реализуется технология Гамма-нож для лечения пациентов с нейрохирургической патологией.

Особенность ЦПМ является индивидуальный подход, тщательный отбор пациентов, территориальная доступность в виду расположения в центре ПФО и удобная логистику. Средний срок ожидания минимален-до 3-х недель. Центр оборудован моделью гамма-ножа последнего поколения Leksell Gamma Knife Icon в котором установлено 192 источника Кобальта-60. Клинический старт состоялся в августе 2023 года, при участии коллег из гамма -ножа из Москвы ("Деловой центр" НМИЦ нейрохирургии им.Н.Н. Бурденко.)

Материалы и методы. С момента открытия процедура Гамма – нож проведена 71 пациенту, 18 мужчин, 53 женщины, средний возраст 59,5 лет. Из них 53 пациента пролечены в рамках региональных квот. 55 пациентов имели диагноз доброкачественных новообразований – менингиомы - 41, невриномы слухового нерва- 14. У 12 пациентов - диагноз вторичного поражения головного мозга (метастазы головного мозга различного генеза) – одиночного или множественного характера. 3 пациента пролечены с диагнозом «аденома гипофиза». 3 пациента - с диагнозом «кавернозная ангиома головного мозга», 1 пациент с мультифокальной глиобластомой, 1 пациент с вторичной невралгией тройничного нерва

Всем пациентам на предоперационном этапе и в сроки 3,6,9,12 месяцев после процедуры проводилась МРТ головного мозга по специальной тонкосрезовой программе. Во всех случаях лечения применялась рамочная фиксация головы. В лечении были использованы стандартные дозы облучения - 12,14,26 Гр, в зависимости от нозологии. План лечения составлялся на основании данных МРТ головного мозга и близости критических структур (зрительные нервы, хиазма, улитка, гипофиз и др.) Среднее время лечения составило 74 минуты.

Результаты. Пролеченные пациенты наблюдаются врачами центра перспективной медицины в контрольных точках обследования после процедуры. Первичные результаты свидетельствуют о том, что у большинства пациентов отмечается уменьшение объема опухолей и регресс очаговых симптомов. Осложнений не отмечалось.

Заключение. В настоящее время радиохирургия, и гамма-нож в частности, является как самостоятельным методом лечения, так и неотъемлемой частью комбинированного лечения опухолей головного мозга. Использование гамма-ножа в лечении нейроонкологических заболеваний в значительной мере меняет парадигму отбора и, нередко, объем самого хирургического лечения пациентов, что в итоге приводит к улучшению результатов лечения пациентов с объемными образованиями головного мозга.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА МОЗГА И НЕЙРОТЕХНОЛОГИЙ

Камадей О.О., Сенько И.В., Джафаров В.М.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России, г. Москва, отделение нейрохирургии

Введение. На базе отделения нейрохирургии ФЦМН выполняется весь спектр нейрохирургических вмешательств. Особое место в работе отделения занимает раздел функциональной нейрохирургии. Это современное направление основой которого является коррекция функционального состояния различных отделов нервной системы. Основные направления функциональной нейрохирургии касаются лечения хронического болевого синдрома, спастических состояний, эпилепсии, расстройств движения.

В отделении нейрохирургии ФГБУ ФМБА России ФЦМН реализуется весь спектр методик функциональной нейрохирургии. Для лечения хронического болевого синдрома выполняются различные варианты нейростимуляции спинного мозга (SCS) и периферических нервов (SNS, PNS). Коррекция расстройств движения при таких заболеваниях как болезнь Паркинсона, дистонии, эссенциальный тремор применяются стимуляционные методы (DBS) и деструктивные методы (РЧД, ФУЗ). Хирургическое лечение фармакорезистентных форм эпилепсии осуществляется методами стимуляции (DBS, VNS) и с помощью резекции эпилептогенных очагов коры и подкорковой области.

Материалы и методы. С 2019 года в отделении нейрохирургии ФЦМН имплантировано 68 систем хронической стимуляции спинного мозга (SCS), 3 системы стимуляции периферических нервов (SNS,PNS).

Пациентам с расстройствами движений, такими как болезнь Паркинсона, эссенциальный тремор, дистонии имплантировано - 57 систем DBS, проведено 4 радиочастотные деструкции подкорковых ядер.

Пациентам с фармакорезистентными формами эпилепсии имплантировано 50 систем вагусной стимуляции, проведено 22 инвазивных ЭЭГ мониторинга, 36 пациентам выполнена хирургическая резекция эпилептогенного очага, двум пациентам имплантирована системы DBS.

В группе пациентов с невралгией тройничного нерва I типа выполнено 34-микроваскулярные декомпрессии корешка тройничного нерва, а так же 10 балонных ризотомий и 12 – радиочастотных деструкций Гассерова узла.

Результаты. В большинстве случаев у пациентов отмечалось улучшение функционального состояния при всех нозологиях – уменьшение тремора, тонуса и увеличение эффективности препаратов леводопы (снижение суточной дозы леводопы более чем, на 50%) у пациентов с болезнью паркинсона, нормализация мышечного тонуса у больных с дистонией. У пациентов с фармакорезистентной эпилепсией отмечалось уменьшение количества приступов (Engel I-II до 69%) и увеличение эффективности противоэпилептических препаратов. Уменьшение болевого синдрома при невралгии тройничного нерва отмечалось в 93% случаев до 0-1 балла по ВАШ.

Заключение. Методы функциональной нейрохирургии эффективно купируют основные симптомы различных заболеваний нервной системы. Достижение хороших и отличных результатов основано на правильном отборе пациентов на предоперационном этапе и тесном взаимодействии врачей различных специальностей, но прежде всего неврологов и нейрохирургов.

ЛИЧНОСТНАЯ КРЕАТИВНОСТЬ КАК РЕСУРС ЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ДЕТЕЙ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Колоколова Т.О., Делибалт В.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение.
«Московский государственный психолого-педагогический университет»
Министерства просвещения Российской Федерации, г. Москва*

Введение. Головная боль напряжения (ГБН), являя собой одну из наиболее распространённых (около трети населения) форм первичных цефалгий, широко представлена во всех возрастных группах. Последствием её, в частности, является снижение социальной активности и работоспособности пациентов, качество жизни также может быть низким ввиду субъективного ощущения психоэмоционального неблагополучия. В контексте детского возраста эта проблема актуальна в силу важности усидчивости, стрессоустойчивости, работоспособности обучающихся в реализации их ведущей (образовательной) деятельности, наличие же ГБН может стать препятствием в качественном выполнении отведённой данному возрасту нагрузки.

Цель исследования. Изучить актуальное состояние проблемы мультидисциплинарного подхода к профилактике и совладанию с ГБН среди детей посредством применения психологического инструментария.

Материалы и методы исследования. Был проведён качественный семантический анализ литературы в контексте проблемы ГБН среди детей, мультидисциплинарного подхода к этой проблеме, позитивном эффекте ощущения субъективного благополучия при ГБН. Поиск проводился среди баз eLibrary и CyberLeninka, PubMed и Google Scholar. Среди 33 проанализированных источников отобрано было 5.

Результаты исследования. Креативность определяется рядом авторов как «творческая направленность, которая имеется и проявляется в каждом человеке изначально, но теряется по мере взросления в связи с особенностями стигматизации воспитательного и образовательного процесса, а также социальной интеграции». К такому определению креативности обращается Маслоу А.Х., ту же формулировку, обоснованную исследованиями, приводит Романова К.М., эта дефиниция используется в работах Гилфорда Дж. П. и Торенса Э. П. [1,2]

Говоря о работах Дж. П. Гилфорда в аспекте изучения креативности, важно также отметить те критерии или аспекты креативности, которые он формулировал для более глубокого понимания данного феномена. К ним автор относит [2]:

- 1) способность к обнаружению и постановке проблем;

- 2) умение генерировать идеи в большом количестве;
- 3) гибкость мышления в контексте умения продуцировать разноплановые идеи;
- 4) оригинальность при продумывании решения проблем и реагировании на стрессоры;
- 5) способность совершенствовать и улучшать объект, придавая ему индивидуальное, личное значение и форму;
- 6) способность проводить анализ и синтез проблем в контексте успешного совладания с ними.

Говоря о важности феномена психологического благополучия среди детей, важно обратить внимание на тезис Дубровиной И.В., которая в своих работах говорит о «благополучии» как о «показателе психологического здоровья личности растущего и взрослеющего человека, которое включает в себя психическое здоровье, подкрепляется психологической грамотностью и обуславливается психологической культурой личности; а само психологическое здоровье – как результат глубинного взаимодействия развития обучения и воспитания на каждом этапе онтогенеза». Аргументируя важность обращения внимания именно на феномен «благополучия», Дубровина И.В. отмечает, что «сензитивным периодом возникновения чувства психологического благополучия и его направленности является дошкольное и школьное детство, а основную характеристику условий этого «возникновения», составляют переживания ребенком среды своего обитания и себя в этой среде – то есть «социальная ситуация развития» [3]. В таком контексте можно говорить о феномене социального благополучия как одном из фундаментальных составляющих качества жизни ребёнка, и, соответственно, ресурсом повышения качества жизни в контексте болезни и, в частности, ГБН.

Что касается других форм первичных цефалгий – исследование особенностей психоэмоционального статуса у детей, выполненное Рахманиной О. А., Левитиной Е.В. и Белогуровой Т.Ф., подчёркивает важность обращать внимание на психоэмоциональный фон пациентов. Результатами их исследования выступают тезисы о том, что «для детей с мигренью характерен высокий уровень тревожности». Авторы также выделяют важность негативного родительского влияния на самочувствие детей, а именно на сосредоточение ими внимания на проблеме болезни ребёнка; усугубляющим фактором также может стать дезадаптация в контексте необходимости стационарного лечения и временной депривации от привычного социального окружения [4].

Помимо прочего, Степанченко К.А. в своей работе также свидетельствует о низком качестве жизни ввиду «физиологического снижения стрессоустойчивости пациентов». В результатах исследования автор отмечает, что «для пациентов с ГБН характерно наличие признаков гипертимного, тревожного и циклотимического типов акцентуаций характера. <...> С нарастанием частоты эпизодов ГБН уменьшались показатели реактивной и личностной тревожности, уровень школьной тревожности, но повышался уровень депрессии на фоне снижения физиологической сопротивляемости стрессу, а также отмечалось нарастание уровня психосоциального стресса, свидетельствующего о нарушениях в структуре родительско-подростковых отношений» [5].

В заключении хочется отметить, что авторы всех вышеперечисленных исследований говорят о важности поддержания таких психоэмоциональных феноменов, как психологическое благополучие, стрессоустойчивость, низкая ситуативная тревожность и умение совладания со стрессовыми ситуациями среди детей, страдающих ГБН; и ресурсом повышения качества в жизни в таких ситуациях может быть креативность в контексте индивидуальных занятий по повышению навыка креативного мышления или же групповых тренинговых занятий, направленных на развитие креативности.

Список литературы

1. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу. - СПб.: Евразия, 1999. Юнг, К. Г. Психологические типы / К. Юнг // Психология индивидуальных различий / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. - 3-е изд., пере- раб. и доп. - М.: АСТ-Астрель, 2008.
2. Гилфорд Дж. Три стороны интеллекта // Психология мышления / под ред. А. М. Матюшкина. — М.: Прогресс, 1965. — С. 433–456.
3. Дубровина, И.В. Психологическое благополучие школьников: учебное пособие для вузов / И. В. Дубровина. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 140 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-09864-8. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/515064> (дата обращения: 25.03.2024).
4. Рахманина О. А. Левитина Е.В. Белогурова Т.Ф. Особенности психоэмоционального статуса у детей с мигренью // Российский психиатрический журнал – 2008. - №1. – С. 79-82.
5. Степанченко К.А. Психоэмоциональная характеристика подростков с головной болью напряжения // Вісник проблем біології і медицини – 2015. – Вип. 4. Том 2 (125) – С. 226-228.

СИНДРОМ АНГЕЛЬМАНА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Королева К.Н., Фисун А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Синдром Ангельмана (АС) — заболевание нервной системы, вызванное потерей функции наследуемого по материнской линии гена UBE3A. Характеризуется таким симптомокомплексом, как: тяжелой задержкой развития, нарушением речи, неконтролируемым смехом и атаксией. Синдром Ангельмана (в 70% случаев) связан с делецией участка 15q11.2-q13 хромосомы 15, полученной от матери. А в 25 % случаев заболевания связаны с мутациями гена UBE3A. Синдром Ангельмана вместе с синдромом Прадера – Вилли — первые заболевания человека, при которых был описан геномный импринтинг. Большинство случаев синдрома Ангельмана являются

спорадическими, но встречаются и семейные случаи, которые связаны с мутациями гена UBE3A. Отцовская копия гена UBE3A при этом не несёт активности, а унаследовать заболевание возможно только по материнской линии.

Клинический случай синдрома Ангельмана представляет интерес в плане ознакомления с вариантом течения данного генетического синдрома у детей.

Цель исследования. Ознакомить с вариантом течения данного генетического синдрома.

Материал и методы исследования. Был произведен анализ клинического случая пациентки с выставленным в раннем детстве диагнозом: синдром Ангельмана (аномальное метилирование критического района хромосомы 15q11.2). Опекун пациентки была информирована о проведении исследования и подписала согласие на публикацию обезличенных данных.

Результаты исследования. Клинический случай пациентки, Б.14 лет, к находилась на плановой госпитализации в УКБ1 им. С.Р. Миротворцева. Жалобы наблюдались на особенности в психоречевом развитии и поведении, неловкость при ходьбе, вздрагивания при внезапном тактильном контакте, недержание мочи в ночное время.

Анамнез: Ещё в раннем возрасте отмечалось отставание в психоречевом и моторном развитии. Села -ближе к году, пошла – в 1 год и 7 месяцев, слоговая речь -ближе к 5 годам. Обращало на себя внимание поведение и эмоциональная сфера девочки: преобладала улыбчивость, повышенная тактильность, крайне редкая капризность. С рождения ребёнок находится на «Д» учёте у невролога, психиатра, систематически проходит стационарное лечение с элементами реабилитации. Из проведенных обследований обращает на себя внимание ЭЭГ-мониторинг: наблюдаются периодические изменения основной церебральной активности: спонтанные повторные короткие диффузные медленноволновые всплески билатерально несинхронных тета-дельта-волн высокой амплитуды, с включением в паттерн островолновых и спайковых феноменов с формированием модифицированных и характерных эпилептиформных комплексов спайк/даблспайк волна и острая волна, продолжительностью около 1-2 секунды, с максимальной выраженностью в фронто-центральных, передне/средне-темпоральных и сагитальных отведениях, с нерегулярной межполушарной асимметрией. Данные диффузные патологические паттерны не сопровождались какими-либо внешними изменениями пациентки. Двустороннее региональное нерегулярное бифронтально-центральное дельта-тета-замедление деформированной конфигурации с повышенным амплитудным уровнем, иногда с распространением на передне-височные проекции, в сочетании с островершинными и спайк-подобными графоэлементами, с попеременной межполушарной асимметрией. Описанные фокальные медленноволновые паттерны в целом имеют низкий индекс представленности. Клинически значимых патологических событий, эпилептических событий, эпилептиформных приступов в ходе исследования не наблюдалось. В повседневной жизни клинических проявлений эпилепсии у пациентки также не имеется.

МРТ головного мозга: кортикальная дисплазия в правой височной доле, нестабильность краниоцервикального сегмента.

Недержание мочи у пациентки отмечается в ночное время, которое купируется минирином (60 или 120 мкг при повышенной нагрузке). Ребёнок в настоящее время препараты не принимает, на фоне реабилитационного лечения отмечается улучшение двигательных навыков, улучшение ловкости.

Заключение молекулярно-генетического тестирования (х-хромосомный микроматричный расширенный) от 11.11.2019г: Молекулярный кариотип (в соответствии с ISCN 2016): 46,XX/frr[hg19] 15q11.2(25088432_25174407)x1

1.Отмечена микроделеция участка длинного плеча (q) 15 хромосомы с позиции 25088432 до позиции 25174407, захватывающая регион 15q11.2.

Размер: 85975 п.н.

Гены, расположенные в районе дисбаланса: SNRPN, SNHG14

Микроделеционные и микродупликационные синдромы, ассоциированные с дисбалансом (OMIM): нет

Прочие синдромы, ассоциированные с дисбалансом OMIM: В зону микроделеции попадают 3-7 экзоны гена SNRPN (NM_001349457).

В других участках генома патогенных микроделений и микродупликаций размером более 50000 п.н. не обнаружено.

Физикальное исследование: Температура - 36.5. Рост- 160 см. Вес- 49 кг. ИМТ - 19.1. Состояние удовлетворительное. Сознание: ясное. Положение: активное. Конституция: нормостеническая. Осанка: сколиоз грудного отдела позвоночника. Оценка состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек: телесного цвета, обычной влажности, без патологических высыпаний. Состояние подкожно-жировой клетчатки: нормальное. Пастозности и отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Варикозное расширение вен: нет. Щитовидная железа в пределах возрастной нормы. Форма грудной клетки: обычная. Деформации грудной клетки нет. Дыхание грудное. ЧДД- 19. Сатурация - 99. Одышки нет. Результаты аускультации легких: дыхание проводится по всем отделам. Хрипов нет. Результаты перкуссии и аускультации сердца: перкуторно границы сердца не изменены. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, ясные, патологических шумов не определяется. ЧСС- 78. Пульс - 78. Пульс ритмичный. АД – 120/60 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы. Пальпация органов брюшной полости безболезненна. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. При перкуссии границы селезенки в пределах нормы. Пальпация кишечника безболезненная. При осмотре поясничной области: патологических изменений не определяется. Пальпация почек: область проекции почек внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в пределах нормы. Оценка характера системы мочеиспускания: со слов бабушки пациентки свободное, не затруднено, в ночное время суток отмечается непроизвольное мочеиспускание, безболезненное. Оценка характера стула и кратности дефекации: со слов бабушки у пациентки со склонностью к запорам. Симптомов раздражения брюшины нет. Менингеальных симптомов нет.

Неврологический статус: Сознание ясное. На вопросы не отвечает в связи с выраженным нарушением когнитивного развития в рамках генетического синдрома, на осмотр реагирует положительно, улычиво. Во времени, месте и собственной личности

не ориентирована. Обращенную речь понимает условно (на бытовом уровне), сформированы указательные жесты. Речь по типу лепета, произвольно слоговая речь. ЧМН: I пара - обоняние норма. 2 пара - зрение норма. II, IV, VI пары - зрачки круглые, средней величины, D=S, движение глазных яблок в полном объеме. Зрачковые реакции на свет: живые. Зрачковые реакции на конвергенцию: живые. Конвергенция, аккомодация сохранена. Птоза нет. Страбизма нет. Диплопии нет. V пара – точки выхода тройничного нерва безболезненные. Чувствительность на лице сохранена. Жевательная мускулатура без особенностей. Вкус на языке не нарушен. VII – ассиметрии нет. Функция мимической мускулатуры достаточная. VIII – слух сохранен. Нистагма нет. Головокружение отмечено. IX, X - голос с носовым оттенком. Глотание не затруднено. Дужки мягкого неба стоят симметрично, при фонации подвижны. Глоточный рефлекс есть. Выраженная сиалорея. XI - движения головы без ограничений. XII - язык по средней линии. Атрофия мышц языка нет. Фасцикуляций мышц языка нет. Рефлексы орального автоматизма отсутствуют. Объем активных движений в руках без ограничений. Объем активных движений в ногах без ограничений. Верхняя Проба Барре: не удалось провести в связи с грубыми когнитивными нарушениями. Нижняя Проба Барре: не удалось провести в связи с грубыми когнитивными нарушениями. Сила в руках в проксимальных отделах: 5 баллов с двух сторон. Сила в руках в дистальных отделах: 5 баллов с двух сторон. Сила в ногах в проксимальных отделах: 5 баллов с двух сторон. Сила в ногах в дистальных отделах: 5 баллов с двух сторон. Тонус мышц в конечностях – гипотонус. Движения в шейном отделе позвоночника без ограничений. Карпорадиальные рефлексы: средней живости, равные. Рефлексы с бицепса: средней живости, равные. Рефлексы с трицепса: средней живности, равные. Коленные рефлексы: средней живости, равные. Ахилловы рефлексы: средней живости, равные. Подошвенные рефлексы: средней живости, равные. Брюшные рефлексы: вызываются, равные, умеренные. Стопные патологические рефлексы: нет. Кистевые патологические рефлексы: нет. Клонусы стоп: нет. Менингеальные симптомы: нет. Виды чувствительности оценить не представляется возможным в связи с грубым когнитивным дефицитом. Мышечно-суставное чувство не изменено. Атаксия: есть. Поза Ромберга: не проводилась. Походка нарушена (с посторонней помощью). Незначительно выраженный сколиоз грудного отдела позвоночника. Пальпация позвоночника в зоне остистых отростков безболезненна. Дефанс мышц спины: отсутствует. Пальпация в области окципитальных точек безболезненна. Симптомы натяжения отрицательные. Вегетативный статус: влажность кожи повышена, дермографизм розовый, тип реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку – гипертонический, влажность кожи в пределах возрастной нормы, гипергидроз дистальный, сальность кожи обычная.

Дополнительное обследование. Электрокардиография от 14.12.2023г: Синусовый ритм с ЧСС 86-94 в мин. Нормальное положение ЭОС. Частые одиночные аберантные наджелудочковые экстрасистолы.

Мониторирование электроэнцефалографии от 13.12.2023г: наблюдаются периодические изменения основной церебральной активности: спонтанные повторные короткие диффузные медленноволновые всплески билатерально несинхронных тета-

дельта-волн высокой амплитуды, с включением в паттерн островолновых и спайковых феноменов с формированием модифицированных и характерных эпилептиформных комплексов спайк/даблспайк волна и острая волна, продолжительностью около 1-2 секунды, с максимальной выраженностью в фронтально-центральных, передне/средне-темпоральных и сагитальных отведениях, с нерегулярной межполушарной асимметрией. Данные диффузные паттерны не сопровождались какими-либо внешними изменениями пациентки. Двустороннее региональное нерегулярное бифронтально-центральное дельта-тета-замедление деформированной конфигурации с повышенным амплитудным уровнем, иногда с распространением на передне-височные проекции, в сочетании с островершинными и спайк-подобными графоэлементами, с попеременной межполушарной асимметрией. Описанные фокальные медленноволновые паттерны в целом имеют низкий индекс представленности. Клинически значимых патологических событий, эпилептических событий, эпилептиформных приступов в ходе исследования не наблюдалось.

Магнитно-резонансная томография головного мозга: кортикальная дисплазия в правой височной доле, нестабильность краниоцервикального сегмента.

Пациентка находится под наблюдением междисциплинарной бригады специалистов, систематически получает немедикаментозную реабилитацию.

Заключение. Синдром Ангельмана - генетически гетерогенное заболевание, особенностью его является ранний дебют симптомов, наличие задержки психоречевого и моторного развития, полиморфных приступов и характерных фенотипических проявлений. Своевременность диагностики обеспечивает правильную маршрутизацию пациентов и разработку тактики лечения и реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Matsuura T., Sutcliffe J. S., Fang P., Galjaard R.-J., Jiang Y., Benton C. S., Rommens J. M., Beaudet A. L. De novo truncating mutations in E6-AP ubiquitin-protein ligase gene (UBE3A) in Angelman syndrome. *Nature Genet.* 15: 74–77, 1997 [PubMed: 8988172]
2. Батышева Т. Т., Кондакова О. Б., Квасова О. В. Наследственные заболевания в практике детского невролога. Методические рекомендации №24. Москва – 2015
3. Kishino T., Lalande M., Wagstaff J. UBE3A/E6-AP mutations cause Angelman syndrome. *Nature Genet.* 15: 70–73, 1997. Note: Erratum: *Nature Genet.* 15: 411 only, 1997
4. Boyd S. G., Harden A., Patton M. A. The EEG in early diagnosis of the Angelman (happy puppet) syndrome. *Europ. J. Pediat.* 147: 508–513, 1988 [PubMed: 3409926]
5. Clayton-Smith J., Webb T., Robb S. A., Dijkstra I., Willems P., Lam S., Cheng X.-J., Pembrey M. E., Malcolm S. Further evidence for dominant inheritance at the chromosome 15q11-13 locus in familial Angelman syndrome. *Am. J. Med. Genet.* 44: 256–260, 1992
6. Clayton-Smith J., Pembrey M. E. Angelman syndrome. *J. Med. Genet.* 29: 412–415, 1992

ПРОБЛЕМА DIFFICULT-TO-TREAT ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА: ФОКУС НА ФИБРОМИАЛГИЮ

Кирносова О.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Цель исследования. Сформулировать современные представления о возможных причинах недостаточной эффективности базисной и противовоспалительной терапии в отношении болевого синдрома у пациентов с воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника, относящихся к категории difficult-to-treat, на примере разбора клинического случая и анализа современной литературы.

Материалы и методы исследования. Проведен систематический поиск литературы (международные и отечественные базы данных – PubMed, IASP, e-library), посвященной проблемам ведения пациентов, относящихся к категории трудно лечимого заболевания (difficult-to-treat). Проведен анализ современных концепций в отношении критериев difficult-to-treat ревматоидного артрита, утвержденных экспертами на съезде Европейского альянса ассоциации ревматологов, состоявшегося в Милане в 2023г. В настоящее время представляет интерес изучение возможности использования этих критериев для пациентов с другими воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника, в частности, с анкилозирующим спондилитом. Высказано предположение о возможном вкладе в неэффективность базисной терапии основного заболевания наличия у пациентов фибромиалгии.

Результаты исследования. В качестве примера приведены результаты клинического наблюдения за молодым пациентом с анкилозирующим спондилитом, заболевание у которого соответствовало критериям difficult-to-treat (отсутствие эффекта на более чем 2 НПВП и 2 генно – инженерных биологических препаратов). Фибромиалгия была диагностирована с помощью опросников FIRST, SSS, WPI, CSI, HADS, PainDetect и ISI. Назначенная терапия ингибитором обратного захвата серотонина и норадреналина позволила уменьшить выраженность клинических проявлений заболевания без смены базисной противовоспалительной терапии.

Заключение. Необходимы дальнейшие наблюдения за пациентами с трудностями подбора терапии для определения частоты встречаемости и роли фибромиалгии в снижении эффективности лечения пациентов с воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника, разработка алгоритмов ведения таких пациентов.

Автор выражает благодарность д.м.н. О.В. Колоколову, д.м.н. Н.М. Никитиной за помощь при написании статьи.

СИНДРОМ КЕРНСА – СЕЙРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кривец А.С., Ситкали И.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Синдром Кернса – Сейра – это генетически-обусловленное нервно-мышечное заболевание, возникающее в результате поражения митохондрий, характеризующееся дебютом в молодом возрасте до 20 лет и прогрессирующей наружной офтальмоплегией.[1]

Причиной развития данной патологии является крупная делеция в митохондриальной ДНК. Синдром Кернса – Сейра, как и другие митохондриальные заболевания, характеризуется выраженным полиморфизмом клинических проявлений, однако основными симптомами являются: 1) начало в возрасте до 20 лет; 2) прогрессирующая наружная офтальмоплегия; 3) двусторонняя пигментная дегенерация сетчатки.[2] Наряду с основной клинической триадой, синдром Кернса – Сейра может проявляться пирамидной, экстрапирамидной, мозжечковой симптоматикой, а так же когнитивным снижением. Возможно развитие экстраневральной патологии, обусловленное поражением других органов и систем: сердечно-сосудистой, эндокринной.[3] Для постановки заключительного диагноза требуется выполнение молекулярно-генетического исследования, необходимое для обнаружения перестроек в ДНК митохондрий.[4]

Цель исследования. Анализ клинического случая синдрома Кернса – Сейра.

Материалы и методы исследования. Описание клинического случая пациентки 1989г.р., находившейся в неврологическом отделении Университетской клинической больницы им С.Р. Миротворцева ФГБОУ ВО СГМУ им. В. И. Разумовского МЗ РФ.

Результаты исследования. Клиническое наблюдение пациентки 1989г.р., проходившей лечение в вышеупомянутом стационаре.

В неврологическое отделение Университетской клинической больницы им С.Р. Миротворцева в 2017 году была госпитализирована женщина 1989г. с жалобами на постепенно увеличивающиеся опущение верхних век, двоение предметов, слабость мышц рук и ног, снижение толерантности к физической нагрузке.

Из истории жизни установлено, что в детском и подростковом возрасте физическое и психическое развитие соответствовало норме. У ближайших родственников похожие заболевания пациентка отрицает. На диспансерном учете не находилась.

В 2007г. пациентка впервые начала отмечать незначительный птоз слева. С годами глазодвигательные нарушения нарастали. В 2013г. в патологический процесс вовлеклось правое веко, птоз стал двусторонним, а так же возникло двоение предметов перед глазами. В 2017г. пациентка начала отмечать наличие слабости в верхних и нижних конечностях, а так же снижение толерантности к физической нагрузке.

На основании анамнестических и клинических данных предполагалось наличие у пациентки миастении. При дополнительном обследовании: ритмическая стимуляция -

декремент-тест не выявлен. Клиническая проба с неостигмином метилсульфатом – отрицательная. Компьютерная томография (КТ) переднего средостения – данные за тимому отсутствуют. Антитела к ацетилхолиновому рецептору – в пределах нормы. Так же проводилось лечение пиридостигмина бромидом, метилпреднизолоном в дозировке до 28 мг/кг, на фоне которого улучшения не наблюдалось. В связи с отсутствием достоверных лабораторно-инструментальных данных и эффекта от пробной терапии, вероятность наличия у пациентки миастении была исключена.

В это же время пациентка консультировалась офтальмологом. В ходе обследования установлено наличие дегенеративных изменений сетчатки. В течение последующих двух лет пациентка находилась под наблюдением у врача-невролога в поликлинике по месту жительства.

В 2020г. пациентка была повторно госпитализирована в неврологическое отделение Университетской клинической больницы им С.Р. Миротворцева.

В неврологическом статусе наблюдался птоз с двух сторон, хуже слева, парез взора во все стороны, диплопия. Слабость мышц лица. Периферический тетрапарез, наиболее выраженный в ногах. Гипотрофия мышц плечевого пояса, ног. Положительная проба Ромберга. Мозжечковая походка.

В лабораторных данных обращало на себя внимание повышение уровня молочной кислоты крови до 2,8ммоль/л. При проведении игольчатой электромиографии выявлено текущее первично-мышечного поражение. Так же было установлено наличие поражения проводящей системы сердца (блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса). При нейровизуализации отмечено наличие дистрофических изменений вещества головного мозга.

В совокупности полученных данных у пациентки была заподозрена митохондриальная миопатия. В 2021г. проведена ДНК-диагностика: методом ПЦР очень длинных фрагментов (Long PCR), пациентке проведен анализ на ДНК, выделенной из клеток мочевого осадка, на наличие делеций мтДНК, в районах, где описано большинство изменений (m8232-16567). Выявлена делеция примерно 3500 п.н.в состоянии 50% гетероплазмии. На основании проведенного молекулярно-генетического исследования удалось установить заключительный диагноз Митохондриальной миопатии. Синдром Кернса-Сейра.

Заключение. Данное наблюдение наглядно демонстрирует выраженное разнообразие клинических проявлений митохондриальных заболеваний, в частности Синдрома Кернса-Сейра, обусловленное наличием многочисленной неврологической симптоматики, а так же поражением других органов и систем. Это требует настороженности и нормируемости не только неврологов, но и врачей других специальностей, способствующее своевременной постановке заключительного диагноза, что имеет решающее значение относительно дальнейшего прогноза для жизни пациента.

Список литературы

1. Власенко С.В., Пономаренко Е.Н., Кушнир Г.М. [и др.] Клинический случай синдрома Кернса–Сейра: диагностика, тактика лечения // Нервно-мышечные болезни. – 2018. – Т. 8, № 3. – С. 51-57.

2. Юсупов, Ф. А. Митохондриальные заболевания на примере синдрома Кернса - Сейра: обзор литературы с описанием клинического случая // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2021. – Т. 21, № 5. – С. 115-120.
3. Каско Е.А., Засим Е.В., Левчук О.А., Захарченко М.В. Синдром Кернса - Сейра в практике детского кардиолога // Здоровоохранение (Минск). – 2019. – № 7. – С. 51-57.
4. Прыгунова, Т.М. Митохондриальные заболевания в детской неврологической практике (клиническое наблюдение) // Медицинский альманах. – 2014. – № 3(33). – С. 84-87.

ПСОРИАЗ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА: ОЦЕНКА ПРИЗНАКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Львова О.И., Сьянов С.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Цель исследования. На основе анализа литературы выбрать наиболее чувствительные и специфичные методики обследования и оценить признаки вовлечения нервной системы у пациентов с псориазом.

Материалы и методы исследования. Проведен систематический поиск и анализ литературы для выявления публикаций, описывающих поражение нервной системы при псориазе. Первичный поиск проводился в базах данных PubMed с использованием ключевых слов: «psoriasis neurological disorders». Глубина поиска: 1947-2023гг. Затем списки литературы были проверены в базах OМIM, MEDlarsонLINE, CochraneLibrary, eLibrary, GoogleScholar, UpToDate. Проанализировано 1850 источников. В УКБ№2 СГМУ обследованы 41 больной псориазом (17 женщин и 24 мужчин, средний возраст участников – 52 года). Используются шкалы и опросники: HADS, ВАШ боли, DN4, WPI, SSS.

Результаты исследования. По результатам ВАШ, 56% пациентов отмечали боль за последнюю неделю, у 7 из них боль длилась более 3 месяцев. У 21% опрошенных преобладал невропатический компонент боли (по данным диагностического опросника невропатической боли - DN4). По результатам Индекса распространенности боли (WPI) и Шкалы выраженности симптомов (SSS) у 1 пациента обнаружены признаки, соответствующие критериям фибромиалгии.

Заключение. Эффективное лечение псориаза предполагает целенаправленное лечение как псориаза, так и коморбидных заболеваний. Выявить такие заболевания могут систематический скрининг всех пациентов с установленным диагнозом псориаза, в связи с чем при ведении таких пациентов требуется мультидисциплинарный подход с участием невролога. Такой подход частично реализуется в УКБ№2 СГМУ (г. Саратов), где с 1998 года проводятся консультации неврологом пациентов с псориазом.

Автор выражает благодарность д.м.н. О.В. Колоколову, к.м.н. А.В. Моррисон, к.м.н. Е.А. Салиной за помощь при написании статьи.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АХРОМАТОПСИИ У ПАЦИЕНТКИ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В БАССЕЙНЕ ПРАВОЙ ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

Львова О.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Церебральная ахроматоПСия - это синдром, проявляющийся потерей цветового зрения после повреждения коры головного мозга. Топический очаг при этом расположен в вентральной затылочно-височной коре ("hV4"). Пациент при этом перестает различать цвета и видит мир в оттенках серого. Церебральная ахроматоПСия может быть полной или частичной, сочетаться с другими нарушениями зрения или быть без них.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая церебральной ахроматоПСии у пациентки с инфарктом головного мозга в бассейне правой задней мозговой артерии.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки 69 лет, госпитализированной в ГУЗ «СГКБ №9» г. Саратова с диагнозом «Инфаркт головного мозга, неуточненный по TOAST в бассейне правой задней мозговой артерии». Диагноз верифицирован с помощью компьютерной томографии (КТ) головного мозга.

Результаты исследования. Больная К.А.С., 69 лет, поступила с жалобами на потерю цветного зрения, выпадение левых половин полей зрения, слабость и неловкость в левых конечностях. Вышеописанные жалобы возникли после ночного сна. Первоначально пациентка обратилась за помощью к врачу-офтальмологу. После того как была исключена острая офтальмопатология, пациентке была рекомендована консультация невролога. Пациентка вызвала бригаду СМП, доставлена в ГУЗ «СГКБ №9» г. Саратова. Госпитализирована в профильное отделение.

В неврологическом статусе: Менингеальных и общемозговых симптомов нет. Левосторонняя гомонимная гемианопсия. АхроматоПСия. Снижение чувствительности левой половины лица. По остальным парам черепных нервов патологии нет. Левосторонняя гемигипестезия. Двигательная сфера: мышечная сила в левых конечностях снижена до 4-х баллов. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексы S=D. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива, координаторные пробы выполняет с мимопаданием левыми конечностями.

КТ головного мозга: КТ-картина инфаркта правого полушария головного мозга в бассейне конечных ветвей правой ЗМА.

Заключение. Поражение отделов головного мозга, кровоснабжаемых задними мозговыми артериями, часто приводит к различным нарушениям зрения, которые могут включать в себя гомонимную гемианопсию, квадрантанопсию и кортикальную слепоту, все из которых хорошо известны врачам-неврологам. Однако церебральная ахроматоПСия

часто является нераспознанной и чрезвычайно редкой патологией при инфаркте головного мозга в бассейне одной из задних мозговых артерий.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА

Мелкумян Э.Х., Нагорнова В.В., Коротков А.Г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Туберозный склероз (ТС) является мультисистемным, генетически детерминированным заболеванием, с вовлечением нервной системы и появлением доброкачественных новообразований, так называемых гамартом в разных органах. Диагностируется, как правило, ТС в детском возрасте. Чаще всего клиническим проявлением туберозного склероза является эпилепсия. По данным Международного регистра пациентов с туберозным склерозом, эпилептические приступы регистрируются у 83,5% пациентов. При ТС эпилепсия дебютирует на первом году жизни, однако и у взрослых не исключено возникновение приступов, но уже с вероятностью около 12%. [1]

Цель исследования. Дифференциальная диагностика ТС, клинически дебютировавшего эпилептическими приступами во взрослом возрасте.

Материалы и методы исследования. Анализ клинического случая больного с впервые установленным диагнозом: Фокальная структурная (генетическая) эпилепсия, билатерально-синхронные тонико-клонические судорожные приступы с неуточненным фокальным началом. Фон. Туберозный склероз (вероятный). Фокальная кортикальная дисплазия в левой теменной доле. Узлы гетеротопии задних и височных рогов боковых желудочков.

Результаты исследования. Мужчина 34 лет доставлен в неврологический стационар с жалобами на эпизоды потери сознания от 2 до 5 минут, развивающиеся только во время сна, сопровождающиеся судорогами и прикусом языка, купирующиеся самостоятельно.

Из анамнеза известно, что считает себя больным с 1.04.2021, когда в первый раз развился судорожный приступ с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами в конечностях длительностью 3-5 минут. Приступ возник на работе, во время дневного сна, через 20-30 мин после засыпания, что исключает наличие ауры или продромы. Повторный эпилептический приступ произошел во время ночного сна в 2022 году, который пациент связывал с периодом инфекционного заболевания (ветряная оспа) на фоне субфебрильной температуры тела. Третий приступ случился летом 2023 года, ночью во время сна, без явных провоцирующих факторов. Четвертый подобный эпизод был зарегистрирован 26.12.2023 на работе после обеденного сна на фоне 2-суточной депривации сна. В связи с чем пациент и обратился амбулаторно к врачу неврологу, выполнены следующие исследования:

1.МРТ головного мозга 2022: множественные субэпендимальные узлы, корково/субкортикальный тубер в левой лобно-теменной доле.

2.ЭЭГ-видеомониторинг 2022: регистрируется средним индексом epileptiformная активность в виде пиков, острых волн, комплексов пик-волна, амплитудой до 70 мкВ.

3.МРТ от 2023: Узлы гетеротопии вдоль стенок задних и височных рогов боковых желудочков, участок ФКД в левой теменной доле.

4.МРТ головного мозга 2023: МР картина характерная для туберозного склероза - перивентрикулярная гетеротопия.

Несмотря на имеющиеся данные исследований, диагноз Эпилепсия не выставлялся, антиконвульсанты не назначались.

С целью постановки диагноза и определения тактики лечения, больной был госпитализирован в неврологическое отделение.

Неврологический статус: На момент осмотра отсутствует очаговая неврологическая симптоматика.

Кожных проявлений, характерных для факоматоза, нет.

Заключения исследований, проведенных в стационаре:

ЭЭГ – ВИДЕОМОНИТОРИНГ (2024 г.):

- в период парциального пробуждения на ЭЭГ зарегистрирован субклинический иктальный паттерн фокального epileptiformного приступа в виде продолженного фрагмента асимметричной ритмичной дельта-тета-активности в правых височных отведениях, дальнейшим проведением на затылочные и лобные отделы на фоне редукции основного возрастного ритма общей длительностью до 20 сек, без изменений визуального ряда; периодическая региональная epileptiformная активность в виде комплексов пик-волна, амплитудой до 100 мкВ, в правых височных отведениях.

По данным офтальмологического исследования, рентгенографии легких, ультразвукового исследование почек и надпочечников, органов брюшной полости, щитовидной железы, патологических изменений не обнаружено.

Учитывая epileptiformные судорожные приступы в анамнезе, результаты ЭЭГ-мониторирования, данные МРТ головного мозга, больному рекомендована стартовая терапия антиконвульсантами: прием препарата Леветирацетам в суточной дозе 1000 мг. В хирургическом лечении пациент не нуждается, ввиду отсутствия туберов в соматических органах. В связи с выявленными по МРТ узлами гетеротопии и тубера в левой лобно-теменной доле, несомненным подтверждением диагноза является патогенная мутация в генах TSC1 или TSC2: с целью уточнения рекомендована консультация генетика. Пациенту также показана постановка на диспансерный учет и динамическое наблюдение невролога. Предполагаемый прогноз течения заболевания: ввиду отсутствия приступов с раннего детства, наличие единичного коркового тубера по данным МРТ, с условием положительного ответа на назначенную противоэpileptическую терапию, прогноз: относительно благоприятный.

Заключение. Большинство представленных в литературе случаев ТС указывает на то, что данный диагноз зачастую устанавливается с детского возраста, дебютируя синдромом инфантильных спазмов или иными формами эпилепсии. Тем не менее, как

показывает описанный в данной работе клинический пример, не исключается постановка диагноза ТС и во взрослом возрасте без поражения внутренних органов и при отсутствии кожных проявлений. Изменения в веществе головного мозга, характерные для ТС, при отсутствии других Международных критериев диагностики заболевания (доброкачественные опухоли кожи, мягких тканей, паренхиматозных органов), явились находкой при выполнении нейровизуализации у пациента с клинической манифестацией эпилепсии в возрасте 30 лет. (2012 TSC Clinical Consensus Conference)[2]. Резюмируя вышеописанное, можно сделать вывод о том, что при дебюте эпилептических приступов во взрослом возрасте нейровизуализация, будучи важным диагностическим исследованием для уточнения возможной причины, ставшей ведущей для развития приступов, и постановки диагноза “Эпилепсия”, позволяет также выявить признаки, характерные для такого факторматоза, как ТС, тем самым не исключая его выявления даже в зрелом возрасте и при отсутствии кожных проявлений.

Список литературы

1. Белоусова Е.Д., Дорофеева М.Ю., Охупкина Т.Г. Лечение эпилепсии при туберозном склерозе // Журнал Эпилепсия и пароксизмальные состояния - 2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-epilepsii-pri-tuberoznom-skleroze?ysclid=ltpab41hf775270205>
2. Белоусова Е.Д., Дорофеева М.Ю., Пивоварова А. М. Рекомендации по диагностике и лечению туберозного склероза. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2014; 114(3):58-74.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Монахова Д. Д., Нефедова Э. А., Щеголева В. А., Лихачева Е.Б.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В современном мире головная боль (ГБ) является актуальной проблемой здравоохранения. Цефалгия занимает ведущее место среди причин нетрудоспособности, оказывает негативное влияние на когнитивные функции и психоэмоциональный статус человека [1,2].

Цель исследования. Выявить группу факторов риска, влияющую на развитие головной боли у студентов-медиков.

Материалы и методы. На базе ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава РФ у студентов 1-6 курсов был проведен опрос с использованием специально разработанной анкеты, направленной на выявление частоты возникновения ГБ, ее интенсивности, локализации, а также об имеющихся факторах риска. Известно, что существуют несколько групп факторов риска, которые способны спровоцировать возникновение первичной ГБ (мигрень, головная боль напряжения (ГБН)

и др.). К первой группе относятся: инсомнии, эмоциональное перенапряжение, громкий звук, время суток. Другой немаловажный фактор - мышечно-тонические симптомы в шейно-затылочной зоне. Третья группа факторов риска включает в себя поведенческие особенности - количество проведенного времени за работой, условия труда, занятие спортом. Четвертая группа представляет собой особенности лечения уже имеющейся головной боли, а именно применение той или иной группы лекарственных препаратов, время и кратность приема. Для статистического анализа использовался программный пакет Microsoft Excel.

Результаты исследования. В опросе приняли участие 76 студентов в возрасте от 19 до 23 лет, в том числе женщин 53,9% (41 чел.), мужчин 46,1% (35 чел.). Первая часть анкеты включала в себя общие вопросы о наличии ГБ у респондентов. Так, у 80,2% (61 чел.) студентов случаются приступы головной боли со средним интервалом в 5-6 дней - 48,68% (37 чел.) Наиболее частой локализацией головной боли являются лобная и височная области. Боль чаще всего двусторонняя или диффузная. По характеру: пульсирующая, сдавливающая и ноющая. По 10-ти балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боли интенсивность у 42,1% (32 чел.) - 5-7 баллов, 34,2% (26 чел.) - 1-4 балла, 23,7% (18 чел.) - 8-10 баллов. ГБ у 52,6% (40 чел.) приступообразная, вегетативными расстройствами сопровождается в 11,8% (9 чел.) случаев. По длительности один приступ продолжается в среднем от 30 минут до 3 часов у 71% (54 чел.).

Основными симптомами, сопровождающими ГБ, были недомогание, тошнота, фонофобия и фотофобия. Напряжение мышц шеи ощущали 88,15% (67 чел.) студентов, при этом пальпация остистых отростков и паравerteбральных точек была безболезненна, отмечалась локальная боль при пальпации ременных мышц у 56,57% (43 чел.), трапециевидной мышцы у 53,9% (41 чел.), височных мышц у 28,9% (22 чел.), жевательных у 9,2% (7 чел.).

При исследовании поведенческих особенностей (n=76 чел.) выявлено, что обучающиеся проводят за учебой вне университета в среднем от 30 минут до 6 часов, обычно в положении сидя 56,6% (43 чел.). Эмоциональное состояние обучающихся во время семестра в большей степени тревожное и подавленное 48,6% (37 чел.). Спортсм регулярно занимаются 42,1% (32 чел.) в среднем 1-3 раза в неделю не менее 30 минут.

В блок по лечению уже имеющейся головной боли входили вопросы о группах препаратов, кратности, дозах и условиях приема. Более чем половина опрошенных (55,2%, 42 чел.) для купирования приступа используют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и комбинированные анальгетики. Частота употребления - от 5 до 10 раз в месяц 52,6% (40 чел.), до 15 раз в месяц 3,9% (3 чел.). При этом 17,1% (13 чел.) принимают лекарственные препараты еще до начавшейся головной боли.

Заключение. Таким образом, каждая группа факторов риска играет определенную роль в механизмах возникновения и развития ГБ. Ведущая роль пускового механизма отводится мышечно-тоническому синдрому, который развивается вследствие монотонного положения во время обучения. Вместе с тем, усугубляет ситуацию эмоциональное перенапряжение, которое может приводить к хронизации первичной ГБ у

студентов. Особая значение в осуществлении профилактики приступов ГБ является ведение дневника головной боли, организация рационального режима труда и отдыха, регулярная физическая нагрузка, коррекция поведенческих факторов и оптимизация лекарственной терапии. Также необходима информированность в отношении риска возникновения лекарственно-индуцированной головной боли.

Список литературы

1. Вейн А.М., Осипова В.В., Колосова О.Я., Рябус М.В. Хроническая ежедневная головная боль// Неврологический журнал, 2000, Т. 5, № 2, - С. 46 – 53
 2. Петров О.В., Лихванцев В.В., Субботин В.В. Информационная концепция боли // Межд.мед.журн., 1998. – Т.9 – 10. – С. 795 – 803.
- Автор выражает благодарность к.м.н. Е.А. Салиной за помощь при написании статьи.

СИНДРОМ ЛЬЮИСА – САМНЕРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Ойкин И.В.¹, Яковлев Д.С.^{1,2}, Ситкали И.В.^{1,2}, Терешко В.Н.²

¹ *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов*

² *Университетская КБ №1 им. С.П. Миротворцева, г. Саратов*

Введение. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (ХВДП) - группа хронических дизиммунных полиневропатий с неустановленной этиологией, характеризующихся проградентным течением, вовлечением сенсомоторных нервов [1,2]. Частота ХВДП в мире составляет 1 - 9 на 100 тыс. чел., средний возраст дебюта - 50 л. [1]. Входит в Перечень орфанных заболеваний Минздрава РФ [2]. Выделяют типичную и атипичные формы, нередкая из атипичных форм - синдром Льюиса-Самнера (СЛС) (6–15%) [4]. Проявляется асимметрией: мультифокальной приобретенной демиелинизирующей сенсорной и моторной мононевропатией (MADSAM) в верхних конечностях, при дальнейшем прогрессировании поражаются нижние конечности [1;4]. Один из инструментальных методов исследования - ЭНМГ: в отличие от типичной формы ХВДП, при СЛС имеются блоки проведения импульса по моторным волокнам в местах, нетипичных для компрессии нервов. [1;5]. В качестве патогенетической терапии применяются препараты 1 линии – ВВИГ, ГКС и плазмаферез; или 2 - цитостатики, иммуномодулирующие препараты [1].

Цель исследования. Проанализировать клинический случай СЛС, диагностированного у пациента, получавшего лечение в одном из неврологических стационаров г. Саратова.

Материалы и методы исследования. Проведены: опрос пациента; оценка неврологического статуса; анализ медицинской карты стационарного больного (003/у), включающий изучение результатов лабораторно-инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Пациент 67 л., предъявляющий жалобы на слабость, онемение верхних конечностей; уменьшение объема мышц верхних и нижних конечностей. Анамнез заболевания: болен с 47 л., когда впервые отметил онемение 4 пальца правой кисти. Заболевание прогрессирует:росло онемение в верхних конечностях, впоследствии, в возрасте 57 лет, присоединилась слабость в них, отметил похудание мышц верхних и нижних конечностей. В неврологическом статусе выявлены: бульбарный синдром, снижение вибрационной чувствительности в конечностях, верхний вялый парез, больше слева с атрофией мышц плечевого пояса. По данным игольчатой ЭМГ в мышцах верхних конечностей выявлены вторичные нейрогенные реиннервационные изменения в сочетании с невыраженной денервационной активностью. По данным стимуляционной ЭНМГ – диффузное демиелинизирующее поражение моторных и сенсорных волокон с наличием блоков проведения в местах, нетипичных для компрессии нервов. Согласно имеющимся критериям [6] выставлен диагноз: полиневропатия, вероятно дизиммунная, атипичная форма, синдром Льюиса-Самнера: верхний парез, бульбарный синдром. Пациенту проводилось лечение ГКС (преднизолон) в дозировке 1 мг/кг с дальнейшим приемом препарата на амбулаторном этапе в дозе 60 мг через день 3 месяца, с последующим постепенным снижением дозы. За время госпитализации на фоне лечения наблюдалась положительная динамика в виде субъективного уменьшения онемения в руках, но сохранялся верхний парез без усиления выраженности.

Заключение. Синдром Льюиса-Самнера – заболевание, представляющее определенные трудности в диагностике в повседневной практике врача-невролога, обусловленные атипичным течением, нехарактерным для классической ХВДП [1].

В представленном клиническом случае, диагноз СЛС установлен на основании клинических критериев [6], данных ЭНМГ [1;5]. Особенностью у данного пациента является отсутствие в клинической картине фасцикуляций, крапми или миокимий [6], наличие бульбарного синдрома у больного, указывающие на полиморфизм проявлений данной патологии, важность дополнительных методов диагностики.

Своевременная верификация диагноза позволяет выбрать правильную тактику ведения пациентов и проводить патогенетическое лечение, способствующие стабилизации состояния и улучшению прогноза у таких больных. Этому способствуют утвержденные клинические рекомендации, своевременное изучение которых, повышает качество диагностики и фармакотерапии данной патологии практикующими врачами.

Список литературы

1. Пирадов М. А., Супонева Н. А., Никитин С. С., и др. Клинические рекомендации: хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия. //2020, 55 с.
2. Ситкали И.В., Колоколов О.В. Синдром Гийена-Барре как междисциплинарная проблема. Лечащий Врач. 2019;(11):49-55.
3. Перечень редких орфанных заболеваний / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://static0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/064/576/original/Перечень_редких_орфанных_заболеваний_11.10.2023.xlsx?1697462367
4. Emily K Mathey, Susanna B Park, Richard A C Hughes, John D Pollard, Patricia J Armati, Michael H Barnett, Bruce V Taylor, P James B Dyck, Matthew C

Kiernan, and Cindy S-Y Lin. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: from pathology to phenotype. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 86(9).

5. Ризванова А.С., Мельник Е.А., Гришина Д.А., Супонева Н.А. Синдром Льюиса - Самнера: анализ случаев атипичного дебюта с первичного асимметричного поражения нервов ног. //Ульяновский медико-биологический журнал. 2021. №3. С. 79-87.
6. Левин О.С. / Полинейропатии. - 3-е изд. - Москва: МИА. 2016. 480 с.

Автор выражает благодарность д.м.н. О.В. Колоколову, к.м.н. Е.А. Салиной за помощь при написании статьи.

СИНДРОМ РИГИДНОГО ЧЕЛОВЕКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Ойкин И.В., Колоколов О.В., Ситкали И.В., Макаров Н.С., Юдина В.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Синдром ригидного человека (синдром скованного человека, синдром мышечной скованности, stiff-person syndrome, Moersch-Woltmann syndrome [1]) — крайне редкая неврологическая патология, для которой характерно повышение мышечного тонуса, болезненные мышечные спазмы. Впервые синдром был описан в 1956 году, американскими неврологами F. Moersch и H. Wbltman [1]. Этиология и патогенез данного заболевания остаются до конца не изученными, предполагается аутоиммунный механизм заболевания [2]. Клиническими проявлениями данного синдрома являются: боли и напряжение мышц спины, живота, шеи; преобладание высокого мышечного тонуса в разгибателях конечностей, постоянное напряжение паравerteбральных мышц, мышц живота и мышечные спазмы [2]. Диагноз устанавливается на основании клинической картины [2], данных анамнеза заболевания (наличие сопутствующих аутоиммунных эндокринных заболеваний), дополнительных методов лечения: антитела к глутаматдекарбоксилазе, ЭНМГ [3,4,5].

Цель исследования. Проанализировать клинический случай синдрома ригидного человека.

Материалы и методы исследования. Описание клинического случая пациентки 34 лет, проходившей лечение в неврологическом отделении Университетской клинической больницы им С.Р. Миротворцева.

Результаты исследования. Пациентка 23 лет, жительница Саратовской области, госпитализирована с жалобами на боль и спазм в нижних конечностях, усиливающиеся при физической нагрузке, эмоциональном напряжении; невозможность самостоятельного передвижения без опоры на костыли ввиду болевого синдрома.

Анамнез заболевания: росла и развивалась без особенностей. Работает учителем в школе. Наследственный анамнез не отягощен. Состоит на учете у врача-эндокринолога с 30 лет, с диагнозом: 1. Аутоиммунный полигландулярный синдром. Сахарный диабет 1 типа, целевой уровень гликированного гемоглобина менее 6,5%. Первичный гипотериоз

на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита с узлообразованием. Также состоит на учете у врача-ревматолога с 30 лет, с диагнозом: Аксиальный спондилоартрит, нерентгенологическая стадия, ассоциированный с HLA B27 активностью 2 ст, двусторонний сакроилиит Ro 1 ст слева, Ro 2 ст справа, ФН 2 ст.

Заболела в июне 2023 года, когда при пробуждении, возникли жалобы на боль и спазм в нижних конечностях, невозможность полностью разогнуть нижние конечности. В июле 2023 года жалобы сохранялись, при перевороте в постели получила перелом головки правой бедренной кости. Выполнено оперативное лечение: металл-остеосинтез правой бедренной кости.

Впоследствии, на фоне продолжающихся спазмов, металлоконструкция утратила стабильность, после чего, в октябре 2023 года было выполнено тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава.

В настоящее время сохраняются вышеописанные жалобы, пациентка передвигается с опорой на костыли.

Неврологический статус: Сознание ясное. Со стороны ЧМН без особенностей. Чувствительность не нарушена. Парезов нет. Объем активных движений в нижних конечностях ограничен ввиду выраженного болевого синдрома. Тонус в правой нижней конечности повышен по смешанному типу. Атрофий мышц нет. Активная миотония в кистях, проксимальных мышцах конечностей не выявлена. Глубокие рефлексy: с рук – средней живости, D=S, с ног – средней живости, D=S. Брюшные рефлексy – живые, D=S. Пяточно-коленная проба: не выполняет ввиду выраженного болевого синдрома. Передвигается с костылями. Тазовые функции контролирует.

Дополнительное обследование.

– МРТ головного мозга, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника – значимой патологии не выявлено

– МРТ крестцово-подвздошных сочленений — МР-картина изменений крестцово-подвздошных сочленений — вероятно соответствует проявлениям двустороннего артроза крестцово-подвздошных сочленений.

– иЭМГ, ЭНМГ нижних конечностей - Первично-мышечные изменения отсутствуют, «постоянной» произвольной активности ПДЕ также не выявлено. Нарушение проведения по периферическим нервам нижних конечностей отсутствует. Кровь на антитела к GADA (GAD65 - глутаматдекарбоксилазе);

– АТ к GADA (GAD65) >10000 ME/ml (Референсные значения <10 ME/ml).

На основании клинических проявлений, результатов дополнительных методов исследования, повышения титра АТ к GADA пациентке установлен диагноз: Синдром ригидного человека.

Заключение. Синдром ригидного человека (СРЧ) [1,2,3] – заболевание, которое представляет трудности в диагностике ввиду своей распространённости: 1 случай на 1 миллион человек [2]. Характерным для данной патологии является сочетание поражения нервной системы с поражением эндокринной системы, аутоиммунными заболеваниями [3,4]. Особенностью данного клинического случая является отсутствие вовлечения тораколумбальных, параспинальных и абдоминальных мышц [2], что расширяет представления о клинических проявлениях данного заболевания. С учетом

анализа представленного клинического случая, данных литературы можно предположить клинический полиморфизм данного заболевания, что требует дальнейшего изучения.

Список литературы

1. Moersch F.P., Woltman H.W. Progressive fluctuating muscular rigidity and spasm ("stiff-man" syndrome); report of a case and some observations in 13 other cases // Mayo Clinic Proceedings: journal. — 1956. — Vol. 31, no. 15. — P. 421—427. — PMID 13350379.
2. Исаева Н.В., Прокопенко С.В., Родиков М.В., Аброськина М.В., Ондар В.С., Субочева С.А., Ипполитова Е.В., Кузнецов В.Ю. Синдром ригидного человека: особенности клинического течения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(6):96-100.
3. Tompson PD. Stiff people. In: Marsden C.D., Fahn S. (eds). Movement disorders 3. Cambridge: Butterworth Heinemann; 1994.
4. Lorish TR, Thorsteinsson G, Howard FM. Stiff-man syndrome updated. Mayo Clin Proc. 1989;64:629-636
5. Краснов М.Ю., Павлов Э.В., Ершова М.В., Тимербаева С.Л., Иллариошкин С.Н. Спектр неврологических синдромов, ассоциированных с антителам к глутаматдекарбоксилазе. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2015;9:4:37-41.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛОССАЛГИЕЙ

**Парфенова С.В., Кобзева Ю.А., Неловко Т.В., Тверскова В.Ю., Савина Е.А.,
Абаджян Л.В., Асланян М.А., Алтынбаева А.П., Логинов Д.В., Парфенов А.К.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Глоссалгия остается одной из актуальных проблем нейростоматологии и имеет широкую распространенность среди болевых синдромов ЧЛЮ. Глоссалгия — расстройство, проявляющееся коэнестезиопатиями — патологическими ощущениями разнообразного характера в полости рта [1].

Существует несколько классификаций заболеваний СОПР и красной каймы губ. Согласно клинической классификации проф. Е.В.Боровского и проф. А.Л.Машкиллейсона, глоссалгия входит в раздел под названием «Изменения СОПР при патологии нервной системы». Международная статистическая классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) включает глоссалгию в состав отдельной, самостоятельной группы заболеваний под названием «Болезни языка» [2].

Для постановки диагноза «глоссалгия» проявления заболевания должны длиться ежедневно не менее 2 ч в день в течение 3 месяцев.

Цель исследования. Определить оптимальный алгоритм ведения пациентов с глоссалгией.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ данных 18 пациентов с диагнозом глоссалгия. Определены следующие параметры [2]:

1. Портрет пациента с глоссалгией:

- у данной категории пациентов отмечается четкое гендерное распределение с преобладанием женщин, мужчины болеют в 5-6 раз меньше
- возрастной коридор колеблется от 45 до 70 лет
- характерна высокая доля женщин в перименопаузальном периоде
- у лиц, страдающих глоссалгией, наблюдаются астенические нарушения в виде слабости, ранимости, обидчивости, снижения памяти, внимания, нарушения сна
- отмечается соматопсихическая растерянность с тревогой, угрозой собственному существованию, убежденностью в наличии тяжелой, неизлечимой болезни
- такие состояния оказывают влияние на работоспособность, снижают качество жизни, постепенно формируется канцерофобия.

2. Анамнез заболевания:

Большинство больных склонны связывать начало заболевания с местными факторами, считая их основной причиной дискомфорта. И лишь незначительная часть пациентов считает, что развитию «синдрома пылающего рта» предшествовали психотравмирующие факторы [3].

Как правило, заболевание начинается постепенно, и пациент не всегда может указать точное время появления болей. С течением времени нарастает интенсивность и частота болевых ощущений.

3. При внешнем осмотре привлекает внимание повышенная раздражительность данных пациентов, выражение лица напряженное.

4. Стоматологический статус. Характерными проявлениями глоссалгии являются жжение, ощущение ошпаренного, либо присыпанного перцем языка. Аналогичные болевые ощущения могут наблюдаться и в других участках слизистой оболочки полости рта: нёба, десён, щёк, а также горла. Одновременно, пациента могут беспокоить сухость, извращение или притупление вкуса, восприятие губ и языка увеличенными, может появиться привкус металла, горечи, кислоты и т.д. Субъективные ощущения достигают своего пика интенсивности преимущественно в вечернее время, при различных стрессовых ситуациях. Однако практически полностью проходят в период приема пищи, что является ярким подтверждением принципа доминанты А.А.Ухтомского.

5. При объективном обследовании СОПР лишена патологических элементов — как первичных, обусловленных известными дерматозами, так и аутодеструктивных.

Результаты исследования. Таким образом, отмечается отсутствие корреляционной связи между данными субъективного и объективного статуса.

Заключение. В настоящее время, по представленной нами нозологической единице «Глоссалгия» не определены стандарты, регламентирующие деятельность врача в рамках стоматологического приема. Мы лишь можем предложить алгоритм действий, который позволяет с наименьшей потерей времени и наибольшей безопасностью для пациента поставить точный диагноз [3,4].

Таким образом, лечение пациентов должно быть комплексным, продолжительным, последовательным и патогенетически обоснованным. Монотерапия, как правило, приносит лишь непродолжительное облегчение. Пациенту на первом приеме следует объяснить суть

заболевания, успокоить и внушить уверенность в его излечимости [3]. Целесообразно проведение дифференциальной диагностики с заболеваниями ЧЛЮ, осуществление полной санации полости рта, консультативные заключения смежных специалистов (невропатологов, эндокринологов, гастроэнтерологов и др.). Желательны повторные консультации с интервалом 3 месяцев на протяжении 1-го года лечения. И только комплексное лечение позволяет добиться выраженных стойких положительных результатов.

Список литературы

1. Тверскова В. Ю., Кобзева Ю. А., Парфенова С. В. [и др.] Врачебная тайна и социальные сети: юридические и медицинские аспекты, ответственность // Dental Forum. – 2021. – № 4(83). – С. 70.
2. Бекирова Ф. М., Асланян М. А., Тверскова В. Ю. [и др.] Идентификация пациента как составляющая системы безопасности медицинской помощи / // Dental Forum. – 2021. – № 4(83). – С. 13.
3. Неловко Т. В., Асланян М. А., Филиппова Н. В. [и др.] Морфология биологических точек акупрессуры и акупунктуры в стоматологии и методики проведения точечного массажа // Морфология. – 2020. – Т. 157. – № 2-3. – С. 153.
4. Савина Е. А., Кобзева Ю. А., Асланян М. А. [и др.] Оценка эффективности психофармакотерапевтической коррекции препаратом, обладающим анксиолитическим действием, у пациентов с пародонтитом и дентопатией // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2019. – Т. 15. – № 2. – С. 256-260.

ОСОБЕННОСТИ ФИБРОМИАЛГИИ В САРАТОВЕ: ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Пархонюк И.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Цель исследования. Оценка валидности критериев диагностики, разработанных American College of Rheumatology (ACR), в отношении пациентов, госпитализированных в стационары г. Саратова в связи с заболеваниями, одним из симптомов которых является хроническая боль.

Материалы и методы исследования. Дизайн проведенного исследования – открытое проспективное. Объекты исследования – пациенты, госпитализированные в ревматологическое, неврологическое и дермато-микологическое отделения. Специально разработана индивидуальная регистрационная карта, которая содержала демографические данные и клинические сведения. Критерии включения в исследование – боль слева и справа, выше и ниже талии, которая беспокоит пациента на протяжении 3 месяцев и более. Критерии исключения: наличие расстройства, которое способно объяснить боль. Используются визуально аналоговые шкалы для оценки боли и 2 критерия диагностики ACR. Фибромиалгию (ФМ) диагностировали, если Индекс

распространенности боли (ИРП) превышал 7 баллов при оценке по Шкале выраженности симптомов (ШВС) более 5, или, если ИРП был в диапазоне от 3 до 6 при результате оценки по ШВС более 9 баллов.

Результаты исследования. Проанкетированы 126 пациентов, женщин – 77,8%, средний возраст – 63 года. Боль беспокоила пациентов в среднем на протяжении 4,6 месяцев. В 30 (23,8%) случаях диагноз ФМ полностью соответствовал международным критериям.

Заключение. Изучение ФМ – актуальная проблема медицины в Саратовской области. Частота встречаемости ФМ среди пациентов с хронической болью составляет более 20% в изученной нами группе пациентов.

Автор выражает благодарность д.м.н. О.В. Колоколову, д.м.н. Н.М. Никитиной, А.В. Ломакину за помощь при написании статьи.

СИНДРОМ СМИТА – КИНГСМОРА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Петалудзе В.А., Фисун А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Синдром Смита – Кингсмора (СКС / SKS) представляет собой редкое генетическое заболевание саутосомно-доминантным типом наследования. Наиболее частая причина-мутации de novo в гене MTOR. Ген MTOR (mechanistic target of rapamycin kinase) кодирует белок, участвующий в процессе регуляции работы клеток организма в ответ на такие стрессовые факторы, как повреждение ДНК и дефицит питательных веществ. Белок MTOR (серин-треониновой протеинкиназа), регулирует процесс фосфорилирования около 800 различных белков, в результате чего обеспечивается поддержание жизнедеятельности, рост и метаболизм клеток. Данный белок функционирует в составе двух сигнальных комплексов: mTORC1 и mTORC2. Сигнальные пути, активируемые комплексами mTORC, играют важную роль в росте и развитии мозга, а также в процессе синаптической пластичности. Синаптическая пластичность является критически важной основой для формирования памяти и обучения. Мутации в гене MTOR приводят к усилению сигнализации mTOR в нейронах, что нарушает нормальные процессы роста и развития. Таким образом, развитие синдрома Смита-Кингсмора непосредственно связано с изменениями в функции гена MTOR.

Клинические проявления СКС варьируются, но к общим признакам можно отнести: мегалэнцефалию (объем головы превышает норму не менее чем на 3 стандартных отклонения), переменную степень умственной отсталости, расстройства аутистического спектра, эпилептические припадки, пупочную грыжу и специфические дисморфические черты лица (выпуклость лба, гипоплазия средней части лица, гипертелоризм со скошенными глазными щелями, вдавленной переносицей, гладкий

носогубный желобок и тонкая верхняя губа). Первый случай СКС был описан Смитом и его коллегами в 2013 году. Данные о частоте встречаемости неизвестны.

Представленный клинический случай представляет интерес для изучения различных проявлений генетического синдрома Смита-Кингсмора у детей раннего возраста.

Цель исследования. Проанализировать случай редкого генетического заболевания, проявляющегося в раннем детском возрасте, подтверждаемое молекулярно-генетическим исследованием.

Материал и методы исследования. Изучен клинический случай пациента с синдромом Смита – Кингсмора (гетерозиготная мутация в гене MTOR (мутация *de novo*). Родители дали согласие на использование данных для публикации.

Результаты исследования. Представлены данные клинического случая пациента А., 2 лет, который проходил плановое стационарное лечение в УКБ1 им. С.Р. Миротворцева.

Жалобы: на задержку психомоторного развития, несоответствие размеров головы и тела.

Анамнез: Перинатальный анамнез отягощён. Ребёнок рождёнот 1 беременности, протекавшей на фоне УПБ, анемии, повышения артериального давления, ожирения I ст., хронического пиелонефрита, маловодия. По срокам гестации вес был крупным (при скрининге на 32 неделе плод соответствовал 37 неделям). Роды 1, самостоятельные в срок. Масса тела 3650гр, рост 55 см, окружность головы при рождении 37 см. Из анамнеза известно, что ребёнок рос и развивался задержкой моторного и психического развития (самостоятельно держит голову с 4 месяцев, ползает с 9 месяцев, сел ближе к 2 годам), отмечается увеличение размеров головы. Наблюдался неврологом по месту жительства с гидроцефалией с расширением желудочковой системы. Эпилептических приступов зарегистрировано не было. Неоднократно проводилась нейросонография, был консультирован нейрохирургом. Хирургическое лечение показано не было. Для дифференциальной диагностики с болезнями накопления был консультирован генетиком, проведён анализ крови методом ТМС. Исследования патологий не выявили.

На МРТ головного мозга в возрасте 11 месяцев была обнаружена арахноидальная киста в области левого височного полюса с сообщением с цистернами основания черепа, незначительное расширение цистерн основания черепа, умеренное расширение левого бокового желудочка.

В мае 2022 было проведено молекулярно-генетическое исследование с повторной консультацией генетика. В результате прямого секвенирования экзома была выявлена мутация с.7216G>A в гене MTOR (нуклеотидная замена chr1:11114402C>T) гетерозиготном состоянии. Для подтверждения данных проведён анализ у родителей (секвенирование по Сенгеру в трио – родители + пробанд). У родителей ребёнка данная мутация не была обнаружена. Согласно заключению генетика, данная мутация описана у пациентов с синдромом Смита-Кингсмора, у которых наблюдаются схожие клинические и фенотипические признаки. Клиническая значимость мутации с.7216G>A в гене MTOR была подтверждена функциональными исследованиями. В результате был установлен

диагноз: синдром Смита-Кингсмора. Рекомендовано: 1)наблюдение невролога; 2)оформление пособия по инвалидности; 3)МРТ головного мозга в динамике; 4)Проведение пренатальной диагностики мутации с.7216G>A в гене MTOR при наступлении беременности у родителей ребёнка.

Физикальное исследование: Рост – 84 см. Вес – 11,5 кг. Индекс массы тела – 16,49. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое. Осанка не нарушена. Кожа и видимые слизистые оболочки обычного цвета и влажности, без патологических высыпаний. Выявляются стигмы дизэмбриогенеза: макроцефалия, долихоцефалия, высокий лоб, широкие брови, плоская переносица, гипертелоризм, антимонголоидный разрез глаз и низко расположенные ушные раковины. Подкожно-жировая клетчатка в норме, распределение равномерное. Отёков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Варикозное расширение вен не наблюдается. Щитовидная железа в пределах нормы. Форма грудной клетки нормальная, деформаций нет. Дыхание смешанного типа, частота дыхательных движений 27 в минуту. Насыщение крови кислородом (сатурация) - 99%. Одышки нет. При аускультации лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем отделам, хрипов нет. Результаты перкуссии и аускультации сердца: перкуторно границы сердца не изменены; аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не определяется. Частота сердечных сокращений - 115 в минуту. Частота пульса - 115 в минуту. Пульс ритмичный. АД – 95/55 мм. Рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы. Пальпация органов брюшной полости безболезненна. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Перкуторно границы селезёнки в пределах нормы. Патологических изменений поясничной области не определяется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в пределах нормы. Мочеиспускание свободное, не затруднённое, безболезненное. Стул оформленный, без патологических включений, 1-2 раза в сутки. Симптомы раздражения брюшины не определяются.

Неврологический статус: Ребёнок в сознании. Во время осмотра спокоен, играет с бутылочкой, хлопает в ладоши, за предметом прослеживает, на голос реагирует. Отмечается задержка психоречевого развития. Окружность головы 55 см, большой родничок 2,0 *2,0 открыт. Лежа на животе голову удерживает, запрокидывая назад. Обоняние сохранено. Зрение в норме. Зрачки округлой формы, средней величины, D=S. Фотореакции прямая и содружественная сохранены, живые. Зрачковые реакции на конвергенцию, аккомодацию сохранены. Птоза нет. Отмечается содружественное альтернирующее расходящееся косоглазие OU. Диплопии, нистагма нет. Чувствительность на лице сохранена. Точки выхода тройничного нерва безболезненные. Тонус жевательной мускулатуры сохранен. Вкусовая чувствительность не изменена. Лицо симметричное. Функция мимической мускулатуры достаточная. Слух сохранен. Головокружения нет. Голос не изменён. Глотание не нарушено. Дужки мягкого небасимметричны, при фонации подвижны. Рефлексы с мягкого неба и задней стенки глотки сохранены, симметричны. Движения головы не ограничены. Плечи поднимает одинаково с обеих сторон. Язык по средней линии. Атрофии, фибрилляции мышц языка нет. Рефлексы орального автоматизма отсутствуют. Болевая, температурная

чувствительность не изменены. Вибрационная чувствительность, мышечно-суставное чувство не изменены. Объем активных движений в руках и ногах не ограничен. Мышечная сила во всех группах мышц сохранена, 5 баллов. Мышечный тонус в руках и ногах низкий, с гипермобильностью в крупных суставах. Правая стопа ротирована вовнутрь. Движения в шейном отделе позвоночника не ограничены. Моторные навыки: самостоятельно сидит, переворачивается в обе стороны, ползает, преимущественно попластунски. Периодически стереотипные «похлопывания» в ладоши. Карпорадиальные рефлексы: D=S, оживлены по пирамидному типу. Рефлексы с бицепса D=S, оживлены по пирамидному типу. Рефлексы с трицепса D=S, оживлены по пирамидному типу. Коленные рефлексы D=S, оживлены по пирамидному типу. Ахилловы рефлексы D=S, оживлены по пирамидному типу. Подошвенные рефлексы вызываются, D=S. Брюшные рефлексы вызываются, симметричные, умеренные. Патологические стопные рефлексы не вызываются. Кистевых патологических рефлексов нет. Клонусов стоп нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Пальце-носовая, пяточно-коленная координационные пробы не проводились ввиду возраста пациента. Атаксии нет. Проба Ромберга не проводилась ввиду возраста пациента. Походка: не ходит. Пальпация позвоночника по остистым отросткам безболезненна. Дефанса мышц спины нет. Пальпация окципитальных точек безболезненна. Симптомы натяжения отрицательные. Вегетативный статус: влажность кожи в пределах возрастной нормы, дермографизм розовый.

Дополнительное обследование. Электрокардиография от 09.06.2023г: Синусовый ритм с ЧСС 115-124 в мин. Вертикальное положение ЭОС.

Мониторирование электроэнцефалографии от 09.06. 2023г: преобладание тета-дельта-замедления в лобных отведениях бифронтально. Типичной фокальной генерализованной активности не выявлено.

МРТ головного мозга: Арахноидальная киста области левого височного полюса с сообщением с цистернами основания черепа, негрубое расширение цистерн основания черепа. Умеренное расширение левого бокового желудочка.

Выставлен клинический диагноз: Синдром Смита-Кингсмора (гетерозиготная мутация в гене MTOR (мутация *denovo*). Макроцефалия, содружественное альтернирующее расходящееся косоглазие OU. Задержка психомоторного развития. Синдром мышечной гипотонии.

За время госпитализации в клинике ребёнок получал нейрометаболическую терапию, ЛФК, массаж, физиотерапию.

После выписки ребёнок будет находиться под наблюдением невролога по месту жительства. Рекомендации включают: продолжение курсовой нейрометаболической терапии, регулярные немедикаментозные реабилитационные мероприятия (такие как Войта-терапия и плавание), систематические занятия лечебной физкультурой, занятия с дефектологом, а также ношение ортопедических туторов и ортезов на нижние конечности в течение дня.

Заключение. Ключевые клинические проявления синдрома Смита-Кингсмора включают мегалэнцефалию, задержку психомоторного развития или умственную отсталость, а также аномалии развития лица. Эти проявления могут сочетаться с

эпилептическими приступами, расстройствами аутистического спектра, гипотонией, гипогликемией и другими состояниями. При подозрении на генетическое заболевание обязательным является проведение генетического обследования. В частности, при подозрении на наличие синдрома Смита – Кингсмора обязательно должно проводиться молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене MTOR. Вариация гена MTOR *de novo* является причиной синдрома Смита – Кингсмора. Своевременная диагностика позволит правильно организовать маршрутизацию пациентов, разработать эффективные стратегии лечения и реабилитации, а также обеспечит возможность проведения ранней пренатальной диагностики мутации в гене MTOR в случае наступления беременности у родителей ребёнка.

Список литературы

1. Baynam, G., Overkov, A., Davis, M., Mina, K., Schofield, L., Allcock, R., Laing, N., Cook, M., Dawkins, H., Goldblatt, J. A germline MTOR mutation in aboriginal Australian siblings with intellectual disability, dysmorphism, macrocephaly, and small thoraces. *Am. J. Med. Genet.* 167A: 1659-1667, 2015. [PubMed: [25851998](#)]
2. Lee, J. H., Huynh, M., Silhavy, J. L., Kim, S., Dixon-Salazar, T., Heiberg, A., Scott, E., Bafna, V., Hill, K. J., Collazo, A., Funari, V., Russ, C., Gabriel, S. B., Mathern, G. W., Gleeson, J. G. De novo somatic mutations in components of the PI3K-AKT3-mTOR pathway cause hemimegalencephaly. *Nature Genet.* 44: 941-945, 2012. [PubMed: [22729223](#), [images](#)]
3. Moller, R. S., Weckhuysen, S., Chipaux, M., Marsan, E., Taly, V., Bebin, E. M., Hiatt, S. M., Prokop, J. W., Bowling, K. M., Mei, D., Conti, V., de la Grange, P., and 9 others. Germline and somatic mutations in the MTOR gene in focal cortical dysplasia and epilepsy. *Neurol. Genet.* 2: e118, 2016. Note: Electronic Article. [PubMed: [27830187](#)]
4. Moosa, S., Bohrer-Rabel, H., Altmuller, J., Beleggia, F., Nurnberg, P., Li, Y., Yigit, G., Wollnik, B. Smith-Kingsmore syndrome: a third family with the MTOR mutation c.5395G>A p.(Glu1799Lys) and evidence for paternal gonadal mosaicism. *Am. J. Med. Genet.* 173A: 264-267, 2017. [PubMed: [27753196](#)]
5. Mroske, C., Rasmussen, K., Shinde, D. N., Huether, R., Powis, Z., Lu, H.-M., Baxter, R. M., McPherson, E., Tang, S. Germline activating MTOR mutation arising through gonadal mosaicism in two brothers with megalencephaly and neurodevelopmental abnormalities. *BMC Med. Genet.* 16: 102, 2015. Note: Electronic Article. [PubMed: [26542245](#)]
6. Smith, L. D., Saunders, C. J., Dinwiddie, D. L., Atherton, A. M., Miller, N. A., Soden, S. E., Farrow, E. G., Abdelmoity, A. T. G., Kingsmore, S. F. Exome sequencing reveals de novo germline mutation of mammalian target of rapamycin (MTOR) in a patient with megalencephaly and intractable seizures. *J. GenomesExomes* 2: 63-72, 2013.

МУЛЬТИФАКТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Пехтелева А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Мультифакторные заболевания (МФЗ) нервной системы представляют собой гетерогенную группу болезней, в основу развития которых положен принцип взаимодействия генетических и средовых факторов. Исследование генома человека позволило определить гены, аллельные варианты которых предрасполагают к определенным заболеваниям (гены предрасположенности). К МФЗ также относят болезни с моногенной предрасположенностью, обусловленные мутациями в единственном гене и влиянием неблагоприятных внешних факторов. При МФЗ для реализации генетической предрасположенности необходимо активирующее воздействие факторов окружающей среды [1].

Цель исследования. Изучение роли молекулярно-генетических и средовых факторов в формировании мультифакторных заболеваний нервной системы.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ литературы и систематический поиск из баз данных PubMed, NIH Gene, Cyberleninka, OMIM, MEDlars onLINE, Cochrane Library, eLibrary, Google Scholar, UpToDate (1995-2023 гг.). Для обзора отобрано 10 источников.

Результаты исследования. В развитии МФЗ значимую роль играют гены предрасположенности. Генетические факторы с порогом действия требуют наличия конкретной мутации или генетического варианта, который является одним из необходимых условий для возникновения МФЗ. Примером МФЗ нервной системы с порогом действия является атаксия Фридрейха (FRDA), наследственное нейродегенеративное заболевание, характеризующееся прогрессирующим течением. В данный момент известно большое количество генов, мутации в которых могут привести к развитию FRDA. Ключевую роль в развитии FRDA играет мутация в гене фратаксина (FXN), которая приводит к недостаточному синтезу одноименного белка, значимому для функции митохондрий. Мутации в таких генах, как митохондриальная поли(А) полимеразы (МТРАР); ген, кодирующий ДНК-полимеразу гамма (POL γ) (POLG); ген, кодирующий белок апраксин (APTX) также могут быть связаны с развитием FRDA. В настоящее время определены другие гены, связанные с FRDA, например, гены серин/треониновая протеинкиназа (ATM), ATR (атаксия-телеангиэктазия и Rad3-родственный белок) и другие. Наличие конкретного набора генетических вариантов может привести к развитию болезни FRDA только при достижении определенного порогового значения [2].

Генетические факторы без порога действия не требуют наличия конкретной мутации для возникновения заболевания, но увеличивают общую предрасположенность к нему. Главный механизм представлен простой аддитивностью (суммированием эффектов многих генов). Примером могут быть полиморфизмы, то есть вариации в генах,

которые не являются патогенными, но влияют на функции различных органов и систем организма, увеличивая риск развития заболеваний.

Для оценки генетической предрасположенности к МФЗ проводят ассоциативные исследования, которые анализируют варианты, известные как полиморфизмы ДНК / генов, для выявления, связан ли конкретный вариант в значительной степени с возникновением болезни, представляя собой генетический фактор риска. Например, определено несколько десятков генов, которые ассоциированы с развитием невропатий. Формирование невропатий обусловлено разнообразными молекулярными механизмами. Нарушение работы ионных каналов, транспортных внутриклеточных белков, энергетических процессов в клетке, изменение посттрансляционного процессинга связано с развитием различных невропатий. Установлено, что первичная демиелинизация развивается за счет мутаций гена MPZ (myelin protein zero), кодирующего одноименный белок, являющийся основным структурным элементом периферического миелина. Ключевое значение имеет мутация гена GJB1 (Gap junction protein beta-1), кодирующего белок коннексин-32, обеспечивающий межклеточные контакты. Изменение процессов ре- и демиелинизации может быть обусловлено разрушением связей между шванновскими клетками и элементами внеклеточного матрикса, активацией апоптоза вследствие мутации гена PMP22, кодирующего периферический мембранный белок 22. При наследственных полиневропатиях изменение количества копий гена PMP22 является распространенной генетической абберацией. Наследственная моторно-сенсорная полиневропатия Шарко-Мари-Тута 1А типа развивается за счет дупликации гена, невропатии со склонностью к параличу от сдавления обусловлено его делецией. Формирование невропатий связано с мутациями в генах, обеспечивающих аксональный транспорт. В настоящее время определены гены, регулирующие внутриклеточный везикулярный транспорт, мембранный транспорт, транспорт внутриклеточных элементов и передачу сигналов (FGD4, LITAF, MTMR2, SBF1, SBF2, SH3TC2, NDRG1, FIG4, RAB7A, TFG, DNM2, SIMPLE). Например, мутация в гене, кодирующем миотубулярин-связывающую фосфатазу 2 (MTMR2), приводит к возникновению демиелинизирующей невропатии. Нарушение структуры цитоскелета обусловлено мутациями гена INF2, кодирующего белок инвертированный формин-2, ассоциированный с образованием актина. В процессах миелинизации периферических нервов также участвуют гены PRX (CMT4F), кодирующие белки L- и S-периаксин и ген NeFL, кодирующего тонкий полипептидный нейрофиламент [3].

Наличие только генетических мутаций само по себе недостаточно для развития МФЗ, важную роль играют окружающая среда и воздействие внешних факторов. Они могут влиять как на экспрессию генов, так и на взаимодействие генов между собой и с окружающей средой. Известно, что продолжительность контакта с токсическими веществами, (свинец, ртуть), может повлиять на генетическую предрасположенность к развитию полиневропатий. Другие факторы окружающей среды, такие как питание, стресс и инфекции, могут оказывать неблагоприятное влияние на генетическую составляющую и повышать риск развития МФЗ. Так, витамины группы В играют ключевую роль в обеспечении нормального функционирования нервной системы. Важнейший представитель - тиамин (витамин В1) участвует в процессах

фосфорилирования белка рапсина, который связан с рецепторами ацетилхолина, что способствует регуляции активности холинергических синапсов. Недостаток витаминов группы В может привести к нарушению утилизации глюкозы, дефициту энергии, увеличению концентрации глутамата, и как следствие, к нейротоксическим эффектам [4].

Эпигенетические механизмы приводят к изменениям в активности генов без изменения последовательности ДНК. Основные способы эпигенетической регуляции включают метилирование ДНК, модификацию гистонов и воздействие некодирующих РНК. Метилирование ДНК и модификация гистонов влияют на процесс транскрипции и формирование активного и неактивного хроматина.

Метилирование ДНК управляет экспрессией генов и играет важную роль во многих биологических процессах, включая предрасположенность к заболеваниям. При этом процессы метилирования являются обратимыми и зависят от факторов внешней среды: питание, образ жизни и др. Установлено, что при повреждении нервов наблюдается усиление экспрессии гена NINJ2 (nerve injury-induced protein 2), который локализован в области хромосомы человека 12p13. Белок NINJ2 способствует регенерации нерва путём роста аксонов нервных клеток. Повышенное метилирование, коррелирующее со сниженной экспрессией, наблюдается в гене NINJ2. Следовательно, снижение экспрессии NINJ2 может способствовать развитию невропатий. Известно, что различные паттерны метилирования ДНК в генах, связанных с регенерацией и функциональностью нервов, играют важную роль в развитии сердечно-сосудистой автономной невропатии у пациентов с сахарным диабетом 1 типа [5,6].

Динамические процессы, регулирующие упаковку ДНК в нуклеосомы и организацию хроматина, контролируются механизмом ацетилирования гистонов и регулируется группами ферментов - гистонацетилтрансферазами (HATs) и гистондеацетилазами (HDAC). Препараты, ингибирующие HDAC, влияют на ацетилирование и играют важную роль в эпигенетических процессах, связанных с невропатической болью, невропатической гиперчувствительностью. Некодирующие РНК также могут регулировать транскрипцию и трансляцию генов, взаимодействуя с ДНК и РНК. Самыми изученными среди некодирующих ДНК-микроРНК являются те, которые комплементарны матричным РНК, что приводит к деградации последних и уменьшению экспрессии соответствующих генов. Исследование у пациентов с диабетической невропатией показало, что повышенная экспрессия гена miR199a3p приводит к снижению регуляции внеклеточного белка серпина E2 при развитии заболевания. Помимо этих основных механизмов существуют и другие процессы эпигенетической регуляции, такие как ремоделирование хроматина, организация ядра в трехмерном пространстве, редактирование РНК, метилирование РНК и другие.

Заключение. Изучение МФЗ представляет сложную задачу, так как требует определения генетического комплекса и сочетания средовых факторов, обуславливающих развитие болезни. Проблема МФЗ связана с существованием большого числа генов, каждый из которых на разных этапах вносит свой вклад в формирование клинического фенотипа. Изучение молекулярно-генетических и средовых факторов в развитии МФЗ нервной системы позволяет формировать

группы риска развития болезней, что способствует оптимизации лечебно-диагностических мероприятий и позволяет составить оптимальный комплекс профилактических мероприятий для пациента. Эпигенетическая регуляция потенциально может быть использована для коррекции патологического фенотипа.

Автор выражает благодарность д.м.н. О.В. Колоколову за помощь при написании статьи.

Список литературы

1. Новиков П.В. ДНК–тестирование: моногенные и мультифакториальные болезни. РМЖ. 2011;12:794.
2. Федотова Е.Ю., Абрамычева Н.Ю., Яковенко Е.В., Ардаширова Н.С., Нужный Е.П., Ключников С.А., Ершова М.В., Иллариошкин С.Н. Эпигенетика нейродегенеративных заболеваний, сопровождающихся расстройствами движений // Бюллетень Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений. 2022. №2.
3. Nata A. Multifactorial disease. Nihon Rinsho. 2010.68 Suppl 8:21-6.
4. Schwartz D.A. The importance of gene-environment interactions and exposure assessment in understanding human diseases. J Expo Sci Environ Epidemiol. 2006 Nov;16(6):474-6.
5. Araki T, Milbrandt J. Ninjurin2, a novel homophilic adhesion molecule, is expressed in mature sensory and enteric neurons and promotes neurite outgrowth. J Neurosci. 2000;20(1):187-95.
6. Gastoł, J., Kapusta, P., Polus, A. et al. Epigenetic mechanism in search for the pathomechanism of diabetic neuropathy development in diabetes mellitus type 1 (T1DM). Endocrine.2020;68(1): 235–240.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ

Послед Т.Е., Чурсина Е.М., Лобанов М.Е., Гуменюк О.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Цель исследования. Изучение генетических причин тугоухости у детей.

Материалы и методы исследования. Проанализированы истории болезней и результаты молекулярно-генетического исследования пациентов в возрасте 1-18 лет (n=24), состоявших на диспансерном учете у невролога и/или сурдолога по поводу нейросенсорной тугоухости (НСТ). Секвенирование генома и секвенирование по Сэнгеру выполнено в медико-генетической лаборатории «Эвоген» при поддержке Благотворительного фонда медико-социальных генетических проектов помощи «Геном жизни».

Результаты исследования. У всех обследованных детей отмечалась НСТ различной степени тяжести. У 5 детей патогенных вариантов в геноме не обнаружено.

При полногеномном секвенировании ДНК у 19 детей (79%) выявлены патогенные варианты генов, ответственные за развитие заболеваний и синдромов, проявляющихся тугоухостью: FIG4 (синдром Юниса-Варона), PNF6 (синдром Борьесона-Форсмана-Лемана), ANKRD11 (KBG-синдром), ARID1B, ARID1A и ARID2 (синдром Коффина-Сириса, тип 1, тип 2 и тип 6), SLC26A4 (синдром Пендреда); IDUA (Мукополисахаридоз 1 типа); DNAH5 (Первичная цилиарная дискинезия, тип 3); FGFR3 (синдром Мюнке); SHANK3 (синдром Фелан-МакДермид); KMT2D (синдром Кабуки, тип 1); GJB2 (Несиндромальная нейросенсорная тугоухость) и другие. В 95% случаев НСТ сочеталась с множественными стигмами дизэмбриогенеза и 89% случаев – задержкой умственного развития различной степени тяжести.

Заключение. В 79% случаев НСТ имеет генетические причины и является проявлением того или иного моногенного синдрома. НСТ является показанием для проведения молекулярно-генетического обследования.

ОЦЕНКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПО ИЗУЧЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Прохожев Д.А., Чехонацкий А.А., Бровко М.А., Филатов Д.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. При интермиттирующем течении ишемического инсульта предсказать изменение в тяжести заболевания на ближайшие 2-3 дня практически невозможно. Перспективным в этом плане направлением может быть изучение состояния вегетативной нервной системы (ВНС).

Цель исследования. Оценить изменение состояния вегетативной нервной системы как критерий прогрессирования тяжести ишемического инсульта

Материалы и методы исследования. 162 больных с ишемическим инсультом, которые разделены две группы. I группа - 28 человек (17,3%) у которых с 10 по 20 день наблюдения наблюдался быстрый (в течение 2-3 дней) переход инсульта по шкале NIHSS в средне тяжелую или в тяжелую формы. II группа - 134 (82,7%) пациента со стабильным течением заболевания. Критериями оценки тонуса вегетативной системы выбраны: индекс Кердо, синокаротидный рефлекс (Чермака, Геринга) и коэффициент Хильдебранта.

Результаты исследования. Нарастание тяжести инсульта по шкале NIHSS сопровождается значительной активацией симпатического отдела ВНС. Изменение тонуса ВНС происходит на 2-3 дня раньше, чем изменение тяжести инсульта. Этому процессу предшествуют изменения по величине индекса Кердо. Повышение тонуса ВНС по величине индекса Кердо может служить в качестве специфического индикатора, указывающего на то, что ближайшие 2-3 дня состояние больного ухудшится. Рассогласование в работе сердечно-сосудистой системы (ССС) у данной категории

больных также начинается раньше на 3 суток – с 2 по 5 день наблюдения. Можно констатировать, что существенное рассогласование в деятельности ССС и дыхательной систем больного, согласно увеличению коэффициента Хильдебранта, может указывать на то, что через 2-3 три дня тяжесть состояния больного в остром периоде ишемического инсульта возрастёт. Данное положение подтверждает тот факт, что изменения коэффициента Хильдебранта при стабильном течении острого периода ишемического инсульта, не наблюдаются.

Заключение. Изменения со стороны вегетативной нервной системы в большинстве случаев предшествуют переходу инсульта в более тяжёлую форму, а начало этой трансформации в значительной мере ассоциировано с достижением определенных значений со стороны тонуса, реактивности вегетативной нервной системы и коэффициента Хильдебранта. Оценка надёжности предложенного метода оценки риска прогрессирования тяжести ишемического инсульта в ближайшие 2-3 дня, на фоне стабильного течения заболевания, у 28 пациентов показала 86,5% достоверных результатов, что позволяет рекомендовать её для использования в практической медицине.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Репина Л.А.

*Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, г. Самара*

Цель исследования. Улучшить систему помощи больным с ОНМК путем разработки критериев реабилитационного потенциала и математической модели на основе комплексной оценки клинико-инструментальных данных, применяемых в остром периоде полушарного ишемического инсульта для повышения эффективности реабилитации и оптимизации прогноза заболевания.

Материалы и методы исследования. Обследовано 103 пациента с диагнозом: ишемический инсульт в каротидном бассейне, гемипарез. Каждому пациенту проводилось комплексное обследование: стандартизированные методы (осмотр, компьютерная томография головного мозга (КТ ГМ), ЦДК БЦС, оценка по шкале NIHSS, Рэнкин, Ривермид, Фугл-Майера) и дополнительные (транскраниальная магнитная стимуляция, вызванные потенциалы мозга). На 10-14 сутки также проведено нейропсихологическое исследование: по шкале Бека, MoCA, Бартел, SF-36 и ВАШ. Через 12-18 месяцев амбулаторно - все пациенты обследованы в динамике и распределены на две группы - с «благоприятным» и «неблагоприятным» исходом (по степени восстановления двигательной функции). Методами статистического анализа произведен поиск тех значений, которые наиболее отличались в группах с противоположным исходом.

Результаты исследования. Значимыми факторами, влияющими на прогноз ОНМК стали: пол больного, значение амплитуды при ТМС коры пораженного полушария, модуль разницы амплитуд между полушариями при ТМС. Они вошли в основу прогностической математической модели.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ИСХОДА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Репина Л.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара

Введение. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются основной причиной заболеваемости, инвалидности и смертности. Стремление остановить рост инвалидизации повышает интерес к реабилитации, для составления индивидуальной программы которой играет большую роль реабилитационный потенциал (РП) пациента. В результате проведенного исследования у больных с ишемическим инсультом (ИИ) создана математическая модель прогноза восстановления двигательной функции для использования в остром периоде.

Цель исследования. Улучшить эффективность реабилитации двигательных нарушений у больных с ИИ путем определения РП в остром периоде заболевания с помощью математической модели прогноза ОНМК.

Материал и методы исследования. Исследовано 103 пациента с ИИ в каротидном бассейне гемипарезом. Методом логистической регрессии выделены потенциальные критерии РП из данных, полученных по результатам обследования. Основой переменных для математической модели прогноза восстановления моторной функции после ИИ стали пол больного, значение амплитуды при транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) коры пораженного полушария, модуль разницы амплитуд между полушариями при ТМС. Модель представлена в виде формулы, на основе которой создана программа для ЭВМ «Прогнозирование динамики двигательных нарушений после полушарного ИИ с использованием ТМС», определяющая вероятность благоприятного или неблагоприятного исхода (РП) в процентах. Для проверки эффективности модели обследовано 11 пациентов с ОНМК, которым рассчитывался РП в остром периоде ИИ и далее рассматривался исход заболевания спустя 12-18 месяцев.

Результаты. У 9 пациентов из 11 результаты расчета РП и исхода ИИ совпали. По данным ROC-анализа чувствительность модели (Se) составила 0,685, а специфичность (Sp) – 0,694, при пороге отсечения при $Se + Sp = 1,379$. Прогностичность отрицательного прогноза – 0,712, положительного прогноза – 0,667. Оценка площади под кривой AUC – 0,779.

Заключение. Полученная математическая модель для прогнозирования исхода ИИ высокого качества. Показатели модели обладают хорошей чувствительностью и специфичностью. Модель и программа для ЭВМ, таким образом, могут использоваться в клинической практике.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ОПТИЧЕСКОЙ ДИСГРАФИИ У ДЕТЕЙ

Сатюкова М.О.

*Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь*

Цель исследования. Изучить частоту и оценить эффективность метода цветокоррекции оптической дисграфии у детей 2-3 классов общеобразовательной школы.

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 детей общеобразовательной школы в возрасте от 8 до 10 лет на базе ПМПЦ «Лингва Бона». Унифицированное комплексное исследование детей включало клинико-анамнестические данных, исследование письма с применением методики И. Н. Садовниковой, а также тест-картинки И. Джордана для выявления синдромаскотопической чувствительности (Scotopic Sensitivity Syndrome-SSS). Детям с оптической формой дисграфии проводилось цветотестирование с целью коррекции выявленных нарушений письма с помощью цветных очков.

Результаты исследования. У 1/3 детей, страдающих дисграфией, выявлялась оптическая форма. Цветотестирование оптимизировало навык письма у 50% пациентов.

Заключение. Полученные результаты доказывает эффективность метода при коррекции оптической формы дисграфии.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Сексяев Н.Е.

*Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь*

Цель исследования. Оценить активность маркеров нейровоспаления в ликворе, когнитивный и неврологический статус у пациентов с церебральным токсоплазмозом на фоне ВИЧ-инфекции; разработать методику объективной

оценки неврологического статуса у пациентов с церебральным токсоплазмозом на фоне ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования. Исследован неврологический и когнитивный статус, проведена оценка цитологического и биохимического анализа ликвора, исследован уровень маркеров нейронального повреждения и нейровоспаления в динамике у 40 пациентов с церебральным токсоплазмозом. В качестве группы сравнения были исследованы 20 относительно здоровых лиц. Для количественной оценки неврологического дефицита при церебральном токсоплазмозе модифицирована шкала инсульта национального института здоровья (NIHSS) (получено удостоверение на рационализаторское предложение №2824 от 08.04.2023 г.). Для исследования когнитивного статуса использовались краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), международная шкала ВИЧ-деменции (IHDS), батарея лобной дисфункции (FAB). Исследование уровня нейронспецифической енолазы (NSE) и С-реактивного белка (СРБ) в ликворе проводилось с помощью иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты исследования. Выявлена положительная корреляционная связь между концентрацией NSE в ликворе и выраженностью неврологического дефицита и когнитивной дисфункции. Отмечена положительная корреляционная связь между концентрацией СРБ в ликворе и выраженностью когнитивной дисфункции. Концентрация NSE в ликворе отражает тяжесть неврологического дефицита и когнитивных нарушений у пациентов с церебральным токсоплазмозом. Исследование данного маркера в сочетании с динамической клинической оценкой может использоваться в качестве метода мониторинга успешности противопаразитарной терапии.

Заключение. Высокий уровень СРБ в группе пациентов с церебральным токсоплазмозом свидетельствует о патологической проницаемости ГЭБ и может использоваться в качестве индикатора активности воспалительного процесса в центральной нервной системе.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ИНСТРУМЕНТОВ СКРИНИНГА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ситкали И.В., Петалудзе В.А., Королева К.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Цитостатические препараты, применяемые в качестве химиотерапии онкологических больных, могут быть токсичными и являться причиной развития нежелательных явлений, связанных с нарушением функции нервной системы (НЯ НС).

При оценке НЯ НС важно обращать внимание на такие нарушения, как когнитивное снижение, расстройство сна и нарушение ходьбы. Последнее может сопровождаться болью и быть проявлением химио-индуцированной [поли] невропатии [1,2].

Цель исследования. Выбор адекватных опросников и тестов, определение критериев включения и невключения, необходимых для разработки дизайна исследования «Скрининг нарушений функции нервной системы у пациентов, получающих химиотерапию по поводу онкологических заболеваний».

Материалы и методы исследования. Обследовано 11 взрослых пациентов с онкологическими заболеваниями в условиях Университетской клинической больницы №1 (УКБ №1) им. С.Р. Миротворцева СГМУ.

Для оценки сна использовали стандартизированные опросники и шкалы: Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна (Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI), Индекс тяжести бессонницы (Insomnia severity index – ISI), Эпворская шкала сонливости (Epworth Sleepiness Scale-ESS).

Тревогу и депрессию оценивали путем применения Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) и шкалы депрессии Гамильтона (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS).

Для предварительной оценки комплаентности использовали шкалу Мориски-Грин (Morisky Medication Adherence Scale - MMAS-8).

Оценку тяжести хронических заболеваний в структуре полиморбидного статуса пациентов проводили применением шкалы оценки коморбидности (Cumulative Illness Rating Scale-CIRS).

Для оценки выраженности клинических проявлений невропатии использовались шкалы: Общая шкала неврологических симптомов (Total Symptoms Score - TSS), Опросник CAP-PRI (Chronic acquired polyneuropathy – patient-reported index scale). Для уточнения локализации симптомов невропатии, времени их возникновения и условий, при которых симптоматика ослабевает – шкалу неврологических симптомов (Neurological Symptoms Score - NSS). Для количественной оценки – шкалу нейропатического дисфункционального счета (Neuropathy Disability Score -NDS).

Когнитивные функции оценивали путем использования теста SAGE (Self Adminestrated Gerocognitive Exam).

Результаты исследования. При первичном анализе полученной информации оказалось, что признаки тревоги (по данным HADS) обнаружены 5 пациентов из 11 (от 8 до 12 баллов), депрессии – у 5 больных (в основном - 8 баллов, у 1 пациента - 11 баллов). По данным HDRS признаки депрессии наблюдались у 9 пациентов из 11 (у 6 пациентов отмечалось лёгкое депрессивное расстройство, у 1 - средней степени тяжести, у 1 - тяжелой степени, у 1 пациента крайне тяжёлой степени).

Симптомы, указывающие на нарушения сна, выявлены у 5 больных. Расстройства сна, согласно PSQI, выявлены у 3 пациентов в диапазоне от 7 до 10 баллов. При использовании ISI отклонения обнаружены у 5 больных в диапазоне от 9 до 15 баллов. Согласно ESS, признаки умеренной дневной сонливости (от 9 до 12 баллов) отмечались у 2 пациентов из 11.

Нарушение комплаентности при приёме лекарственных средств по данным MMAS-8 отмечалось 7 опрошенных из 11, 2 из которых оказались полностью не приверженными к терапии. Симптомы проявления невропатии различной степени тяжести по данным TSS отмечалось у 10 из 11 опрошенных. Согласно оценке по шкале NSS, у 6 опрошенных отмечалась умеренная степень, а у 3-выраженная степень невропатии. При исследовании по шкале NDS, у 5 опрошенных отсутствовали признаки полиневропатии, у 4 отмечалась умеренно выраженная форма, а у 2 сильно выраженная полиневропатия.

По данным оценки шкалы CAP-PRI, у 6 опрошенных из 11, качество жизни на фоне невропатии нарушено не было. При исследовании ранних признаков деменции по шкале SAGE, у 2 пациентов отмечались умеренные когнитивные нарушения, у 2 пациентов – признаки деменции.

Следует отметить, что пациенты с низкими баллами по шкале SAGE затруднялись выполнять все представленные задания, следовательно, это является критерием исключения из проспективного исследования.

Заключение. Целесообразно продолжить изучение возможности использования указанных выше анкет и тестов для скрининга нарушений функции нервной системы у пациентов, получающих химиотерапию по поводу онкологических заболеваний. Результаты тестов HADS, HDRS MMAS-8 и SAGE полезны для определения дизайна и критериев исключения из проспективного исследования.

Авторы выражают благодарность д.м.н. О.В. Колоколову за помощь в разработке дизайна исследования и написании статьи.

Список литературы

1. Ситкали, И. В. Поражение периферической нервной системы, ассоциированное с приемом лекарственных средств / И.В. Ситкали, А.С. Чиричкин, О.В. Колоколов // Лечащий врач. – 2019. – № 5. – С. 19. – EDN XEВPNJ.
2. Ситкали, И. В. Паранеопластический неврологический синдром: акцент на поражение периферической нервной системы / И.В. Ситкали, О.В. Колоколов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, № 1. – С. 174-180. – EDN YPYGСN.

ДВУСТОРОННИЕ ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ШВАННОМЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Умарова И.М., Кузнецова Е.Б., Колоколова А.М., Лихачева Е.Б., Салина Е.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Вестибулярная шваннома (ВШ) (акустическая невринома, нейролеммома) — обычно медленно растущее доброкачественное новообразование из клеток верхней преддверной части преддверно-улиткового нерва. ВШ составляют 8-10% внутричерепных опухолей и в 95% наблюдений являются односторонними.

Цель исследования. Проанализировать клинический случай пациентки с двусторонними вестибулярными шванномами.

Материалы и методы исследования. Описание клинического случая пациента, с двусторонними вестибулярными шванномами, находившегося на стационарном лечении в неврологическом отделении Саратовской городской клинической больницы №9 в 2023 году.

Результаты исследования. Пациентка Н. 60 лет поступила с жалобами на головокружение, шаткость при ходьбе, снижение слуха на оба уха, больше слева, шум в левом ухе, двустороннюю слабость мимических мышц, больше слева.

Из анамнеза заболевания известно, что жалобы появились с июля 2023, когда стала беспокоить небольшая шаткость походки и снижение слуха на левое ухо. Симптомы быстро прогрессировали, в течение 2 недель выросла неустойчивость при ходьбе, нарушение слуха стало двусторонним, появилось умеренное головокружение. При проведении УЗИ сосудов головы и шеи, МРТ/КТ головы патологии не было выявлено. Невролог установил диагноз «Хроническая ишемия головного мозга», назначил лечение, которое не дало эффекта. В течение месяца неврологические расстройства выросли, утратился слух слева, развился грубый левосторонний прозопарез. Консультирована в сурдологическом центре, установлен диагноз «Двусторонняя нейросенсорная тугоухость», назначена терапия. Через месяц повторно выполнено МРТ головы, патологических изменений не выявлено. Повторно консультирована амбулаторно неврологом, установлен диагноз «Острый неврит лицевого нерва слева, острый неврит кохлеарного нерва слева». Назначена терапия и рекомендована госпитализация, от которой пациентка отказалась. На протяжении сентября получала лечение глюкокортикостероидами, ноотропными, антиоксидантными препаратами, применяла мимическую гимнастику, магнитотерапию, электрофорез с новокаином, массаж. Учитывая отсутствие эффекта от терапии, направлена на повторное МРТ головы с контрастным усилением, патологии не было выявлено. Нарастание жалоб явилось причиной экстренной госпитализации в неврологическое отделение.

При первичном осмотре пациентка в ясном сознании. Ориентирована в месте, времени, пространстве и собственной личности. Критика к своему состоянию сохранена. Память и внимание не нарушены. Когнитивные функции более подробно достоверно оценить невозможно из-за выраженного снижения слуха. Обоняние сохранено. Острота зрения, цветоощущение, поля зрения в норме. Глазные щели S>D. Движения глазных яблок в полном объеме. Взор-индуцированный вертикальный нистагм с ротаторным компонентом. Зрачки округлой формы, фотореакция сохранена. Периферический парез лицевого нерва с 2х сторон. Чувствительность на лице сохранена. Слух снижен с двух сторон, больше слева. Глотание свободное, глоточный рефлекс сохранен. Язык по средней линии. Активные движения в полном объеме, мышечная сила конечностей 5 баллов. Мышечный тонус не изменен. Сухожильные и периостальные рефлексy S>D. Патологический рефлекс Бабинского слева. В позе Ромберга падает, координаторные пробы выполняет с грубой интенцией с 2х сторон. Асинергия Бабинского, дисадиахокинез. Пациентка передвигается с поддержкой. Менингеальных знаков нет.

Заключение игольчатой электромиографии, электронейромиографии: моторный и вызванный ответ с лицевых нервов с обеих сторон отсутствует. По результатам МРТ головы выявлено: МР картина двусторонних вестибулярных шванном. Наружная заместительная гидроцефалия. Очаговые изменения вещества головного мозга дистрофического характера. Киста промежуточного паруса.

Установлен диагноз: Двухсторонние вестибулярные шванномы. Невропатия лицевого нерва с двух сторон. Невропатия вестибулокохлеарного нерва с двух сторон. Мозжечковый синдром. Пирамидная симптоматика.

Пациентке была рекомендована консультация нейрохирурга для определения возможности хирургического лечения.

Заключение. Двусторонние вестибулярные шванномы - редко встречающаяся патология. При небольших размерах опухоли, несмотря на яркую клиническую картину, возникают трудности в диагностике заболевания. При минимальной неврологической симптоматике и отсутствии прогрессирования требуется динамическое наблюдение. Назначение МРТ-контроля с контрастным усилением, прицельно мосто-мозжечкового угла, необходимо для определения объемного образования. Существует два основных вида лечения: хирургическое и лучевое. Прогноз заболевания зависит от размеров опухоли.

ДОРСАЛГИЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ: ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ

Хоженко Е.В., Разумовский А.В.

Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва

Введение. С проблемой дорсалгии у лиц опасных профессий в настоящее время сталкиваются врачи широкого круга специальностей. Несмотря на достижения современной медицины в лечении хронических болевых синдромов, говорить о полном решении этой проблемы преждевременно. У указанной категории пациентов факторами, способствующими персистенции болей в спине, наряду с анатомическими источниками боли существенную роль играют психологические и социальные составляющие.

Цель исследования. Повышение качества жизни лиц опасных профессий путем разработки комплексной системы реабилитационных мероприятий при дорсалгии.

Материалы и методы исследования. Исследовали 2 группы пациентов по 100 человек: лица опасных профессий с дорсалгией и группа сравнения - пациенты с аналогичным болевым синдромом, не относящиеся к лицам опасных профессий. Проводилось стандартное обследование, также использовались психоневрологические тесты и шкалы. Составлялись индивидуальные реабилитационные программы с учетом выявленных нарушений.

Результаты исследования. В основной группе достоверно выше отмечались такие коморбидные состояния, как тревога, депрессия, нарушение сна, а также

психовегетативные синдромы по типу несистемного головокружения, цефалгии. Выявлялись легкие и умеренные когнитивные нарушения, изменения поведения. С учетом указанных изменений были скорректированы лечебно-реабилитационные мероприятия. В мультидисциплинарную реабилитационную команду включались такие специалисты, как психотерапевты, психологи. Пациенты осматривались психиатром. Назначались антидепрессанты, противотревожные препараты, атипичные нейролептики. Нейрофармакотерапия включила препараты, влияющие на когнитивные функции, – акатинола мемантин, антихолинэстеразные препараты центрального действия. Использовали методики БОС, ТКМС, фотохромотерапию. На фоне лечения через 6 месяцев отмечалось существенное снижение болевого синдрома у пациентов, пролеченных по скорректированной программе.

Заключение. Таким образом, зачастую хроническая дорсалгия не является моноэтиологическим состоянием. Индивидуально подобранная программа обследования, лечения и реабилитации с учетом биопсихосоциальных компонентов открывает возможности для проведения своевременных и эффективных лечебных мероприятий при рецидивирующей дорсалгии у пациентов - представителей опасных профессий, что позволяет влиять на прогноз заболевания и качество жизни.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО НАДЪЯДЕРНОГО ПАРАЛИЧА

Хохлов М.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. К группе нейродегенеративных заболеваний относится спектр болезней, характеризующихся постепенной гибелью нервных клеток, которая приводит к двигательным, поведенческим нарушениям. При них возникает около 80% деменций в пожилом возрасте [1]. Для одного из таких заболеваний — прогрессирующего надъядерного паралича (ПНП) характерно развитие глазодвигательных нарушений, постуральной неустойчивости, псевдобульбарного синдрома и когнитивных нарушений, приводящих к деменции. По различным данным, заболеваемость составляет 4-6 случаев на 100 000 населения [2, 3]. Зачастую дифференциальная диагностика заболеваний данной группы представляет большую трудность в виду схожести клинических проявлений. Приблизительно в 4-6% случаев синдром паркинсонизма обусловлен именно ПНП [4]. Этиология и патогенез ПНП на данный момент до конца не изучены [5]. В клиническом случае, рассмотренном ниже, интерес представляет дифференциальный диагноз между ПНП и другими нейродегенеративными заболеваниями.

Цель исследования. Дифференциальная диагностика нейродегенеративных заболеваний.

Материал и методы исследования. Проанализирован клинический случай пациента с установленным заболеванием ПНП.

Результаты исследования. Пациентка Ж. поступила в ГУЗ ОККД г. Саратов в неврологическое отделение с жалобами на головокружение, падения назад, шум в ушах, недержание мочи, трудности при открывании глаз, периодическое поперхивание при глотании.

Известно, что перенесла инфаркт головного мозга в 2016 г. в правой гемисфере с восстановлением неврологического дефицита. В течение последних 5 лет появилась шаткость при ходьбе, головокружение, шум в ушах. Жалобы постепенно нарастали. За последний год появилось недержание мочи, периодическое поперхивание при глотании, трудности при передвижении, частые падения, изменилась походка – стала передвигаться мелкими шаркающими шажками.

Неврологический статус:

Сознание ясное, контактна, речь замедленная, легкая дизартрия, дисфония. Больная адекватна, ориентирована. Обоняние сохранено. Зрение, цветоощущение сохранены. Зрачки S=D, реакция на свет живая, глазные щели S=D, движения глазных яблок ограничены книзу. Затруднение при открывании глаз (иногда не может открыть веки без помощи рук). Нистагм горизонтальный и вертикальный мелкоамплитудный, опущен левый угол рта (как следствие перенесённого ОНМК в 2016 году). Конвергенция, аккомодация сохранены. Чувствительность на лице сохранена. Слух сохранен. При глотании поперхивается, рефлекс мягкого неба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии, атрофий языка нет. Чувствительность не нарушена. Мышечная сила в конечностях 5 баллов. Мышечный тонус несколько повышен по экстрапирамидному типу. Мышечных атрофий нет. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук высокие, D<=S, с ног повышены, D<S. Патологические рефлексы: слева и справа положительный с-м Бабинского. Симптом Маринеску-Радовичи с 2 сторон положительный. В позе Ромберга неустойчива. Недержание мочи. Менингеальных знаков не выявлено. Брадикинезия. Походка мелкими шажками, шаркающая.

Выполнено дообследование – компьютерная томография головного мозга. Патологии не выявлено.

Учитывая результаты обследований, данных анамнеза, а так же, неврологического статуса был установлен диагноз: прогрессирующий надъядерный паралич. Глазодвигательные нарушения, мозжечковый синдром, псевдобульбарный синдром, пирамидный синдром двусторонний, экстрапирамидный синдром, тазовые нарушения по центральному типу. Перенесенный инфаркт головного мозга в 2016г. с восстановленным неврологическим дефицитом.

Заключение. Гетерогенная группа нейродегенеративных заболеваний является одной из самых трудно диагностируемых. Особенную трудность представляет диагностика на начальном этапе заболевания. К сожалению, обычные инструментальные исследования малоинформативны. Только тщательный сбор жалоб, анамнеза заболевания и проведение неврологического осмотра помогают выявить диагностические критерии данного заболевания. Необходимо так же помнить о критериях исключения.

Список литературы

1. Неврология: национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
2. Клиническая гетерогенность прогрессирующего надъядерного паралича 2018 Тапахов А.А., Попова Т.Е., Говорова Т.Г., Петрова А.Ю.
3. Progressive Supranuclear Palsy Eric R Eggenberger, DO, MS, FAAN; Chief Editor: Selim R Benbadis
4. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В Б 79 2х т. — Т. 2 Под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. 2е изд., перераб и доп. — Медицина, 2001. — с. 480
5. Валикова Т.А., Алифинова В.М., Пугаченко Н.В., Цыренжапова Р.Б., Бичик А.Б. Клинические особенности надъядерного паралича. Бюллетень сибирской медицины. 2009;8(3(2)):78-82.

ОСОБЕННОСТИ ДЫХАТЕЛЬНОГО ПАТТЕРНА И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Черноволенко Е.П.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград*

Цель исследования. Создание и апробация физиологической модели ограничения экскурсии грудной клетки, характерной для пациентов с начальными стадиями болезни Паркинсона (БП).

Материалы и методы исследования. Была разработана модель ограничения экскурсии грудной клетки, имитирующая дыхательный паттерн пациента с БП. Затем были обследованы 2 группы лиц – группа риска (n=30) по развитию дыхательных нарушений, характерных для начальных стадий БП, и группа контроля (n=32), включающая здоровых людей. После измерения исходных показателей респондентам обеих групп создали ограничение экскурсии грудной клетки, провели пробу с дозированной физической нагрузкой и оценили период восстановления. Для оценки дыхательных параметров использовали оригинальный опросник на выявление дыхательных нарушений при БП, показатели дыхательного цикла, для вегетативных нарушений – опросник А.М.Вейна, кардиоинтервалографию, для психоэмоционального статуса - опросник Бэка, Спилбергера-Ханина.

Заключение. При апробации модели дыхательного паттерна в группе риска отмечено статистически значимое изменение структуры дыхательного цикла в виде увеличения продолжительности фазы вдоха, дыхательной паузы, значения инспираторного коэффициента, уменьшения экскурсии грудной клетки по сравнению с контрольной группой. В группе риска изменение дыхательных параметров сочеталось с преобладанием парасимпатических влияний, а в группе контроля наблюдалась симпатикотония

ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПО ИЗУЧЕНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Чехонацкий В.А., Чехонацкий А.А., Бровко М.А., Цыганов В.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Повторный ишемический инсульт протекает в более тяжелой форме, чем первая ишемическая атака, повышая уровень инвалидизации и риск смертельного исхода заболевания. В связи с этим, при оценке риска возникновения повторного инсульта необходимо учитывать не только наличие уже существующих факторов, вызвавших первичную сосудистую катастрофу головного мозга, но и особенности клинического течения первого.

Цель исследования. Изучить возможность оценки течения ишемического инсульта по изучению медико-социальных факторов.

Материалы и методы исследования. Соответствие особенностей течения ишемического инсульта и медико-социальных факторов проведено у 162 больных. Выделено IV типа течения заболевания в остром периоде. I тип - за первые семь дней тяжесть инсульта возрастает и в последующие две недели динамики не отмечается. II тип - на протяжении всего наблюдения отмечается нарастание тяжести инсульта по шкале NIHSS. Для III типа характерны периоды стабилизации и повышения тяжести заболевания. IV тип течения характеризовался умеренным ростом клинической симптоматики в первые две недели и полным её исчезновением к окончанию острого периода заболевания. Анализируемые медико-социальные факторы риска: пол, возраст, наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, уровень холестерина, низкая физическая активность, курение, стресс, ожирение, злоупотребление алкоголем, нарушение режима питания

Результаты исследования. В 86,4% случаев наблюдался четвертый тип течения заболевания с практически полной регрессией клинической симптоматики на 21 день наблюдения. Медико-социальный портрет больных инсультом с вероятностью быстрого прогрессирования в остром периоде: женщины старше 60 лет, с наследственной отягощенностью по сердечно-сосудистым заболеваниям, ведущие малоподвижный образ жизни и высоким уровнем стрессогенной нагрузки перед развитием сосудистой катастрофы. К группе больных с течением острого периода в интермиттирующей форме можно отнести мужчин до 60 лет с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и нарушениями режима питания. К пациентам с ишемическим инсультом, с медленным прогрессированием заболевания в остром периоде, можно отнести пациентов, страдающих сахарным диабетом, на фоне ожирения, курящих и злоупотребляющих алкоголем.

Заключение. Средний процент расхождений между прогнозом и реальными результатами наблюдения не превысил 15,2%, что позволяет говорить о надежности метода прогнозирования в 84,8%.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ

Шпилева С.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара

Введение. Гастроинтестинальные симптомы являются одними из наиболее встречающимися нарушениями среди немоторных нарушений болезни Паркинсона (БП). К ним относятся: запоры (30-70%), слюнотечение (70%), дисфагия (30-95%) [1]. Согласно предложенной классификации по Н. Braak, запоры определяются на продромальной стадии болезни задолго до появления классических моторных нарушений [2, 3]. Патогенез данного нарушения заключается в дегенерации клеток интрамуральных сплетений тонкого кишечника, а также могут быть обусловлены побочным действием противопаркинсонических препаратов, нарушением диеты и снижении двигательной активности самих пациентов [1]. Поперхивание при приеме пищи и более выраженное слюноотделение является следствием нарушения механизмов глотания (замедление пережевывания пищи, гипокинезия мышц языка, снижение амплитуды язычной перистальтической волны, диссинергия мышц глотки) [1]. Выраженное слюноотделение повышает риск аспирационной пневмонии, а также способствует социальной изоляции пациента [3]. Тяжесть дисфагии нарастает с увеличением продолжительности болезни и сопряжена с потерей массы тела, слюнотечением и деменцией. Дисфагия провоцирует аспирацию, которая в 15% случаев остается не диагностированной, что может спровоцировать пневмонию и явиться одной из причин смерти пациентов при БП [4]. Одним малозаметным симптомом среди гастроинтестинальных нарушений при БП выделяют избыточный рост бактерий в тонком кишечнике, встречающийся у 20-60% и может усугублять другие желудочно-кишечные симптомы [5].

Цель исследования. Выявление особенностей формирования и течения гастроинтестинальных нарушений болезни Паркинсона.

Материал и методы исследования. Для оценки тяжести и частоты гастроинтестинальных нарушений в зависимости от продолжительности болезни и определения ведущего симптома среди данных нарушений обследовано 96 пациентов с болезнью Паркинсона по шкале немоторных нарушений (non-motor symptom assessment scale for Parkinson's disease - NMSS).

Вопросы 19, 20, 21 по шкале NMSS определяют тяжесть и частоту гастроинтестинальных нарушений при БП: слюнотечение, поперхивание и запоры. Тяжесть определялась суммарно по всем вопросам в баллах от 0 до 9, где 0 баллов – отсутствие симптомов, 1 - 3 балла – легкие нарушения, 4- 6 баллов – умеренно нарушения, 7 - 9 баллов -

тяжелые нарушения. Результаты по частоте определялись аналогичным образом: 0 баллов – отсутствие симптомов, редко (1- 3 балла), иногда или 1 раз в неделю (4- 6 баллов), часто или несколько раз в неделю (7- 9 баллов), очень часто или ежедневно (10 - 12 баллов). Полученные результаты обрабатывались в программе SPSS с использованием методов математической статистики: процентное распределение признака, проведение регрессионного анализа для определения ведущего симптома среди гастроинтестинальных нарушений.

Результаты исследования. Было определено, что у всех пациентов с продолжительностью болезни больше 12 лет присутствуют гастроинтестинальные нарушения, причем частота варьирует от 1 раза в неделю до ежедневных проявлений. У 83,67% пациентов на начальных стадиях болезни отмечаются данные нарушения (легкие симптомы – 44,9%, умеренные – 39,65%, выраженные – 8,16%). Ведущим фактором, оказывающим влияние на тяжесть гастроинтестинальных нарушений, являются запоры.

Заключение. Гастроинтестинальные нарушения зачастую не ассоциируются у пациентов с проявлениями болезни Паркинсона. Необходимо активно опрашивать пациентов на наличие данных нарушений, особенно, на наличие запоров. Так как изменения данного симптома на начальных стадиях болезни позволит спрогнозировать вероятность прогрессирования заболевания и моделировать терапию болезни Паркинсона с учетом выявленных нарушений.

Список литературы

1. Иллариошкин С.Н., Левин О.С. Руководство по диагностике и лечению болезни Паркинсона / Под. Ред. С.Н. Иллариошкина, О.С. Левина. – 3-е изд. – М., 2019. – 336 с. : ил.
2. Tolosa E, Garrido A, Scholz SW, Poewe W. Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease // Lancet Neurol. 2021 May;20(5):385-397. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00030-2
3. Ryman SG, Poston KL. MRI biomarkers of motor and non-motor symptoms in Parkinson's disease. Parkinsonism RelatDisord. 2020 Apr; 73:85-93. doi: 10.1016/j.parkreldis.2019.10.002
4. ChenZ, LiG, LiuJ. Autonomic dysfunction in Parkinson's disease: implication for pathophysiology, diagnosis and treatment. Neurobiol Dis. 2020 Feb; 134:104700. doi: 10.1016/j.nbd.2019.104700. Epub 2019 Dec 3.
5. Umamoto G, Furuya H. Management of dysphagia in patients with Parkinson's disease and related disorders. Intern Med. 2020 Jan 1;59(1):7-14. doi: 10.2169/internalmedicine.2373-18. Epub 2019 Apr 17.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ НЕМОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Шпилева С.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара

Целью исследования является определение особенностей формирования и течения дизурических нарушений болезни Паркинсона.

Материал и методы исследования. Было обследовано 96 пациентов с болезнью Паркинсона по шкале немоторных нарушений для оценки тяжести и частоты нарушения мочеиспускания в зависимости от продолжительности болезни, а также для определения ведущего симптома среди дизурических нарушений.

Результаты исследования. Было подтверждено, что при увеличении длительности болезни увеличивается тяжесть и частота нарушений мочеиспускания. Ведущим фактором, влияющим на выраженность дизурической дисфункции, по результатам исследования является никтурия. Более выраженные дизурические симптомы позволят заподозрить GBA и SNCA- ассоциированную БП, так как данные гены имеют большее влияние на вегетативные нарушения. Сокращение количества исследуемых генов в панели уменьшает стоимость генетической диагностики болезни Паркинсона.

Заключение. Генетический скрининг необходим пациентам с подозрением на семейные формы болезни и одним из критериев включения может являться никтурия, так как она вносит большой вклад в тяжесть дизурических нарушений. Данный метод обследования позволит спрогнозировать развитие и течение немоторных нарушений у пациентов на премоторной стадии и определить вероятность развития болезни у людей с отягощенным семейным анамнезом по болезни Паркинсона.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ, III ТИП (КУГЕЛЬБЕРГА – ВЕЛАНДЕР)

Янбулатов Ю.Ж., Ашанина Н.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Представлен клинический случай спинальной мышечной атрофии III типа. Заболевание подтверждено результатом молекулярно-генетического исследования в гене SMN1.

Цель исследования. Оценка клинического эффекта препарата нусинерсен при динамическом наблюдении за пациентом во время плановых госпитализаций для проведения очередной инъекции.

Материалы и методы исследования. Сбор жалоб, анамнеза заболевания. Проведение неврологического осмотра пациента с учётом теста 6-минутной ходьбы, шкалы Хаммерсмит.

Результаты исследования. Клинический случай пациента К.М.А. 11 лет, мужского пола с диагнозом: Спинальная мышечная атрофия III типа.

Жалобы: на общую слабость, быструю утомляемость при ходьбе и письме, трудности при подъёме из положений лёжа и сидя.

Анамнез заболевания: Моторное развитие: до 2-х лет соответствовало возрасту. В 2 года стал наблюдаться регресс моторных навыков: нарушилась походка, стал менее активен. Получал ноотропы, массаж, ЛФК - без динамики. После 6 лет заболевание прогрессировало – ребёнок стал испытывать трудности при подъеме по лестнице, беге, из положения сидя вставал, используя миопатические приемы. Обследование: игольчатая ЭМГ от 11.06.2019 - поражение моторных нейронов передних рогов спинного мозга; молекулярно-генетическое исследование от 24.05.2018 - делеция 7 экзона гена SMN1 в гомозиготном состоянии. Диагноз спинальной амиотрофии установлен. 05.04.2021 ВК заключила: назначить препарат для патогенетического лечения спинальной амиотрофии - нусинерсен. С 09.11.2021 препарат вводился по установленной схеме. Во время лечения в ноябре 2021 показатели шкалы Хаммерсмит – 60 баллов, теста 6-минутной ходьбы – 390 метров. Последняя инъекция: 18.01.2024, в указанный момент времени показатели шкалы Хаммерсмит – 64 балла, теста 6-минутной ходьбы – 414 метров. Инъекции проводились во время плановых госпитализаций в ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница».

Неврологический статус: гипотрофия мышц поясов конечностей, миопатические черты - крыловидные лопатки; периферический тетрапарез, более выражен в нижних конечностях; гипорефлексия физиологических глубоких рефлексов на руках и ногах, S=D, коленные рефлексы не вызываются; миопатическая походка.

Заключение. Диагноз: G12.1 Спинальная мышечная атрофия III типа. Спорадический случай. Периферический тетрапарез с нарушением функции ходьбы средней степени выраженности. GMFCS 3. С момента введения Спинразы от 09.11.2021 до настоящей инъекции у пациента не возникло новых жалоб. В неврологическом статусе: стал выносливее, увереннее походка. Указанная динамика говорит об эффективности препарата нусинерсен.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ФОРУМ «ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

Байзуллина А.О., Дильмагамбетов Д.Д., Жамалиева Л.М., Ермагамбетова А.П.

*Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова,
г. Актобе, Республика Казахстан*

Введение. Усталость и ментальные расстройства, возникающие вследствие инсульта, являются распространенными проблемами [1]. Они приводят к трудностям в повседневной деятельности, негативно влияют на эффективность лечения и реабилитации, снижают качество жизни и выживаемость больных [2]. Эмоциональное здоровье, клинические и

социальные факторы, а также когнитивные функции связаны с усталостью, многие из которых являются модифицируемыми, и это можно использовать для терапевтических вмешательств и повышения клинической пользы [3].

Цель исследования. Оценить частоту и проанализировать взаимосвязь усталости, депрессии и уровня субъективного благополучия у пациентов с инсультом.

Материалы и методы исследования. Поперечное исследование инициировано в двух многопрофильных стационарах г. Актобе. С февраля 2024 года нами изучаются истории болезни всех пациентов с инсультом. В представленных тезисах описаны частота депрессии по шкале депрессии Бека (BDI), усталости по шкале оценки усталости (FAS) и уровень субъективного благополучия по краткой версии шкалы «Спектр психологического здоровья» (MHCSF) в сплошной выборке первых 30 госпитализированных пациентов. Критерием легкой депрессии считали 14-19, умеренной – 20-28, тяжелой – 29-63 баллов, критерием усталости – 22 балла и выше. Общий показатель субъективного благополучия классифицировали следующим образом: 63 балла и выше – очень высокий уровень; 49–62 балла – существенно выше среднего уровня; 36–48 баллов – несколько выше среднего уровня; 23–35 баллов – несколько ниже среднего уровня; 9–23 балла – существенно ниже среднего уровня; 8 баллов и ниже – очень низкий уровень. Средние значения представлены медианой (Me) и межквартильным интервалом (IQR), для долей рассчитан 95%ДИ. Рассчитывалась двусторонняя корреляционная связь Спирмена (rs) между переменными. Значение $p < 0,05$ считали статистически значимым.

Результаты исследования. Средний возраст участников составил 61,5 (49-66) лет (размах от 38 до 74 лет). Мужчин было больше (66,7%, 95%ДИ 48,8-84,6). Всего депрессия выявлена у 10 пациентов (33,3%): легкая - у 5, умеренная – у 4, тяжелая – у 1. Среднее значение BDI было 8 (4-16) при размахе от 0 до 28 баллов. Усталость выявлена у 6 человек (20%), размах от 10 до 69 баллов, среднее значение FAS 13,5 (10-21). Уровень субъективного благополучия варьировал от 11 до 79 баллов, среднее значение MHCSF 14 (14-51). У 20 пациентов (66,7%) общий показатель субъективного благополучия был существенно ниже среднего уровня (11-16 баллов), у 4 пациентов – существенно выше среднего уровня (49-62 баллов), у 6 – очень высокий уровень (65-79 баллов). Выявлена связь средней силы между усталостью и субъективным благополучием ($rs=0,47$, $p=0,008$), не обнаружены связи между BDI и FAS ($0,33$, $p=0,07$) и между BDI и MHCSF ($-0,13$, $p=0,48$). Полученные нами результаты отличаются от результатов других авторов, которые мы связываем с маленькой выборкой и, возможно, стигмой в отношении психических расстройств. Так, по данным Chen W. с соавторами, распространенность постинсультной усталости находится в диапазоне от 42 до 53%, и она сильно коррелирует с депрессией [4]. Средний балл благополучия составил 49,8 в исследовании Kosjan G., а корреляция между показателями депрессии и благополучия составила $-0,51$ ($p < 0,001$) [5]. Распространенность постинсультной депрессии общепризнанно составляет 28-35%, и даже может достигать 50%.

Заключение. Необходимы более крупные исследования в области модифицируемых факторов риска депрессии, усталости и низкого благополучия в местной популяции для разработки эффективных программ восстановления.

Список литературы

1. Cumming T., Packer M., Kramer S., English C. The prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta- analysis // International Journal of Stroke. – 2016. – V. 11. – №. 9. – P. 968–977.
2. Naess H., Nyland H. Poststroke fatigue and depression are related to mortality in young adults: a cohort study // BMJ Open. – 2013. – V. 3. – №. 3. – P. e002404.
3. Aarnes R., Stubberud J., Lerdal A. A literature review of factors associated with fatigue after stroke and a proposal for a framework for clinical utility // Neuropsychological Rehabilitation. – 2020. – V. 30. – №. 8. – P. 1449–1476.
4. Chen W., Jiang T., Huang H, Zeng J. Post-stroke fatigue: a review of development, prevalence, predisposing factors, measurements, and treatments // Frontiers in Neurology. – 2023. – V. 14. – P. 1298915.
5. Kocjan G., Avsec A., Kavčič T. Feeling too low to be active: Physical inactivity mediates the relationship between mental and physical health // Social Science and Medicine. – 2024. – V. 341. – P. 116546.

ТРУДОУСТРОЙСТВО ВЫПУСКНИКОВ АКАДЕМИЧЕСКОГО БАКАЛАВРИАТА «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»: ОЖИДАНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ

Бекболаткызы Д., Векленко Г.В.

*Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова,
г. Актобе, Республика Казахстан*

Введение. Медицинская сестра — самая многочисленная профессия в сфере медицины. Одним из путей повышения качества медицинской помощи населению в экономически «передовых» в медицинском отношении странах является активизация деятельности среднего медицинского персонала [1]. Во многих странах мира в отчетах ВОЗ отмечалось, что пренебрежение сестринской профессией и неправильное использование сестринского персонала тормозят развитие не только сестринского дела, но и общего здравоохранения [2]. Системы образования многих стран мира в последнее время претерпевают существенные изменения. Не является исключением и казахстанская система. Сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения, располагающей значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи [3]. На сегодняшний день 7 вузов Казахстана готовят будущих специалистов на уровне академического бакалавра по направлению «Сестринское дело». Были сформированы и отработаны структура и содержание образовательной программы, в системе здравоохранения были определены должности, которые могут занимать выпускники факультетов высшего сестринского образования. «Бакалавр здравоохранения по специальности «Сестринское дело» может занимать следующие должности: главная медицинская сестра (заместитель директора по сестринскому делу); старшая(ий) медицинская(ий) сестра/брат (старший фельдшер,

старший акушер; участковая(ый) медицинская(ий) сестра (брат)/медицинская(ий) сестра (брат) общей практики; медицинская(ий) сестра (брат) специализированная(ый); акушер(ка); диетическая сестра и др.» [4]. Первоначально местом трудоустройства выпускников программ академического бакалавриата по сестринским профессиям были должности старших менеджеров сестринской службы. Но значительное количество выпускников вынуждены работать на более низких должностях. В Казахстане на практике наличие степени бакалавра абсолютно не дает правовых преимуществ при распределении должностей.

Цель исследования. Выявить соответствие трудоустройства полученному академическому образованию выпускников академического бакалавриата СД ЗКМУ им. М.Оспанова (г. Актобе, Казахстан).

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования: качественное исследование: полуструктурированное интервью. В исследовании приняли участие выпускники бакалавриата «Сестринское дело» ЗКМУ им. М.Оспанова (за последние 5 лет) и главные медицинские сестры медицинских учреждений г. Актобе. Чтобы получить краткое и исчерпывающее описание явления, мы использовали метод индуктивного контент-анализа.

Результаты исследования. В настоящее время выпускники, работающие в сфере практического здравоохранения, работают «рядовыми медсестрами» наравне с выпускниками средних учебных заведений. В ходе исследования выяснилось, что высшее образование не дает им преимуществ при трудоустройстве. Некоторые выпускники отметили, что им сложно было устроиться на работу даже рядовой медсестрой.

В ходе интервью с главными медсестрами, они заявили, что выпускникам академического бакалавриата «Сестринское дело» не хватает практических навыков.

Были и выпускники, которые согласились, что знания, полученные ими в вузе, не всегда соответствовали практике: они считали, что лучше сначала набраться опыта, чтобы работать на таких должностях. Это, в свою очередь, показало неуверенность выпускников в себе и своем образовании.

Заключение. Неудовлетворенность своими должностями на работе, разочарование существующими возможностями для карьерного роста и нехватка практических навыков и опыта стали ключевыми темами результата. Диплом бакалавра не дает преимуществ выпускникам, не имеющих опыта работы: при распределении должностей среди медицинских сестер, а также при определении заработной платы. Результаты показывают, что низкий уровень трудоустройства выпускников связан с тем, что работодатели остаются недовольны качеством подготовки молодых специалистов.

Список литературы

1. Богдан И.В., Гурьлина М.В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании // Народонаселение. – 2019. – Т. 23. – №. 3. – С. 102-115.
2. Breda K.L. What is nursing's role in international and global health? // Texto Contexto Enfermagem. – 2012. – V. 21. – №. 3. – P. 489-490.

3. Байгожина З.А., Койков В.В., Умбетжанова А.Т. Опыт реформирования системы сестринского образования в республике Казахстан // Медицинское образование и вузовская наука. – 2017. – №. 2(10). – С. 86-90.
4. Алтынбекова У.А., Рамазанова М.А., Касиева Б.С., Абдимуратова Б.К. Некоторые подходы к оптимизации подготовки академических и прикладных бакалавров сестринского дела // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – №. 2. – С. 337-339.

КОРРЕКЦИЯ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ КОМПЛЕКСНЫМ ФИТОАДАПТОГЕНОМ И ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ КРАЙНЕ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ

Датиева Ф.С., Дзампаева Ж.В.

Институт биомедицинских исследований – филиал Федерального государственного бюджетного учреждения науки Федерального научного центра «Владикавказский научный центр Российской академии наук», г. Владикавказ

Введение. Согласно отчетам ВОЗ, более 1,9 миллиарда человек имеют избыточный вес [1]. Патогенез метаболического синдрома (МС) сложен и до конца не изучен. Разработка новых методов лечения и профилактики, которые воздействовали бы на ряд патогенетических звеньев и этиологических факторов МС весьма актуальна, так как ассоциирован он с такими социально значимыми заболеваниями как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа [2].

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного фитоадаптогена (*Glycyrrhiza glabra*, *Rhodiola rosea*, *Acanthopanax senticosus*) и низкоинтенсивного электромагнитного излучения крайне высокой частоты (КВЧ ЭМИ) в коррекции экспериментального МС.

Материалы и методы исследования. Эксперимент проводили на 40 крысах–самцах линии Wistar (330±20г). Животных содержали в стандартных условиях вивария, освещенность 12/12, доступ к пище и воде *ad libitum*. После адаптационного периода (2 недели) животных случайным образом разделили на следующие группы:

- 1 – контроль 1 (июнь); 2 – контроль 2 (июль);
- 3 – МС 1 (июнь); 4 – МС 2 (июль);
- 5 – лечение МС КФА; 6 – лечение МС КФА и ЭМИ КВЧ.

Метаболический синдром моделировали диетой с высоким содержанием углеводов и жиров в течение 16 недель. Дополнительно животные получали 25% раствор глюкозы [3].

Животные 5–й группы после моделирования МС получали комплексный фитоадаптоген 14 суток с питьевой водой. Животным 6–й группы совместно с приемом КФА, проводили сеансы ЭМИ КВЧ.

КФА состоит из 40% спиртовых экстрактов солодки голой (*Glycyrrhiza glabra*), родиолы розовой (*Rhodiola rosea*), элеутерококка колючего (*Acanthopanax senticosus*) в соотношении компонентов 1:2:1 соответственно. Животные получали КФА с питьевой водой (предварительно рассчитывали объем потребляемой жидкости) в дозе 0,1 мл/100 г в сутки \approx 0,5 мл на 1 животное.

Источником ЭМИ КВЧ был высокочастотный генератор "КВЧ–НД" (НКФ "РЕСЛА", Россия) (длина волны – 7,1 мм; частота – 42,3 ГГц; мощность 0,1 МВт/см²), процедуру проводили ежедневно в течение 30 минут 14 дней.

Микрогемодинамику оценивали ультразвуковой доплерографией, прибором MM–D–K Minimax–Doppler–K, зонд 25 МГц (Санкт–Петербург, Россия).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием GrafPad Prism 8.03 (США). Вследствие малого количества наблюдений в выборках был использован непараметрический блок статистики. Для сравнения независимых групп использовался критерий Крускала–Уоллиса, зависимых – критерий Уилкоксона. Данные представлены в виде Me(Q1;Q3), P<0,05.

Результаты исследования. При метаболическом синдроме достоверно снижаются систолическая (Vas) (P=0,002), диастолическая (Vas) (P=0,003) и средняя скорости (Vam) (P=0,002) кровотока относительно контроля.

При коррекции МС КФА достоверно повышаются на Vas (P=0,047) и Vakd (P=0,046), но сохраняются различия в Vas (P=0,046), Vam (P=0,046) и Vakd (P=0,027) относительно контроля. При сочетанном воздействии КФА и ЭМИ КВЧ отмечалось повышение Vas (P=0,017), однако, остаются достоверные отличия Vakd (P=0,017) с контролем. В отличие от группы с коррекцией МС комплексным фитоадаптогеном, сочетанное воздействие с ЭМИ КВЧ оказывает более выраженный эффект на Vas, достоверных отличий с группой контроля не отмечается.

При МС снижаются объемные скорости кровотока: Qas (P=0,018) и Qam (P=0,002). При коррекции МС КФА отмечались тенденции к повышению Qas и Qam, однако сохранились достоверные отличия относительно контроля. При коррекции метаболического синдрома ЭМИ КВЧ, а также при его сочетанном воздействии с КФА, Qas и Qam возвращались в пределы доверительного интервала контроля.

МС изменяет структуру артерий малого сопротивления за счет увеличения толщины артериальной стенки – ремоделирование стенки сосуда. Соответственно, в нашем исследовании закономерным было повышение пульсационного индекса Гослинга (PI) (P=0,007) и реографического индекса Пурсело (RI) (P=0,017). При коррекции МС КФА снижение PI (P=0,03) и RI (P=0,002) в сравнении со 2–ой группой. Сочетанное влияние ЭМИ КВЧ и КФА является наиболее эффективным.

Заключение. На основании полученных данных можно сделать вывод, что параметры макро– и микрогемодинамики попадают под прямое действие комплексного фитоадаптогена и электромагнитного излучения крайневысокой частоты. Это воздействие носит системный характер и может вызывать реакции со стороны нервной, эндокринной, иммунной систем организма, эндотелия сосудов с изменением содержания и синтеза биологически активных веществ (гормонов, цитокинов, нейротрансмиттеров).

Список литературы

1. Saklayen M.G. The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome // Current Hypertension Reports. – 2018. – V. 20. – №. 2. – P. 12.
2. Afshin A., Forouzanfar M.H., Reitsma M.B., Sur P., Estep K. et al. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years // New England Journal of Medicine. – 2017. – V. 1. – №. 377. – P. 13–27.

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ И АНЕМИИ

Емельянова И.П., Калюта Т.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Развитие средств диагностики и анализ больших массивов данных определяет множество прогностических факторов неблагоприятного течения ИБС. Учет всех этих показателей с целью персонализированного ведения пациентов невозможен в рамках рутинной работы врача, при этом применение искусственного интеллекта (ИИ) позволяет автоматизировать эффективные подходы к тактике ведения пациентов.

Цель исследования. Оценка возможностей ИИ для персонализированного ведения больных с ИБС, имеющих анемический синдром.

Материалы и методы исследования. Проанализированы 903 статьи из www.pubmed.ru, которые отбирались по ключевым словам: анемия и ИБС, ИИ и ИБС, гемоглобин и ИИ.

Результаты исследования. В научных исследованиях последних 5 лет отражено 18 систем ИИ, применяемых у пациентов с ИБС, 2 модели ИИ для предикции контроля анемии, и лишь 1 работа, посвященная предикции течения ИБС на фоне анемического синдрома. Факторы, которые учитываются в системах ИИ для прогноза течения ИБС, включают в большинстве работ возраст, индекс массы тела (ИМТ), диабет, гипертонию, дислипидемию, стенокардию, факт чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), данные ЭКГ, уровень тропонинов. Среди прогнозируемых параметров можно выделить клинические исходы (фибрилляция предсердий, острый коронарный синдром (ОКС), степень тяжести сердечной недостаточности), морфологические (стеноз коронаров, разрыв бляшки, синдром Бругада, и т.п.), а часть систем ИИ содержит модуль системы поддержки принятия решений (ЧКВ/тромболизис). В системах ИИ, созданных для предикции контроля анемии, реализована оценка прогноза анемии. В единственной опубликованной в PubMed системе ИИ для пациентов с ОКС и анемией функционирует шкала PRAISE, предсказывающая риск смерти в течении 1 года после ОКС, повторного инфаркта миокарда и кровотечения. Набор данных для данной системы ИИ включает 25

переменных (16 клинических параметров, 5 терапевтических, 2 ангиографических и 2 процедурных).

Анализ отечественных публикаций в области применения ИИ в кардиологии показал недостаточный уровень внимания к вопросу, учитывая социальную значимость болезней сердца и большое количество пациентов с ней. На текущем этапе методология создания систем ИИ для прогноза исхода при ИБС у пациентов, перенесших кардиохирургическое вмешательство, находятся в стадии формирования [1].

Многие ученые используют ограниченный набор клинических данных для разработки алгоритмов ИИ. Большинство исследователей с помощью ИИ стараются прогнозировать, клинические исходы кардиохирургического вмешательства. Наличие/отсутствие анемии не учитывается авторами при разработке модели ИИ для прогнозирования исходов ИБС у пациентов, перенесших кардиохирургическое вмешательство [2].

Заключение. Созданные системы ИИ зарубежных ученых для прогнозирования клинических и морфологических параметров течения острых форм ИБС демонстрируют свой потенциал в постановке точных диагнозов, подборе персонализированной лечебной тактики и оценке прогноза у таких пациентов. Среди разработок российских ученых нет полных аналогов зарубежным моделям. Функционал приложений, включая «Сбер–здоровье» не учитывает параметров когнитивной дисфункции пациентов и не учитывает течение анемического синдрома и его прогностическую значимость.

Список литературы

1. Чернобровкина Т.В. Теоретические и практические аспекты памяти в генезисе мотивационной доминанты и клинических феноменов у больных зависимостью. Лекция 6 // Наркология. – 2019. – Т. 18. – №. 9. – С. 44–76.
2. Гельцер Б.И., Рублев В.Ю., Циванюк Б.И., Шахгельдян К.И. Машинное обучение в прогнозировании ближайших и отдаленных результатов реваскуляризации миокарда: систематический обзор // Российский кардиологический журнал. – 2021. – Т. 26. – №. 8. – С. 115–124.

ПОДБОР РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК, СНИЖАЮЩИХ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ, НА ОСНОВЕ БЕТА-ГЛЮКАНОВ

Журавлева А. Е., Орлова В.В., Ростовская М.Ф.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Дальневосточный федеральный университет», г. Владивосток

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности в мире. Одним из факторов риска может стать повышение уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) в крови [1]. В связи с этим активно ведется

поиск методов регулирования уровня холестерина. Наряду с разработкой лекарственных средств, исследуется применение БАД и пищевых добавок, которые можно использовать как отдельно, так и в сочетании со статинами. Особое внимание в этой сфере уделяется бета-глюканам. β -Глюканы – это полисахариды, входящие в состав клеточной стенки дрожжей, водорослей, грибов и зерновых. Они обладают широким спектром биологической активности, которая, так же, как и структура, молекулярная масса и физические свойства, зависит от источника выделения, β -глюканы могут быть нерастворимыми и растворимыми. β -Глюканы дрожжей известны из-за их иммуномодулирующие свойства, в то время как глюканы зерновых способны образовывать вязкий слой в тонком кишечнике, ингибируя всасывание холестерина и реабсорбцию желчных кислот, благодаря чему снижают уровень циркулирующего холестерина ЛПНП [2]. Этот эффект уже был подтвержден клинически [3], а FDA признало пользу бета-глюканов. Таким образом, внедрение новых пищевых добавок, содержащих β -глюканы зерновых, может помочь в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Первым этапом в разработке БАД является подбор сырья. Согласно литературным данным [4], наибольшее содержание водорастворимых β -глюканов содержится в ячмене (3%–8,5%) и овсе (1,8%–7%).

Цель исследования. Подбор региональных сортов ячменя с наибольшим содержанием водорастворимых β -глюканов и сравнение 2-х методов их количественного определения - спектрофотометрического и гравиметрического.

Материалы и методы исследования. Для анализа были взяты 8 сортов ярового ячменя (*Hordeum vulgare* L.) дальневосточной селекции урожая 2022 года. Все сорта были получены в ФГБНУ ФНЦ агробιοтехнологий Дальнего Востока А.К. Чайки г. Уссурийск. Анализ зерна был проведен по стандартным методикам, определена масса 1000 зерен и содержание влаги. Для определения массовой доли β -глюканов был использован гравиметрический метод, являющийся модификацией щелочного метода выделения глюканов [5], и спектрофотометрический метод с применением набора Enzytec™ Color GlucaTest®, компании NovaBiotec.

Результаты исследования. Были исследованы 8 сортов ярового ячменя, селекционированного в Приморском крае. С целью сравнения результатов анализа и проверки эффективности методик использовали два метода количественного определения. Содержание глюканов, измеренное гравиметрическим методом, находилось в пределах 2,3-5,7% на сухое вещество, при этом наблюдался значительный разброс результатов параллельных определений - до 42%. При использовании стандартного спектрофотометрического метода были получены более высокие значения, от 4,7 до 7,8%, при этом разброс результатов был гораздо меньше (до 8%). Таким образом, использование предложенной модификации гравиметрического метода [5], привело к заниженным результатам. Это может быть связано с неполным высвобождением β -глюканов из алейронового слоя и эндосперма муки, а также с неполной инактивацией ферментов, отвечающих за гидролиз β -глюканов.

Согласно полученным данным, определено, что сорт Приморский 187 имеет самое низкое содержание водорастворимых глюканов - 4,7%, а в сортах Восточный, Приморец,

Тихоокеанский, Приморский 230 содержание водорастворимых β -глюканов выше 7%, что делает их перспективными для выделения β -глюканов.

Заключение. Установлено, что сорта Восточный, Приморец, Приморский 230, Тихоокеанский имеют высокое содержание β -глюканов ($> 7\%$) и могут быть использованы для их выделения с целью получения БАД. Сравнение гравиметрического метода со спектрофотометрическим показало, что гравиметрическое определение содержания β -глюканов в зерне ячменя с использованием щелочной экстракции приводит к заниженным результатам с большой ошибкой.

Список литературы

1. Sima P., Vannuci L., Vetvicka V. β -glucans and cholesterol // International Journal of Molecular Medicine. – 2018. – V. 41. – №. 4. – P. 1799–1808.
2. Othman R., Moghadasian M., Jones P. Cholesterol-lowering effects of oat β -glucan // Nutrition Reviews. – 2011. – V. 69. – №. 6. – P. 299–309.
3. Nakashima A., Yamada K., Iwata O., Sugimoto R., Atsuji K et al. β -Glucan in Foods and its Physiological Functions // Journal of Nutrition and Scientific Vitaminology. – 2018. – V. 64. – №. 1. – P. 8–17.
4. Zhang G., Wang J., Chen J. Analysis of β -glucan content in barley cultivars from different locations of China // Food Chemistry. – 2002. – V. 79. – №. 2. – P. 251–254.
5. Попов В.С., Перчук И.Н., Хорева В.И. Гравиметрический метод количественного определения растворимых бета-глюканов в зерне овса // Биотехнология и селекция растений. – 2021. – Т. 4. – №. 1. – С. 5–12.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Зиядуллаев Ш.Х., Исмаилов Ж.А., Мурадов Ш.Б.

*Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,
Республика Узбекистан*

Введение. Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний. Бронхиальная астма встречается более чем у 5% взрослых и почти у 10% детей.

Несмотря на четкое определение заболевания, хорошо выраженные симптомы и большие возможности функциональных методов исследования, бронхиальная астма часто ошибочно диагностируется как различные формы бронхита, что приводит к неэффективному лечению антибиотиками, отхаркивающими и противокашлевыми препаратами [1; 2; 3]. У большинства пациентов бронхиальная астма диагностируется только тогда, когда симптомы заболевания становятся тяжелыми. Этот прогресс обусловлен значительными изменениями в нашем понимании природы БА и подходе к ее лечению, что положительно сказалось на качестве жизни многих пациентов [4; 5].

Цель исследования. Изучить сложности диагностики БА.

Материалы и методы исследования. В просвете дыхательных путей образуется слизистая пробка, иногда полностью перекрывающая его. (Тяжелая Бронхиальная Астма

характеризуется массивной гибелью эпителиальных клеток и образованием многочисленных пробок слизи.)

Достижения в понимании морфологических и биологических изменений, характерных для тяжелой формы бронхиальной астмы, оказали значительное влияние на программы лечения. Использование бронходилататоров и глюкокортикостероидов (ГКС) также претерпевает значительные изменения, и ведется активный поиск новых препаратов для лечения тяжелой формы бронхиальной астмы. Особое внимание уделено контролю процесса гипертрофии гладких мышц. Трофические факторы гладкомышечных клеток включают гистамин, тромбин, тромбоксан А₂, эндотелин, эпидермальный фактор роста, триптазу и интерлейкин-1. И наоборот, миопатия дыхательных мышц (диафрагмы, межреберья и лопатки) связана с ГКС. Введение антагонистов лейкотриеновых рецепторов способствовало купированию гипертрофии гладких мышц бронхов.

По мере ухудшения астмы у пациентов возникают следующие симптомы: одышка на выдохе, раздувание ноздрей на вдохе, прерывистая речь, беспокойство, вовлечение вспомогательных мышц при дыхании, напряженная поза (плечевой пояс), плотное сидение), упорное или прерывистое.

Функциональные тесты легких необходимы для диагностики астмы. Существуют различные методы и показатели для оценки бронхиальной обструкции, наиболее распространенными из которых являются спирометрия с определением форсированного объема дыхания за одну секунду (FEV₁), форсированного объема выдыхаемого воздуха (FEV) и пикового экспираторного потока (PEF). Важным диагностическим критерием бронхиальной астмы является значительное увеличение PEF₁ (=12%) и PEF (=15%) после ингаляции быстродействующего бета-агониста.

Результаты исследования. Для диагностики бронхиальной астмы очень важно изучить аллергическое состояние, оценить анамнез, симптомы, физические данные, показатели функции внешнего дыхания. Лечение ингаляционными и системными кортикостероидами не мешает проведению аллерготестов. Наиболее часто используются прик-тесты, кожные прик-тесты и внутрикожные тесты. В некоторых случаях кожные пробы могут давать ложноотрицательные или ложноположительные результаты. Другой метод заключается в анализе концентрации общих и специфических иммуноглобулинов E в сыворотке крови. Эозинофилия в крови или мокроте может указывать на аллергическую реакцию.

Заключение. Поэтому диагноз астмы основывается на анализе симптомов и анамнеза, спирометрии и аллергопробах. Важнейшими функциональными маркерами являются обратимость бронхиальной обструкции (положительная проба с β-агонистами) и вариабельность бронхиальной проходимости, оцениваемая при мониторинге ПСВ. Хотя аллергический статус является важным поддерживающим фактором, отсутствие атопии не исключает возможности диагноза астмы при наличии других симптомов.

Список литературы

1. Мухин. Н.А. Интерстициальные болезни легких: практическое руководство // Москва: Издательство Литтерра. – 2007. – 416 с.
2. Исмаилов Ж.А. O 'PKANING SURURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGI BILAN OG 'RIGAN BEMORLARDA SYUYENI DAVOLASHNING O 'ZIGA XOS

XUSUSIYATLARI // Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – V. 2. – №. 3. – P. 9–13.

3. Зиядуллаев Ш.Х., Турдибеков Х.И., Хайдаров М.М., Исмоилов Ж.А., Пулатов У.С. Генетические маркеры гиперреактивности бронхов при бронхиальной астме // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Т. 10. – №. 3. – С. 19.
4. Ziyadullaev S., Rubenovna I.A., Abduraimovich J.I., Jiyanboyevich S.Y., Alimdjanovich J.R. The effect of budesonide on the quality of life in patients with bronchial asthma // European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – V. 7. – №. 2. – P. 1760-1766.
5. Fazilova G., Gaffurova M., Ismailov J., Aralov M. The role of certain regulatory cytokines in the immunopathogenesis of extrinsic allergic alveolitis // European Respiratory Journal. – 2018. – V. 52. – №. 62. – P. PA4469.

ВАЖНОСТЬ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Зиядуллаев Ш.Х., Исмаилов Ж.А., Расули Ф.О.

*Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,
Республика Узбекистан*

Введение. В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) считается предотвратимым и излечимым заболеванием. ХОБЛ - предотвратимое и поддающееся лечению заболевание у пациентов с бронхообструктивным заболеванием, имеющее выраженные проявления в легких и за их пределами. Характеризуется постоянным ограничением воздушного потока [1; 2]. Обычно клиническое течение болезни нарастает и зависит от патогенного действия токсических частиц или газов, вызывающих хроническое воспаление в легких [3; 4; 5].

Цель исследования. Изучить роль патогенетических механизмов эндотелиальной дисфункции в зависимости от стадии ХОБЛ и стадии ХСН. Влияние уровня провоспалительных цитокинов на течение ХОБЛ. Влияние уровня proBNP на течение ХСН.

Материалы и методы исследования. Исходя из цели исследования пациенты были изучены в трех сравнительных группах. Первую исходную группу составили по результатам исследования 110 пациентов с ХСН и ХОБЛ II-III стадии: 34 женщины (30,9%) и 76 мужчин (69,09%). Во второй контрольной группе обследовано 50 пациентов с ХСН, из них 21 женщина (42%), 29 мужчин (58%) и 30 здоровых людей в третьей контрольной группе, в том числе 15 мужчин (50%) и 15 женщин (50%).

Частота встречаемости ХСН ФК у исследуемых пациентов составила ХСН ФК I ФК 20 (18,18%), NYHA II ФК 38 (34,54%) и NYHA III ФК 52 (47,27) соответственно. Средняя продолжительность курения - 32 года. У сорока одного пациента была эмфизема. Эхокардиография выявила легочную гипертензию I степени у 38 пациентов, II степени - у 9 и III степени - у 3 пациентов.

Результаты исследования. Первая основная группа обследована 110 пациентов с ХОБЛ, осложненной хронической сердечной недостаточностью. Первую контрольную группу составили 50 пациентов с ХСН, а вторую контрольную группу - 30 здоровых людей. Использование статических методов для оценки различий потребовало создания групп по полу, возрасту, продолжительности и тяжести заболевания.

Основные корреляции были характерны для ХСН: proBNP ($r = -0,73$), шкала оценки клинического статуса ХСН (ШОКС) ($r = 0,71$), 6-минутный тест ходьбы, КДО ЛЖ и ФВ ЛЖ, а также опросника для EQ-5D-5L -существует корреляционная связь. Поступившие в больницу пациенты предъявляли жалобы, присущие и ХСН и ХОБЛ.: учащенное сердцебиение на физический и психоэмоциональный стресс, неприятные ощущения за грудиной, одышку, постоянный прием β_2 -агонистов короткого действия, периферические отеки, общую слабость, учащенное дыхание. Учитывая необходимость дифференциальной диагностики симптомов одышки при ХОБЛ и ХСН, у всех пациентов определялся уровень NT-proBNP в крови.

Уровень NT-proBNP определяли для определения функционального класса ХСН. Значительное увеличение уровней фибриногена и провоспалительных цитокинов наблюдались в обеих группах во время анализа на признаки воспаления. Кроме того, в 1-й группе эти изменения были более выраженными, что свидетельствовало о более выраженной системной воспалительной реакции у больных ХОБЛ. Все воспалительные симптомы были несколько выше во 2-й основной подгруппе, но достоверные различия отмечены только для фибриногена и ИЛ-6.

Заключение. Хроническая обструктивная болезнь легких у больных с ожирением, осложненная хронической сердечной недостаточностью, характеризуется преобладанием патогенетических механизмов эндотелиальной дисфункции в зависимости от стадии ХОБЛ и стадии ХСН. Чем тяжелее протекает ХОБЛ, тем выше уровни провоспалительных цитокинов, которые указывают на тяжесть эндотелиальной дисфункции. Также, чем выше стадия ХСН, тем выше уровень proBNP.

Список литературы

1. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Тиллоева Ш.Ш. Изучение взаимосвязи нарушений качества жизни и психики больных бронхиальной астмой и эффекты комплексной терапии // ТОМ–II. – 2019. – С. 21.
2. Болотова Е.В., Дудникова А.В. Особенности факторов риска хронической болезни почек у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Нефрология. – 2015. – Т. 19. – №. 5. – С. 28-33.
3. Кароли Н.А., Ребров А.П. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярная патология // Клиницист. – 2007. – Т. 2. – №. 1. – С. 13-19.
4. Кароли Н.А., Ребров А.П. Влияние курения на развитие эндотелиальной дисфункции у больных хронической обструктивной болезнью легких // Пульмонология. – 2004. – Т. 2. – №. 2. – С. 70-78.
5. Курбанов Ф.Ш., Рахимова Д.А. Состояние пародонта у больных с хронической обструктивной болезнью легких // Journal of Biomedicine and Practice. – 2019. – Т. 2. – №. 1. – С. 73-76.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 8 И 12 ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Зиядуллаев Ш.Х., Исмаилов Ж.А., Расули Ф.О.

*«Самаркандский государственный медицинский университет», г. Самарканд,
Республика Узбекистан*

Введение. Интерстициальные болезни легких — это большая группа заболеваний различной этиологии, характеризующихся воспалительным поражением стенок альвеол (альвеолит) и окружающей их интерстициальной ткани. В настоящее время в эту группу включают более 130 заболеваний; но к интерстициальным заболеваниям легких не относят инфекционные заболевания легких известной этиологии и злокачественные опухоли (например, лимфогенный карциноматоз), при которых возможно появление сходной клинической симптоматики [1; 2; 3]. ИБЛ справедливо считают иммунопатологическим заболеванием, в развитии которого ведущая роль принадлежит аллергическим реакциям 3-го и 4-го типов [4; 5].

Цель исследования. Изучить диагностические значения секретируемых лимфоцитами цитокинов в сыворотке периферической крови, в частности, определить продукцию иммунокомпотентными клетками интерлейкина (IL-8 и IL-12) у больных интерстициальной болезнью легких.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 60 больных ИБЛ с различным течением заболевания, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения №1. Все больные ИБЛ в зависимости от стадии были разделены на 3 группы: 1 группа – острая (20), 2 группа – подострая (20), 3 группа – хроническая (20) стадия заболевания. Определение уровня IL-8 и IL-12 в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы для ИФА: «ИФА-ИЛ-8» и «ИФА-ИЛ-12». Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

Результаты исследования. При сопоставлении изучаемых показателей в группах больных с различным течением заболевания выявлено, что наиболее высокий уровень IL-8 регистрируется среди пациентов с острым течением ИБЛ. В данной группе содержание IL-8 составляет $38,1 \pm 2,91$ пг/мл, что более чем в 3 раза выше показателей контрольной группы. Напротив, уровень IL-8 был относительно низким при хроническом ЭАА, имея промежуточные значения у пациентов с подострым ИБЛ.

Так, при анализе полученных нами результатов было установлено, что у пациентов в подострой стадии ИБЛ уровень IL-12 составляет $83,9 \pm 3,51$ пг/мл, значительно превышая показатели группы практически здоровых лиц ($59,8 \pm 6,7$ пг/мл, $p < 0,01$). Как оказалось, уровень IL-12 значительно колеблется в сравниваемых нами группах больных с разной стадией ИБЛ. Наиболее высоким этот показатель был у пациентов в хронической стадии ИБЛ ($124,6 \pm 9,0$ пг/мл), достоверно отличаясь от параметров группы здоровых ($59,8 \pm 6,7$ пг/мл; $p < 0,01$) и больных с острым течением

ИБЛ ($105,6 \pm 10,2$ пг/мл; $p < 0,01$). Также у больных с подострым ИБЛ уровень IL-12 более чем в два раза превышал показатели лиц контрольной группы ($p < 0,02$).

Таким образом, наиболее высокий уровень изучаемого параметра отмечается у больных ИБЛ в хронической стадии, что выделяет эту группу среди общей группы изучаемых пациентов с ИБЛ, а также отличает ее от двух сравниваемых групп с острой и подострой стадией заболевания.

Заключение. Результаты исследования уровней продукции IL-8 и IL-12 показали, что ИБЛ в период острого течения сопровождается наиболее выраженными изменениями со стороны провоспалительного цитокина IL-8, обеспечивающего активное перемещение различных видов иммунных клеток в очаг воспаления, а период подострого и хронического аллергического воспаления сопровождался выраженными изменениями в продукции цитокинов, регулирующих клеточный иммунный ответ в частности IL-12 у больных с ИБЛ. Следовательно, полученные данные свидетельствуют о том, что у больных ИБЛ отмечаются разнонаправленные изменения в продукции цитокинов в зависимости от стадии заболевания, которые имеют важное клинко-диагностические и лечебное значение.

Список литературы

1. Окориков А.Н. Диагностика болезней органов дыхания // Москва: Издательство Медицинская литература. – 2015. – 464 с.
2. Исмаилов Ж.А. О ‘PKANING SURURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGI BILAN OG ‘RIGAN BEMORLARDA SYUYENI DAVOLASHNING O ‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI // Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – V. 2. – №. 3. – P. 9–13.
3. Зиядуллаев Ш.Х., Турдибеков Х.И., Хайдаров М.М., Исмаилов Ж.А., Пулатов У.С. Генетические маркеры гиперреактивности бронхов при бронхиальной астме // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Т. 10. – №. 3. – С. 19.
4. Ziyadullaev S., Rubenovna I.A., Abduraimovich J.I., Jiyanboyevich S.Y., Alimdjanovich J.R. The effect of budesonide on the quality of life in patients with bronchial asthma // European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – V. 7. – №. 2. – P. 1760-1766.
5. Fazilova G., Gaffurova M., Ismailov J., Aralov M. The role of certain regulatory cytokines in the immunopathogenesis of extrinsic allergic alveolitis // European Respiratory Journal. – 2018. – V. 52. – №. 62. – P. PA4469.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДИНАМИКИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ ХЕМОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Камалов З.С.¹, Соибназаров О.Э.², Зиядуллаев Ш.Х.¹,

¹ *Институт иммунологии и геномики человека Академии наук Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

² *Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Введение. Болезнь Альцгеймера (БА) — прогрессирующее и необратимое нейродегенеративное заболевание — в настоящее время является наиболее распространенной причиной деменции у пожилых людей. У больных БА память и когнитивные функции постепенно разрушаются и со временем перерастают в комплексную когнитивную дисфункцию [1].

Хемокины представляют собой группу белков, «привлекающих» иммунные клетки в зону воспаления. Они подразделяются на четыре класса в зависимости от положения ключевых остатков цистеина: C, CC, CXC и CX3C. Хемокины включают CCL2/MCP-1, CXCL12/SDF-1 α , CX3CL1/фракталин, CXCL10/IP10, CCL3/MIP-1 α и CCL5/RANTES. Они оказывают своё действие, как через специфические, так и через общие рецепторы, связанные с G-белком, экспрессируемые на клетках микроглии, астроцитах и нейронах [2].

Цель исследования. Изучение прогностической значимости некоторых хемокинов при различных степенях когнитивных нарушений болезни Альцгеймера.

Материалы и методы исследования. Были изучены особенности синтеза провоспалительного интерлейкина-8 (ИЛ-8/IL-8), фактора некроза опухолей-альфа (ФНО α /TNF α), интерферона-гамма (ИФН γ /IFN γ) у 63 (женщин и мужчин) пациентов с БА, в возрасте от 18 до 75 лет, которые были разделены на 3 группы (24 – легкой (легкая степень когнитивных нарушений), 21 – умеренной (умеренная степень когнитивных нарушений) и 18 тяжелой (тяжелая степень когнитивных нарушений) стадиями БА) и у 28 практически здоровых женщин и мужчин без признаков нейродегенеративных заболеваний.

Результаты исследования. Уровень хемокинов, у больных с тяжелой степенью БА, было значительно повышенным, которые связаны с наличием интенсивных воспалительных и иммунных процессов. Воспаление мозга и других тканей также был активным. Хемокины, такие как IL-8, могут усиливать воспалительный ответ и привлекать иммунные клетки к очагам воспаления. Уровни хемокинов способствуют ухудшению состояния нейронов и усилят процессы нейродегенерации. Нарушения ГЭБ также более серьезные, что способствует увеличению проникновения хемокинов и иммунных клеток в мозговую ткань.

Анализ результатов содержания MCP-1 в сыворотке крови, установил значимую тенденцию повышения данного хемокина у пациентов с тяжелой степенью БА. Выявлено максимальное значение в 3-ей группе больных с поздней стадией развития БА. Так, уровень MCP-1 в 3-ей группе был повышен в 4,7 раза со средним показателем 748,34 \pm 26,70 пг/мл ($P < 0,001$), с индивидуальным размахом от 521,6 до 927,2 пг/мл, против контрольных значений, которые в среднем составили 160,54 \pm 8,06 пг/мл.

Изученные нами цитокины, высвобождаемые в результате нейровоспалительных процессов, зеркально отражаются на системном уровне, что позволяет их измерить и использовать в качестве потенциальных биомаркеров. Выбранные маркеры воспаления (MCP-1 и IL-8) значительно различаются у пациентов с различными (степенями когнитивных нарушений) стадиями БА, однако повышенные уровни MCP-1 и IL-8 в группе с поздней стадией (тяжелой степенью когнитивных нарушений) БА, локальная и хроническая активация микроглии в ответ на отложения A β вероятно связана с устойчивой клеточной продукцией медиаторов воспаления, имеют место присутствовать активные формы кислорода и

матриксные металлопротеиназы, которые в совокупности могут вызывать аномалии кровеносных сосудов и нейротоксичность.

Заключение. Изученные нами цитокины, высвобождаемые в результате нейровоспалительных процессов, в частности при БА, зеркально отражаются на системном уровне, что позволяет их измерить и использовать в качестве потенциальных биомаркеров. Хотя было выявлено, что все выбранные четыре маркера воспаления (TNF α , IFN γ , MCP-1 и IL-8) значительно различаются у пациентов с различными (степенями когнитивных нарушений) стадиями БА, однако повышенные уровни MCP-1 и IL-8 в группе с поздней стадией (тяжелой степенью когнитивных нарушений) БА, свидетельствуют о том, что локальная и хроническая активация микроглии в ответ на отложения A β вероятно связана с устойчивой клеточной продукцией медиаторов воспаления, где могут иметь место присутствовать активные формы кислорода и матриксные металлопротеиназы, которые в совокупности могут вызывать аномалии кровеносных сосудов и нейротоксичность.

Список литературы

1. Liu C., Cui G., Zhu M., Kang X., Guo H. Neuroinflammation in Alzheimer's disease: chemokines produced by astrocytes and chemokine receptors // International journal of clinical and experimental pathology. – 2014. – V. 12. – №. 7. – P. 8342–8355.
2. James G McLarnon. Chemokine Interleukin-8 (IL-8) in Alzheimer's and Other Neurodegenerative Diseases // Journal of Alzheimer's Disease & Parkinsonism. – 2016. – V. 6. – №. 5. – P. 1000273.

КАЧЕСТВЕННЫЙ КОНТЕНТ-АНАЛИЗ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ ГРАМОТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Кереева Ж.М., Векленко Г.В.

*Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова,
г. Актобе, Республика Казахстан*

Введение. Внедряемые технологии и организационные подходы к оказанию медицинской помощи показали необходимость активизации роли сестринского персонала и возросшие требования к уровню их профессиональных знаний. Международные эксперты рекомендуют систему непрерывного образования, признания обучения и подготовки кадров на рабочем месте, для стимуляции развития самостоятельной творческой активности персонала учреждений здравоохранения на протяжении всей профессиональной деятельности [1]. Стремительное увеличение информационного потока определяет научную проблему, каким образом специалистам-медицинским сестрам найти, отобрать и получить нужную им информацию и превратить ее в свои новые знания, которые будут применены на практике. Примеры инноваций, внедряемых медсестрами, можно увидеть по всему миру. Интересным также представляется вопрос, как сестринское сообщество относится к этому процессу и каким оно видит в этом свою роль [2].

Цель исследования. Определение существующего уровня информационной грамотности медицинской сестры в г. Актобе (Казахстан) и возможностей его улучшения на основе качественного контент-анализа.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования: качественное исследование – полуструктурированное интервью и контент-анализ. Объект исследования: медицинские сестры поликлиник и стационаров города Актобе.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие медицинские сестры поликлиник и стационаров г. Актобе, которые дали предварительное письменное информированное согласие. Количество медсестер составило $n=22$. (городские поликлиники №1,2,3,4,5,6 г. Актобе и Актюбинский медицинский центр, Медицинский центр ЗКМУ им. М. Оспанова. Многопрофильная областная больница). Перед проведением собеседования главным медсестрам поликлиник и стационаров было предъявлено письмо, полученное от Актюбинского управления здравоохранения, разрешенное к проведению интервью. Все ответы записаны дословно на диктофон и переписаны в формат Word. Большинство респондентов составили медицинские сестры в возрасте от 31 до 50 лет, второй по численности была группа до 51 лет – 60 лет. Меньше всего было медицинских сестер в возрасте старше 21 лет – 30 лет. Стаж работы более 20 лет имели 10 респондентов, далее следовала группа медсестер со стажем работы 0-10 лет (8 человек). Стаж работы от 10-20 лет имели 4 медсестер. Практически все медсестры были со средним специальным образованием 20, и только у 2 человек было высшее образование. Контент-анализ ответов показал, что медицинские сестры со средним образованием имеют низкое понимание доказательного сестринского дела и баз данных, в сравнении с медсестрами с высшим образованием. Контент-анализ проводится на следующих этапах: обработка данных, группировка данных и формирование концепций, которые можно использовать для ответов на исследовательские вопросы [3]. В ходе аналитического процесса данные упорядочиваются, объединяются и формируются в категориях, концепциях и темах, а сходства и различия между закодированными данными тщательно сравниваются [4].

Заключение. Уровень предлагаемых в г. Актобе медицинских услуг достаточно высок, что требует соответствующей квалификации персонала. Все медсестры, независимо от уровня владеют компьютерными навыкам и используют в своей работе информационные системы: дамумед, 1с, авиценна и другие. Медсестры со средним образованием мало осведомлены о доказательном сестринском деле и не используют база данных, медицинские журналы. Медсестры со средним образованием не заинтересованы в совершенствовании своих знаний и навыков. Большинство из них объяснили основные причины этого нехваткой времени из-за графика их работы. Медицинские сестры со средним образованием не проявляет инициативы к дальнейшему развитию, поскольку воспринимают свою должность, то есть роль медицинской сестры, только как «помощника врача».

Список литературы

1. Касимовская Н.А., Полещук И.А., Ермилова В.А., Шалахова А.С. Применение цифровых и информационных технологий в профессиональной деятельности

- медицинских сестер стационаров // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2021. – Т. 26. – №. 1. – С. 9–12.
2. Карасева Л.А., Екимова Н.А. Развитие сестринского персонала на рабочем месте в процессе внедрения инновационных видов деятельности // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – №. 1. – С. 152–160.
 3. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis // NursingPlus Open. – 2016. – V. 2. – P. 8–14.
 4. Kyngas H., Mikkonen K., Kääriäinen M. The Application of Content Analysis in Nursing Science Research // Cham: Publisher house Springer. – 2020. – 115 p.

ЗЕЛЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭКСТРАКЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ И ИХ БИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

**Ковалева Е.Г.¹, Миронов М.А.¹, Семенов А.Л.², Федорос Е.И.², Соколова К.С.³,
Данилова И.Г.³**

¹ *Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», г. Екатеринбург*

² *Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург*

³ *Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт иммунологии и физиологии Уральского отделения Российской академии наук, г. Екатеринбург*

Введение. В настоящее время хорошо известно, что биологически активные соединения были интенсивно изучены благодаря их благоприятному физиологическому действию на организм человека. Они оказывают антигипертензивное, противораковое, противовоспалительное, гипогликемическое, противомикробное, противовирусное, противоопухолевое, антитромботическое, гипохолестеринемическое действия. Сейчас наряду с традиционными методами экстракции биологически-активных веществ из природного сырья с использованием органических растворителей также используются также экологически чистые технологии, такие как сверхкритическая флюидная и водная, микроволновая, ультразвуковая и ферментативная экстракции, экстракция с помощью ионных жидкостей (IL) и природных глубоких эвтектических растворителей (NADES).

Цель исследования. Разработать “зеленые” технологии экстракции изофлавоноидов, бетулина, фактора роста хлореллы, фукоидана, астаксантина, ресвератрола из природного и пищевого сырья с использованием природных глубоких эвтектических растворителей (NADES) совместно с ультразвуковой обработкой, ферментацию, сверхкритическую флюидную экстракцию и биотрансформационные технологии и определить влияние экстрактов в экспериментах *in vivo* на лабораторных животных в моделях различных заболеваний.

Материалы и методы исследования. Для экстракции вышеупомянутых биологически-активных веществ в работе использованы 2-х и 3-х компонентные природные глубокие эвтектические растворители (NADES) различного состава совместно с ультразвуковой обработкой, ферментация, сверхкритическая флюидная экстракция и биотрансформационные технологии. В качестве субстратов применялись соевая меласса, корни и цветки кудзу, цветки красного клевера, черный перец, корни горца японского (*Fallopia japonica*), водоросли *Fucus vesiculosus*, *Ascophyllum nodosum*, *Chlorella vulgaris*, кора *Betula pendula*, дрожжи *Phaffia rhodozyma* и бактерия *Paracoccus carotinifaciens*. В *in vivo* экспериментах использовали самцов и самок крыс линии Wistar, гистологические, биохимические и иммунологические методы исследования.

Результаты исследования. Нами разработаны и оптимизированы зеленые технологии экстракции приведенных выше биологически-активных веществ природного и пищевого происхождения., которые позволили получить в большинстве случаев большие выходы (в 1,5 и более раз) и повышенную антиоксидантную активность (в 2 и более раз) [1].

Наиболее перспективными экстрактами для дальнейшей разработки по данным на предраковой модели доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) у крыс были признаны составы, содержащие смесь изофлавонов из корней кудзу, астаксантин и фукоидан из водорослей *Fucus vesiculosus*, эффективность которых в некоторых случаях была сравнима с эффективностью препарата, используемого в клинике. Наилучшие результаты в модели стрептозотоцин-индуцированного сахарного диабета были получены для ресвератрола, астаксантина, экстракта изофлавоноидов из корней кудзу и экстракта из водоросли *Fucus vesiculosus*. Данные вещества природного происхождения способствовали нормализации концентрации глюкозы в крови экспериментальных животных, а также снижали степень развития стеатоза печени. Прием бетулина улучшил гликемический ответ и снизил активность α -амилазы у диабетических крыс, снизил уровни гепатических и почечных биомаркеров (мочевина и креатин). Он также способствовал регенерации β -клеток дозозависимым образом, но не оказывал токсического воздействия на поджелудочную железу [2]. На модели спонтанных опухолей молочной железы у мышей FVB/N, трансгенных по гену эпидермального фактора роста человека (HER-2/neu), ответственному за спонтанное развитие множественных опухолей молочных желез, были показаны тенденция к удлинению периода до развития опухолей у самок, получавших фактор роста хлореллы с OD 5000, а также отсутствие стимулирующего влияния на развитие опухолей у всех изученных составов.

Заключение. В ходе исследований были выбраны наиболее перспективные методы экстракции, дающие наибольшие выходы. Полученные доклинические данные являются основанием включить бетулин, ресвератрол, экстракт изофлавоноидов, астаксантин и фактор роста хлореллы в состав функциональных продуктов.

Данное исследование было поддержано Министерством науки и высшего образования (Мегагрант, соглашение No 075-15-2022-1118 dd.29.06.2022).

Список литературы

1. Aboushanab S.A., Shevyrin V.A., Melekhin V.V., Andreeva E.I., Makeev O.G et al. Cytotoxic Activity and Phytochemical Screening of Eco-Friendly Extracted Flavonoids from *Pueraria montana* var. *lobata* (Willd.) Sanjappa and Pradeep and *Trifolium pratense* L. Flowers Using HPLC-DAD-MS/HRMS // *Applied Chemistry*. – 2023. – V. 3. – №. 1. – P. 119-140.
2. Adepoju F.O., Sokolova K.V., Gette I.F., Danilova I.G., Tsurkan M.V et al. Protective Effect of Betulin on Streptozotocin–Nicotinamide-Induced Diabetes in Female Rats // *International Journal of Molecular Sciences*. – 2024. – V. 25. – №. 4. – P. 2166.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОЛИСАХАРИДОВ АИРА БОЛОТНОГО В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кокоев Л.А.^{1,2}

¹ *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Владикавказ*

² *Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Федеральный научный центр «Владикавказский научный центр Российской академии наук», г. Владикавказ*

Введение. Одним из актуальных направлений профилактики злокачественных новообразований является химиопрофилактика, подразумевающая направленное торможение процесса канцерогенеза на одной из стадий – инициации, промоции или прогрессии, при помощи биологически активных веществ различной природы [1; 2]. Наиболее перспективными считаются соединения природного происхождения ввиду их низкой токсичности, что обеспечивает высокую безопасность в условиях длительного профилактического применения [3; 4]. Согласно данным ранее проведенных исследований доказана антиканцерогенное, а также антиоксидантное действие полисахаридов аира болотного, однако, имеющихся сведений недостаточно для однозначного вывода о реальных перспективах его использования с целью профилактики рака в настоящее время [1; 2; 3; 4]. Исходя из вышеизложенного, представляется целесообразным дальнейшее исследование полисахаридов аира болотного в качестве химиопрофилактического средства и определения его возможных механизмов действия.

Цель исследования. Оценка эффективности химиопрофилактического действия полисахаридов аира болотного и его влияния на состояния системы перекисного окисления липидов – антиоксидантной защиты (ПОЛ-АОЗ) у крыс на фоне введения N-нитрозодиэтиламина (N-НДЭА).

Материалы и методы исследования. Эксперимент проведен на 60 крысах-самцах линии Вистар с исходной массой 170-200 г. Животные были разделены на 2 группы: 30 крыс в контрольной группе и 30 - в опытной. В качестве индуктора опухолей печени крысы обеих групп получали N-НДЭА с питьевой водой в дозе 100 мг/л в течение 4 месяцев. Животные опытной группы получали дополнительно с кормом полисахариды

аира болотного в дозе 75 мг/кг. Химиопрофилактическое действие оценивали по количеству новообразований печени и морфологической дифференцировке, развившихся у животных опытной группы в сравнении с контрольной группой. Антиоксидантную активность полисахаридов аира болотного на в динамике исследования оценивали по изменению уровня малонового диальдегида (МДА) [5] в эритроцитах, по концентрации гидроперекисей в сыворотке крови, по активности каталазы и супероксиддисмутазы (СОД) [5].

Результаты исследования. В контрольной группе неопластические изменения печени развились у 87,5% животных. В группе, получавшей полисахариды аира болотного выявлено уменьшение встречаемости новообразований печени до 58,3% ($p < 0,05$). Микроскопический анализ опухолевого материала выявил уменьшение степени малигнизации неопластических изменений в опытной группе по сравнению с контрольной. Было также отмечено статистически достоверное увеличение продолжительности жизни животных, в рацион которых введены полисахариды аира болотного, в сравнении с животными контрольной группы. По результатам исследования выявлено, что потребление полисахаридов аира болотного с кормом в дозе 75мг/кл на протяжении 4 месяцев снижает уровень МДА и гидроперекисей в крови животных I группы в сравнении с контрольной группой, что указывает на уменьшение выраженности процессов ПОЛ. При этом не выявлено значимого изменения активности ферментов звена антиоксидантной системы, чего не наблюдалось в контрольной группе. Отмечено, что новообразования активно возникают в период регистрации стойкого снижения активности ферментов антиоксидантной системы. Выявлена прямая корреляция между нормализацией процессов системы ПОЛ-АОЗ при введении в рацион полисахаридов аира болотного и антиканцерогенным действием препарата, которая выражалась в уменьшении встречаемости неопластических изменений и более поздним развитием опухолевой ткани в печени.

Заключение. Результаты эксперимента показывают наличие у полисахаридов аира болотного химиопрофилактической активности в отношении химически индуцированного опухолевого процесса печени, а также о наличии антиоксидантного эффекта, что позволяет сделать вывод о необходимости его дальнейшего изучения.

Список литературы

1. Гурьев А.М., Крылова С., Разина Т., Зуева Е.П., Калинкина Г.И. и др. Экспериментальное изучение противоязвенных свойств аира болотного (*Acorus calamus* L.) // Российские аптеки. – 2003. – №. 10. – С. 61.
2. Камышников В.А. Клинико-биохимическая лабораторная диагностика: Справочник // Минск: Издательство Интерпрессервис. – 2003. – 207 с.
3. Кокоев Л.А., Томаева К.Г., Болиева Л.З. Патент № 2699932 С1 Российская Федерация, МПК G09В 23/28, А61К 31/05, А61Р 35/00. Способ прогнозирования риска развития рака печени у экспериментальных животных: № 2018140179: заявл. 14.11.2018; опубл. 11.09.2019.
4. Кокоев Л.А., Ракитский В.Н., Болиева Л.З., Томаева К.Г. Патент № 2736238 С1 Российская Федерация, МПК G09В 23/28, А61К 31/05, А61Р 35/00. Способ оценки эффективности химиопрофилактической активности ресвератрола в условиях

экспериментального канцерогенеза рака печени: № 2020116934: заявл. 12.05.2020; опубл. 12.11.2020.

5. Кокоев, Л.А., Болиева Л.А. Изучение возможных механизмов антиканцерогенного действия полисахаридов аира болотного в эксперименте // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – Т. 23. – №. 4. – С. 173-177.

КОНЦЕПЦИЯ УНИВЕРСИТЕТА КАК ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА

Семелева Е.В., Плигина Е.В., Селезнева Н.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва», медицинский институт, г. Саранск

Введение. Тема университета как поликультурного пространства, где гуманитарные науки и медицина пересекаются, представляет собой важный аспект современного образования и здравоохранения. Гуманитарные подходы к профессионализации медицины подчеркивают не только клинические аспекты заболеваний и лечения, но также важность культурного, социального и эмоционального контекста, в котором работают медицинские специалисты [1]. В университетской среде студенты медицинских факультетов получают возможность изучать гуманитарные дисциплины, такие как социология, психология, философия и история. Это помогает им лучше понимать пациентов как индивидуальности и учитывать их уникальные потребности и ценности. Кроме того, гуманитарные знания обогащают профессиональный опыт врачей, а также способствуют развитию эмпатии и межкультурного понимания. Применение гуманитарных подходов в медицине также способствует созданию более открытой и толерантной атмосферы в университетском сообществе. Это позволяет студентам и специалистам из разных культур и общественных групп эффективнее сотрудничать и находить решения на благо пациентов [2].

Цель исследования. Изучить влияние культурных различий на понимание и предоставление медицинской помощи; проанализировать взаимодействия между культурной принадлежностью пациентов и их отношением к здравоохранению, роль культурных стереотипов в медицинской практике; разработать образовательные программы и тренинги по межкультурному общению для медицинских специалистов.

Материалы и методы исследования. Для выработки концепции университета как поликультурного пространства и гуманитарных подходов к профессионализации медицины можно использовать:

- 1) этнографические исследования: проведение наблюдений и интервью с участниками университетского сообщества для понимания того, как различные культурные факторы влияют на профессионализацию медицины;

2) изучение официальных документов университета, таких как учебные планы, программы дополнительного образования и др., чтобы выявить подходы к интеграции гуманитарных наук в медицинское образование;

3) использование опросов студентов и преподавателей для выявления отношения к гуманитарным дисциплинам в медицинском образовании и понимания их влияния на профессиональную практику;

4) сравнительный анализ: сопоставление различных университетов и их подходов к поликультурному образованию в медицине для выявления лучших практик и рекомендаций;

5) участие в конференциях и семинарах, посвященных гуманитарным аспектам профессионализации медицины, для обмена опытом и получения новых идей.

Эти методы и материалы могут помочь в проведении исследования по данной теме и расширить понимание роли гуманитарных наук в подготовке медицинских специалистов в университетской среде.

Результаты исследования. Исследование в данной области может помочь улучшить профессиональные практики в медицине, сделав их более адаптированными к разнообразию культур и повысить качество медицинского обслуживания для всех пациентов, независимо от их культурного или этнического происхождения. Концепция университета как поликультурного пространства и гуманитарные подходы к профессионализации медицины являются актуальными направлениями исследований в области образования и здравоохранения социально–гуманитарной сферы. В рамках таких исследований могут участвовать различные ученые, работающие в университетах, научных организациях и других учреждениях. Изучение различных гуманитарных дисциплин, может помочь медицинским студентам развить более глубокое понимание человеческого состояния и межкультурных взаимодействий. Также важно учитывать влияние культурных убеждений и традиций на отношение к здоровью и медицинским методам.

Заключение. Концепция университета как поликультурного пространства означает создание образовательной среды, которая активно содействует разнообразию культур, языков, традиций и мировоззрений. В таком университете студенты, преподаватели и сотрудники находятся в окружении различных культурных контекстов, что способствует продвижению толерантности, взаимопонимания и уважения. Поликультурный университет способствует формированию глобального мышления, открытости к разнообразию и готовности к сотрудничеству на мировой арене. Такие учреждения образования играют важную роль в формировании гармоничного и мирного общества, где каждый может найти свое место и быть услышанным.

Список литературы

1. Балыкова Л.А., Селезнева Н.М., Семелева Е.В. Непрерывное медицинское образование: аспекты реализации в РФ // Практико–ориентированный подход в подготовке специалистов медицинского вуза: актуальные проблемы и пути их решения: сборник научных статей. – Самара: Издательство Самарского государственного медицинского университета. – 2018. – С. 37–41.

2. Гукаленко О.В., Борисенков В.П., Панова Л.Д. Поликультурное образовательное пространство университет как социально-педагогический феномен // Вестник Московского университета. Серия 20: Педагогическое образование. – 2020. – №. 1. – С. 21–34.

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОЛУЧЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕЛЕНИЗИРОВАННЫХ БУРЫХ ВОДОРОСЛЕЙ

Струппуль Н.Э.¹, Соболева Е.Л.¹, Хомидов А.С.¹, Силантьев В.Е.^{1,2}

¹ *Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Дальневосточный федеральный университет», г. Владивосток*

² *Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Институт химии» Дальневосточного отделения Российской академии наук, г. Владивосток*

Введение. Дефицит селена вызывает в организме человека биохимические изменения, которые при наличии дополнительных стрессов – воздействия холода, физических нагрузок, неблагоприятной экологической обстановки и т.п. – приводят к развитию различных сердечно-сосудистых и нейродегенеративных заболеваний. Недостаток селена достоверно сопровождается снижением фертильности и нарушением репродуктивного здоровья, а также лежит в основе развития патологий щитовидной железы. Одним из путей коррекции селенового статуса человека является получение селенобогатенного растительного сырья и использование его в производстве фармацевтических препаратов и массовых продуктов питания. Значение имеет не только количество, но и форма встраивания селена в растительный материал, что определяет безопасность и биологическую доступность элемента [1; 2].

Цель исследования. Цель заключалась в обосновании и разработке способов применения селенобогатенного водорослевого сырья в целях регулирования селенового статуса населения

Материалы и методы исследования. Эксперименты по накоплению селена проводились на морских бурых водорослях *Saccharina japonica*. Концентрацию селена определяли флуориметрическим методом с 2,3-диаминонафталином. Локализацию селена в талломах исследовали методом энергодисперсионного анализа.

Результаты исследования. Биологическую активность селенизированных водорослей изучали на фоне острого токсического гепатита, модели нарушения иммунитета, а также модели патоспермии лабораторных крыс. Пероральное введение селенобогатенных водорослей показало иммуномодулирующее, антикоагуляционное, эритропоэтическое действие при нарушениях иммунного статуса и параметров периферической крови; положительный эффект в качестве терапевтического средства при токсическом поражении печени; статистически значимое повышение общего количества сперматозоидов и нормализацию редокс потенциала в клетках тестикулярной ткани при олиго- и астеноспермии. Доклиническое изучение острой токсичности

селенизированных водорослей на двух видах животных показало, что его следует отнести к 5 классу опасности с низким уровнем острой токсичности.

Заключение. Результаты работы дают основание считать, что БАДы на основе селенизированных бурых водорослей являются перспективным и экономически обоснованным средством предупреждения и ликвидации селенодефицита.

Работа выполняется в рамках реализации проекта «Науки о жизни: Биомедицина» программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030», инициативная тематика №22–01–3.04–0010 «Биофармацевтические технологии для персонализированной медицины и здоровьесбережения»

Список литературы

1. Голубкина Н.А., Хотимченко С.А., Тутельян В.А. К вопросу обогащения пищевых продуктов селеном // Микроэлементы в медицине. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 1–5.
2. Полубояринов П.А., Елистратов Д.Г., Швец В.И. Метаболизм и механизм токсичности селенсодержащих препаратов, используемых для коррекции дефицита микроэлемента селена // Тонкие химические технологии. – 2019. – Т. 14. – №. 1. – С. 5–24.

STUDYING THE STRUCTURAL-FUNCTIONAL STATE OF THE MYOCARDIUM IN PATIENTS WITH GOUT ACCOMPANIED BY METABOLIC SYNDROME

Tairov D.R., Umarova Z.K.

*Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,
Республика Узбекистан*

Introduction. Gout is a systemic disease in which monosodium urate crystals are deposited in various tissues and individuals with hyperuricemia, inflammation develops due to external environmental and/or genetic factors. It is known that the main cause of death in patients with gout is cardiovascular disease. It was found that the vast majority of patients with gout (about 2/3 of patients) die from cardiovascular diseases associated with atherosclerosis and only less than 1/4 die from chronic renal failure. Thus, the problem of the relationship between gout and diseases of the cardiovascular system, structural changes in the myocardium with its functional characteristics still remains relevant, as well as the question of the influence of the nature of the course of the disease and the presence of hypertension on the structure and function of the myocardium [1; 2; 3].

Purpose of the study. To study the features of the structural and functional state of the myocardium in patients with gout with metabolic syndrome.

Materials and research methods. 50 male patients with gout were examined. The average age of the patients was 52.8±1.6 years, the duration of the disease was 10.4±1.5 years.

To identify structural changes in the myocardium of the left ventricle, all patients underwent echocardiography (EchoCG). EchoCG was performed in two-dimensional and M-modal modes on a Vivid 3 Expert universal echocardiograph from GE Medical Systems. Indicators of systolic and diastolic functions of the LV: ejection fraction (EF), end-systolic

volume (ESV) and end–diastolic (EDV) were determined. The left ventricular myocardial mass (LVMM) was calculated using the Simpson area–length formula. The left ventricular myocardial mass index (LVMI) was calculated as the ratio of LVMI to body surface area, determined using the Du Bois formula. In this work, we identified groups of patients with one or another type of LV geometry. It is customary to distinguish the four most common geometric models, taking into account indicators including LVMM and left ventricular relative wall thickness (LVRWT).

Research results. An echocardiographic (EchoCG) study was carried out on patients with recurrent and chronic courses of the disease. The average age of the patients was 52.8 ± 1.6 years. 28% were aged from 44 to 49 years, 40.0% were from 50 to 55 years old, and 32% were from 56 to 65 years old. All patients were divided into two groups. The first group consisted of 20 patients with recurrent gout, the second – 30 patients with a chronic course of the disease. The end–diastolic diameter (EDD) and end–diastolic volume (EDV) of the LV in patients with chronic gout were increased by 5.55 and 11.4%, respectively, compared with patients with a recurrent course of the disease, and the end–systolic diameter (ESD) and end–systolic volume (ESV) of the LV – by 2.4 and 5.45%, respectively. It was found that every fourth patient with gout had no disturbances in LV architectonics, almost a third of patients had LVCH (LV concentric hypertrophy), 26.1% patients had LVEH (LV eccentric hypertrophy), and a fifth of patients with a normal level of LVMI had changes in its cavity: LV concentric remodeling (LVCR) was noted. Thus, in the group of patients with chronic gout, LVCH was recorded in 31% of cases, LVEH was formed in 25% of patients and LVCR was formed in 18%, and normal LV geometry was detected in 26% of men. In the group of patients with recurrent gout, LVCH was also more likely to develop (46%), in second place in frequency, in contrast to patients of group 2, LVCH was observed (22%). LVEH and normal LV geometry in the group of patients with recurrent gout occurred with the same frequency (16% each). In our study, the total incidence of LV hypertrophy was 65% in the group of patients with recurrent gout and 56.6% in patients with chronic disease.

Conclusion. In our study, the total incidence of LV hypertrophy was 65% in the group of patients with recurrent gout and 56.6% in patients with chronic disease. In this case, the predominant remodeling option is LVCH. It is known that this type of LV architecture is a non–modifiable cardiovascular risk factor and the most unfavorable in terms of the development of heart failure.

Bibliography

1. Dalbeth N., Schumacher H.R., Fransen J., Neogi T., Jansen T.L. et al. Survey definitions of gout for epidemiological studies: Comparison with crystal identification as the gold standard // *Arthritis Care and Research.* – 2016. – V. 12. – №. 68. – P. 1894–1898.
2. Kei A., Koutsouka F., Makri A., Elisaf M. Uric acid and cardiovascular risk: What genes can say // *International journal of clinical practice.* – 2018. – V. 1. – №. 72. – P. e13048.
3. Pillinger M.H., Bangalore S., Klein A.B., Baumgartner S., Morlock R. Cardiovascular Disease and Gout: Real–World Experience Evaluating Patient Characteristics, Treatment Patterns, and Health Care Utilization // *Journal of managed care & specialty pharmacy.* – 2017. – V. 6. – №. 23. – P. 677–683.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ КОНСОЛИДИРОВАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА

Томников М.Д., Левченко К.К.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Хирургическое лечение переломов костей конечностей по сравнению с консервативным в ряде случаев позволяет сократить сроки реабилитации, нетрудоспособности пациентов с переломами костей конечностей, добиться более полного восстановления функции конечности.

В послеоперационном периоде на этапе консолидации перелома возникает вопрос о дальнейшей тактике ведения пациента, в том числе вопрос об удалении металлоконструкции.

На протяжении многих десятилетий в среде травматологов доминировало положение о том, что погружная конструкция является инородным телом, в связи с чем ее удаление планировалось практически во всех случаях [1]. Тем не менее, с накоплением в мировой литературе числа исследований, посвященных данному вопросу, неоднозначными результатами лечения после удаления погружных имплантов, все чаще стала озвучиваться иная точка зрения [2]. Начал применяться дифференцированный подход к удалению металлоконструкций, с учетом ряда критериев, таких, как: жалобы пациента, данные клинического осмотра, инструментальных методов обследования, риск возможных осложнений.

Удаление металлоконструкций, как и любая другая операция, имеет риск осложнений, может сопровождаться техническими интраоперационными трудностями и при этом не гарантирует полное купирование жалоб [3; 4]. При этом до сих пор не разработано универсальных алгоритмов, позволяющих оценить необходимость удаления погружного импланта, в связи с чем по сей день основным показанием к удалению имплантов является жалоба на наличие болевого синдрома в области металлоконструкции [3; 4].

Цель исследования. Обоснование необходимости выбора тактики ведения пациентов с консолидированными переломами костей конечностей в условиях погружного металлоостеосинтеза.

Материалы и методы исследования. Нами выполнен анализ результатов лечения 720 пациентов, которым в условиях ГУЗ СГКБ № 9 за период с 2015 по 2023 годы было выполнено удаление погружных металлоконструкций.

В исследование были включены пациенты старше 18 лет, среди которых 51% женщин. Консолидация перелома была подтверждена рентгенологически, при клиническом обследовании не было выявлено послеоперационных осложнений. Исследование качества жизни респондентов проводилось с использованием опросника SF-36.

Результаты исследования. Наиболее частым показанием к операции явилась боль или дискомфорт в области импланта, что согласуется с данными мировой и отечественной литературы [5]. Оценка болевого синдрома по визально-аналоговой шкале выявила наиболее выраженное снижение боли после удаления из костей голени (с 3,8 до 0,1 баллов) и ключицы (с 4,1 до 0,2 баллов), что согласуется с результатами оценки качества жизни пациентов до и после удаления имплантов различных локализаций с использованием опросника SF-36.

Заключение. Наиболее частыми причинами удаления металлоконструкции после консолидации перелома являются боль и дискомфорт.

В мировой и отечественной практике на сегодняшний день не существует универсальных алгоритмов, которым позволили бы практикующим врачам принять решение о необходимости удаления металлоконструкции при достижении консолидации перелома, однако отмечается рост числа исследований, посвященных данной проблеме.

В связи с вышеизложенным, представляется перспективным создание унифицированного алгоритма, обеспечивающего возможность персонифицированного подхода к выбору тактики лечения пациентов с консолидированными переломами костей конечностей.

Список литературы

1. Загородний Н.В., Волна А.А., Панин М.А. Удаление имплантатов // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2010. – №. 4. – С. 44-51.
2. Böstman O., Pihlajamäki H. Routine implant removal after fracture surgery: a potentially reducible consumer of hospital resources in trauma units // The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. – 1996. – V. 41. – №. 5. – P. 846-849.
3. Sidky A., Buckley RE. Hardware removal after tibial fracture has healed // Canadian Journal of Surgery. – 2008. – V. 51. – №. 4. – P. 263-268.
4. Court-Brown CM., Gustilo T., Shaw AD. Knee pain after intramedullary tibial nailing: its incidence, etiology, and outcome // Journal of Orthopaedic Trauma. – 1997. – V. 11. – №. 2. – P. 103-105.
5. Müller-Färber J. Die Metallentfernung in der Unfallchirurgie // Unfallchirurg. – 2003. – V. 106. – №. 8. – P. 653-670.

ВЗАИМОСВЯЗЬ GLN27GLU ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА β₂-АДРЕНОРЕЦЕПТОРА С МАРКЕРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Фазлитдинова К.И., Турдибеков Х.И.

*Самаркандский государственный медицинский университет Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан, г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Введение. Генетическая предрасположенность представляет важную роль в формировании, а также в прогрессировании заболеваний органов дыхания, протекающих

с аллергическим компонентом воспаления. Переход на молекулярно–генетический уровень изучения генетических основ и особенностей патогенеза данных заболеваний привел к появлению ряда принципиально новых сведений и идей, открывших новые подходы в диагностике и лечении [1; 2; 3]. Выявление генов, содействующих формированию бронхиальной астмы (БА) – важная задача нынешней медицины, решение которой будет способствовать сформированию фундаментальных представлений о патогенезе этого заболевания. В этом плане большое внимание исследователей притянуто к возможным нарушениям структуры и функции β_2 -адренорецептора (ADRB2), которые могут лежать в основе патогенеза заболевания [4]. Результаты имеющихся исследований ассоциации полиморфизма гена ADRB2 и продуктов с фенотипическими признаками БА неоднородны и предполагают необходимость выявления конкретных этнических особенностей данных ассоциаций.

В развитии БА заметная роль отводится иммунным механизмам, которые контролируются посредством цитокиновых взаимодействий [5]. В этой связи представлялось важным изучить особенности продукции общего IgE и некоторых цитокинов у больных в зависимости от генотипов полиморфизма Gln27Glu гена ADRB2.

Цель исследования. изучить статус сывороточных цитокинов IL-4, IFN- γ и продукцию общего IgE у больных БА с учетом Gln27Glu полиморфизма гена ADRB2.

Материалы и методы исследования. Проведено генотипирование 107 лиц узбекской национальности (60 – пациенты с тяжелой БА и 47 – практически здоровые лица) с использованием технологии ПЦР и анализа рестрикционных фрагментов.

Определение общего IgE в сыворотке крови проводилось ИФА методом по принципу двухслойного иммуноферментного анализа с использованием набора фирмы «Хема–Медиа». Определение уровня IFN- γ в сыворотке крови проводилось с использованием тест–систем количественного определения методом твердофазного ИФА «ИФА–ИФН–гамма» (ЗАО «Вектор–Бест», Россия). Уровень IL-4 в сыворотке крови определяли по ИФА методу использованием тест–систем «ИФА–ИЛ–4» (ЗАО «Вектор–Бест», Россия). Аллергическая БА диагностирована у 22 человек, неаллергическая у 17 человек и смешанная – у 21 человек. У 19 больных БА отмечалась семейная отягощенность по аллергической патологии.

Результаты исследования. В группе больных аллергической БА с Gln27Gln полиморфным вариантом гена ADRB2 показатели IgE ($1664,2 \pm 293,29$ пг/мл) почти в четыре раза превышали уровень, регистрируемый у пациентов с данной формой заболевания при Gln27Glu генотипе ($338,4 \pm 121,33$ пг/мл; $P < 0,01$). По результатам наших исследований достоверной взаимосвязи полиморфизма Gln27Glu гена ADRB2 с активностью индукторных цитокинов не обнаружено.

У больных с генотипом Gln27Gln, имеющих отягощенный семейный анамнез, уровень IgE составил, в среднем, $1230,7 \pm 314,31$ пг/мл, при генотипе Gln27Glu – $396,4 \pm 81,26$ пг/мл ($P < 0,05$).

Заключение. Таким образом, генотип Gln27Gln гена ADRB2 у пациентов БА и, особенно, при аллергической форме патологии, ассоциирует с повышенной продукцией общего IgE, а выявленная связь повышенного уровня общего IgE с генотипом Gln27Gln у больных БА с семейной отягощенностью является дополнительным доказательством

роли наследственно обусловленной повышенной продукции IgE в патогенетических механизмах формирования заболевания.

Список литературы

1. Авдеева Е.В., Потапов В.И., Павлушенко Е.В. Кудрявцева В.А. Внутрисемейные факторы риска развития бронхиальной астмы // Пульмонология. – 2003. – №. 3. – С. 83–88.
2. Бочков Н.П., Пузырев В.П., Смирнихина С.А. Клиническая генетика // Москва: Издательство ГОЭТАР–Медиа. – 2002. – 592 с.
3. Убайдуллаев А.М. Наследственность при бронхиальной астме // Medical express. Медицинские новости центральной Азии. – 2002. – Т. 9. – №. 7. – С. 32–33.
4. Yu X., Wang L.W., He Q., Khan K., Chen X.Y. et al. Correlation study on β 2-adrenergic receptor gene polymorphisms and asthma susceptibility: evidence based on 57 case-control studies // European review for medical and pharmacological sciences. – 2019. – V. 9. – №. 23. – P. 3908–3925.
5. Mishra J.K., Rashid Parvez, Usha, Girish Singh. An immunological study of bronchial asthma with special reference to interleukin-4, interferon- γ and immunoglobulin E // The Journal of Community Health Management. – 2015. – V. 2. – №. 1. – P. 47–50.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ТРУДОПРАВОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Финогенова О.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовская государственная юридическая академия», г. Саратов

Введение. В современных условиях развития трудовых отношений представляется необходимым более детально проанализировать некоторые особенности регулирования труда медицинских работников в трудовом и психологическом аспекте. В целях оптимизации осуществления медицинскими работниками трудовой деятельности, а также в направлении их социально-психологической поддержки представляется целесообразной некоторая коррекция действующего законодательства.

Цель исследования. Целью исследования выступает определение способов повышения эффективности психологической адаптации медицинских работников и формулирование предложений по коррекции действующего законодательства в рассматриваемом контексте.

Материалы и методы исследования. Методологическую основу представляет совокупность общих и специальных методов познания.

Результаты исследования. В направлении развития трудового потенциала медицинских работников, а также в целях сохранения их психического здоровья представляется возможным расширение круга гарантий указанной категории работников в направлении социально-психологической поддержки.

На данном этапе развития культуры оказания психологической помощи отдельным категориям работников наиболее эффективным видится практическое решение вопроса на локальном или коллективно-договорном уровне, что предполагает возможность включения указанных мер поддержки в содержание коллективного договора. Представляется логичным дополнение статьи 41 Трудового кодекса Российской Федерации абзацем следующего содержания: (В коллективный договор могут включаться обязательства работников и работодателя по следующим вопросам): «психологическая поддержка работников».

Безусловно, осуществление медицинскими работниками своей трудовой функции сопряжено с высоким уровнем ответственности и серьезным психоэмоциональным напряжением, поэтому представляется в наивысшей степени важным обеспечить должную психологическую поддержку рассматриваемой категории работников. Данное направление может быть реализовано в различных формах, наиболее приемлемыми выступают: внедрение штатной единицы психолога в наиболее крупные учреждения здравоохранения, реализующие оказание первичной, специализированной, скорой и паллиативной помощи; с учетом особой загруженности врачей всех звеньев системы здравоохранения в случае внедрения указанной штатной единицы представляется целесообразным на локальном уровне определить стратегии взаимодействия медицинских работников с психологом (наиболее стандартные формы взаимодействия: личные консультации, участие в тренингах, тестировании, круглых столах и др.); по причине особой загруженности медицинских работников представляется возможным формирование единого центра психологической помощи, создаваемого для комплексной поддержки работников, осуществляющих свою деятельность по направлению оказания первичной, специализированной, скорой и паллиативной помощи.

Психологическая поддержка медицинских работников позволит нивелировать процесс выгорания, стабилизировать адаптационные процессы [1]. Следует отметить, что важным фактором на пути преодоления выгорания в профессиональном аспекте выступает установление контакта с собой, потому что любая мотивация извне, имеющая в своей основе чужой опыт, какую-либо идею, универсальный метод, не является истинным подходом психологии. Только процесс познания себя выступает единственно верным и бережным способом преодоления трудностей и развития своей жизни в направлении увеличения внутренней радости и счастья. Процесс адаптации медицинского работника к режиму рабочего времени, установленному в организации, к выполнению определенных в соответствии с должностной инструкцией трудовых обязанностей выступает базисом эффективной и бережной реализации им своей трудовой функции. В первую очередь, эффективность процесса адаптации зависит от должного понимания работником самого себя, своих возможностей и ограничений: какой режим приемлем именно для него, есть ли силы и возможность выходить на дежурства, как можно организовать процесс так, чтобы в нем было место как успешной реализации трудовых обязанностей, так и радости.

Заключение. Таким образом, базисом успешной реализации медицинскими работниками своих обязанностей выступает комплекс мер организационного,

психологического и трудов правового характера, позволяющих преодолеть наступающие кризисы и быть бережными по отношению к себе и к пациентам.

Список литературы

1. Ферапонтова М.В., Илларионова А.Ф. Взаимосвязь позитивного мышления и удовлетворенности трудом у медицинских работников // Коллекция гуманитарных исследований. – 2022. – №. 1. – С. 17-24.

I МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВЫЗОВЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ»

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И НЕЙРОННЫЕ СЕТИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Абаджян Л.В., Кобзева Ю.А., Парфенова С.В., Жалолова С.А., Шишерина Т.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В современном мире искусственный интеллект (далее ИИ) становится все более интегрированным в различные области жизни человека, включая стоматологию. Это открывает новые горизонты для улучшения качества медицинской помощи, увеличения эффективности работы врачей-стоматологов и комфорта пациентов. В данном контексте важно рассмотреть, как использование ИИ в стоматологии влияет на диагностику, планирование лечения и последующую тактику ведения пациентов, и какие преимущества и перспективы открывает для развития.

Цель исследования. Перспективы использования ИИ в стоматологической практике.

Материалы и методы. ИИ - это компьютерная программа, которая создает модели на основе человеческих нейронных связей. Внедрение ИИ в сферу диагностики и лечения стоматологических заболеваний представляет собой современную технологическую тенденцию, которая обещает существенное улучшение процессов выявления и прогнозирования патологий полости рта. Применение передовых методов ИИ в стоматологии способствует автоматизации и ускорению анализа рентгенологических изображений, фотографий и других данных, накопленных с использованием баз стоматологических кейсов [1]. За счет способности ИИ создавать модели данных и выявлять паттерны, стоматологи могут предлагать оптимальные решения для каждого конкретного случая. Такие системы способны прогнозировать динамику развития заболевания, оценивать эффективность проводимой терапии и прогнозировать результаты. Помимо этого, интеграция ИИ в стоматологии стимулирует разработку инновационных методов дистанционного мониторинга состояния полости рта, систем анализа и контроля качества индекса гигиены, а также способствует созданию «умных» зубных щеток и других устройств, улучшающих гигиенический уход за полостью рта. Как и любая программа ИИ имеет не только положительные качества, но и недостатки, такие как сбой программного обеспечения, который может повлечь проблемы с конфиденциальностью и безопасностью личной информации пациентов [2].

Результаты и исследования. Профессором Александром Ряховским создана программа Avantis 3D, которая занимается разработкой цифровых CAD/CAM систем. Преимущества данной программы является информационная поддержка, построенная на коммуникативной компетентности. Avantis 3D адаптирован под сегмент российского

рынка, учитывая доступность материалов. В данной программе имеются такие возможности как: модуль «виртуального пациента» - совмещение результатов компьютерной томографии, снимков зубных рядов на одной площадке, разработка искусственного артикулятора; «диагностика»- анализ данных компьютерной томографии, визуализация ВНЧС; «гнато студия»- оценка составных компонентов ВНЧС при разнообразном положении нижней челюсти; «орто-дизайн» - составление плана лечения с учетом индивидуального расположения зубов; « дизайн улыбки» - механическая или ручная установка искусственных зубов, создание персональной формы зубов, учитывая лицевые параметры; «имплант-мастер» - виртуальное размещение имплантатов и модификация их расположения [3].

Также ИИ является основой программы диагностики рентгенологических изображений Diagnocat, созданный стоматологом Владимиром Александровским, презентован в 2019 году. ИИ Diagnocat анализирует полученную КЛКТ в формате DICOM (стандартный формат медицинской визуализации), обеспечивая плавную передачу данных, позволяет анализировать изображения КЛКТ, полученные с помощью любых устройств КЛКТ, без использования установленного обычного программного обеспечения (просмотра) для конкретного устройства [4]. Это увеличивает возможности диагностики и снижает зависимость от принудительного программного обеспечения со стороны производителей. Diagnocat оценивает 50 признаков и выбирает кейс индивидуальной поддержки терапевтического планирования.

Выводы:

1. ИИ и нейронные сети в повседневной практике врача-стоматолога стали реальностью.
2. Совместные разработки российских айти-специалистов и стоматологов конкурентоспособны и успешно используются в мировой практике.
3. Ключевыми преимуществами являются: точная и быстрая диагностика заболеваний, возможность доступа к системе через онлайн-приложение, оптимизация материальных затрат пациентов посредством сокращения дополнительных методов обследования.

Список литературы

1. Галевич А.Н., Абаджян Л.В., Логинов Д.В., Савина Е.А., Парфенов А.К., Парфенова С.В. Внеротовой фотопротокол как метод анализа и контроля лечения пациентов с аномалиями зубочелюстной системы. В сборнике: Молодежь и наука: результаты и перспективы. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых учёных с международным участием. Саратов, 2022. С. 14-15.
2. Асланян М.А., Еремин О.В., Кобзева Ю.А., Абаджян Л.В., Бекирова Ф.М., Логинов Д.В. Цифровая трансформация медицинского стоматологического образования // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы: материалы IV Международной научно-практической конференции. Саратов, 2022. С. 424-431.
3. Еремин О.В., Кобзева Ю.А., Абаджян Л.В., Логинов Д.В., Пашкевич В.Д. CAD/CAM система как прогрессивный этап цифровизации в стоматологии DentalForum. 2021. №4 (83). С. 28.

4. Гасанов Г.Р., Савина Е.А., Абаджян Л.В., Тверскова В.Ю., Бекирова Ф.М., Еремин О.В. Использование системы зубного протезирования CAD/CAM в ортопедической стоматологии. В сборнике: Молодежь и наука: результаты и перспективы. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых учёных с международным участием. Саратов, 2022. С. 9-10.

ВЛИЯНИЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА СОДЕРЖАНИЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ НЕЙРОТРАВМЫ

Анников Ю.Г., Кром И.Л.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) - хроническое и прогрессирующее состояние [1, 2]. Большая часть больных с последствиями нейротравмы страдает от долгосрочных ограничений. Данные ограничения (физические, эмоциональные и когнитивные) оказывают влияние на ресоциализацию данной группы пациентов, их качество жизни (КЖ) и функционирование [3]. Медико-социальная реабилитация может улучшить социальную интеграцию и функциональную независимость пациентов с последствиями ЧМТ даже в отдаленный период [4].

Цель исследования. Разработка персонализированной шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ), включающей показатели КЖ, с целью совершенствования реабилитации пациентов с последствиями перенесенной нейротравмы.

Материал и методы исследования. С целью изучения влияния оценки КЖ на контент персонализированной реабилитации больных с последствиями нейротравмы включены 414 респондентов. Все респонденты в исследовании были трудоспособного возраста. ЧМТ тяжелой степени перенесли 62,0% респондентов. ЧМТ в течение последних 5 лет в анамнезе перенесли 54,0% респондентов. Долговременное социологическое исследование КЖ с использованием опросника ВОЗКЖ-100 реализовано при помощи метода анкетного опроса.

Результаты исследования. Изучение динамики невротатуса и КЖ респондентов проводилось ежегодно в 2020, 2021 и 2022 гг. В ходе него были выделены различные клинические варианты последствий ЧМТ (ухудшение, стабилизация и улучшение), а также установлено соответствие клинического статуса и средних показателей КЖ респондентов в динамике. На основании шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ) А.А. Белкина и соавт. [5] авторами разработана персонализированная шкала реабилитационной маршрутизации для пациентов с последствиями ЧМТ, включающая значения показателей их КЖ, соответствующие неврологическому и социальному дефицитам респондентов. Включенные в ШРМ средние значения показателей КЖ

устанавливают соматически- и социально-детерминированные ограничения КЖ пациентов с последствиями нейротравмы.

Заключение. Персонализированная ШРМ, разработанная на основе шкалы реабилитационной маршрутизации А.А. Белкина и соавт., решает задачу персонализированного подхода при проведении реабилитации больных с последствиями нейротравмы.

Включенные в ШРМ средние показатели КЖ определяют перспективы организации персонализированной реабилитации пациентов с последствиями нейротравмы различной степени тяжести.

Персонализированная реабилитационная помощь призвана исправить нарушения показателей КЖ, связанных с неврологическим и социальным дефицитами данной категории пациентов. КЖ может быть рассмотрено как объективный критерий прогноза пациентов с последствиями перенесенной ЧМТ, который детерминирует содержание персонализированной реабилитационной помощи пациентам с последствиями нейротравмы. Разработка персонализированной ШРМ инициирует детерминацию междисциплинарных направлений поэтапной реабилитации пациентов с последствиями нейротравмы.

Список литературы

1. Wilson L. et al. The chronic and evolving neurological consequences of traumatic brain injury //The Lancet Neurology. – 2017. – Т. 16. – №. 10. – С. 813-825.
2. Chendrasekhar A. et al. Delayed sequelae related to mild traumatic brain injury in children //Global pediatric health. – 2020. – Т. 7. – С. 2333794X20947988.
3. Institute of Medicine Gulf War and health. Volume 7: long-term consequences of traumatic brain injury. National Academy Press, Washington, DC, 2009.
4. Cicerone K. D. et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008 //Archives of physical medicine and rehabilitation. – 2011. – Т. 92. – №. 4. – С. 519-530.
5. Белкин А. А. и др. Оптимизация этапной помощи пациентам отделений реанимации и интенсивной терапии на основе градации шкалы реабилитационной маршрутизации-6 //Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2021. – Т. 3. – №. 1. – С. 142-148.

ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Асланян М.А., Кобзева Ю.А., Парфенова С.В., Логинов Д.В., Алиева Х.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Интеграция цифровых технологий в ежедневную стоматологическую практику способствует значительному повышению качества и эффективности ряда диагностических мероприятий, создает условия для высокотехнологичного замещения

дефектов зубочелюстной системы, а также значительно снижает временные затраты врачей-стоматологов и зубных техников на этапах изготовления ортопедических, хирургических и ортодонтических конструкций.

Цель исследования. Изучение возможностей цифровых технологий и значимость их применения в условиях ежедневного стоматологического приема.

Материалы и методы исследования. На сегодняшний день в стоматологии активно используются фотопротоколирование, 3D-сканирование, CAD/CAM-технологии, 3D-печать для создания высоко эстетичных и точных ортопедических конструкций.

Фотопротокол не только стабильно вошел в диагностический кейс пациента, но и является коммуникативной составляющей, облегчающей взаимодействие всех участников стоматологической бригады. Подобная стратегия позволяет осуществлять эстетическое планирование работ. При наличии фотографий высокого качества детально оцениваются эстетико-функциональные параметры зубочелюстной системы [1,2].

На этапе диагностики и составления плана дальнейших манипуляций огромным спросом пользуются сканирующие устройства. Технические характеристики сканеров диктуют их функциональные возможности и обуславливают область применения. 3D-сканеры позволяют создавать высокоточные цифровые модели зубного ряда, обеспечивая более точную диагностику, планирование и дальнейшее изготовление ортопедических, ортодонтических и хирургических конструкций. Нежелание зависеть от навязанного зарубежного программного оборудования и обеспечения стало импульсом развития импортозамещения в виде российского айти продукта VT Dental.

CAD/CAM технологии используются для создания изображений зубного ряда для дальнейшей визуализации цифровых моделей в виртуальном артикуляторе. CAD/CAM системы включают в себя несколько ключевых модулей: сканирующий модуль, который обеспечивает цифровую геометрическую информацию о зубных рядах без необходимости получения традиционных оттисков; программное обеспечение для проектирования ортопедических конструкций на экране компьютера; и обрабатывающий модуль, способный фрезеровать любую деталь из стандартной керамической или пластмассовой заготовки всего за 20 минут.

CAD/CAM-системы бывают открытыми и закрытыми. Открытые системы позволяют заменять любой модуль на аналогичный от другого производителя и легко интегрируются с другими системами.

Технологии CAD/CAM делятся на субтрактивные методы (вычитание) и аддитивные методы (добавление). Субтрактивные методы включают в себя фрезерование и шлифование для удаления излишков материала и создания нужной формы. К аддитивным методам относится 3D-печать.

Результаты исследования. CAD/CAM-системы широко применяются в стоматологической практике, с их помощью изготавливают несъемные ортопедические конструкции, навигационные шаблоны для операции имплантации, а также элайнеры для ортодонтического лечения.

Реабилитация дефектов и деформаций зубочелюстной системы максимально полноценна только с использованием цифровизации.

Преимуществами использования цифровых технологий в практике врача-стоматолога и зубного техника является создание высоко эстетичных и функциональных конструкций, снижение расхода материалов, существенное сокращение сроков передачи информации от врача к зубному технику и ускорение процесса протезирования [3]. Повсеместному распространению современных методик протезирования препятствует высокая стоимость оборудования, программного обеспечения и необходимость специальной подготовки медицинского персонала.

Заключение. В век новых технологий цифровизация практически всех существующих процессов деятельности медицинских учреждений, а в некоторых случаях полный их перевод в цифровую среду позволяет достигнуть значительных результатов в оптимизации диагностических и лечебных мероприятий.

Список литературы

1. Асланян М.А., Еремин О.В., Кобзева Ю.А., Абаджян Л.В., Бекирова Ф.М., Логинов Д.В. Цифровая трансформация медицинского стоматологического образования. Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы: Материалы IV Международной научно-практической конференции, Саратов, 30–31 марта 2022 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, 2022. – С. 424-431.
2. Еремин О. В., Кобзева Ю. А., Абаджян Л. В., Галевич А. Н. Фотопротокол как инструмент современной медицинской коммуникации в стоматологической практике // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы: Материалы V международной научно-практической конференции, Саратов, 28–29 апреля 2023 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, 2023. – С. 283-288.
3. Гветадзе Р. Ш., Тимофеев Д. Е., Бутова В. Г. Цифровые технологии в стоматологии // Российский стоматологический журнал. – 2018. – Т. 22 – № 5. – С. 224-228.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Барашков Г.М., Ищенко Ю.В., Петров В.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Современные передовые страны, вступая в постиндустриальную эпоху, качественным образом преобразуют свой экономический потенциал, внедряя новые технологии, преобразующие экономику, которая начинает работать по новому в целых отраслях и системах.

Данная тенденция не обошла стороной и нашу страну, а пандемия, вызванная вирусом Covid - 19, обнажив ряд проблемных вопросов в организации здравоохранения, явилась катализатором в решении внедрения и функционирования передовых цифровых

технологий в процессы оказания медицинской помощи на основе телемедицины, технологий искусственного интеллекта, обработки и анализа больших массивов документации.

Цель исследования. Выявить основные проблемы правового регулирования цифровой трансформации в сфере здравоохранения, проанализировать правовую неурегулированность в ходе реализации цифровых технологий в практическом здравоохранении Российской Федерации, создающей юридические барьеры и риски на пути данного процесса.

Материалы и методы исследования. В исследовании применялись общие и специальные научные методы: диалектический метод познания действительности, синтеза и дедукции. Сравнительный и формально-правовой методы научного познания позволил проанализировать законы и иные документы в области цифровизации здравоохранения.

С целью выявления правовой неурегулированности и потенциальных рисков в решении внедрения цифровых технологий проанализированы нормативно-правовые акты в сфере цифровизации медицины.

Результаты исследования. Под цифровизацией медицины понимают процесс внедрения современных технологий в систему здравоохранения с целью повысить качество и доступность оказания медицинских услуг, а также оптимизировать работу медицинских организаций. Цифровизация медицины включает в себя несколько основных направлений развития здравоохранения, в том числе, телемедицинские консультации, использование мобильных приложений для здоровья, цифровизацию медицинского образования, внедрение медицинских информационных систем.

В качестве актуальной и экономически эффективной модели организации оказания медицинской помощи населению, цифровые технологии в отечественном здравоохранении воспринимаются весьма положительно и перспективно. Очевидно, что внедрение и применение столь масштабного и амбициозного проекта нуждается в необходимости юридического оформления и структурного нормативного регулирования.

Начало цифровой трансформации отечественного здравоохранения было положено принятием совместного Приказа Минздрава России № 344 и РАМН № 76 от 27 августа 2001 г. «Об утверждении концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации» [1] и Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.04.2011 N 364, утвердившего концепцию создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» [2].

Принятый 29 июля 2017, года и вступивший в законную силу с 01.01. 2018 года федеральный закон № 242 - ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» [3], закрепил особенности оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, электронного документооборота, а также регулирования информационных систем в здравоохранении.

Президент РФ Указом от 2017 года утвердил «Стратегию развития информационного общества в Российской Федерации на 2017–2030 годы» [4], в которой

определено несколько ключевых направлений, в том числе цифровое здравоохранение (цифровое здоровье, цифровая медицина).

Первоочередной задачей с внедрением цифровых технологий является высокое требование к безопасности медицинских данных. Защита персональных данных гарантирована гражданам Конституцией РФ и рядом других нормативно-правовых актов [5].

В российском законодательстве отсутствует нормативное закрепление требований к серверам, на которых хранится информация и порядок доступа к ней конфиденциального характера. При обработке и хранении персональных данных пациентов целесообразно применять системы защиты и шифрования информации от несанкционированного доступа третьих лиц, однако на законодательном уровне такие требования не урегулированы.

Одной из проблем, тормозящих функционирование цифровых технологий в отечественном здравоохранении, в частности, по средствам телемедицины при оказании медицинской помощи является сложность в получении медицинской организацией письменного согласия со стороны пациента на обработку его персональных данных, в виду того, что обработка специальной категории персональных данных должна проводиться исключительно с согласия пациента и оформлена в письменной форме.

Одним из сдерживающих факторов цифровой трансформации при оказании медицинской помощи по средствам использования информационных телекоммуникационных систем выступает излишний формализм, который проявляется в наличии необходимых предписаний в оказании цифровых услуг с учетом наличия специального оборудования, соответствующего лицензионным требованиям помещения, а также возможность идентификации пациентов через Единую систему идентификации и аутентификации (ЕСИА). Данная манипуляция предполагает, что для получения телемедицинской услуги, гражданам необходимо иметь подтвержденную учетную запись на портале государственных услуг и возможность обязательного подключения к Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Оказание же медицинской помощи пациентам, возможно лишь тем медицинским работникам, которые включены в федеральный реестр и имеющих усиленную квалифицированную электронную подпись.

Заключение. Таким образом, внедрение, развитие и успешное функционирование цифровых технологий в отечественное здравоохранение связано с множеством правовых рисков, обусловленных рядом факторов. К числу основных факторов, выступающих правовыми препятствиями в ходе процесса реализации проекта цифровизации являются пробелы в законодательстве, регулирующие область защиты персональных данных пациентов. В связи с этим, существует высокая опасность попадания и доступа к информации, представляющий конфиденциальный характер к третьим лицам при ее хранении, передачи, либо обмене. К факторам правовой неурегулированности также можно отнести вопросы аутентификации медицинских специалистов, их риски ответственности, наличия отсутствия всеобщей стандартизации и лицензионных требований в сфере защиты персональных данных и сохранения врачебной тайны.

Список литературы

1. Приказ от 27.08.2001N 344/76 «Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации». URL: <https://docs.cntd.ru/document/901796267> (дата обращения: 05.05.2024).
2. Приказ от 28.04.2011N 364 «Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения». URL: <https://docs.cntd.ru/document/902276660> (дата обращения: 05.05.2024).
3. Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» от 29.07.2017 N 242-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_221184/ (дата обращения: 05.05.2024).
4. Указ Президента Российской Федерации от 09.05. 2017 года №203 «О стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017 - 2030 годы» URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41919> (дата обращения: 13.05. 2024).
5. Конституция РФ. URL: <http://duma.gov.ru/> (дата обращения: 05.05.2024).

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В РОССИИ

Басова А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Право на профилактику заболеваний в соответствии со ст. 12 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» имеет важное значение в системе охраны здоровья детей, так как ст. 4 провозглашает принципы приоритета охраны здоровья детей и профилактики заболеваний в системе охраны здоровья граждан.

Цель исследования. Исследовать реализацию профилактики неинфекционных заболеваний у детей, выявить правовые проблемы ее организации.

Материалы и методы: правовые акты, регулирующие профилактику неинфекционных заболеваний у детей, научные статьи по теме.

Результаты исследования. Приоритет профилактики заболеваний обеспечивается: 1) программами формирования здорового образа жизни; 2) санитарно-противоэпидемическими мероприятиями; 3) предупреждением, ранним выявлением болезней; 4) проведением медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерным наблюдением; 5) охраной здоровья и жизни граждан при обучении и трудовой деятельности.

Согласно принципу приоритета профилактики заболеваний врачи-педиатры, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, должны широко осуществлять

профилактику болезней в поликлиниках и образовательных организациях дошкольного и школьного образования с целью предотвращения, раннего выявления неинфекционных заболеваний, причин их возникновения для устранения вредного влияния на здоровье детей факторов среды их жизнедеятельности.

Показатели неинфекционных заболеваний у детей свидетельствуют о том, что профилактика осуществляется не эффективно. В 2022 г. у детей было впервые выявлено болезней костно-мышечной системы – 4209900, органов пищеварения – 3985700, глаза – 3679100, уха – 3266300 [1].

В соответствии с п. 3 приказа Минздрава РФ № 290н [2], врачи-педиатры участковые и профильных специальностей обязаны выполнять отраслевые стандарты времени на прием одного пациента. На одно посещение ребенка участковый врач должен затрачивать 15 минут, в том числе на оформление документации. Длительность повторного посещения – 70-80% от времени первичного, то есть 10-12 минут, а время на заполнение документации – 35% от времени приёма пациента (5-6 минут). Если на поликлиническом участке высокая плотность проживания или высокая заболеваемость, то применяются корректирующие коэффициенты, которые, при наличии двух факторов, суммируются. С учетом одного коэффициента время осмотра ребенка при первичном посещении – 9 минут, при повторном – 4-5 минут, а с учетом двух коэффициентов еще менее. Времени на профилактику заболеваний, эффективное выявление, устранение факторов риска развития хронических заболеваний у доктора нет, что отрицательно сказывается на показателях здоровья несовершеннолетних.

Такая ситуация обусловлена дефицитом кадров в системе здравоохранения. Согласно данным Минобрнауки за 2022 год около 50% выпускников высших медицинских учебных заведений не работают по специальности [3], а оставшиеся часть не может обеспечить потребностей здравоохранения. Отток выпускников из профессии связан с плохой профориентацией.

Исследователи проблемы сохранения и укрепления здоровья детей отмечают, что в школу приходят учиться дети с незначительным отклонением в состоянии здоровья, а к окончанию начальной школы у многих отмечаются заболевания глаз (21%), костно-мышечной системы (13%), эндокринной системы (12%). Чем старше возраст детей, тем более отклонений в состоянии здоровья [4].

Организация охраны здоровья обучающихся в соответствии со ст. 41 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в РФ» включает: наблюдение за здоровьем; соблюдение санитарно-эпидемиологических норм и правил; рациональное питание, пропаганд исключение вредных привычек; профилактика хронических заболеваний среди здоровых обучающихся и их ранняя диагностика путем проведения профилактических обязательных медицинских осмотров детских коллективов.

Но во многих образовательных организациях нет медработника, так как Приказом Минздрава России № 822н от 2013 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» в населенных пунктах с низкой плотностью населения медик, чаще всего, не предусмотрен в штатном расписании образовательного

учреждения или его ставка складывается из нагрузки работы в нескольких школах, что не является привлекательным для медработников, школа не является престижным местом работы.

Рассмотренные кадровые проблемы не позволяют осуществлять профилактику неинфекционных заболеваний в общеобразовательных организациях согласно вышерассмотренным мероприятиям, осуществлять контроль за соблюдением санитарно-гигиенических норм образовательного процесса и норм учебной нагрузки, в том числе за временем использования интерактивных досок и компьютеров в классах, за осуществлением физического воспитания и питания детей [5].

Например, электронные средства обучения в школе должны применяться строго в соответствии с установленными санитарными требованиями норм времени: интерактивные доски для детей до 10 лет – 20 минут, старше 10 лет – 30 минут; компьютеры для детей 1-2 классов – 20 минут, 3-4 классов – 25 минут на каждом уроке [6]. Чрезмерное их использование в обучении приводит к близорукости детей, поэтому необходим надлежащий контроль.

Заключение. Механизмы реализации принципов приоритетности охраны здоровья детей и профилактики заболеваний отсутствуют в системе здравоохранения, что обусловлено правовыми проблемами:

- 1) не регламентированы нормы рабочего времени врача-педиатра по профилактике неинфекционных заболеваний у детей, формированию у них и их родителей культуры ответственного отношения к здоровью, привычки рационального питания и приверженности к спорту;
- 2) организация охраны здоровья обучающихся не рациональна;
- 3) неэффективная профориентация обучающихся и кадровый дефицит медиков в первичном звене здравоохранения.

Решение данных проблем обеспечит более эффективно здоровьесбережение детей и профилактику неинфекционных заболеваний.

Список литературы

1. Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по основным классам болезней в 2000-2022 гг. // <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>
2. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики, врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача акушера-гинеколога: приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.06.2015 № 290н // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2015. № 44.
3. Минобрнауки сообщило, что почти 50% выпускников вузов России работают не по специальности // URL: <https://tass.ru/obschestvo/16597511> (дата обращения: 2.05.2024).
4. Рзянкина М. Ф., Костромина С. А., Васильева Ж. Б. Школьная медицина: итоги и перспективы развития научного направления // Дальневосточный медицинский журнал. –2020. – № 3. – С. 125. – DOI 10.35177/1994-5191-2020-3-124-129.

5. Nazarova N. M. Comparative analysis of the inclusive education paradigm implementation in Russia and abroad // Perspectives of Science and Education. – 2020. – № 2 (44). – P. 354-365. DOI 10.32744/pse.2020.2.28.
6. Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи": Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2020 № 28 // www.pravo.gov.ru, 21 декабря 2020 г. № 0001202012210122.

ЭЛЕКТРОННАЯ ИНФОРМАЦИЯ, СОСТАВЛЯЮЩАЯ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, КАК ОБЪЕКТ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ

Власова М.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Цифровое здравоохранение порождает новые риски несанкционированного распространения информации, составляющей врачебную тайну. Информация о пациенте, не относящаяся непосредственно к медицинской, также подлежит защите, так как относится к частной его жизни, которая не должна подлежать огласке вопреки его желаниям.

Цель исследования. Рассмотреть правовые требования к обороту, обработке и защите электронной информации в медицинской организации.

Результаты. Информация в медицинской организации, подлежащая обороту (учету, обязательному хранению, накоплению, уничтожению), закрепляется на материальном носителе в форме знаков, но ее нельзя отождествлять с ним. Медицинская информация порождает сложную конструкцию объекта внутри объекта: врачебная тайна – объект гражданских прав, как и сама информация [1], поэтому попадает под требования не только федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ, но и федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ.

Все операторы персональных данных, включая медицинские организации, обязаны соблюдать конфиденциальность этих данных и не раскрывать их третьим лицам, а также не распространять эти данные без согласия субъекта персональных данных.

На сайте оператора обязательна должна размещаться Политика обработки и размещения персональных данных и меры их защиты. Документ описывает цели использования персональных данных пациентов медицинской организацией, устанавливает перечень оснований и условий их разглашения третьим лицам [2].

Граждане должны быть проинформированы о праве беспрепятственно и бесплатно знакомиться со своими персональными данными, обрабатываемыми на ресурсе медорганизации. Они имеют право знать цели, основания, сроки, способы их обработки и сроки хранения своих персональных данных, а также право запрашивать сведения о

лицах, осуществляющих обработку персональных данных или которым могут быть представлены их персональные данные и на каких условиях.

Если медорганизация размещает свой сайт на сервере третьего лица, то пользователя необходимо известить, что обработка его персональных данных основана на аутсорсинге и получить на это письменное разрешение. При этом все риски с «утечкой» информации несет владелец сайта, а не организация-аутсорсер.

Пользователь письменно должен быть предупрежден, что использование персональных данных по открытым каналам связи не гарантирует их конфиденциальность, в связи с чем он должен иметь возможность отзыва своего согласия на их обработку через сайт либо по электронной почте.

Цифровой (электронный) документооборот по смыслу ч. 8 ст. 2 Федерального закона от 26 июля 2017 г. № 187-ФЗ «О безопасности критической информационной инфраструктуры Российской Федерации» входит в понятие критической информационной структуры (КИИ).

На всех объектах КИИ необходимо создавать структурные подразделения для исполнения требований Указа Президента РФ от 01.05.2022 г. № 250 «О дополнительных мерах по обеспечению информационной безопасности Российской Федерации».

Выделяют три категории КИИ: высокая – первая, средняя – вторая, низкая – третья. Медицинские организации относятся к первой категории, поскольку в результате противоправного доступа к базам данных существует высокий риск причинить ущерб частной жизни более 500 граждан [3]. В связи с этим в структуре медорганизации обязателен отдел по информационной безопасности, специалисты которого обязаны обеспечивать информационную безопасность. А именно: минимизацию отрицательных последствий от угроз безопасности информации; защиту данных участников правоотношений в системе здравоохранения (работников, пациентов); защиту от хакерских атак.

Сроки хранения медицинской информации пациента в электронном виде (медицинской карты, истории развития и др.) в медицинской информационной системе медицинской организации составляет 50 лет, тогда как на бумажном носителе – 25 лет [4], что актуализирует надежную защиту цифровой информации, относящейся к врачебной тайне.

По истечению времени сроков хранения документов они подлежат уничтожению. Преждевременное уничтожение запрещается.

Нарушение требований оборота электронной информации, составляющей врачебную тайну, включая сбор, обработку, хранение, передачу, требований защиты электронной информации в медицинской организации, влечет за собой ответственность медицинской организации и должностных лиц, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Заключение. Цифровизация здравоохранения переводит значительную часть информации, составляющую врачебную тайну, в электронный вид. Обеспечение сохранности такой информации – важная и сложная задача, которая с развитием цифровых технологий также постоянно технически должна совершенствоваться. При

этом требуется защищать не только саму информацию, но и инфраструктуру, обеспечивающую обработку такой информации.

Список литературы

1. Тухватулина А. Г. Информация как объект гражданских прав //Вестник молодых учёных и специалистов Самарского университета. – 2020. – № 2 (17). – С. 245-251.
2. Абаева Е.А., Байниязова З.С., Басова А.В. [и др.]. Повышение уровня информационно-коммуникативной культуры граждан правовыми средствами и механизмами. Москва: Русайнс, 2021. – 294 с.
3. Об утверждении Правил категорирования объектов критической информационной инфраструктуры Российской Федерации, а также перечня показателей критериев значимости объектов критической информационной инфраструктуры Российской Федерации и их значений: Постановление Правительства РФ от 8.02.2018 № 127 // СПС «КонсультантПлюс».
4. Об утверждении Перечня документов, образующихся в деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации и подведомственных ему организаций, с указанием сроков хранения: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3.08.2023 № 408 // СПС «КонсультантПлюс».

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДОНОРСТВА КОСТНОГО МОЗГА И ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Герова О.А.

*БФ «Национальный регистр доноров костного мозга имени Васи Перевощикова»,
г. Москва, Россия*

Введение. Донорство костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток (КМ и (или) ГСК) в нашей стране началось в 1988 году. Первый регистр доноров костного мозга был создан в Российском НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА г. Санкт-Петербург. Но не смотря на раннее создание регистра до 2012 года пациенты, нуждающиеся в неродственной трансплантации, практически всегда получали трансплантат от зарубежного неродственного донора. Это было обусловлено отсутствием правового регулирования, государственного финансирования и выстроенной работы с неродственными донорами костного мозга. Большую роль в развитии данного направления начиная в 2012 году сыграли некоммерческие организации, так в 20217 году был создан крупнейший регистр Российской Федерации БФ «Национальный регистр доноров костного мозга имени Васи Перевощикова». При этом с законодательной точки зрения ничего не менялось до 2022 года.

Целью исследования является осветить изменения и выявить противоречия в законодательстве, регулирующем донорство костного мозга.

Материалы и методы. Закон РФ от 22 декабря 1992 г. N 4180-I "О трансплантации органов и (или) тканей человека" (с изменениями и дополнениями). Постановление Правительства Российской Федерации от 12.04.2022 № 640 «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра доноров костного мозга и

гемопозитических стволовых клеток, донорского костного мозга и гемопозитических стволовых клеток, реципиентов костного мозга и гемопозитических стволовых клеток». Федеральный закон от 26.04.2022 № 129-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Результаты. В закон 1992 года о трансплантации органов и тканей 26.04.2022 был внесен ряд изменений, в числе которых к объектам трансплантации были отнесены ГСК. При этом забор и заготовка органов и тканей, согласно закону, должна осуществляться в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной. ГСК довольно обширное понятие и включает в себя ГСК пуповинной крови, которые заготавливаются в частных и государственных медицинских организациях, основной медицинской задачей которых является родовспоможение. Но в список утвержденный МЗ РФ данные государственные медицинские организации не вошли, при этом часть из них имеет лицензирование по забору ГСК.

Постановление правительства РФ №640 от 12.04.2022 года определило правила создание информационной системы Федерального регистра доноров КМ и ГСК, донорского КМ и ГСК, реципиентов КМ и ГСК. Согласно наименованию и правилам речь идет о донорах костного мозга и организациях, осуществляющих работу с ними. При этом понятие лица изъявившего намерение стать донорами КМ и ГСК введено в законодательство 01.05.2022 года №129 ФЗ изменение внесено в статью 12 «Права донора» закона о трансплантации органов и тканей. Но данное понятие не использовалось в постановлении, т.к. было введено позже. Соответственно перечень вносимых данных в федеральный регистр включает полные данные как по пациенту, так и по донору вне зависимости от того, кем он является. При этом вероятность лица изъявившего стать донором сдать ГСК равна 1:10 000.

В постановлении вводится понятие об организациях осуществляющих привлечение (рекрутинг) доноров им отведена роль поставщиков информации. При этом ведение федерального регистра подразумевает участие только медицинских организаций, осуществляющих работы по трансплантации КМ и ГСК, в том числе донорства костного мозга и ГСК. Соответственно привлечением (рекрутингом) могут заниматься только медицинские организации с соответствующим лицензированием, а привлечением в основном занимаются некоммерческие организации. В пункте 6 правил описаны организации осуществляющие работы (услуги) по трансплантации КМ и ГСК и (или) по изъятию и хранению органов и тканей человека, по типированию по локусам системы главного комплекса гистосовместимости. Но отдельного лицензирования по типированию нет, есть лицензирование по клинической лабораторной диагностике.

Заключение. При анализе законов выявлены следующие противоречия. Согласно регулированию ГСК пуповинной крови не могут быть заготовлены вне организаций, включенных в список осуществляющих забор и заготовку органов и тканей, что ставит данный вид трансплантатов в нелегитимное положение. В законодательстве нет последовательного и четкого регулирования учета лиц изъявивших желание стать донорами и доноров костного мозга. При этом основную часть записей в федеральном регистре должны составлять потенциальные доноры (лица изъявившие желание стать

донорами), привлечением которых в основном занимаются некоммерческие организации. Некоммерческие регистры и часть государственных использовали научные технологии для типирования главного комплекса гистосовместимости не зарегистрированные в РФ для создания своих баз данных, что позволяло дешево осуществлять набор потенциальных доноров и быстро увеличивать базу данных. 640 постановление не учитывает данных потенциальных доноров. При этом не запрещает применять данную практику в дальнейшем. Законодательство требует более четкого описания процессов с учетом уже сложившейся практики как работы с потенциальным донором КМ, так и с ГСК пуповинной крови в РФ.

Список литературы

1. Петрова У.А. Законодательство о донорстве костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток Российской Федерации: перспективы развития // X юридические чтения: Российское государство и право: векторы развития с опорой на традиции. Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции. Сыктывкар, 7-8 апреля 2023 года. Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина, 2023 - С. 160–164
2. Макаренко О. А., Кузьмич Е. В. Потенциальный донор костного мозга: определение, критерии включения в регистр неродственных доноров костного мозга // Здоровоохранение Российской Федерации. 2019. 63 (4). С. 221–224.
3. О трансплантации органов и (или) тканей человека : закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 (ред. от 01.05.2022) // <https://base.garant.ru/136366/>
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.04.2022 № 640 // <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202205010014?index=1>
6. Федеральный закон от 26.04.2022 г. № 129-ФЗ // <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202205010014>

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СКРИНИНГА НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Гусаров М.В., Барина А.Н., Тайц Б.М.

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Санкт-Петербург*

Введение. Злокачественные новообразования кожи (ЗНО) являются одной из значимых проблем медицины. В России в 2021 году общая заболеваемость меланомой составила 8,15 на 100 тысяч населения, а за последние 10 лет прирост заболеваемости составил 45,83% со среднегодовым темпом прироста в 3,66%. Заболеваемость немеланомным раком кожи в России в 2021 году составила 57,7 на 100 тысяч населения, а за последние 10 лет прирост заболеваемости составил 31,12% со среднегодовым темпом прироста в 2,66%. Смертность от меланомы в 2021 году составила 2,45 на 100 тысяч населения, а за последние 10 лет прирост смертности составил 6,53% со среднегодовым

темпом прироста в 0,63% [1]. Выживаемость при меланоме зависит от того, на какой стадии удалось выявить новообразование. Так для локализованных форм меланомы пятилетняя выживаемость составляет 99%, для меланомы с региональными метастазами 66%, а для меланомы с отдаленными метастазами лишь 27% [2]. Неоднократно предлагалось для активного выявления ранних форм ЗНО кожи использовать врачей-дерматовенерологов [3]. Некоторые авторы описывали работу кабинета профилактики ЗНО кожи в структуре кожно-венерологического диспансера (КВД) [4], однако оценка эффективности работы такого кабинета в сравнении с типичной работой кабинета врача-дерматовенеролога, ведущего прием по всем дерматологическим нозологиям, не проводилась.

Целью исследования являлась оценка эффективности выделения кабинета профилактики ЗНО кожи в структуре КВД.

Материалы и методы. Были проанализированы данные пациентов, обратившихся по поводу диагностики новообразований кожи в 2021 году в КВД№ 1 и в КВД№ 8 города Санкт-Петербурга. В КВД№ 1 в 2021 году был организован кабинет профилактики ЗНО кожи, который имел оборудование для неинвазивной диагностики ЗНО кожи. В такой кабинет направлялись пациенты с запросом на диагностику новообразований кожи, пациенты из группы риска по ЗНО кожи, а также пациенты от смежных специалистов с подозрением на ЗНО кожи. Прием в данном кабинете вели два врача-дерматовенеролога посменно, время осмотра пациентов было увеличено до 20 минут на одного пациента, по сравнению со стандартным временем приема врача-дерматовенеролога, составляющим 15 минут. КВД№8 работал в штатном режиме. В исследование было включено 3203 пациента обратившихся в КВД№ 1 и 1731 пациент, обратившийся в КВД№ 8. После осмотра пациенты с выявленными ЗНО кожи направлялись на этап морфологической верификации. Было проведено сравнение частоты подтверждения ЗНО кожи в КВД№ 1 и КВД№ 8 точным критерием Фишера. Статистический анализ результатов работы выполнялся с использованием пакета разработанного компанией StatSoft - Statistica 7.0, уровень значимости был установлен как $p < 0,05$. Создание базы данных проводилось с использованием программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты. В 2021 году в КВД№1 было выявлено всего 3203 опухоли кожи, из которых 176 были расценены, как ЗНО кожи и направлены на морфологическую верификацию, по итогам которой в 97 случаях ЗНО кожи было верифицировано морфологически (55,11%; 95%ДИ - 47,45-62,6%). В 2021 году в КВД№8 было выявлено всего 1731 опухоль кожи, из которых 253 были расценены, как ЗНО кожи и направлены на морфологическую верификацию, по итогам которой лишь в 11 случаях ЗНО кожи было верифицировано морфологически (4,35%; 95%ДИ - 2,19-7,65%). Доверительные интервалы полученных значений не перекрываются, сравнение по критерию Фишера выявило статистически значимую разницу ($p < 0,001$).

Заключение. В ходе оценки эффективности выделения кабинета профилактики ЗНО кожи в структуре КВД выявлено, что выделение такого кабинета позволяет статистически значимо чаще выявлять морфологически подтвержденные ЗНО кожи по сравнению с КВД с обычным дерматологическим приемом.

Список литературы

1. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность) / ред. А. Д. Каприн, В.В. Старинский, А.О. Шахзадова. – МНИОИ им. П.А. Герцена, Филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена. - 2020. - 252 с. - С. 4-11.
2. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2021. Atlanta, Ga: American Cancer Society – 2021. – P. 21.
3. Garbe C. et al. The evolving field of Dermato-oncology and the role of dermatologists: Position Paper of the EADO, EADV and Task Forces, EDF, IDS, EBDV-UEMS and EORTC Cutaneous Lymphoma Task Force // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2020 - №.10 – С. 2183-2197.
4. Кабанова, М.А. Совершенствование организации медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями кожи: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Кабанова Марина Александровна. – Москва, 2018. – 24 с.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЯМ «ПСИХИАТРИЯ» И «НЕВРОЛОГИЯ» СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Давидов Д.Р.^{1,2}, Москвичева А.С.², Шикина И.Б.³

¹Котельниковская городская поликлиника, г. Котельники

²Московский финансово-промышленный университет «Синергия», г. Москва

³ФГБУ ДПО ЦГМА Управления делами Президента Российской Федерации,
г. Москва

Введение. В Российской Федерации сельское население составляет 25% (36,791,861 чел), из них 1,864,950 чел проживает в Московской области (по данным Федеральной службы статистики на 1 января 2023 года). Она является особым регионом, представляя собой, с одной стороны, типичную область со присущей ей спецификой больших расстояний и низкой плотности населения; с другой стороны население, находясь в непосредственной близости к Москве, имеет высокие ожидания в отношении соблюдения московских стандартов качества услуг, в том числе, в медицинской сфере.

Обсуждение проблем оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) сельскому населению широко представлено в российских и зарубежных публикациях, ключевыми проблемами обозначены транспортная доступность, кадровый дефицит, дополнительные факторы риска, трудные условия жизни [1].

Наибольшую значимость представляют цереброваскулярные и психические заболевания, являющиеся лидирующими по инвалидизации и смертности населения, снижающие качество жизни самого пациента и обременяющие родственников уходом за больным. Согласно данным ЦНИИОИЗ, первичная заболеваемость сельского населения

болезнями системы кровообращения в 2020 году составила 2821,3, болезнями нервной системы 966,9, а психическими расстройствами и расстройствами поведения - 221,8 на 100 тыс. сельского населения, что практически не уступает городскому населению.

При этом этиопатогенез этих групп патологий часто имеет общие черты и схожие факторы риска, что означает возможность профилактики сразу нескольких заболеваний через воздействие на одни и те же параметры здоровья пациента. Комплексная профилактика и предупреждение коморбидности, ухудшающей течение основного заболевания, диктует необходимость в модернизации оказания ПМСП [2].

Повышение доступности ПМСП в РФ реализуется путем выездов мобильных медицинских бригад (ММБ). Наибольший вклад ММБ вносят в проведение диспансеризации населения, однако проведение профилактических мероприятий и контроль состояния пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, также может быть осуществлен ими.

Цель исследования. Оценить перспективы включения в состав мобильной медицинской бригады врача-невролога и врача-психиатра с целью выявления и коррекции факторов риска, динамического контроля состояния пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении с цереброваскулярными заболеваниями и заболеваниями по профилю «психиатрия».

Материалы и методы исследования. Проведен анализ статистических данных, представленных на сайтах Минздрава России, Росстата, ЦНИИОИЗ, данных по Московской области за последние 10 лет, а также анализ научных статей по теме исследования.

Результаты исследования. На сегодняшний день основной вклад ММБ заключается в проведении диспансерных и периодических осмотров населения. При чем Московская область имеет один из самых низких показателей, вклад ММБ в диспансеризацию оценивается в 2,95%.

В нескольких регионах в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» запущены передвижные медицинские комплексы, которые предоставляют дополнительные возможности оказания ПМСП населению. В Новгородской области осенью 2018 года функционировал мобильный комплекс, в составе которого пациенты получили консультации терапевта, уролога и гинеколога, возможность пройти ультразвуковую диагностику. Опыт был признан положительным, запланировано увеличение количества подобных комплексов для полного охвата сельского населения медицинскими услугами. В Ростовской области функционируют выездные установки для лучевых методов обследования, внутри автомобилей оборудованы кабинеты для осмотра пациентов. Эти модули в основном ориентированы на профилактические и диспансерные осмотры, есть возможность оказания экстренной медицинской помощи; специалисты обычно представлены фельдшерами. Наконец, в Татарстане функционирует мобильная поликлиника. Помимо обширного перечня специалистов (терапевт, хирург, невролог, офтальмолог и др.), есть возможность выполнить лабораторные и инструментальные методы диагностики. Однако и в этом случае роль ММБ состоит в завершении второго этапа диспансеризации населения, а не в систематическом контроле состояния здоровья и лечения граждан [3]. При этом эксперты

признают именно снижение частоты обострений хронических заболеваний и предотвращение развития сопутствующей патологии и осложнений как основополагающие факторы благоприятного прогноза и исхода [4].

Анализ литературы показал отсутствие опыта внедрения консультаций узких специалистов в рамках ММБ на постоянной основе. Авторам, на основании имеющихся данных, представляется интересным проведение пилотного проекта в Московской области по внедрению в состав мобильных бригад врача-невролога и врача-психиатра для регулярных консультаций пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении и проживающих в отдаленных сельских районах.

Заключение. Введение в состав мобильной медицинской бригады врача-невролога и врача-психиатра может повысить доступность ПМСП сельскому населению. Коррекция модифицируемых факторов риска и снижение частоты обострений хронических заболеваний способствует снижению частоты повторных госпитализаций и благоприятно сказывается на социальных и экономических показателях. В случае оплаты работы специалистов по договору ГПХ удастся сохранить доступность врачей для остального прикрепленного населения.

Список литературы

1. Afifi RA, Parker EA, Dino G, Hall DM, Ulin B. Reimagining Rural: Shifting Paradigms About Health and Well-Being in the Rural United States. *Annu Rev Public Health*. 2022 Apr 5;43:135-154. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052020-123413>
2. Bell V, Wilkinson S, Greco M, Hendrie C, Mills B, Deeley Q. What is the functional/organic distinction actually doing in psychiatry and neurology? *Wellcome Open Res*. 2020 Jun 11;5:138. doi: 10.12688/wellcomeopenres.16022.1
3. Абдуллабеков Р.Н., Федорчук В.Е., Минникова Т.В. Передвижные медицинские комплексы в России. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021;43(3):45–52. <https://doi.org/10.17116/medtech20214303145>
4. Hacker K. The Burden of Chronic Disease. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2024 Jan 20;8(1):112-119. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2023.08.005>

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Дмитриев В.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Воспалительные заболевания кишечника, включающие язвенный колит и болезнь Крона, – хронические заболевания с рецидивирующим течением. Этиология воспалительных заболеваний кишечника остается неизвестной. Многолетние эпидемиологические исследования в большинстве развитых стран «выявили бимодальное распределение больных по возрасту начала заболевания». В связи со

сложностью диагностики и терапии, «развитием тяжелых, опасных для жизни осложнений, нередко приводящих к оперативному вмешательству, инвалидности и высокому уровню летальности» [1], воспалительные заболевания кишечника остаются одной из нерешенных проблем современной медицины. Влияющие на психологическое и социальное благополучие соматические и социальные последствия воспалительных заболеваний кишечника значительно ухудшают качество жизни пациентов.

Цель исследования – рассмотреть тенденции эпидемиологии воспалительных заболеваний кишечника.

В последние десятилетия эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника претерпела значительные изменения. Бремя воспалительных заболеваний кишечника «растет во всем мире, при этом уровни и тенденции заболеваемости в разных странах и регионах существенно различаются». Распространенность воспалительных заболеваний кишечника определяется «географической зоной, климатическими условиями, этнической принадлежностью населения, уровнем жизни, характером питания и другими факторами» [1]. По мнению А.Р. Златкиной и соавт. [1], «проведение эпидемиологических исследований во многих странах позволяет проследить динамику заболеваемости и распространенности, определить факторы, инициирующие рост заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника».

Исторически воспалительные заболевания кишечника рассматривались как заболевание в странах с высоким показателем развития. В последние десятилетия эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника «претерпела значительные изменения в связи с распространенностью и быстрым ростом заболеваемости в странах Южной Америки, Восточной Европы, Азии и Африки в связи с ускоренным развитием этих регионов». Современные тенденции в эпидемиологии воспалительных заболеваний кишечника «происходят параллельно с индустриализацией и значительными инвайроментальными изменениями, связанными с вестернизацией общества, что подтверждает роль не только генетических рисков в этиопатогенезе воспалительных заболеваний кишечника» [2]. BD Lovasz et al. [3] полагают, что «сочетание факторов, включая улучшение социально-экономического положения новых промышленно развитых стран, инициирующего инвайроментальную динамику, увеличивает риск развития воспалительных заболеваний кишечника».

Несмотря на «глобальный характер инвайроментальных проблем, распределение инвайроментальных рисков происходит неравномерно, одни страны и социальные группы в большей степени испытывают на себе негативные последствия инвайроментального неравенства. Источники инвайронментального неравенства могут иметь как антропогенный генез, так и в большей степени определяться условиями среды». По мнению Т.С. Мартыненко [4], «значительный масштаб современных экологических проблем и их социальных последствий позволяет рассматривать социально-экологическое неравенство в качестве новой формы социального неравенства». К ключевым элементам инвайронментального неравенства, «несмотря на различные его интерпретации, относятся социальный характер неравного распределения экологических рисков и угроз, тесная взаимосвязь этой формы социального неравенства с традиционными» [4].

Инвайроментальные факторы неоднородны и «оказывают различное воздействие на течение жизни людей с воспалительными заболеваниями кишечника». Изучение взаимосвязи между инвайроментальными факторами и воспалительными заболеваниями кишечника может подготовить системы здравоохранения к их растущему бремени [5].

Список литературы

1. Златкина А.Р., Белоусова Е.А., Никулина И.В. Эпидемиологические исследования воспалительных заболеваний кишечника в Московской области // Колопроктология. – 2003. – № 2 (4). – С. 3-5.
2. Ng S.C., Shi H.Y., Hamidi N., et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies // Lancet. – 2018. – № 390. – С. 2769–2778.
3. Lovasz B.D., Golovics P.A., Vegh Z., Lakatos P.L. New trends in inflammatory bowel disease epidemiology and disease course in Eastern Europe // Dig Liver Dis. – 2013. – № 45. – С. 269–276.
4. Мартыненко Т.С. Инвайронментальное неравенство: современные подходы к концептуализации понятия // Вестник Томского государственного университета Философия. Социология. Политология. – 2020. – № 57. – С. 200-214.
5. Agrawal M., Jess T. Implications of the changing epidemiology of inflammatory bowel disease in a changing world // United European Gastroenterol J. – 2022. – Т. 10., № 10. – С. 1113-1120.

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**М.В. Еругина, Е.П. Ковалев, Г.Ю. Сазанова, И.Л. Кром, М.Г. Еремина,
Е.М. Долгова**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Система здравоохранения в последние годы работает в условиях эпидемиологических, политических и демографических вызовов. Федеральные проекты в сфере здравоохранения реализуются более пяти лет, приносят ощутимые результаты. Строятся новые современные медицинские больницы, поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты, приобретается современное оборудование, эффективные лекарственные препараты, возрастает доля отечественных медицинских научно-технологических разработок. С меньшей успешностью преодолеваются демографические вызовы в сфере здравоохранения, от которых во многом зависят успехи здравоохранения в деле сохранения и укрепления здоровья населения.

Цель исследования. Провести анализ демографических вызовов и обосновать основные тренды развития регионального здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Представлен обзор результатов многолетних исследований, проведенных на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского в рамках зарегистрированной темы НИОКТР – «Медико-социологическое обоснование направлений совершенствования регионального здравоохранения» (2021 – 2026 гг.). Демографические вызовы определили наш выбор представленных в работе исследований. Проведен анализ возрастной структуры населения Саратовской области, кадрового врачебного потенциала Саратовской области в динамике за 10 лет по официальным данным Росстата и Саратовстата [1]. Проведено исследование и группировка административных районов Саратовской области (n=38) с целью определения доступности медицинской помощи населению. Реализовано социологическое исследование врачей региональной системы здравоохранения (анкетирование), направленное на изучение мнения профессионального сообщества о причинах и путях преодоления кадрового кризиса в региональном здравоохранении (n=386).

Результаты исследования. Исследование демографических тенденций позволило прогнозировать уменьшение трудового ресурса в России, включая ресурс специалистов отрасли «Здравоохранение». Численность группы лиц 15-24 лет составила на начало 2023 г. 12 млн. чел., лиц группы 55 - 64 лет - 24 млн. чел. Кроме того, отмечается депрофессионализация выпускников медицинских ВУЗов – так в 2022 году в целом по Российской Федерации 33% выпускников (из 30 тысяч) не пришли работать в медицинские организации системы здравоохранения. Система целевой подготовки себя пока оправдывает, но уже в 2023 году не все медицинские ВУЗы России справились с целевым приемом – сказалось уменьшение общей численности выпускников школ, связанное с особенностями демографии. Программа целевой подготовка хороша для стратегического планирования, основной ее недостаток – это отдаленность результата, которая составляет 6-8 лет, и связанная с этим его неопределенность. По результатам социологического исследования врачей региона выявлены организационно-правовые причины кадрового кризиса в системе регионального здравоохранения, основными из которых (в порядке убывания) являются: дефицит врачей (95%); оплата труда (78%), отсутствие социальных гарантий (75%), профессиональное выгорание (68%), плохое отношение общества (61%), снижение престижа профессии (55%), низкая доступность медицинской помощи (23%), высокая стоимость медицинской помощи (13%), низкая квалификация врачей (12%) [2]. В Саратовской области всего 38 административных районов, которые в ходе исследования были сгруппированы в зависимости от численности населения района, наличия медицинских организаций и обеспеченности врачебными кадрами на 10 тысяч человек населения. 28 районов вошли в 1 и 2 группы, в которых констатирована низкая доступность медицинской помощи (обеспеченность врачами на 10 тыс. населения 8,5 – 15,0, численность населения в районе от 10 до 40 тыс. чел., медицинская организация 1 - 2, негосударственных организаций 1 - 2). 10 районов вошли в 3 и 4 группы - обеспеченность врачами 8,5 – 45,0, численность населения в районе от 41 тыс. чел., медицинских организаций 165, негосударственных организаций - более 500 [3].

Заключение. Демографические вызовы системе здравоохранения обусловлены выявленными тенденциями изменений возрастной структуры и особенностях расселения населения на территории Саратовской области. Увеличение численности старших возрастных групп при одновременном уменьшении лиц трудоспособного возраста младших возрастных групп обосновывает дефицит кадров в здравоохранении. В качестве тренда развития системы здравоохранения нами предложен переход подготовки специалистов первичного звена здравоохранения как врача общей практики через программы специалитета, что позволит уменьшить потребность во врачах - специалистах и одновременно повысить доступность первичной медико-санитарной помощи населению. В качестве мер преодоления кадрового кризиса в здравоохранении региона врачебное сообщество считает эффективными следующие: повышение уровня оплаты труда (78%), целевая подготовка специалистов здравоохранения (77%), создание привлекательной профессиональной среды (55%), научно обоснованное нормирование труда (47%), оптимизация структуры медицинских кадров (33%), «социальные лифты» (28%), наставничество (27%). Нарастающая депопуляция в сельской местности и в малых городах требует пересмотра некоторых базовых принципов организации здравоохранения, так как при малой плотности и низкой численности населения существует не столько дефицит медицинских кадров, сколько проблема обеспечения населения медицинскими кадрами на основе планирования их численности на 10 тысяч человек населения. В связи с этим в качестве следующего тренда развития здравоохранения мы рассматриваем изменение административного деления территорий субъекта Российской Федерации, направленное на укрупнение административных единиц, исходя из численности населения 50000 - 100000 человек населения на один район области, что позволит выстроить эффективную систему здравоохранения, придать межрайонным медицинским центрам статус юридических лиц, возможность иметь в штате такой крупной организации основной спектр медицинских специалистов, и, при использовании телемедицинских технологий, инструментов искусственного интеллекта, повысить доступность и качество медицинской помощи жителям сельских районов и малых городов.

Список литературы

1. Кром И.Л., Еругина М.В., Ковалев Е.П., Еремина М.Г. Кадровый кризис региональной системы здравоохранения: социальные предикторы и направления совершенствования врачебного потенциала: монография. Саратов: Изд-во «Наука», 2021. – 145 с.
2. Еругина М.В., Кром И.Л., Еремина М.Г., Ковалев Е.П., Бочкарёва Г.Н., Долгова Е.М., Григорьева Е.А. Анализ направлений преодоления кризиса регионального здравоохранения (по результатам фокус-группового исследования) // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16. № 4. – С. 963-967.
3. Еругина М.В., Кром И.Л., Ермолаева О.В., Ковалев Е.П., Бочкарева Г.Н. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // Современные проблемы науки и образования. 2016. – № 5. – С. 76.

ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИМИ СЕЛЬСКИХ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ 1960-Х ГОДОВ

Ищенко Ю.В., Петров В.В., Барашков Г.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В середине 1958 г. специально созданная комиссия начинает разрабатывать Третью Программу КПСС - своеобразный план строительства коммунизма в СССР на 1961—1980 годы, принятый в 1961 г. Одной из главных задач Программы являлась ликвидация диспропорций между уровнем жизни городского и сельского населения. Предпринимаемые в русле данной концепции партийно-государственным руководством страны меры в области здравоохранения нацеливали на необходимость подъема медицинского обслуживания жителей села до уровня, существовавшего в городах. Следствием их реализации стало дальнейшее строительство преимущественно укрупненных сельских больниц, пополнение их врачами и кадрами среднего медицинского персонала.

Цель исследования. Выявить ряд факторов и тенденций, влиявших на обеспечение сельских учреждений здравоохранения медицинскими кадрами, что, наряду с введением в научный оборот новых данных, должно способствовать углубленному анализу различных аспектов истории Отечества и медицины.

Материалы и методы исследования. Анализ материалов Государственного архива Саратовской области и литературы осуществлен на основе комплекса знаний и методологии, применяемых к изучению исторических объектов и процессов. Прежде всего с позиций принципов объективности и историзма.

Результаты исследования. Ряд аспектов обозначенной в заглавии темы уже затрагивались в русле научных публикаций [1, 2], однако развитие исторической науки требует смещения исследовательских акцентов и отражения их, наряду с новыми данными, в свете современных научных знаний, теоретических и методологических концепций.

В первой половине 1960-х гг. сельские больницы Саратовской области пополнялись определенным числом врачей и кадрами среднего медицинского персонала. Большое внимание специализации медицинской помощи уделяется не только в городских медучреждениях, но и на селе: создаются специализированные больницы, часто на базе районных и участковых больниц, специализированные кабинеты поликлиник, специализированные отделения в общих больницах [3, с. 68].

К концу исследуемого периода обеспеченность сельского населения врачами оставалась в 4,5 раза ниже городского. В результате сельские медучреждения оставались недоукомплектованными врачами, что создавало значительные трудности в работе лечебных учреждений сельской медицины. Так, по состоянию на 1.01.1964 г. в сельских районах Саратовской области оставались недоукомплектованными 323 врачебных и 780 должностей средних медработников, в 41 участковой больнице не было ни одного врача, 111

фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов были закрыты из-за отсутствия средних медработников. Одной из причин недостатка медицинских кадров являлось ежегодное сокращение числа врачей, направляемых в сельские районы. Так, если в 1959 г. в села Саратовской области было направлено 89 врачей, то в 1962 – лишь 50 [4, л. 126]. (ГАСО. Ф. Р-2302. Оп. 5. Д. 212. Л. 126.)

В целях улучшения обеспечения села средними медработниками Саратовский Облздравотдел принял решение переключить областные медучилища на подготовку более востребованного для села контингента – фельдшеров и акушерок, за счет сокращения подготовки медсестер, которая с 1962 г. стала проводится по линии Красного Креста. Однако непродуманные мероприятия, связанные, по-видимому, с реформой в сфере образования (1958 г.), а так же с недостатками материально-технической базы средних медицинских учебных заведений, обусловили сокращение соответствующей категории выпускников – с 389 в 1960 г. до 116 в 1964 г. [4, Д. 212. Л. 127]

Почти треть направляемых на село врачей были заведомо «невольные» – работавшие по распределению. Не проработав и 3-х лет, по семейным и другим обстоятельствам они стремились уехать в город. В числе причин текучести медработников в сельской местности являлось то обстоятельство, что в медицинские учебные заведения поступало мало сельской молодежи, в то время как комплектование медицинских вузов и училищ по направлениям от колхозов и совхозов позволяло закрепить за районами постоянные кадры медработников. Однако руководители хозяйств крайне неохотно направляли их членов на учебу в медицинский вуз. Так, в 1963 г. было принято решение о направлении на учебу из сельских районов области в Саратовский мединститут не менее 30 чел. Однако по направлениям от колхозов и совхозов было принято лишь 11 человек [4, Д. 19. Л. 125, 127].

Важное значение уделялось мероприятиям, нацеленным на повышение квалификации кадров работников сельских медучреждений. Для врачей практиковалось проведение семинаров и различных форм занятий на рабочих местах. Медработникам предоставлялась возможность повысить свою квалификацию на базе не только Саратовских, но и Московских, Ленинградских, Киевских и других клиник. В целях повышения квалификации среднего медперсонала организовывались постоянно действующие курсы.

В 1963 г. при Облздравотделе была организована специальная комиссия по распространению передового опыта работы лечебно-профилактических учреждений, которая выезжала на места и организовывала практические занятия.

Вместе с тем, недостаток медперсонала на местах создавал препятствия для направления сельских медработников на курсы повышения квалификации, т.к в случае отъезда последних заменить их было нечем [4, Д. 212. Л. 125].

Заключение. В целом, разница в обеспеченности медперсоналом городских и сельских лечебно-профилактических учреждений к середине 1960-х гг. оставалась довольно высокой. Приоритетное направление медицинских кадров в крупные сельские больницы само по себе мало способствовало решению главной проблемы сельского здравоохранения – приближению медицинской помощи населению российской глубинки. Несоответствие социокультурной сферы села сформировавшимся в обществе представлениями о «достойном уровне жизни», непрестижность социального статуса деревенского жителя обуславливали текучесть

персонала сельских медучреждений. Немаловажное значение в этом плане имела возможность трудоустройства в постоянно расширяющейся городской медицинской сети.

Список литературы

1. Ищенко Ю.В. Специализированная медицина в селах Саратовской области во второй половине 1940-х - начале 1950-х годов // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: История. Международные отношения. 2019. Т. 19. № 1. С. 122-128.
2. Комиссарова Е.В., Киценко О.С. История послевоенного восстановления сталинградского медицинского института (по материалам музея ВолгГМУ) // Труды по истории медицины. Opera medica historica. Альманах. М.: М-Принт, 2022. С. 360-365.
3. 50 лет советского здравоохранения. 1917 – 1967 / Гл. ред. Б.В. Петровский. М.: Медицина, 1967. – 699 с.
4. Областное государственное учреждение «Государственный архив Саратовской области». Фонд Р-2302. Опись 5.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИЕЙ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: БАЛАНС ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ

Калюта Т.Ю., Федонников А.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Двойная антиагрегантная терапия (ДААТ) показана нескольким группам пациентов кардиологического профиля [1, 2, 3, 4]. В настоящий момент ее эффективность и безопасность исследована более чем в 25 рандомизированных контролируемых клинических исследованиях (РККИ) по всему миру с участием более 220 000 пациентов на протяжении последних 30 лет [1]. На основании данных о преимуществе ее пользы над риском она назначается более чем 2 200 000 больных ежегодно в Европе [1]. Однако организационные аспекты клинических исследований позволяют лишь схематично подходить к назначению исследуемой ДААТ и стратифицировать риски кровотечений на основании клинических данных пациентов при включении в долгосрочное наблюдение [1]. При этом реальная клиническая практика отличается от условий терапии и наблюдения за пациентами в РККИ, что создаёт определенные сложности в реализации рекомендаций Европейского общества кардиологов, основанных на результатах метаанализов РККИ. Актуальность данной проблемы обусловлена большим числом таких пациентов: высокий ишемический риск имеют до 40% больных с высоким риском кровотечений при ДААТ [1].

Цель исследования. Определить ключевые организационные вопросы касательно назначения ДААТ, персонифицированного подхода к лечению различных групп кардиологических пациентов, которым показана ДААТ, исходя из различий организации

медицинской помощи при проведении клинических исследований и в реальной клинической практике; выявить ключевые факторы риска геморрагических и тромботических осложнений, ассоциированных с организационными аспектами назначения и отмены ДААТ и мониторинга ее эффективности / безопасности при оказании медицинской помощи кардиологическим пациентам в реальной клинической практике.

Материалы и методы исследования. Анализ схем ДААТ в рекомендациях Европейского общества кардиологов и национального российского общества кардиологов и факторов, определяющих режим ДААТ по данным реальной клинической практики в Российской Федерации [1, 2, 3, 4]. Было проанализировано руководство по ДААТ – консенсусный документ, принятый в русской редакции российским обществом кардиологов, релевантный с момента его выпуска в 2017 году по текущий момент [1]. Также было проанализировано 168 случаев проспективного наблюдения пациентов, перенесших реваскуляризацию миокарда, на протяжении 12-18 месяцев с момента оперативного вмешательства: анализировались случаи геморрагических событий по шкале ISTH, комплайнс ДААТ, случаи спонтанного прекращения терапии и изменения схемы лечения врачом, аспекты диагностики и коррекции анемического синдрома.

Результаты исследования. При анализе рекомендаций Европейского общества кардиологов и национального российского общества кардиологов были выбраны параметры ДААТ, которые не определены консенсусом. Это следующие вопросы: 1 - нет консенсуса о сроках терапии и нюансах лечения при развитии признаков кровотечений. 2 – для оценки рисков кровотечений рекомендованы следующие шкалы: индекс риска CRUSADE, шкала HAS-BLEED, шкала PRECISE-DAPT и шкала DAPT. Однако проспективная предсказательная ценность этих шкал не была оценена в РККИ, хотя они были сформированы на основании данных РККИ [1]. 3 – консенсус выделяет лишь 2 группы пациентов по длительности терапии: краткосрочную и длительную. Однако разброс рекомендуемой продолжительности терапии внутри групп составляет от 12 месяцев для группы длительной терапии до 3 месяцев для группы краткосрочной терапии. В руководстве отсутствуют критерии для принятия конкретных решений по срокам: они остаются на усмотрение лечащего врача в реальной клинической практике. 4 – в РККИ не получено данных по долговременному сравнению эффективности и безопасности «переключения» пациентов между P2Y12 ингибиторами.

Остаются также нерешенными в отношении ДААТ у пациентов кардиологического профиля следующие вопросы:

1. Использовать ли ДААТ после плановых операций на сосудах?
2. Какова должна быть продолжительность ДААТ после ЧКВ / АКШ и когда должна после операции стартовать терапия?
3. Когда можно отменять ДААТ конкретному больному?
4. Как вести пациентов с кровотечениями на фоне ДААТ?
5. Нужно ли применять тестирование функциональной активности тромбоцитов для оценки ДААТ?

Также в рекомендациях Европейского общества кардиологов критерием тяжести кровотечения служит уровень гемоглобина, однако нет четких рекомендаций по

контролю его уровня на фоне приема ДААТ, не учтена постгеморрагическая анемия как фактор риска неблагоприятного течения ИБС (нет рекомендаций по терапии анемии) [1]. Внимание к оценке риска тромбозов в РККИ превалирует над оценкой рисков кровотечений (учитываются большие кровотечения, нет оценки влияния анемии на риски ХСН), что может приводить к смещению данных об эффективности и безопасности ДААТ даже в больших выборках. Таким образом, РККИ отвечают на вопросы, которые ставятся в гипотезе РККИ производителями лекарственных средств (ЛС), используемых для ДААТ, но не отвечают на многие вопросы клиницистов о выборе ЛС для ДААТ, оптимального для конкретного пациента, о возможности модификации доз ДААТ, о критериях смены ЛС (нет прямого сравнения эффективности и безопасности различных ЛС для ДААТ в одном РККИ, нет публикаций о данных реальной клинической практики с учетом комплайенса и отмены препаратов, нет оценки эффективности и безопасности смены препаратов или краткосрочных перерывов в приеме ЛС для ДААТ). На настоящий момент нет опубликованных данных крупных клинических исследований типа RDW (реальной клинической практики), где бы оценивался риск тромботических и геморрагических событий, не привязанных к медикаментозному ведению пациента по конкретному протоколу. Таким образом, отсутствуют данные о возможной различной эффективности и переносимости различных ЛС, применяемых для ДААТ, у одного пациента. Согласно нашим собственным данным, в реальной клинической практике в Российской Федерации часто происходит смена назначений, определенных при выписке из стационара, лечащим врачом амбулаторного звена, пропуски препарата для ДААТ из-за геморрагических событий разной степени выраженности возникают у половины пациентов после реваскуляризации.

Также стоит отметить, что при определении тактики ведения пациентов с применением ДААТ не учитывается развитие анемического синдрома как самостоятельной конечной точки, влияющей негативно на качество жизни и выживаемость пациентов после кардиоваскулярных вмешательств: анемический синдром не выносится в диагноз у более чем 90 % пациентов, в выписках не фигурируют рекомендации по контролю гемоглобина и обследованию для уточнения этиологии анемии, отсутствуют медикаментозные назначения для коррекции уровня гемоглобина.

На наш взгляд, возможным решением открытых вопросов о ДААТ могла бы стать реализация следующих подходов:

1) создание гибких алгоритмов на основе анализа «больших данных» (bid data), получаемых из RDW-исследований с отслеживанием назначения конкретных препаратов, их доз, комплаентности пациента к их приему, длительности периодов пропуска доз;

2) использование более точных шкал кровотечений (например, шкалы ISTH) для оценки геморрагических рисков и использование шкал по ранней оценке риска тромботических событий (учет ранних симптомов ухудшения течения ИБС);

3) автоматизация сбора данных и подключение систем поддержки принятия врачебных решений к смене терапии;

4) рассмотрение возможностей индивидуального дозирования ДААТ по фармакокинетическим профилям ЛС у конкретного пациента;

5) применение инновационных, индивидуально дозируемых лекарственных форм для реализации оптимального режима ДААТ у пациентов с высокими рисками тромботических и геморрагических событий.

Заключение. Деление по уровню баллов шкал PRECISE-DAPT и DAPT на 2 группы не определяет продолжительность терапии достаточно конкретно для принятия врачом персонифицированных решений в отношении каждого пациента.

Список литературы

1. 2017 ESC Focused Update on Dual Antiplatelet Therapy in Coronary Artery Disease developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal. 2017. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx419
2. Аксентьев С.Б., Соловьева А.В., Юневич Д.С. Эффективность и безопасность различных схем двойной антиагрегантной терапии у больных с инфарктом миокарда на фоне чрескожного коронарного вмешательства. Российский кардиологический журнал. 2021;26(7):4525. DOI:10.15829/1560-4071-2021-4525
3. Аксентьев С.Б., Соловьева А.В., Юневич Д.С. Эффективность и безопасность различных схем двойной антиагрегантной терапии у больных с инфарктом миокарда на фоне чрескожного коронарного вмешательства. Российский кардиологический журнал. 2021;26(7):4525. DOI:10.15829/1560-4071-2021-4525
4. Эрлих А.Д. Основные положения двойной антиагрегантной терапии и современные тенденции к ее изменению. Лекция // Consilium Medicum. 2019. №10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-polozheniya-dvoynoy-antiagregantnoy-terapii-i-sovremennyye-tendentsii-k-ee-izmeneniyu-lektsiya> (дата обращения: 05.06.2024).

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА В ДИНАМИКЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО С ТРУПАМИ

Махманазаров Г.А., Тухтаров Б.Э.

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Самаркандский государственный медицинский университет», г. Самарканд*

Введение. При изучении условий и характера рабочего процесса медицинского персонала, работающего с трупами, выявлены особенности процесса воздействия на организм (контакт с аллергенами лекарственных средств, токсических веществ, патогенных микроорганизмов, напряжение зрительного анализатора, стереотипные движения мелких мышц рабочей руки, нервно-эмоциональное напряжение), Судебная медицина и патология неудобные факторы, обусловленные строением корпусов анатомов, неудобством конструкции различного оборудования и инструментов, несовершенством наполнителей и препаровочных материалов, выявлено.

Цель исследования. Исследование функционального состояния организма медицинского персонала, работающего с трупами, в повседневной динамике труда.

Материалы и методы исследования. Объектами наблюдения стали условия труда 4 государственных учреждений, врачи в их кабинетах, работники скорой медицинской помощи, а также работающая в них малая медицина.

В группу наблюдения были взяты их коллеги, работающие в гос учреждениях. Исследование проводилось непосредственно на рабочем месте. Число медицинских работников, работающих с трупами, подлежащих осмотру, составило 42 человека.

Сформированные группы различались по возрасту и соматическому состоянию. Проверка медицинского персонала проводилась в начале и в конце рабочего дня. Точный хронометрический контроль рабочего времени проводился с учетом двух вариантов организации труда с целью оценки тяжести труда трупных работников и наличия напряжения. При этом определялись временные затраты на обычные рутинные действия, в частности: лечебно-диагностические осмотры, оформление медицинских документов, хождение по помещению, сдачу анализов для лаборатории в положении стоя, производственные затраты времени. Проанализировано 42 хронометрические карты.

Использовались традиционные методы вариационной статистики. Для определения достоверности разницы средних значений использовали значения критерия Стьюдента и проводили корреляционный анализ. Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов психофизиологического исследования (табл. 1) позволил определить снижение умственной работоспособности, мануальной утомляемости в группе медицинских специалистов учреждений, что свидетельствует о трудностях адаптации к нагрузке во время работы в течение дня.

Результаты исследования. По результатам исследования установлено, что в конце рабочего дня низкая устойчивость внимания врачей, работающих с трупами, проявляется на гораздо более высоком уровне по сравнению со временем, затрачиваемым на исследование работниками скорой медицинской помощи ($61,8 \pm 2,8$ и $53,0 \pm 1,15$ соответственно) ($r < 0,05$).

У гробовщиков эти цифры были значительно ниже, чем у других работников, а именно $43,9 \pm 2,39$ и $45,6 \pm 2,33$ в начале дня и $36,7 \pm 2,17$ и $43,2 \pm 2$ в конце дня соответственно 11. К концу рабочего дня в средней группе из 2 сравниваемых медицинских работников выявлено снижение функции мышления на примере простой вычислительной операции, При заполнении анкеты среди медицинских работников морга групповые показатели скорости были значительно хуже как в начале, так и в конце дня ($39,1 \pm 1,1$ и $34,7 \pm 0,8$ соответственно). Функциональное состояние организма было хуже в группе медицинских работников, что подтверждается достоверным снижением темпа ударов с $6,19 \pm 0,1$ до $5,7 \pm 0,1$ к концу рабочего дня при проведении теп-теста ($p < 0,05$)

В конце рабочего дня было очевидно, но статистически недостоверно снижение мелкой сенсомоторной активности руки врачей морга по сравнению с их коллегами-фельшерами. Значительное снижение динамометрии в течение рабочего дня, по нашему мнению, доказывает очевидную утомляемость рук работников морга в результате работы с устаревшим, неэргономичным оборудованием, налагающим большие физиологические затраты.

При субъективной оценке состояния здоровья медицинского персонала, работающего с трупами, методом анкетирования среди жалоб медицинского персонала на свое здоровье отмечаются невротические расстройства, нарушения органов обоняния, пищеварения, системы кровообращения, опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани. Преобладали жалобы, свидетельствующие о наличии патологии органов чувств.

Однако процент медицинских работников, субъективно зарегистрировавших данные жалобы, был выше в группе младших медицинских работников. Эмоциональное напряжение среди врачей того же профиля было в группе средних медицинских работников (73,5% и 69,3% соответственно). Среди судебно-медицинских и патологоанатомов число тех, чье здоровье оценено как «плохое», составило 17,6%, среди младшего медицинского персонала – 20,0%.

Заключение. Сравнительный анализ параметров нагрузки врачей и старшего медицинского персонала и младшего медицинского персонала, их функционального состояния в динамике нагрузки показал, что работа врачей (судебных медиков и патологоанатомов) представляет большой профессиональный риск по сравнению с работой старшего и младшего медицинского персонала. младший медицинский персонал.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В СТРУКТУРЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Мосийчук О.М.¹, Ивашкин Ю.М.²

¹*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская больница № 15», г. Санкт-Петербург*

²*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городской консультативно-диагностический центр № 1», г. Санкт-Петербург*

Введение. В соответствии со статьей 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» качество медицинской помощи обеспечивается применением порядков, клинических рекомендаций и стандартов ее оказания. Для диагностики мочекаменной болезни (МКБ) наиболее важное значение имеет своевременное проведение лучевых диагностических исследований, которые позволяют точно и объективно визуализировать конкременты, их локализацию, размер и подвижность [1]. С учетом широкого распространения МКБ ресурсы здравоохранения должны использоваться в полной мере [2,3].

Наиболее важное значение имеет обеспечение проведения диагностических мероприятий перед плановым оперативным вмешательством. Выполнение исследований на догоспитальном этапе позволяет в полной мере сформировать объективную картину заболевания у каждого пациента, спланировать оказание качественной медицинской помощи, сократить продолжительность использования дорогостоящей базы стационаров

для проведения исследований, выполнение которых возможно на догоспитальном этапе [4].

Стандартом медицинской помощи взрослым при МКБ (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение), утвержденным приказом Минздрава Российской Федерации от 08.07.2021 № 736н (далее – Стандарт), установлено, что пациентам указанной группы, как на этапе первичной медико-санитарной помощи, так и в дальнейшем, при лечении заболевания и контроле состояния здоровья, а также при оказании специализированной медицинской помощи, должны выполняться современные диагностические исследования: спиральная компьютерная томография, урография, ультразвуковая диагностика, обеспечение выполнения которых является важной составляющей в структуре качества медицинской помощи при МКБ.

Цель исследования. Оценка качества медицинской помощи при МКБ.

Материалы и методы исследования. Проведена оценка первичной медицинской документации 237 пациентов, находящихся на стационарном лечении по поводу МКБ в 2023 году. Получена информация о комплексе лечебно-диагностических мероприятий, выполненных на этапе первичной медико-санитарной помощи, предшествующем госпитализации. Полученные данные статистически обработаны с расчетом экстенсивных показателей. Оценка качества медицинской помощи пациентам проводилась путем определения соответствия предоставленных им медицинских услуг перечню, установленному Стандартом.

Результаты исследования. В соответствии со Стандартом, на этапе диагностики заболевания пациентам должна быть выполнена компьютерная томография почек и надпочечников. Частота оказания этой медицинской услуги в соответствии со Стандартом – 0,15, кратность предоставления – 1. То есть это исследование должно быть выполнено на этом этапе не менее, чем 15,0% пациентов. Среди госпитализированных пациентов, диагноз МКБ которым был установлен на этапе предоставления первичной медико-санитарной помощи, в 31,7% случаях для диагностики заболевания однократно выполнялась компьютерная томография, а еще в 25,8% случаях это исследование выполнялось неоднократно. Таким образом, согласно полученным данным такое дорогостоящее исследование как компьютерная томография выполняется пациентам для установления диагноза даже чаще, чем установлено Стандартом, утвержденным приказом Минздрава Российской Федерации от 08.07.2021 № 736н. Целесообразность увеличения частоты проведения компьютерной томографии в случаях более, чем установлено Стандартом, требует отдельной оценки, в том числе с применением методик экспертизы качества медицинской помощи и не было предметом настоящего анализа. Вместе с тем, следует отметить, что выявленная таким образом тенденция может свидетельствовать о несоответствии норм, установленных Стандартом, современным положениям лечебно-диагностического процесса при МКБ.

Значимым инструментальным исследованием, применяемым для диагностики МКБ, является обзорная урография. В соответствии со Стандартом, утвержденным Минздравом Российской Федерации, это исследование выполняется с частотой предоставления 0,75 (кратность применения – 1), то есть как минимум однократно оно должно быть выполнено 75,0% пациентам. Фактически обзорная урография на этапе предоставления первичной

медико-санитарной помощи пациентам с мочекаменной болезнью выполняется только в 22,4% случаев.

Наряду с этим, такое исследование, как УЗИ почек, имеющее несомненно более высокую для пациентов доступность, проводится на этапе установления диагноза в недостаточном числе случаев. В соответствии со Стандартом, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.07.2021 № 736н, частота проведения этого исследования составляет 0,75, кратность выполнения – 1. То есть, оно должно быть проведено, как минимум, однократно у 75,0% пациентов. Полученные нами данные свидетельствуют, что это исследование было выполнено на этапе предоставления первичной медико-санитарной помощи только у 65,1% пациентов, в том числе в 33,1% случаев – однократно и в 32,0% случаев – неоднократно.

Заключение. Проведенный анализ продемонстрировал, что на этапе первичной медико-санитарной помощи пациентам с МКБ (подозрением на указанное заболевание) не в полной мере проводится комплекс лучевых диагностических исследований, установленный Стандартом. Это является объективной характеристикой, позволяющей утверждать, что качество медицинской помощи для больных МКБ не обеспечивается. Выявленные обстоятельства требуют принятия действенных управленческих мер, направленных на корректировку сложившейся ситуации, в том числе организацию дополнительного обучения врачей-специалистов первичного звена современным принципам диагностики МКБ, повышения доступности лучевых методов диагностики для пациентов этой группы, в том числе путем организации их предоставления на этапе оказания им первичной медико-санитарной помощи путем использования для этого материально-технической базы стационаров и информирование пациентов о таких возможностях с обеспечением единовременной предварительной записи на проведение исследования.

Список литературы

1. Белай, С.И. Мочекаменная болезнь: актуальность вопроса и перспективы его развития / С.И. Белай, М.А. Довбыш, И.М. Белай // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2016. – Т. 15. – № 5. – С. 19-26.
2. Зубков, И.В. Оценка ресурсов здравоохранения Кировской области в обеспечении населения урологической помощью при мочекаменной болезни //
3. И.В. Зубков, Ф.А. Севрюков, Н.И. Гурвич, В.А. Фетисов / Вятский медицинский вестник. – 2019. – Т. 61. – № 1. – С. 49-54.
4. Калиниченко, А.В. Мнение врачей-урологов о дистанционном консультировании пациентов с мочекаменной болезнью на амбулаторном уровне // А.В. Калиниченко, А.А. Афонин, Е.А. Анастасиева, Я.В. Хмельницкая / Медицина и образование в Сибири. – 2015. – № 5. – С. 1-8.
5. Назаров Т.Х., Ахмедов М.А., Рычков И.В. и др. Мочекаменная болезнь: этиопатогенез, диагностика и лечение. Андрология и генитальная хирургия. – 2019. – Т. 20, №3. – С. 43-51.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В УСЛОВИЯХ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ

Мусаева З.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И.Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В условиях глобальных экономических вызовов и введения санкций в отношении России, экономика страны столкнулась с нестабильностью и ограничениями в импорте, затронувшая многие сферы, где стоматология не стала исключением [1]. Эти факторы привели к необходимости разработки и внедрения стратегии импортозамещения. Отечественные производители стоматологических материалов за последние годы продемонстрировали значительные успехи, компании изготавливают аналоги, не уступающие зарубежным [2].

Цель исследования. Исследовать возможности и перспективы использования отечественных стоматологических материалов в условиях импортозамещения.

Материалы и методы исследования. Для оценки проведен опрос среди врачей-стоматологов.

Результаты исследования.

По результатам опроса до 2022 года зарубежные производители, такие, как: Американская компания 3M ESPE, Швейцарская компания Кегг, Японская компания Токуяма доминировали на рынке, предлагая широкий ассортимент высококачественных материалов и пользовались популярностью у 80% стоматологов. Однако в последние годы отечественные производители стали все более конкурентоспособными и пользуются нарастающей популярностью. Более 50% врачей используют в своей практике аналоги зарубежных материалов. Так, свыше 30% стоматологов предпочитают продукцию Российской компании «СтомаДент» производящую большой спектр композитных пломбировочных материалов, а также материалов для ортопедии, 28% пользуются материалами компании «ВладМиВа» выпускающая на рынок реставрационные композитные материалы. Отечественные материалы обрели популярность и в стоматологии-хирургической, так, систему имплантов «Dental Synthesis» используют 24.1% стоматологов-хирургов.

Заключение. Результаты опроса подтверждают, что высокое качество отечественных материалов и доступность делают их привлекательным выбором для стоматологических клиник, способствуя развитию отечественного производства и уменьшению зависимости от импорта.

Список литературы

1. Хетагурова Т.В., Батырова А.Т Проблема импортозамещения в стоматологии в условиях нынешних ограничений // Аллея науки. – 2022.. –Т.2 – No. 5. –С. 42-46.
2. Паршоев А.Е., Паршоева Л.Ш Импортозамещение стоматологических материалов в условиях санкций // Трибуна ученого. – 2022.. – No. 6. –С. 357-362.

ОБОСНОВАНИЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ

Осиюк А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И.Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Коревая инфекция представляет собой острое высококонтагиозное антропонозное, вирусное заболевание, индекс контагиозности составляет 95 – 100%. Корь – вакциноуправляемое инфекционное заболевание, но тревожная статистика текущего года демонстрирует значительный рост заболеваемости!

С начала 2024 года по сегодняшний день в Саратовской области зарегистрировано уже более 70 случаев заболевания корью.

Инфекцию обнаружили у жителей Саратова, Екатериновского, Пугачевского, Балаковского, Краснокутского, Советского, Энгельсского, Новоузенского, Вольского районов.

Это вызывает серьезную обеспокоенность, ведь в 2021 - 22 годах случаев заражения инфекцией зафиксировано не было, а в 2023 году корью заболели уже 233 человека [1,2].

Цель исследования. Определить направление борьбы с коревой инфекцией в современных условиях.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленной целью исследования был выполнен анализ научной литературы.

Результаты исследования. Главной и актуальной задачей медицинских работников была и остаётся оптимизация системы надзора в условиях ликвидации коревой инфекции. В 2019 году количество случаев кори значительно увеличилось по сравнению с предыдущими годами, достигнув рекордного уровня за последние два десятилетия. По данным Роспотребнадзора, число зарегистрированных заболеваний корью в России составило 3521 случай. К 2020 году наблюдалось снижение заболеваемости корью, однако меры по борьбе с пандемией COVID-19 привели к нарушениям в программе вакцинации, что препятствовало эффективным мероприятиям по предупреждению вспышек инфекции [3].

По данным Роспотребнадзора, в 2023 году заболеваемость коревой инфекцией резко возросла. С января по март в стране было зарегистрировано 1089 случаев кори, при этом очаги инфекции были выявлены в 44 российских регионах. Для достижения региональных целевых показателей по элиминации кори необходимы более активные усилия по охвату населения двумя дозами корьсодержащих вакцин и внедрению надежного эпиднадзора [4].

На сегодняшний день наиболее актуальные проблемы коревой инфекции в РФ включают в себя:

1. Согласно данным статистических служб недостаточный уровень вакцинации против кори отмечается в некоторых регионах России, что приводит к увеличению числа

случаев заболевания.

2. Дефицит вакцин от кори вследствие отсутствия зарубежных поставок.

3. Отсутствие должного информирования населения о важности вакцинации против кори влечет за собой рост сопротивления населения к необходимой вакцинации.

Вышеперечисленные проблемы требуют особого внимания и усилий со стороны органов здравоохранения и общественности для предотвращения распространения кори и ее последствий [5].

Заключение. Исходя из вышесказанного можно сделать вывод, что в период с 2003 по 2023 год заболеваемость корью в Саратовской области очень возросла. Цикличность заболеваемости отмечается с периодом 10 лет. Наиболее высокоактивными территориями являются Аткарский, Балаковский, Ивантеевский, Марковский, Пугачевский районы области. Женский пол болеет чаще чем мужской. Среди больных преобладает детское население в возрасте до 18 лет – 76%. Среди основных причин роста заболеваемости корью в Саратовской области в 2023 г. можно выделить:

Миграцию населения (19% составляют завозные случаи из Волгоградской (48%), Московской (16%) областей, Чеченской Республики (14%), Сахалина (4%), а также из государства - Таджикистана (4%), с последующим распространением на местное население);

Отсутствие трехкомпонентной вакцины (против кори, краснухи, эпидемического паротита) в медицинских организациях;

Недостаточный охват детского населения вакцинацией 78,6%, ревакцинацией – 69(%)

Низкий уровень вакцинации населения, отсутствие должного информирования людей о важности вакцинопрофилактики и дефицит вакцин являются наиболее актуальными проблемами кори в РФ на сегодняшний день. Однако, единственным способом борьбы с корью все еще остается своевременная вакцинопрофилактика.

Список литературы

1. Голубкова А.А., Платонова Т.А., Харитонов А.Н. и др. Эпидемический процесс коревой инфекции в период ее элиминации и стратегические направления контроля в условиях реального времени // Пермский медицинский журнал. - 2019. - № 4. - С. 67-73.
2. Корь. Информационный бюллетень ВОЗ. 2023 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/ru/> (дата обращения 07.05.24)
3. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Карачаево-Черкесской Республике// [Электронный ресурс]. URL: <https://09.rospotrebnadzor.ru/content/ob-epidemiologicheskoy-situacii-po-kori> (дата обращения 07.05.24)
4. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Саратовской области// [Электронный ресурс]. URL: https://t.me/rospotrebnadzor_saratov/657 (дата обращения 07.05.24)
5. Crecelius E.M, Burnett M.W. Measles (Rubeola): An Update.// J Spec Oper Med. - 2020. - Vol. 20(2). - P. 136-138.

ОРДИНАТУРА «СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ» В СТРУКТУРЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВЫПУСКНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Парфенова С.В., Кобзева Ю.А., Асланян М.А., Парфенов А.К., Азарян А.И.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И.Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. С 2010 г. медицинские ВУЗы нашей страны готовят врачей по специальности «Стоматология общей практики». Однако, выпускники не совсем понимают отличие этой специальности от других специальностей стоматологического профиля. А также, зачастую задаются вопросом на какую должность они могут устроиться работать.

Стоматологи общей практики – это специалисты, которые могут оказывать стоматологическую помощь как взрослому, так и детскому населению [1]. Они могут диагностировать и лечить заболевания зубочелюстной области, выполнять гигиенические, терапевтические, хирургические манипуляции и заниматься протезированием.

Эта специальность хорошо зарекомендовала себя в ситуации, где не требуется узкий специалист, и пациент может получить весь комплекс услуг у одного врача.

Цель работы. Ознакомиться со структурой ординатуры «Стоматология общей практики». Определить ее преимущества и возможности дальнейшего профессионального роста и развития.

Материалы и методы. В структуре постдипломного образования ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ординатура по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» является одной из самых молодых. Первый набор ординаторов был объявлен в 2021 году и к настоящему времени традиционно отличается самой высокой конкуренцией между абитуриентов стоматологического профиля.

Обучение проходит на кафедре пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России. Данная программа ординатуры рассчитана на выпускников ВУЗов, имеющих высшее медицинское образование по разделу «Стоматология». Обучение направлено на подготовку кадров высокой квалификации, конкурентоспособных на рынке труда в стоматологическом сообществе [2]. Выпускник может работать в различных медицинских учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь, как государственных, так и частных. Обучение носит практико-ориентированный характер и направлено на формирование знаний, умений и навыков, позволяющих оказывать лечебную деятельность в различных областях стоматологической службы.

Практические навыки отрабатываются на протяжении двух лет обучения в клинической ординатуре. Обучающиеся оттачивают свое мастерство на фантомах, симуляторах и тренажерах. Ординаторы осуществляют самостоятельный клинический

прием на базе консультативной стоматологической поликлиники СГМУ, где под руководством профессорско-преподавательского состава кафедры имеют возможность применить свои знания на практике.

В структуру ординатуры входит производственная практика с применением инновационного оборудования и новейших технологий в области оказания стоматологической помощи [3]. За время прохождения производственной практики, ординаторы оказывают специализированную помощь пациентам всех отделений стоматологической клиники. В процессе обучения ординаторы осваивают навыки приема по всем разделам стоматологической службы, включая детскую практику [4].

Преимуществом выпускников ординатуры «Стоматология общей практики» является возможность, в дальнейшем, прохождения курсов первичной переподготовки по специальностям стоматологического профиля, а также поступления в аспирантуру и докторантуру.

Заключение. Программа ординатуры «Стоматология общей практики» направлена на углубление фундаментальных знаний, совершенствование профессиональных навыков, формирование клинического мышления врача-стоматолога общей практики.

Врач-стоматолог общей практики — это последний тренд мирового медицинского образования, специальность востребована не только в России, но и за рубежом. Это связано с тем, что данный специалист владеет широким спектром навыков в области оказания стоматологической помощи. Максимальное количество услуг, оказание которых возможно в рамках одного посещения, минимизирует время, затрачиваемое на санацию, обеспечивая высокое качество лечения и удобство для пациента.

Список литературы

1. Еремин О.В., Кобзева Ю.А., Асланян М.А., Завгороднева М.С. Внедрение технологий дистанционного обучения в образовательный процесс кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы: Материалы V международной научно-практической конференции, Саратов, 15-16 мая 2023 года. – Саратов: ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, 2023. - С. 390-394.
2. Асланян М.А., Еремин О.В., Кобзева Ю.А., Абаджян Л.В., Бекирова Ф.М., Логинов Д.В. Цифровая трансформация медицинского стоматологического образования // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы. Материалы IV международной научно-практической конференции, Саратов, 22-23 мая 2022 года. – Саратов: ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, 2022. - С. 424-431.
3. Неловко Т.В., Кобзева Ю.А., Еремин О.В., Островская Л.Ю., Логинов Д.В. Профессиональная ориентация и воспитательная работа со студентами стоматологического факультета в зависимости от психотипа личности // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы. Материалы III международной научно-практической конференции, Саратов, 25-26 мая 2021 года. – Саратов: ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, 2021. - С. 164-174

4. Абаджян Л.В., Кобзева Ю.А., Еремин О.В., Асланян М.А., Тверскова В.Ю. Симуляционное обучение как прогрессивный способ формирования профессиональных компетенций у обучающихся стоматологического факультета // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы. Материалы III международной научно-практической конференции, Саратов, 25-26 мая 2021 года. – Саратов: ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, 2021. - С. 355-359.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРДИНАТОРОВ ВТОРОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ

Петров Н.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Появление доказательной медицины (ДМ), идеология которой была концептуально оформлена в 90-ых гг. XX века, явилось закономерным следствием многовекового цивилизационного развития, приведшим к глубоким изменениям не только в клинической медицине, но и в публичном пространстве. Вместе с тем, до настоящего времени, на пути внедрения ДМ в практику здравоохранения существует немало препятствий, из которых одним из важнейших остается дефицит компетентности специалистов, работающих в сфере общественного здоровья, в области методологии и практики ДМ. [1].

Цель исследования. Выявить, как самовосприятие ДМ, практика которой требует наличия специальных компетенций (знаний, умений), коррелирует с востребованностью ДМ в повседневной профессиональной деятельности ординаторов 2-го года обучения.

Определить кафедры СГМУ, которые, по мнению ординаторов, внесли наибольший вклад в формирование у них целостного (системного) представления о ДМ.

Материалы и методы исследования. В рамках пилотного аналитического поперечного исследования, в октябре-декабре 2023 года, проведено анкетирование (опрос), ординаторов 2-го года обучения, закончивших лечебный факультет (л/ф) (n=107, Ж– 70, М–37) и педиатрический факультет (п/ф) (n=38, Ж–32, М–6) Саратовского государственного медицинского университета (СГМУ) в 2022 году. Средний возраст респондентов составил $25 \pm 1,1$ лет ($M \pm \delta$). Ординаторы обучались по специальностям: терапия (19); педиатрия (11); кардиология (8); неврология, рентгенология, СМП, судебная медицина (7); онкология, психиатрия, УЗД (6); детская хирургия, офтальмология, травматология, хирургия (5); инфекционные болезни, нейрохирургия, неонатология, ОВП (4); профпатология, сердечно-сосудистая хирургия (3); гастроэнтерология, урология, физиотерапия, фтизиатрия, функциональная диагностика (2); гематология, дерматология, лечебная физкультура, нефрология, отоларингология, патологическая анатомия, ревматология (1).

Для самооценки степени сформированности целостного представления о ДМ респондентам предлагался закрытый вопрос 4-бальной шкалы Ликерта [2]. Осведомленность (знание определения и принципиальных положений ДМ) и использование респондентами принципов ДМ в их личной профессиональной деятельности, определялись посредством анализа ответов на открытые вопросы. Всего получено 145 анкет. Для обработки и анализа данных использовалась программа для работы с электронными таблицами Microsoft Excel.

Результаты исследования. Две трети респондентов (n=97; 66,9%), из общей выборки (n=145; 100%), на закрытый вопрос: «Удалось ли Вам сформировать целостное (системное) представление о ДМ в процессе обучения в медицинском университете?» - ответили утвердительно (ответы: «ДА»; n=10; 6,9% и «скорее ДА»; n=87; 60%). Одна треть респондентов (n=48; 33,1%) ответила на этот вопрос отрицательно (ответы: «скорее НЕТ»; n=33, 22,7% и «НЕТ»; n=15; 10,4%).

В ответе на открытый вопрос «Дайте определение ДМ» только 10 (6,9%) респондентов включили в сформулированное ими определение все три главных смысловых элемента общепринятых определений ДМ – лучшие доступные внешние доказательства, личный опыт врача и учет потребностей пациента [3]. 14 (9,6%) респондентов упомянули 2 элемента и 29 (20%) респондентов – 1 элемент. В ответах 92 (63,4%) респондентов не упоминался ни один из указанных элементов.

Отвечая на открытый вопрос «Сформулируйте принципиальные положения ДМ», большинство респондентов (123; 84,8%) не смогли назвать ни одного (из трех) принципиального положения ДМ, к которым, по сложившейся традиции, принято относить: осведомленность о наилучших доступных доказательствах, оценку степени доверия к полученным доказательствам и понимание недостаточности полученных доказательств [4]. В ответах 4 (2,7%) респондентов были упомянуты 2 принципиальных положения, 9 (6,2%) респондентов – 1. Оставили вопрос без ответа 9 (6,2%) респондентов.

Только один респондент, из 145 (0,6%), в ответе на открытый вопрос, «Опишите конкретный пример использования Вами принципиальных положений ДМ», привел описание личного опыта последовательной реализации принципиальных положений ДМ в решении конкретной клинической задачи, что соответствует основным положениям ДМ-практики (пять шагов Сакетта) [5]. Для 49 (33,8%) респондентов практика ДМ свелась к реализации установок нормативных документов (клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, ЖВНЛП). Для 18 (12,4%) респондентов примером следования принципиальным положениям ДМ явилось неиспользование в клинической практике некоторых противовирусных средств, гомеопатических препаратов, БАД. Ответы 47 (32,4%) респондентов не соответствовали контексту заданного вопроса. Оставили вопрос без ответа 30 (20,7%) респондентов.

Отвечая на открытый вопрос «На каких кафедрах университета Вами были получены основные сведения о ДМ?» респонденты в 145 анкетах назвали 29 кафедр (267 ссылок). Выпускники л/ф назвали 19 кафедр (196 ссылок), а п/ф – 18 кафедр (71 ссылка). На клинические кафедры, по сравнению с теоретическими, респонденты ссылались гораздо чаще (в общей выборке – 70,1% и 29,9%; на л/ф – 72,5% и 27,5%; на п/ф – 66,2% и

33,8% соответственно). Кафедры-лидеры по количеству упоминаний для выпускников л/ф – это кафедры: факультетской терапии, госпитальной терапии, общественного здоровья и здравоохранения (ОЗиЗ) – 72,9% ссылок. Для выпускников п/ф – факультетской педиатрии, ОЗиЗ, инфекционных болезней и поликлинической педиатрии – 64,8% ссылок.

Заключение. Выявлено глубокое расхождение (отрицательная корреляция) между самовосприятием ординаторами ДМ (в целом достаточно высокий уровень у заметного большинства) и реальным знанием ДМ (отсутствует у подавляющего большинства), что делает невозможным актуальное использование основных положений ДМ в повседневной практической деятельности.

Необходимы целенаправленные усилия по совершенствованию концепции и практики преподавания ДМ в СГМУ.

Список литературы

1. Naghibi D., Mohammadzadeh S., Azami-Aghdash S. Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review // Evidence Based Care Journal. – 2021. – Т. 11. – № 2. – С. 74-82.
2. Allen I.E., Seaman C.A. Likert Scales and Data Analyses // Quality Progress. – 2007. – Т. 40. – № 7. – С. 64-65.
3. Jenicek M. How to Think in Medicine. Reasoning, Decision Making, and Communication in Health Sciences and Professions // New York: Routledge, Taylor & Francis Group. – 2018. – С. 58.
4. Guyatt G.H., Rennie D., Meade M.O., et al. Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based clinical practice // New York: McGraw-Hill Education. – 2015. – С. 9-14.
5. Sackett D.L., Rosenberg W.M. The need for evidence-based medicine // J. R. Soc. Med. – 1995. – Т. 88. – № 11. – С. 620-624.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В РОССИИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ

Полякова В. Д., Щетинина Н.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж

Введение. Проблема внедрения и развития информационных технологий в нашем постоянно развивающемся мире крайне актуальна. Цифровизация здравоохранения стала наиболее обсуждаемой темой во время пандемии COVID-19. Именно переход к телемедицине (ТМ) был признан потенциальным способом модернизации медицинских консультаций по профилактике и диагностике COVID-19.

С ростом темпов жизни и непрекращающейся урбанизацией городское население всё чаще предпочитает взаимодействовать со специалистами различных отраслей в режиме онлайн, и врачи не являются исключением. Этот метод консультирования

экономит время в дороге, позволяет получить экспертное мнение доктора из другого города и особенно удобен для людей с ограниченными возможностями здоровья.

Кроме того, такой формат взаимодействия комфортен и для медицинских работников. Таким образом, врачи могут делиться своим опытом с коллегами, привлекать в консилиумы специалистов из разных регионов и иметь возможность консультировать пациентов со всей страны.

Однако, с появлением возможностей для осуществления телемедицинской деятельности всё чаще стали возникать вопросы касательно осведомлённости врачей и пациентов о статье 36 пункт 2 Федерального закона N323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», регулирующей особенности оказания медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий.

Цель исследования. Определение востребованности дистанционного медицинского консультирования и оценка преимуществ и недостатков данного направления. В работе предлагаются пути устранения существенных дефектов использования телемедицинских технологий и способы популяризации их среди медицинского сообщества и пациентов.

Материалы и методы исследования. Для осуществления поставленной цели было проведено анкетирование 153 студента ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. Для исследования были выбраны представители 3 факультетов: лечебный, педиатрический, стоматологический. Так как врачам-выпускникам именно этих факультетов чаще всего предстоит консультировать пациентов по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболеваний на offline- или online-приёмах. За последние годы телемедицинские услуги в России стали более востребованными. Несмотря на то, что инвесторы проявляют интерес к этой сфере, потенциал телемедицины, который допускается российским законодательством, используется не полностью. Для того чтобы клиники могли заменить очные приемы на дистанционные, они должны выполнить ряд условий. Для полноценного ведения пациента онлайн, сервисы должны обеспечить проведение очного осмотра врачом, который в дальнейшем будет назначать лечение, интерпретировать результаты диагностики и корректировать терапию в дистанционном формате. На данный момент только некоторые игроки рынка обладают такой возможностью, что ограничивает полноценное медицинское сопровождение пациента и исключает возможность выписки рецептов на лекарства. Если первичный очный прием пациента не осуществляется, возможности врача при работе через телемедицинский сервис ограничиваются сбором анамнеза и использованием медицинских изделий для диагностики, что снижает эффективность консультаций, которые в данном случае носят информационно-рекомендательный характер. В данной работе будут рассмотрены наиболее популярные российские платформы для телемедицинских консультаций. "СберЗдоровье" - это сервис, который предоставляет услуги телемедицины, запись к врачу и поиск клиник. Пользователи могут получить консультацию у дежурного терапевта или педиатра, записаться на прием к узкому специалисту, а также заказать лабораторные и инструментальные исследования. Сервис доступен на сайте и в мобильном приложении. "OnDoc" - это сервис, который предлагает онлайн-консультации врачей различных специальностей. Пользователи могут задать вопросы, получить рекомендации и назначения, а также отправить результаты анализов и обследований. Кроме того возможен

мониторинг показателей артериального давления и веса на основе добавленных значений в систему. Сервис доступен на сайте и в мобильных приложениях для iOS и Android. "SmartMed" - это сервис, разработанный компаниями МТС и "Медси". Он предоставляет услуги телемедицины, запись к врачу и поиск клиник. Пользователи могут получить консультацию у дежурного терапевта или педиатра, записаться на прием к узкому специалисту, а также заказать лабораторные и инструментальные исследования. Клиники базируются исключительно в Москве, тем не менее для других субъектов РФ доступны онлайн консультации, посредством приложений на базе iOS, Android, а также через десктопную версию сайта. "ТелеМед" - сервис для удаленных консультаций пациентов, осуществляющий круглосуточную дистанционную поддержку по вопросам здоровья. ТелеМед не взаимодействует с клиниками, так как имеет свой собственный медицинский персонал. При этом полный спектр телемедицинских услуг, возможных в рамках законодательства РФ, сервис не проводит. Отсутствует возможность очного приема, полноценного ведения пациентов, в том числе выписывания лекарственных препаратов и коррекции назначенной терапии. Для осуществления взаимодействия сервиса с пациентом имеется приложение на базе iOS, Android, телефон горячей линии, а также чат-бот, несмотря на то, что большинство телемедицинских платформ в настоящее время отказывается от использования чат-ботов, поскольку в настоящее время не существует искусственного интеллекта (ИИ), способного заменить сбор анамнестических данных так, как это делает врач.

Каждый из этих сервисов имеет свои преимущества. Например, "СберЗдоровье" отличается большим количеством услуг и возможностью записи к врачу без посещения клиники. "Онлайн Доктор" привлекает пользователей быстрым ответом и доступностью в любое время суток. "SmartMed" интересен тем, что объединяет возможности телемедицины и традиционной медицины. "ТелеМед" отличается наличием горячей линии и использование искусственного интеллекта для быстрого способа сбора анамнеза и качественного подбора специалиста по необходимому профилю.

Результаты исследования. С целью определения отношения студентов медицинского университета к применению телемедицинских технологий было проведено социологическое исследование, в ходе которого было опрошено 72 студента лечебного факультета, 35 студентов педиатрического факультета и 46 студентов стоматологического факультета ВГМУ им. Н. Н. Бурденко.

Изначально, опрашиваемым был задан вопрос, связанный с непосредственным определением понятия «телемедицина». Выяснилось, что 51,1% опрошенных считает, что телемедицина - это главное и ведущее направление развития IT в здравоохранении и без использования телемедицинских технологий никакие глобальные задачи здравоохранения решены быть не могут. Однако, 46,8% решили, что телемедицина –это важное, но далеко не единственное направление, которое не должно развиваться в ущерб другим не менее важным задачам в современной медицине. Лишь 2,1% студентов пришли к выводу, что телемедицина - это искусственно раздутое направление, ожидаемые от него эффекты по сравнению с реальными возможностями очень завышены.

Далее студентам было необходимо отразить своё личное мнение о случаях, при которых следует прибегать к телемедицинским технологиям. Согласно статье 36.2 ФЗ-N323 п.2: Консультации пациента или его законного представителя медицинским работником с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях: 1) профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента; 2) принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации). Большая часть студентов согласна с прописанными в законе целями оказания помощи с применением телемедицинских технологий, однако 8,5% убеждены, что необходимо рассмотреть возможность получения пациентом рецептов на лекарственные препараты во время проведения online-консультации с применением электронной подписи врача и электронной печатью медицинского учреждения.

Опрошенные могли сделать множественный выбор и в конечном счёте результаты оказались таковы: 74,5% студентов выбрали 2 возможных причины для консультации online: 1) Необходимость консультации специалиста из другого города. 2) В случае инвалидизации пациента, когда тот самостоятельно не может посещать медицинское учреждение; 36,2%- В любом удобном для пациента случае; поровну по 14,9%: 1) В любом удобном для врача случае. 2) Во время отпуска врача, по его желанию; 6,4% опрошенных посчитали, что к ТМ следует прибегать при нежелании врача проводить offline-консультации.

Затем опрашиваемым был предложено дать один вариант ответа на вопрос: «В каком случае Вы выбрали или порекомендовали выбрать (знакомым, родственникам) проконсультироваться с врачом online?» И тогда ответы распределились следующим образом: 36,2% посчитали, что наиболее целесообразна дистанционная консультация, если нет возможности прийти на приём к врачу очно; 25,5% выбрали вариант- необходимость срочной консультации; 21,3% решили, что online -консультация возможна только после очного приёма специалиста; 17%- необходимость получения «второго мнения».

В связи с этим необходимо было узнать, обращались ли опрашиваемые или их родственники, знакомые за online-консультацией врача-специалиста. Выяснилось, что 73,9% не имели подобный опыт; 15,2% не обращались лично и не имеют сведений о возможных обращениях своих родственников или знакомых к телемедицинским консультациям и только 10,9% опрошенных лично или косвенно имели отношение к online-консультациям. При этом, 66% студентов, считают, что обратились бы к врачу дистанционно, если бы получили хорошие отзывы об услуге от близкого круга людей; 61,7% выбрали бы такой вариант при необходимости консультации специалиста высокой квалификации; 48,9%- если бы цена была доступной; 44,7%- в случае уверенности в безопасности передачи их персональных данных; 40,4%- при наличии комфортной платформы для проведения online-консультаций и отсутствии технических сбоев на дистанционном приёме.

Среди существующих недостатков ТМ 68,1% опрошенных выделил недоверие населения к заочному консультированию; 48,9% считают существенным риск «утечки»

персональных данных; 44,7% студентов определили такие недостатки, как «привычка» населения консультироваться очно и отсутствие полного покрытия сети-интернет на всей территории страны; 42,6% - дефицит специалистов готовых проводить онлайн-консультации.

Заключение. Таким образом, со стороны медицинского сообщества, могут быть испробованы пути решения выделенных в результате анкетирования студентов медицинского университета проблем: 1) профилактические беседы с пациентами в медицинских учреждениях, на предприятиях, в учебных заведениях о возможности применения телемедицинских технологий; 2) консультирование врачей-специалистов и студентов медицинских вузов в вопросах применения телемедицины в их практике. Это позволит популяризировать дистанционное медицинское консультирование и откроет новые возможности оптимизации оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению.

Список литературы

1. Баранов А.А., Вишнева Е.А., Намазова-Баранова Л.С. Телемедицина — перспективы и трудности перед новым этапом развития // Педиатрическая фармакология. – 2013. – Том 10. - № 3. - С. 6-11.
2. Медведева Е.И., Александрова О.А., Крошилин С.В. Телемедицина в современных условиях: отношение социума и вектор развития. – 2022. – Т. 15, № 3. – С. 200-222.
3. Лемешко В.А., Тепцова Т.С. Телемедицина: здравоохранение делает шаг в будущее // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. - № 4. – С. 30-38.

К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНСУЛЬТОМ

Порошина А.М., Кром И.Л.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В последнее десятилетие наблюдается значительный рост количества пациентов, перенесших инсульт. Основной целью их реабилитации является восстановление или компенсация нарушенных функций, а также успешная адаптация в обществе и повышение качества жизни.

Цель исследования. Рассмотрение современных методов медицинской реабилитации пациентов с перенесенным инсультом.

Материалы и методы исследования. Обзор работ авторов, занимающихся данной проблематикой.

Результаты исследования. Реабилитация пациентов после инсульта сфокусирована на концепции нейропластичности, предложенной П.К. Анохиным, которая акцентирует внимание на возможности нервной ткани изменять свою структуру и функции под воздействием различных факторов и восстанавливать повреждённые

нейронные связи. Современные реабилитационные методики предусматривают раннее начало мероприятий, их непрерывность, продолжительность и активное вовлечение пациента.

За последнее десятилетие методы медицинской реабилитации претерпели значительные изменения. В частности, это включает применение цифровых систем, робототехники и телемедицинских услуг. Одним из современных инструментов реабилитации стала виртуальная реальность — трехмерное пространство, созданное посредством компьютерных технологий, которое позволяет пациентам взаимодействовать с виртуальными объектами. Данные тренировки продемонстрировали значительную эффективность в восстановлении двигательных функций. Виртуальная реальность может симулировать повседневные ситуации, побуждая пациентов использовать конечности, что способствует развитию моторики, равновесия и ходьбы [1].

Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) - это современная методика активации нейронов головного мозга посредством переменного магнитного поля [2]. Основное приложение ТМС заключается в воздействии на мышечную систему, благодаря локальной стимуляции мотонейронов передней части прецентральной извилины и соответствующих моторных путей. Под воздействием локальной магнитной стимуляции реагируют лишь те скелетные мышцы, область которых была затронута, позволяя прицельно влиять на конкретные мышечные группы. Многочисленные исследования доказали безопасность и эффективность данного метода при лечении пациентов, перенесших инсульт. Стимуляция префронтальной коры головного мозга способствует реструктуризации нейронных сетей, улучшению кровотока и метаболической активности, что в совокупности приводит к значительным улучшениям в эмоциональном состоянии и когнитивных функциях пациентов.

В последнее время всё больше внимания уделяется использованию программно-аппаратных комплексов для реабилитации после инсульта. Исследования демонстрируют, что выполнение имитированных движений с заданной целью активизирует сенсомоторные области коры мозга за счёт нейропластичности [3]. Современные интерфейсы фиксируют активность мозга, генерируемую при мысленном представлении движений конечностей, и передают эти сигналы на внешние устройства, такие как экзоскелеты [4].

Метод биологической обратной связи (БОС) представляет собой современный подход в восстановлении функциональных нарушений у пациентов после инсульта через психофизиологические тренировки. Эти аппаратно-программные комплексы точно фиксируют физиологические сигналы человека и через внешнюю обратную связь предоставляют информацию о состоянии тела. Это позволяет пациенту научиться контролировать свои физиологические параметры и применять эти навыки в повседневной жизни. [5].

Заключение. Создание системы поддержки, основанной на междисциплинарном взаимодействии, играет ключевую роль в реабилитации пациентов после перенесенного инсульта. Современное оборудование и методики в области восстановления могут успешно интегрироваться в текущие программы реабилитации, а также послужить

основой для разработки новых стратегий восстановления здоровья пациентов, после перенесенного инсульта.

Список литературы

1. Шаймарданова К.Р., Уразбахтина Ю.О. Некоторые аспекты использования систем виртуальной реальности для реабилитации пациентов с расстройствами равновесия // Современные научные исследования и разработки. – 2017. – №8. – С. 609-613.
2. Помников В.Г., Коробов М.В. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. – СПб: Гипократ, 2017. – 281 с.
3. Доян Ю.И., Сидорова Ю.К., Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Биохимический и клинический взгляд на нейротрофический фактор мозга (BDNF) // Медицинская наука и образование Урала. – 2018. – Т.19, №1. – С. 165-169.
4. Фролов А.А., Бирюкова Е.В., Бобров П.Д. и др. Эффективность комплексной нейрореабилитации пациентов с постинсультным парезом руки с применением нейроинтерфейса ""мозг-компьютер" + экзоскелет" // Альманах клинической медицины. – 2016. – Т.44, №3. – С. 280-286.
5. Пономаренко Г.Н. Реабилитация инвалидов: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 736 с.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Попов М.В., Нехаенко Н.Е., Зубкова О.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж

Введение. Студенты медицинского университета – группа населения, требующая особого внимания со стороны общественного здравоохранения и медицинской профилактики.

В начале это связано, прежде всего, с переходным периодом в момент взросления. Заканчивается общее среднее образование и человек перемещается в новую социальную среду. При поступлении в образовательную организацию высшего образования меняется привычная среда общения, появляются новые учебные дисциплины и уровни их освоения. В ряде исследований, у студентов младших курсов прослежена более низкая самооценка, что может быть связано с длительным периодом адаптации. Респонденты отмечают очень большой объем информации, который необходимо освоить в этот период [1].

На 3 курсе, заканчиваются общие дисциплины, начинаются цикловые занятия. Данный период также характеризуется уязвимостью здоровья студентов. Привычный уклад жизни, вновь меняется, обучающиеся начинают контактировать с пациентами, а также перемещаться между клиническими базами. Многие начинают работать в

структуре среднего медицинского персонала, приближается период аккредитации. В ряде исследований у студентов в данный период отмечено повышение уровня депрессии и тревожности, что вероятно связано с возникновением новых стрессовых триггеров [2].

На протяжении всего обучения в медицинском университете студенты–медики подвергаются воздействию большого количества стрессовых факторов, следовательно, находятся в группе риска по возникновению зависимостей от алкоголя и курения, гиподинамии, повышения уровня тревожности, возникновения депрессии.

Для решения данной проблемы большое значение имеет своевременное выявление нарушений здоровья, а также постоянная профилактика внутри образовательных организаций.

Целью работы явилась оценка распространенности курения и употребления алкоголя, а также связь этих параметров с возникновением депрессии и тревожности у обучающихся в медицинском университете.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, в исследовании приняли участие 548 человек, обучающиеся с 1-6 курс. При оценке уровня депрессии была использована шкала HADS, для оценки уровня тревожности опросник Стилберга-Ханина.

Статистическая обработка данных проводилась в программе StatTech v. 4.2.6 (разработчик - ООО "Статтех", Россия).

Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. При оценке статуса курения, установлено, что 81 % опрошенных (444 человека) не курят, 19% (104) имеют пагубную зависимость. При оценке гендерных различий были выявлены статистически-значимые отличия между респондентами ($p < 0,001$). Склонность к курению в большей степени наблюдалась у представителей мужского пола, в настоящее время имеют зависимость 32,8 % (42 юношей) и 14,8% (62 девушки).

Данные результаты соответствуют зарубежному исследованию, в котором также отмечена большая приверженность к курению у мужчин. По представленным данным, курят 44% опрошенных мужчин и 13,3% женщин ($p < 0,001$) [3].

Был изучен спектр табачных изделий, представленный на Российском рынке, после чего проведён мониторинг среди курящих студентов, по оценке их приверженности к табачным изделиям. Большая часть опрошенных 48,1% (50 респондентов), отметили, что отдают предпочтение вейпам с жидкостью, на втором месте оказались обычные сигареты, их предпочитает 34,6% (36 курящих студентов), менее востребованными стали сигареты с электронной платой, их выбирают 17,3% (18 обучающихся в медицинском университете).

В проведенном исследовании прослежены гендерные различия при выборе табачных изделий. Курящие мужчины, чаще предпочитают обычные сигареты 52,4% (22 опрошенных), а курящие женщины – вейпы с жидкостью 53,2% (33 студентки).

При изучении гендерных особенностей возраста начала курения, было замечено, что женщины в среднем начинают курить на год раньше, чем мужчины. Важно, отметить, что эта особенность также была описана авторами при проведении исследования в Новосибирском Медицинском университете [4].

Также была оценена приверженность к алкоголю. 0,09 % (5 человек) отметили, что употребляют алкоголь более трех раз в неделю, 2,7% (15 человек) – 1 раз в неделю, 5,7% (31 обучающийся) не употребляют алкоголь совсем. Большая часть – 397 респондентов 72,5% отметили, что употребляют алкоголь не более одного раз в месяц.

Проведен корреляционный анализ между показателями «возраст начала курения» – «наличие депрессии», «возраст начала курения» – «наличие ситуативной тревожности», «возраст начала курения» – «наличие личностной тревожности», «возраст начала употребления алкоголя» – «наличие депрессии», «возраст начала употребления алкоголя» – «наличие ситуативной тревожности», «возраст начала употребления алкоголя» – «наличие личностной тревожности». По шкале Чеддока между этими показателями была установлена разнотеснотная обратная связь.

Таким образом, было установлено, что чем раньше студент начинает курить и употреблять алкоголь, тем более серьезные нарушения здоровья в виде появления депрессии и увеличения уровня тревожности у него наблюдаются.

Заключение. В ходе исследования установлено, что большая часть студентов медиков - 81 % не имеет зависимости от курения. Курящие студенты-юноши чаще употребляют обычные сигареты - 52,4%, а девушки вейпы с жидкостью- 53,2%. Большая часть опрошенных респондентов- 72,5%, отметили, что употребляют алкоголь не более одного раза в месяц. При проведении корреляционного анализа, установлена обратная связь между возрастом начала курения и возникновением нарушений здоровья.

Список литературы

1. Проценко А. В., Толбин А.А., Мелихова Е.П. Изучение психо-гигиенических аспектов здоровья студентов медицинского вуза // Молодежный инновационный вестник. – 2018. – Т. 7, № S1. – С. 239-240.
2. Зубкова О.А., Комиссарова О.В., Хатуаев Р.О. Оценка взаимосвязи продолжительности сна и уровня тревожности у студентов медицинского университета // Агаджаньяновские чтения = Aghajanian readings : материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 25–27 мая 2023 года / Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы. – Москва: Российский университет дружбы народов (РУДН), 2023. – С. 156-159.
3. Alnasser ANA, Al-Tawfiq JA, Kheimi RMA, Alibrahim RMS, Albanawi NAN, Almeshal AKA, Alsomali HMH, Al Kalif MSH, Al Sayed Ahmed HH, Khamees SHA, Al-Thubiani WSS, Alqurashi DSM, Alrashed AAA, Alburaih JAH, Alnasser AAN. Gender Differences in Smoking Attitude among Saudi Medical Students. Asian Pac J Cancer Prev. – 2022 – С. 2089-2093.
4. Вохминцева Л.В., Ванюнина В. В., Юзенас Т. П., Терещенков А. Ю. Гендерные различия распространенности табакокурения среди студентов первых трех курсов Новосибирского государственного медицинского университета // Бюл. физ. и пат. дых. – 2011. – №39. – С.56-59.

MEDDIGITAL: СЕТЕВОЙ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ

Рашидова Ф.М., Кобзева Ю.А., Неловко Т.В., Тверскова В.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. С появлением интернета и социальных сетей наш мир претерпел множество изменений. Сегодня, чтобы донести информацию до аудитории и иметь фидбэк, целесообразно реализовывать новейшие технологии сетевого общения посредством популярных платформ соцсетей или интернета. Рынок медицинских услуг отличается высокой конкуренцией, что побуждает частные клиники к постоянному поиску эффективных способов привлечения пациентов. Социальные сети, с их обширным охватом целевой аудитории и возможностью персонализированного таргетинга, стали ценным инструментом для продвижения медицинских учреждений. [1]

Объектом анализа является сектор частной медицины, быстрореагирующий на изменения информационно-коммуникационной среды. Частные медицинские учреждения имеют финансовую независимость, свободу действий в управлении и принятии решений. Быстрая реакция на изменяющиеся потребности пациентов и рынка здравоохранения, внедрение инноваций без необходимости прохождения бюрократических процедур-преимущества частного сектора медицины.

Цель исследования. Целью данного исследования является выявление эффективности использования социальных сетей в качестве инструмента продвижения медицинских услуг, выявление преимуществ и недостатков данной стратегии.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования был осуществлен анализ социальных сетей, используемых в качестве информационных площадок рынка медицинских услуг. Объектами исследования стали сайты, страницы, профили, видеохостинги, каналы частных медицинских учреждений на популярных площадках интернета, в общем количестве 25 объектов.

Результаты исследования. Интернет-пространство активный инструмент рекламной медицинской сферы.

Было выявлен ряд преимуществ использования социальных сетей для продвижения частной клиники:

1. Клинические кейсы как факт оказания качественной медицинской помощи. Одним из ключевых элементов продвижения клиники в социальных сетях являются клинические кейсы. Это визуализация, детальное описание случаев лечения, проблем и их решений. Публикация таких кейсов, фото-протоколов помогает пациентам понять, какие проблемы может решить клиника, а также увидеть реальные результаты до/после работы специалистов. [2;3]

2. Публикация информационно-образовательного контента, как альтернативный вариант санитарно-просветительской работы, гарантирует привлечение аудитории и удержание ее внимания. Это могут быть статьи о здоровом образе жизни, советы по уходу за собой, а также информация о новейших методах лечения. Чем больше полезной

информации клиника предоставляет своим подписчикам, тем больше шансов, что они станут ее постоянными клиентами. [4]

3. Повышение узнаваемости бренда, так называемый брендбук: дает клиникам возможность охвата более широкой аудитории.

4. Создание сообщества и укрепление отношений с пациентами: предоставляют клиникам платформы для взаимодействия с уже существующими и потенциальными пациентами, создавая чувство сообщества и укрепляя их доверие.

5. Привлечение известных персон, личностей и блогеров для продвижения клиники может значительно увеличить ее популярность и привлечь новых пациентов. Известные персоны могут стать амбассадорами клиники, рассказывая о ее услугах и своем положительном опыте.

6. Онлайн-запись. Посредством приложения или сайта клиники дают возможность записаться на прием к врачу. Это удобно и эффективно, так как пациенты могут выбирать удобное время и специалиста, не тратя время на звонки в клинику, ожидание освободившегося оператора. Включает пакет дополнительных опций в виде возможности получения напоминаний о предстоящем приеме, доступ к истории посещений.

7. Генерация потенциальных клиентов и назначение на прием. Реклама в социальных сетях может быть эффективно нацелена на потенциальных клиентов, генерируя запросы на консультации.

8. Управление репутацией и получение отзывов: дают клиникам возможность контролировать свою онлайн-репутацию, получать отзывы от пациентов и реагировать на них в режиме реального времени. Ответы на вопросы в комментариях, проведение тематических опросов и конкурсов, а также организация онлайн-трансляций мероприятий – все это помогает укрепить доверие к клинике и поддержать взаимодействие с пациентами.

9. Обеспечение персонализированного взаимодействия. Социальные сети позволяют клиникам предоставлять персонализированное обслуживание и контент, адаптированный к индивидуальным потребностям отдельных пациентов.[5]

Хотя социальные сети являются мощным инструментом для продвижения частной клиники, они также имеют свои недостатки:

1. Необоснованно негативные отзывы: отзывы и комментарии в социальных сетях могут быть направлены на нанесения репутационного ущерба клиники. Хейтеры могут публиковать ложную информацию, негативные отзывы и комментарии, а также распространять недостоверные данные о медицинском учреждении и специалистах. Итог: потеря доверия со стороны пациентов, снижение клиентской базы.

2. Недостаточный контроль: информация, размещенная в социальных сетях, может быть недостоверной или искаженной, что может привести к недопониманиям и конфликтам.

3. Затраты времени и ресурсов: бесконечная связь 24/7. Необходимость постоянного обновления контента является неотъемлемой частью успешной стратегии взаимодействия с аудиторией. Эффективное управление социальными сетями требует значительных временных и финансовых затрат, что может быть недоступно для небольших клиник.

Заключение. Социальные сети открывают перед частными клиниками огромные возможности для продвижения и привлечения новых клиентов. Важно разнообразить подходы к продвижению и использовать все возможности онлайн-коммуникации для достижения поставленных целей. Правильно подобранная стратегия, интересный контент и взаимодействие с аудиторией позволяют не только увеличить популярность клиники, но и создать крепкие отношения с пациентами. Современный мир требует современных инструментов, и социальные сети – отличный способ развивать свой бизнес и быть ближе к своей целевой аудитории.

Список литературы

1. В. Ю. Тверскова, Ю. А. Кобзева, С. В. Парфенова. Врачебная тайна и социальные сети: юридические и медицинские аспекты, ответственность // Dental Forum. – 2021. – № 4(83). – С. 70.
2. О. В. Еремин, Ю. А. Кобзева, Л. В. Абаджян, А. Н. Галевич. Фотопротокол как инструмент современной медицинской коммуникации в стоматологической практике // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы: Материалы V международной научно-практической конференции, Саратов, 28–29 апреля 2023 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, 2023. – С. 283-288.
3. А. Н. Галевич, Л. В. Абаджян, Д. В. Логинов. Внеротовой фотопротокол как метод анализа и контроля лечения пациентов с аномалиями зубочелюстной системы // Молодежь и наука: результаты и перспективы: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых учёных с международным участием, Саратов, 30 ноября 2022 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, 2022. – С. 14-15.
4. Кобзева Ю.А., Рашидова Ф.М., Алиева Х.И. Лайк как способ поощрения медицинских работников // Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы: Материалы VI международной научно-практической конференции, Саратов, 28-29 марта 2024 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, 2024. – С. 337-340.
5. Ф. М. Бекирова, М. А. Асланян, В. Ю. Тверскова. Идентификация пациента как составляющая системы безопасности медицинской помощи // Dental Forum. – 2021. – № 4(83). – С. 13.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН В РАКУРСЕ СОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Реброва А.А., Кром И.Л., Еругина М.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. В последние десятилетия в России регистрируется снижение рождаемости. На фоне отрицательного естественного прироста населения России отмечается снижение женского репродуктивного здоровья, высокий уровень осложненной беременности и родов. Причины неблагоприятного течения и исхода беременности многофакторны. В современных исследованиях представлены доказательства влияния социальных рисков на течение и исход беременности.

Низкий социально-экономический статус рассматривается как предиктор репродуктивного здоровья и качества жизни беременных женщин. Причины, по которым социально-экономический статус способствует неблагоприятным исходам беременности и снижению качества жизни, могут быть концептуализированы «в терминах опосредующих воздействий, стрессов и моделей поведения, действующих на субъекта через социальные риски» [1].

Цель исследования – осуществить анализ характеристик социально-экономического статуса беременных женщин с осложненным течением беременности в регионе.

Материалы и методы исследования

В исследование включены беременные женщины с осложненным течением беременности. Исследование социально-экономического статуса беременных женщин проводилось в течение 2023-2024 гг. В качестве баз исследования определены поликлинические отделения медицинских организаций г. Саратова и области.

Анализ социально-экономического статуса проводился с использованием опросника, разработанного академиком РАН А.В. Решетниковым [2].

Результаты исследования

В исследование включены 153 беременных женщин с осложненным течением беременности. Средний возраст – 29 ± 1 год ($p < 0,05$). 19,6% респондентов имеют среднее образование, 39,3% респондентов – средне-специальное образование и 41,1% респондентов имеют высшее образование. 75,5% респондентов работают: у 46,3% респондентов профессиональная деятельность не связана с физическими нагрузками, 13,2% респондентов заняты легким физическим трудом респондентов 12,0% респондентов – физическим трудом средней степени тяжести и 4,0% респондентов – тяжелым физическим трудом (в исследовании степень тяжести физического труда указана в связи с субъективной оценкой респондентов).

Состоят в официально зарегистрированном браке 77,6% респондентов. В семье 8,5% респондентов нет детей. Один ребенок в семье 38,7% респондентов, двое детей – 34,5% респондентов, три и более детей в семье 18,3% участников опроса.

Средний уровень дохода на каждого члена семьи – $20,7 \pm 3,1$ тыс. руб. в месяц ($p < 0,05$).

Большинство (77,2%) респондентов не имеют собственного жилья: снимают квартиру (69,6% респондентов) или живут в общежитии (1,3% респондентов), проживают с родителями (6,3% участников опроса).

Социально-экономические риски оказывают непосредственное воздействие на исходы беременности. МК Kim et al. [3] отмечают, что у женщин в группе низкого

социально-экономического статуса, как правило, отмечались более высокие показатели соматического неблагополучия (преэклампсии, преждевременных родов и акушерских кровотечений), чем у женщин в группе со средним и высоким социально-экономическим статусом. Показатели низкого социально-экономического статуса, включающие низкий уровень образования, физически тяжелую работу, входят в число предикторов качества жизни беременных женщин и неблагоприятных исходов беременности [4].

Заключение. Установленные в ходе проведенного исследования показатели низкого социально-экономического статуса, способствующие неблагоприятным исходам беременности респондентов, будут учтены при оказании персонализированной медико-социальной помощи беременным женщинам, направленной на улучшение их качества жизни и исхода беременности.

Список литературы

1. Lane S.D., Keefe R.H., Rubinstein R., et al. Structural violence, urban retail food markets, and low birth weight // Health Place. – 2008. – № 14. С. 415–423.
2. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. – М.: Медицина. – 2003. – 1047 с.
3. Kim M.K., Lee S.M., Bae S.H., et al. Socioeconomic status can affect pregnancy outcomes and complications, even with a universal healthcare system // Int J Equity Health. – 2018. – № 17 (1). – С. 2.
4. Erickson AC., Arbour L. The shared pathoetiological effects of particulate air pollution and the social environment on fetal-placental development // J Environ Public Health. – 2014. – № 2014. – С. 901017.

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сазанова Г.Ю.¹, Еругина М.В.¹, Ковалев Е.П.²

¹ *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов*

² *Государственное учреждение здравоохранения «Саратовская городская клиническая больница № 1 им. Ю. Я. Гордеева»*

Введение. Качественная медицинская помощь определена Всемирной организацией здравоохранения как медицинская помощь, «повышающую вероятность достижения желаемых результатов в отношении здоровья населения и соответствующую семи измеримым характеристикам помощи: эффективности, безопасности, ориентированности на людей, своевременности, справедливости, интегрированности и рациональности» [1].

Цель исследования - проанализировать обращения пациентов по результатам оказания медицинской помощи в многопрофильной больнице.

Материалы и методы исследования. Представлены итоги 1 этапа исследования, посвященного изучению обращений от граждан, получивших медицинскую помощь в крупной многопрофильной больнице в 2022 году. Проведен анализ 100% благодарностей пациентов (N – 1482). При проведении исследования использовался статистический и аналитический метод. Достоверность разности средних и относительных величин оценивалась с помощью критерия Стьюдента при уровне статистической значимости 95%.

Результаты исследования. В структуре обращений 91% всех благодарностей приходится на стационар, 7% - на поликлинику и 2% - на административно-управленческий персонал. Общее количество благодарностей на 1 сотрудника стационара составило 2,5 благ., на 1 сотрудника общепольничного персонала – 2,0 благ., на 1 сотрудника поликлиники и всей медицинской организации – по 0,8 благ. соответственно. При сравнительной характеристике количества благодарностей в зависимости от должности на одного врача в стационаре приходится 3,8 благ., в поликлинике – 0,87 благ; на одного среднего медицинского работника – 2,0 благ. и 0,68 благ. соответственно, на одного человека, относящегося к категории младшего медицинского персонала в стационаре – 1,0 благодарность. В структуре благодарностей пациентам сотрудникам стационара на первом ранговом месте находятся отделения хирургического профиля (72% благодарностей), на втором - отделения терапевтического профиля (20%), на третьем ранговом месте – пищеблок (6% благодарностей). На четвертом ранговом месте расположились параклинические подразделения: на их долю приходится 3% благодарностей пациентов. Анализ благодарностей от пациентов работникам поликлиники показал, что более половины их (55%) поступили в адрес сотрудников Центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), 20% - в адрес сотрудников терапевтических отделений, 10% - врачам-специалистам и среднему медицинскому персоналу, работающему с ними, по 5% - сотрудникам женской консультации и хирургического отделения.

Заключение. Формирование системы, обеспечивающая доступность качественной медицинской помощи населению и повышение эффективности здравоохранения является одной из целей одной из целей национального проекта МЗ РФ «Здравоохранение» [2].

Увеличение доступности и качества медицинской помощи является одним из критериев удовлетворенности населения оказанной медицинской помощи.

Список литературы

1. [Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне [Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage]: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906>].
2. Федеральный проект "Укрепление общественного здоровья", <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/zozh>

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ СКРИНИНГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Н.А. Сураева^{1,2}, Терентьева Д.С.², О.О. Захарченко²

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

²Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение. Злокачественные новообразования (ЗНО) являются социально значимыми заболеваниями. На сегодняшний день уровень смертности от ЗНО постепенно снижается, но все также остается на втором месте после болезней системы кровообращения. По данным ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, «грубый» показатель смертности на 100 тыс. населения в Российской Федерации (РФ) и Северо-Западном Федеральном округе (СЗФО) в 2022 г. составил 188,72 и 210,04 соответственно, за 10 лет показатель снизился на 4,8 и 6,3% соответственно [1]. Ежегодный темп прироста ЗНО в РФ составляет около 2% [2]. «Грубый» показатель заболеваемости ЗНО на 100 тыс. населения в РФ и СЗФО за 2022 г. составил 425,89 и 466,53 соответственно за 2012-2022 гг. показатель вырос на 10,8 и 15,6% соответственно [1].

Опыт показывает, что социально-экономические, климатические и другие изменения в современном мире влияют на эпидемиологические процессы хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), в том числе ЗНО, которые, в свою очередь, приводят к росту заболеваемости.

Ведущей технологией, позволяющей обеспечить эффективность профилактического направления здравоохранения, является диспансеризация, которая включает в себя программу ранней диагностики ХНИЗ, в том числе ЗНО [3]. Диспансеризация определённых групп взрослого населения (ДОГВН) начавшаяся в РФ с 2013 г., состоит из двух этапов: I этап – скрининг; II этап – дополнительное обследование и уточнение диагноза заболевания (состояния) [3, 4].

Цель исследования: провести анализ мероприятий скрининга при ДОГВН в РФ и СЗФО в 2018-2023 гг.

Материалы и методы исследования. Данные формы отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о диспансеризации определённых групп взрослого населения» за 2018-2020 гг., №131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения» за 2021-2023 гг. Нормативная правовая документация, регламентирующая порядки проведения, а также порядки сбора и учета данных, полученных в ходе диспансеризации взрослого населения. В ходе исследования применялись методы дескриптивной статистики.

Результаты исследования. В ходе исследования проанализированы мероприятия скрининга и их результативность при диспансеризации в 2018-2023 гг.

Частота впервые выявленных случаев ЗНО на 1000 обследованных граждан в РФ и СЗФО в 2018 – 2023 гг. варьировалась от 1,2 до 1,5 и от 1,2 до 1,8 соответственно.

Анализ результативности мероприятий скрининга при ДОГВН, направленных на выявление ЗНО, в том числе на ранней стадии, в РФ и СЗФО был проведен по следующим локализациям: шейка матки; молочная железа; ободочная кишка, ректосигмоидное соединение, прямая кишка, задний проход (анус) и анальный канал [3,4].

Исследование показало, что в 2018-2023 гг. частота впервые выявленных случаев ЗНО шейки матки по РФ и СЗФО выросла с 0,02 до 0,3 и с 0,02 до 0,4 соответственно; молочной железы с 0,1 до 1,4 и с 0,2 до 1,7 соответственно; ободочной кишки, ректосигмоидного соединения, прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала с 0,05 до 0,5 и с 0,06 до 0,4 на 1000 обследованных граждан соответственно.

Заключение. На сегодняшний день диспансеризация является ведущей технологией выявления ХНИЗ, в том числе ЗНО, на ранних стадиях. На наш взгляд, адекватная оценка как результативности, так и эффективности мероприятий I и II этапов диспансеризации поможет разработать новые управленческие решения, направленные на своевременное выявление ЗНО.

Список литературы

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О., Лисичникова И.В., ред. Злокачественные новообразования в России в 2022 г. (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2023. 275 с.
2. Сураева, Н.А., Терентьева Д.С., Захарченко О.О. Выявление злокачественных новообразований при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения в Северо-Западном Федеральном округе. Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: Сборник материалов IV Международной научно-практической конференции, Саратов, 05-06 октября 2023 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, 2023. – С. 43-44.
3. Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 апреля 2021 № 404н. [Интернет]. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202106300043> (Дата обращения: 17.05.2024).
4. Захарченко О.О., Терентьева Д.С., Шикина И.Б. Трансформация онкологического компонента диспансеризации определённых групп взрослого населения с 2013 по 2021 год. Социальные аспекты здоровья населения. 2022. Т. 68. № 3. С. 3. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-3-3

КЛИНИКА СТОМАТОЛОГИИ КАК ОБУЧАЮЩИЙ ЦЕНТР В РАМКАХ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Савина Е.А., Кобзева Ю.А., Парфенова С.В., Алтынбаева А.П., Магомедов М.Р.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского один из старейших вузов страны, в состав которого входит стоматологический факультет, основанный в 1988 году. В настоящее время факультет является одним из самых бурно развивающихся в соответствии с общероссийскими и общемировыми трендами как в образовательной сфере, так и в сфере оказания медицинских услуг. Следуя лозунгу СГМУ, мы не только сохраняем традиции, но и формируем новые. В структуре клинического центра вуза с 2020 года функционирует профильная клиника, кадровый состав которой представляет удачный синтез научного потенциала профессорско-преподавательского состава стоматологических кафедр и квалифицированных представителей практического здравоохранения.

Цель исследования. Ознакомиться с обучающим модулем «Операционный микроскоп, ультразвук и лазер как неотъемлемая составляющая ретритмента в эндодонтии» в рамках системы НМО в объеме 18 академических часов, созданный на базе кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний. Оценить предполагаемый эффект от его внедрения.

Материалы и методы исследования. В настоящее время практически год функционирует филиал консультативной стоматологической поликлиники на Советской 21, после полной реконструкции оснащенный самым современным оборудованием. Пациенты получают стоматологическую помощь экспертного уровня в соответствии с порядками оказания помощи взрослому населению, стандартами лечения и клиническими рекомендациями. Концепция клиники состоит в предоставлении всего спектра услуг стоматологического профиля от диагностики до протезирования с использованием цифровых технологий. Наши пациенты получают не разовое устранение боли, а комплексный персонализированный подход в достижении здоровья полости рта и сервис. Синергия новейшего оборудования, внедрения опыта лучших российских и зарубежных школ, возможностей профессионального роста позволяют использовать клиническую базу не только для лечебного приема и образовательного процесса студентов стоматологического факультета и департамента международного образования, клинических ординаторов, но и для повышения квалификации врачей-стоматологов Саратовской области и других регионов страны. Особенностью постдипломного медицинского обучения в настоящее время является система НМО-непрерывного медицинского образования. Дополнительное профессиональное образование включает в себя программы подготовки медицинских работников на программах повышения квалификации и программах профессиональной переподготовки. Характерной особенностью современного этапа обучения стало внедрение дистанционных форм [1, 2].

Результаты исследования. Сотрудниками кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний в 2024 году создан обучающий модуль «Операционный микроскоп, ультразвук и лазер как неотъемлемая составляющая ретритмента в эндодонтии» в рамках системы НМО, реализация которого планируется на базе клиники стоматологии. Обучающиеся в рамках данного модуля получают возможность повысить свои мануальные навыки с использованием операционного микроскопа, освоить извлечение инородных тел из просвета корневых каналов сложной топографии, усовершенствовать ретритмент с различными видами obturации каналов [3]. Проведение модуля НМО, предусматривает сбалансированное сочетание дистанционных образовательных технологий, традиционных лекционно-практических занятий и отработку мануальных навыков с использованием операционного микроскопа экспертного уровня разрешения. Сочетание современных методик обучения позволяет проявить гибкость подхода и вариабельность обучающего цикла в каждом конкретном случае, то есть реализацию максимально персонифицированного подхода. Каждая структура Министерства Здравоохранения и каждый врач стоматолог имеют свой личный кабинет на портале НМО с подробной информацией. Таким образом, каждый сотрудник имеет возможность построения индивидуальной траектории обучения с учетом предложенного ассортимента образовательных ресурсов.

Реализация пилотного проекта проводится с использованием стоматологического оборудования экспертного уровня: операционного микроскопа Carl Zeiss Extaro 300, аппарата для трехмерной obturации корневых каналов Calamus Dual, диагностических и клинических кейсов, что позволяет максимально приближенно к реальному приему воссоздать картину, а в дальнейшем получить и отработать необходимые эндодонтические навыки. Использование операционного микроскопа позволяет визуализировать объект лечения, возможность извлечь отломки эндодонтических инструментов из корневого канала, закрыть перфорацию, извлечь стекловолоконный штифт, найти пропущенный канал, обойти изгиб корневого канала [4, 5]. Микроскоп позволяет достичь максимальной визуализации не только операционного поля, но тканей зуба в глубине канала на расстоянии примерно до 18-20 мм.

Заключение. Клиника стоматологии полноценная и перспективная площадка для реализации вновь созданных циклов НМО. Данная практика постдипломного обучения позволяет осваивать новейшее оборудование и современные стоматологические техники в режиме реального времени без отрыва от производства. Внедрение системы НМО сотрудниками клиники и профильных кафедр это весомый вклад в масштабирование приносящей доход деятельности.

Список литературы

1. Асланян М.А., Еремин О.В., Кобзева Ю.А. и др. Цифровая трансформация медицинского стоматологического образования // В сборнике: Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы. Материалы IV международной научно-практической конференции. – Саратов, 2022. – С. 424-431.
2. Еремин О.В., Кобзева Ю.А., Асланян М.А. и др. Внедрение технологий дистанционного обучения в образовательный процесс кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний // В сборнике: Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы. Материалы V международной научно-практической конференции. – Саратов, 2023. – С.

390-394.

3. Асланян М.А., Еремин О.В., Савина Е.А. и др. Сравнительная характеристика степени растворимости и уровня рН материалов, предназначенных для obturации корневых каналов // *Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование*. – 2018. – № 64. – С. 18-20.
4. Еремин О.В., Кобзева Ю.А., Абаджян Л.В. и др. Фотопротокол как инструмент современной медицинской коммуникации в стоматологической практике // В сборнике: Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы. Материалы V международной научно-практической конференции. – Саратов, 2023. – С. 283-288.
5. Савина Е.А., Еремин А.В., Еремин О.В. Прогностические критерии в терапии резорбтивных поражений корня зуба (обзор) // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2020. – Т. 16. – № 2. – С. 474-477.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Сапогова М.Д., Кром И.Л.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Для современных национальных систем здравоохранения актуальна проблема кадрового кризиса, дефицита медицинских кадров [1]. ВОЗ отмечает, что одной из задач системы здравоохранения является «поддержание инфраструктуры, включая кадровые ресурсы» [2]. В условиях дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в национальных системах здравоохранения перспективным представляется изучение особенностей профессиональной деятельности и пролонгирование возрастной профессионализации врачей старше трудоспособного возраста.

Цель исследования. Рассмотреть релевантные медицинской специальности некоторые особенности профессиональной деятельности врачей старше трудоспособного возраста.

Материалы и методы исследования. Авторами статьи проведён анализ публикаций зарубежных и российских баз данных.

Результаты исследования. Многочисленные исследования описывают особенности профессиональной деятельности врачей старше трудоспособного возраста национальных систем здравоохранения.

Врачи старше трудоспособного возраста различных медицинских специальностей часто сталкиваются с возрастными проблемами профессиональной деятельности: снижением способности восстанавливаться после работы по ночам, более высоким уровнем эмоционального истощения в конце рабочего дня, сложностью практиковать и внедрять новые методы диагностики и лечения. Сложнее справляться с большим объёмом пациентов и стрессом в процессе оказания неотложной помощи. Ухудшается индивидуальное здоровье, возникают когнитивные проблемы [3].

Медицинская специальность врачей старше трудоспособного возраста определяет сроки их выхода на пенсию. Несмотря на общие для врачей всех специальностей возрастные проблемы, хирурги особенно неохотно выходят на пенсию и сообщают о самом высоком уровне профессиональной удовлетворенности. Более того, хирурги – участники опроса (средний возраст респондентов 60 лет) уверены в том, что могут внести большой вклад в медицинскую сферу [4]. В то же время в исследовании F. Smith et al. [5], среди 3695 выпускников медицинских вузов Великобритании 1974 и 1977 годов выпуска, анестезиологи и врачи общей практики чаще, чем врачи других специальностей, высказывались о возможности прекращения профессиональной деятельности вследствие ухудшения навыков/компетентности.

Заключение. Преодоление возрастных особенностей профессионализации врачей старше трудоспособного возраста и пролонгирование их профессиональной деятельности рассматривается как одно из направлений решения проблемы кадрового дефицита в национальных системах здравоохранения.

Профессиональная деятельность врачей старше трудоспособного возраста имеет ряд специфических особенностей, релевантных медицинской специализации.

Список литературы

1. Кром И.Л., Еругина М.В., Еремина М.Г., и др. Типология социальных предикторов как исследовательский инструмент изучения кадрового кризиса российского здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022; 30 (1): С. 148-152.
2. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе в 2012 году: Курс на благополучие / Всемирная организация здравоохранения. – URL: <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2012> (15.05.24)
3. Goldberg R, Thomas H, Penner L. Issues of concern to emergency physicians in pre-retirement years: a survey. J Emerg Med. 2011 Jun;40(6):706-13.
4. Survey report – Physician views on retirement [comphealth.com] 2017. <https://comphealth.com/resources/physician-views-on-retirement-survey-report/> (15.05.24)
5. Smith F, Lachish S, Goldacre MJ, Lambert TW. Factors influencing the decisions of senior UK doctors to retire or remain in medicine: national surveys of the UK-trained medical graduates of 1974 and 1977. BMJ Open. 2017 Oct 31;7(9):e017650.

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКИ

Смотрова Ю.Н., Пиунова О.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

результатов приемки (4 мин), сортировка поступивших товаров (19 мин), отпуск спирта этилового (24 мин).

Согласно результатам опроса, значимость большинства проблем в работе БА для фармацевтических работников приблизительно одинакова, большая часть их них имеют высокие ранговые места. В качестве основных проблем можно выделить недостаточное финансирование (средний ранг $2,03 \pm 0,17$ из 7) и морально устаревшую нормативно-правовую базу ($2,37 \pm 0,17$). Опрошенные отмечают среди негативных сторон работы в БА существенное количество должностных обязанностей (61,4%), высокую нагрузку на каждого специалиста (55,4%) и большое количество отчетной документации (57,4%). Проблемы слабой материально-технической базы ($2,47 \pm 0,18$) и недостаточного внедрения автоматизации в работу больничных аптек ($2,46 \pm 0,18$) имеют среднюю значимость, по мнению специалистов. Результаты хронометража свидетельствуют о выраженности данных проблем. В структуре рабочего времени были выявлены потери (в основном связанные со сбоями в работе техники и программ), составившие $8,83 \pm 1,22\%$ рабочего времени.

В хронометражной карте также были предусмотрены такие работы, как информирование врачей о ЛП и осуществление фармацевтического контроля обращения ЛП в отделениях МО. Однако на данные элементы за период исследования рабочего времени затрачено не было. Отсутствие внутрибольничного фармацевтического контроля как проблему в деятельности БА фармацевтические работники ставят на последнее ранговое место ($3,38 \pm 0,21$). Недооценка значимости данных видов работ может указывать на недостаточно хорошо организованные коммуникации внутри МО.

Согласно литературным данным, 61,4% БА испытывают нехватку фармацевтического персонала [1]. Проблема дефицита фармацевтических кадров и отсутствия у них мотивации к работе в аптеке МО ($2,51 \pm 0,19$) имеет по результатам опроса средний уровень значимости. Значительное число респондентов отмечают, что БА является привлекательным местом работы (67,3%). В качестве положительных аспектов работы БА респонденты выделяют отсутствие непосредственного общения с пациентами (71,3%) и необходимости работать с контрольно-кассовой техникой (73,3%), а также комфортный рабочий график (68,3%).

Заключение. На основании результатов исследования можно рекомендовать совершенствование деятельности БА в следующих направлениях:

1. Обновление материально-технической базы, а также повышение уровня автоматизации процессов в целях минимизации потерь рабочего времени, вызванных сбоями в работе техники;
2. Усиление фармацевтического контроля за хранением и учётом ЛП в отделениях МО в целях оптимизации управления запасами ЛП и рационализации их использования;
3. Разработка внутренних регламентирующих актов (инструкций, нормативов, стандартных операционных процедур) для минимизации отрицательного влияния устаревшей нормативно-правовой базы.

Список литературы

1. Зубков В.В., Ягудина Р.И., Дроков М.Ю. Общая структура и персонал аптек медицинских организаций в Российской Федерации // Ремедиум.– 2022.– №1.– С. 42-49.

2. Зубков В.В., Ягудина Р.И. Анализ нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность аптек медицинских организаций (больничных аптек) в России // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2022. – №2. – С. 5-24.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОНСОЛИДИРОВАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ В УСЛОВИЯХ ПОГРУЖНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Томников М.Д., Левченко К.К., Кром И.Л.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

Введение. Травматология XXI века располагает широким спектром имплантов для металлоостеосинтеза (МОС) костей конечностей, в связи с чем удаление металлических имплантов после сращения перелома является одной из наиболее частых травматологических операций [1]. На протяжении длительного времени положение о необходимости удаления имплантов являлось аксиомой. С ростом количества исследований, посвященных данной проблеме, мнения специалистов разделились. Так, Court-Brown отметил купирование болевого синдрома после удаления имплантов у 97% больных [2]. При этом в аналогичной работе Boerger улучшение отмечено лишь у половины (56%) пациентов [3]. При этом удаление имплантов, как и любая другая операция, несет риск осложнений.

Цель исследования. Оценка качества жизни пациентов с консолидированными переломами после МОС.

Материалы и методы исследования. Выполнено исследование качества жизни 591 пациента с консолидированными переломами, у которых в условиях ГУЗ СГКБ№9 за период с 2015 по 2023гг. выполнено удаление имплантов. В исследование включены совершеннолетние больные обоего пола с переломами в стадии консолидации, послеоперационный период у которых протекал без осложнений.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов на момент удаления составил 47,3 года. Наиболее пожилыми больными, что объясняется сопутствующим остеопорозом, являлись пациенты с переломами бедренной кости [4]. Наиболее распространенной причиной удаления имплантов была умеренная боль (274 пациента (42,1%)) и дискомфорт (363 пациентов (55,8%)), при этом аналогичные данные демонстрирует анализ работ в мировой литературе [5]. Также у ряда пациентов (7 человек, или 1,08%) определялось снижение амплитуды движений в суставах после МОС. При анализе продолжительности оперативного лечения установлено, что наиболее длительными явились удаление из бедренной и плечевой костей (55,7 и 56,2 минуты соответственно). При анализе ограничения движений в суставах после МОС и после удаления отмечено наиболее заметное увеличение амплитуды в локтевом, коленном и

голеностопном суставе. Наиболее значимое уменьшение болевого синдрома отмечено после удаления из ключицы и дистального отдела костей голени.

Заключение. Наиболее «симптомными» являются импланты в области голеностопного сустава, коленного сустава, а именно надколенника, а также в локтевом отростке, в связи с чем удаление из данных отделов является наиболее клинически оправданным. Наиболее сложным в техническом плане (травматичным, продолжительным по времени) следует считать удаление из бедренной и плечевой костей, в связи с чем оно должно проводиться лишь по абсолютным показаниям.

Несмотря на ежегодный рост количества исследований, посвященных проблеме необходимости удаления после МОС, на сегодняшний день в мировой и отечественной практике отсутствует единый алгоритм ведения данной группы пациентов, в связи с чем дальнейший анализ качества жизни больных после МОС и после удаления металлоконструкций остается крайне актуальной проблемой.

Список литературы

1. Böstman O., Pihlajamäki H. Routine implant removal after fracture surgery: a potentially reducible consumer of hospital resources in trauma units // *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*. – 1996. – Т. 41. – №. 5. – С. 846-849.
2. Court-Brown C. M. et al. Knee pain after intramedullary tibial nailing: its incidence, etiology, and outcome // *Journal of Orthopaedic Trauma*. – 1997. – Т. 11, № 2. – С. 103-105.
3. Boerger T. O. Is routine removal of intramedullary nails justified? // *International Journal of the Care of the Injured*. – 1999. – Т. 30. – №. 2. – С. 79-81.
4. Гладкова Е. Н. и др. Особенности тяжелого остеопороза у пациентов, длительно принимающих глюкокортикостероиды // *Эффективная фармакотерапия*. – 2020. – Т. 16. – №. 19. – С. 10–16.
5. Podeszwa D. A. et al. Comparison of bioabsorbable versus metallic implant fixation for physeal and epiphyseal fractures of the distal tibia // *Journal of Pediatric Orthopaedics*. – 2008. – Т. 28. – №. 8. – С. 859–863.

СИСТЕМНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ НОРМ ПРАВА В РАМКАХ ПРАВИЛ НАДЛЕЖАЩЕЙ АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Чукарина Ю.В.¹, Каржавых Е.А.¹, Фоменко В.А.¹, Передерий Е.А.¹
Авраменко А.В.², Белоус А.А.²**

¹ *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

² *Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Введение. В Российской Федерации по состоянию на 2023 г. насчитывается порядка 78,9 тыс. аптечных учреждений и их количество продолжает расти [1]. Деятельность аптечных учреждений традиционно является одной из самых активно регулируемых государством. В результате руководитель каждого аптечного учреждения сталкивается с необходимостью обработки огромного массива норм права, распределенных в различных нормативно-правовых актах (далее – НПА). Ключевым НПА, регулирующим фармацевтическую деятельность, являются Правила надлежащей аптечной практики.

Актуальность перехода к цифровым методам управления регуляторным соответствием фармацевтической деятельности связана с потенциальным сокращением управленческих затрат и числа ошибок в выполнении регуляторных требований. Также актуальность обусловлена необходимостью интеграции до 1 января 2026 г. в нормативное и экономическое пространство Российской Федерации новых регионов, вошедших в ее состав по результатам народных референдумов в 2022 г. [2]. На новых территориях до 2022 г. в исследуемой области было сформировано законодательство, имеющее существенные отличия от российского. Таким образом, на практике есть потребность в инструментах для быстрой и эффективной интеграции [3].

Одним из первых этапов цифровой трансформации управления регуляторным соответствием является перевод текста НПА в машиночитаемую форму, позволяющую в дальнейшем обрабатывать такие НПА с помощью компьютерных программ.

Цель исследования. Разработать формализованную модель НПА, предназначенную для использования в практике управления регуляторным соответствием аптечных учреждений и адаптированную к использованию в автоматизированных системах управления, оценить применимость разработанной модели на практике.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил текст НПА, регламентирующего вопросы надлежащей аптечной практики в Российской Федерации [4].

В качестве основного метода на первом этапе работы использовался метод системной реконструкции норм права, который позволяет получить формулировку нормы права в целостности ее отдельных составляющих элементов: объектов, требований, санкций, а также дополнительных пояснений к нормам права [5].

Результатом системной реконструкции является формализованная (онтологическая) модель НПА, в основе которой лежит структурированный массив формулировок элементов норм права, содержащихся в НПА – источнике. В качестве носителя модели использовался компьютерный редактор электронных таблиц.

На втором этапе работы была оценена практическая применимость полученной модели НПА. Для этого использовался метод самоинспекции в действующих аптечных учреждениях с помощью чек-листов.

Результаты исследования. С помощью метода системной реконструкции норм права разработана формализованная модель НПА – Правил надлежащей аптечной практики. Модель имеет следующие количественные характеристики: общее количество формулировок объектов – 177; количество требований – 423; количество пояснений – 43.

Невозможность четко описать в ограниченном тексте документа–источника всех объектов регулирования и соответствующих требований закономерно приводит к появлению гибких формулировок и акценте на ситуативных действиях субъекта регулирования. При системной реконструкции таких фрагментов появляются объекты, которые можно квалифицировать как некоторые «возможности», требованием к которым является «рассмотрение этой возможности». Общее количество объектов категории «возможность» в разработанной модели НПА составляет 13.

В отдельных случаях было принято решение о целесообразности внесения в модель двух конверсивных вариантов формулировок объектов и требований, относящихся к одному фрагменту источника. В работе было сформулировано 5 пар объектов с требованиями, которые представляют собой конверсивные эквиваленты.

На стадии анализа в тексте НПА – источника выявлены неточности, которые при составлении модели были исправлены.

В ходе второго этапа работы создан чек-лист по разделу «Управление качеством» рассматриваемого НПА. Чек-лист содержит 64 строки с проверяемыми нормами права. Каждая строка чек-листа включает следующие поля: формулировку объекта из модели НПА, отметку о наличии или отсутствии такого объекта в деятельности конкретного аптечного учреждения, формулировку требования к объекту регулирования из модели НПА, отметку о выполнении требования проверяемым аптечным учреждением.

В результате проведенных самоинспекций в трех аптечных учреждениях частной формы собственности в Луганской Народной Республике установлено, что 6 требований являются нерелевантными для этих аптечных учреждений вследствие отсутствия в лицензии соответствующих специализированных видов деятельности. Среди релевантных требований в двух аптечных учреждениях выполняется 43, а в одном - 44 требования, не выполняются 14 и 15 требований соответственно, что требует проведения корректирующих мероприятий.

Заключение. Впервые проведена системная реконструкция норм права надлежащей аптечной практики и разработана формализованная модель НПА, адаптированная к использованию в автоматизированных системах управления и предназначенная для использования в практике управления регуляторным соответствием аптечных учреждений. Применимость разработанной модели на практике положительно оценена в ходе процедуры самоинспекции в 3-х аптечных учреждениях.

Список литературы

1. Рейтинг российских аптечных сетей по итогам I–II кв. 2023 г. <https://remedium.ru/analytics/rejting-rossiyskikh-aptechnykh-setey-po-itogam-i-ii-kv-2023-g/?ysclid=lwllqvr91883674118> (Дата обращения: 24 мая 2024 г.)
2. Федеральный закон от 17.02.2023 № 16-ФЗ "Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств и обращения медицинских изделий в связи с принятием в Российскую Федерацию Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области"// Собр. законодательства Российской Федерации от 6 мая 2024 г. № 19 ст. 1194.

3. Передерий Е. А. Перспективы перехода фармацевтической службы Луганской Народной Республики на нормативно-правовую базу России / Е. А. Передерий, Ю. В. Урусова // Морфологический альманах имени В.Г. Ковешникова. – 2022. – Т. 20, № 3. – С. 100-105.
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.08.2016 г № 647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения» (Зарегистрировано в Минюсте России 9 января 2017 г. N 45113)
5. Воронин М.В., Авраменко А.В., Белоус А.А. Системная реконструкция норм права: потребности, методология, перспективы // Юридический мир. 2022. № 9. С. 30–38.

СОДЕРЖАНИЕ

ЕЖЕГОДНАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ТРЕТЬЯКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ» ВЫЯВЛЕНИЕ ВАРИАНТОВ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	
Адамова А.С., Ключева Е.Г., Голдобин В.В.	- 3 -
КАК ЗАПОДОЗРИТЬ БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА НА БЫТОВОМ УРОВНЕ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	
Алыпova А.В. , Лукина Е.В.	- 4 -
РОЛЬ НАРУШЕННОЙ ОБЩЕЙ БИОМЕХАНИКИ ЧЕЛОВЕКА В ФОРМИРОВАНИИ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА	
Барулин А.Е., Кузнецова П.Г.	- 7 -
РОЛЬ МИКРООРГАНИЗМОВ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ СИНУКЛЕИНОПАТИЙ	
Болотина Е.В.	- 8 -
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РАНЕЕ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ	
Бровко М.А. , Чехонацкий А.А. , Чехонацкий В.А.	- 10 -
СЛУЧАЙ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ИГНОРИРОВАНИЯ ПРИ ОБШИРНОМ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА В БАССЕЙНЕ ПРАВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ	
Букреева Е.Г.	- 11 -
ДИАБЕТИЧЕСКАЯ АВТОНОМНАЯ НЕВРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	
Букреева Е.Г., Лукина Е.В., Салина Е.А.	- 13 -
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ 5Q III ТИПА	
Быков Ю.Н. , Васильев Ю.Н. , Загвозкина Т.Н. , Аникина И.В., Тарасова Т.А. , Василькова С.В. , Плеханова Ю.С.	- 15 -
СТРУКТУРА ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Вершута В.А. , Воскресенская О.Н.	- 20 -
СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ COVID-19 ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	
Виноградов Е.И. , Селянина И.В.	- 21 -
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ И ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТРОМБОФИЛИИ	
Дашдамирова Л.Р. , Воскресенская О.Н. , Хизроева Д.Х.	- 21 -
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПЕРСОНЕЙДЖА – ТЁРНЕРА	
Жалейкина М.Н., Лихачева Е.Б., Салина Е.А.	- 22 -
РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА АППАРАТЕ «ГАММА-НОЖ»	

Камадей О.О., Лукин Д.А., Пышкина Ю.С., Сапожников В.А., Репин С.П., Михеев В.С., Гельбельман М.М., Синяткина Н.Н.	- 24 -
СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА МОЗГА И НЕЙРОТЕХНОЛОГИЙ	
Камадей О.О., Сенько И.В., Джафаров В.М.	- 26 -
ЛИЧНОСТНАЯ КРЕАТИВНОСТЬ КАК РЕСУРС ЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ДЕТЕЙ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ	
Колоколова Т.О., Делибалт В.В.	- 27 -
СИНДРОМ АНГЕЛЬМАНА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	
Королева К.Н., Фисун А.В.	- 29 -
ПРОБЛЕМА DIFFICULT-TO-TREAT ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА: ФОКУС НА ФИБРОМИАЛГИЮ	
Кирносова О.А.	- 34 -
СИНДРОМ КЕРНСА – СЕЙРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Кривец А.С., Ситкали И.В.	- 35 -
ПСОРИАЗ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА: ОЦЕНКА ПРИЗНАКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Львова О.И., Съянов С.А.	- 37 -
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АХРОМАТОПСИИ У ПАЦИЕНТКИ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В БАССЕЙНЕ ПРАВОЙ ЗАДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ	
Львова О.И.	- 38 -
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА	
Мелкумян Э.Х., Нагорнова В.В., Коротков А.Г.	- 39 -
ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	
Монахова Д. Д., Нефедова Э. А., Щеголева В. А., Лихачева Е.Б.	- 41 -
СИНДРОМ ЛЬЮИСА – САМНЕРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА	
Ойкин И.В., Яковлев Д.С., Ситкали И.В., Терешко В.Н.	- 43 -
СИНДРОМ РИГИДНОГО ЧЕЛОВЕКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	
Ойкин И.В., Колоколов О.В., Ситкали И.В., Макаров Н.С., Юдина В.В.	- 45 -
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛОССАЛГИЕЙ	
Парфенова С.В., Кобзева Ю.А., Неловко Т.В., Тверскова В.Ю., Савина Е.А., Абаджян Л.В., Асланян М.А., Алтынбаева А.П., Логинов Д.В., Парфенов А.К.	- 47 -
ОСОБЕННОСТИ ФИБРОМИАЛГИИ В САРАТОВЕ: ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ	
Пархонюк И.И.	- 49 -
СИНДРОМ СМИТА – КИНГСМОРА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Петалудзе В.А., Фисун А.В.	- 50 -

МУЛЬТИФАКТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Пехтелева А.А.....	- 55 -
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ	
Послед Т.Е., Чурсина Е.М., Лобанов М.Е., Гуменюк О.И.....	- 58 -
ОЦЕНКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПО ИЗУЧЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
Прохожев Д.А., Чехонацкий А.А., Бровко М.А., Филатов Д.Н.....	- 59 -
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ	
Репина Л. А.	- 60 -
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ИСХОДА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	
Репина Л.А.	- 61 -
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ОПТИЧЕСКОЙ ДИСГРАФИИ У ДЕТЕЙ	
Сатюкова М.О.....	- 62 -
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	
Сексяев Н.Е.	- 62 -
ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ИНСТРУМЕНТОВ СКРИНИНГА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Ситкали И.В., Петалудзе В.А., Королева К.Н.	- 63 -
ДВУСТОРОННИЕ ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ШВАННОМЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Умарова И.М., Кузнецова Е.Б., Колоколова А.М., Лихачева Е.Б., Салина Е.А.....	- 65 -
ДОРСАЛГИЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ: ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ	
Хоженко Е.В., Разумовский А.В.	- 67 -
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО НАДЪЯДЕРНОГО ПАРАЛИЧА	
Хохлов М.С.....	- 68 -
ОСОБЕННОСТИ ДЫХАТЕЛЬНОГО ПАТТЕРНА И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	
Черноволенко Е.П.	- 70 -
ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПО ИЗУЧЕНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ	
Чехонацкий В.А., Чехонацкий А.А., Бровко М.А., Цыганов В.И.	- 71 -
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ	
Шпилева С.А.	- 72 -

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ НЕМОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	
Шпилева С.А.	- 73 -
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ, III ТИП (КУТЕЛЬБЕРГА – ВЕЛАНДЕР)	
Янбулатов Ю.Ж., Ашанина Н.Ю.	- 74 -
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ФОРУМ «ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»	
ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ	
Байзуллина А.О., Дильмагамбетов Д.Д., Жамалиева Л.М., Ермагамбетова А.П.	- 75 -
ТРУДОУСТРОЙСТВО ВЫПУСКНИКОВ АКАДЕМИЧЕСКОГО БАКАЛАВРИАТА «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»: ОЖИДАНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ	
Бекболаткызы Д., Векленко Г.В.	- 77 -
КОРРЕКЦИЯ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ КОМПЛЕКСНЫМ ФИТОАДАПТОГЕНОМ И ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ КРАЙНЕ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ	
Датиева Ф.С., Дзампаева Ж.В.	- 79 -
ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ И АНЕМИИ	
Емельянова И.П., Калюта Т.Ю.	- 81 -
ПОДБОР РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК, СНИЖАЮЩИХ УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ, НА ОСНОВЕ БЕТА-ГЛЮКАНОВ	
Журавлева А. Е., Орлова В.В., Ростовская М.Ф.	- 82 -
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ	
Зиядуллаев Ш.Х., Исмаилов Ж.А., Мурадов Ш.Б.	- 84 -
ВАЖНОСТЬ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	
Зиядуллаев Ш.Х., Исмаилов Ж.А., Расули Ф.О.	- 86 -
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 8 И 12 ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	
Зиядуллаев Ш.Х., Исмаилов Ж.А., Расули Ф.О.	- 88 -
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДИНАМИКИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ ХЕМОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА	
Камалов З.С., Соибназаров О.Э., Зиядуллаев Ш.Х.,	- 89 -
КАЧЕСТВЕННЫЙ КОНТЕНТ-АНАЛИЗ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ ГРАМОТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	
Керева Ж.М., Векленко Г.В.	- 91 -

ЗЕЛЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭКСТРАКЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ И ИХ БИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ Ковалева Е.Г., Миронов М.А., Семенов А.Л., Федорос Е.И., Соколова К.С., Данилова И.Г.....	- 93 -
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОЛИСАХАРИДОВ АИРА БОЛОТНОГО В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Кокоев Л.А.	- 95 -
КОНЦЕПЦИЯ УНИВЕРСИТЕТА КАК ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА Семелева Е.В., Плигина Е.В., Селезнева Н.М.	- 97 -
БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОЛУЧЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕЛЕНИЗИРОВАННЫХ БУРЫХ ВОДОРΟΣЛЕЙ Струппуль Н.Э., Соболева Е.Л., Хомидов А.С., Силантьев В.Е.	- 99 -
STUDYING THE STRUCTURAL-FUNCTIONAL STATE OF THE MYOCARDIUM IN PATIENTS WITH GOUT ACCOMPANIED BY METABOLIC SYNDROME Tairov D.R., Umarova Z.K.	- 100 -
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ КОНСОЛИДИРОВАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА Томников М.Д., Левченко К.К.	- 102 -
ВЗАИМОСВЯЗЬ GLN27GLU ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА β_2 -АДРЕНОРЕЦЕПТОРА С МАРКЕРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ Фазлитдинова К.И., Турдибеков Х.И.	- 103 -
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ТРУДОПРАВОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Финогенова О.Ю.....	- 105 -
І МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВЫЗОВЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ» ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И НЕЙРОННЫЕ СЕТИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА Абаджян Л.В., Кобзева Ю.А., Парфенова С.В., Жалолова С.А., Шишерина Т.В.....	- 108 -
ВЛИЯНИЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА СОДЕРЖАНИЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ НЕЙРОТРАВМЫ Анников Ю.Г., Кром И.Л.	- 110 -
ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ Асланян М.А., Кобзева Ю.А., Парфенова С.В., Логинов Д.В., Алиева Х.И.	- 111 -
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Барашков Г.М., Ищенко Ю.В., Петров В.В.	- 113 -
ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В РОССИИ Басова А.В.	- 116 -

ЭЛЕКТРОННАЯ ИНФОРМАЦИЯ, СОСТАВЛЯЮЩАЯ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, КАК ОБЪЕКТ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ	
Власова М.В.....	- 119 -
ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДОНОРСТВА КОСТНОГО МОЗГА И ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК	
Герова О.А.....	- 121 -
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СКРИНИНГА НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	
Гусаров М.В., Баринова А.Н., Тайц Б.М.	- 123 -
СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЯМ "ПСИХИАТРИЯ" И "НЕВРОЛОГИЯ" СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ	
Давидов Д.Р. , Москвичева А.С., Шикина И.Б.	- 125 -
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА	
Дмитриев В.А.	- 127 -
СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
М.В. Еругина, Е.П. Ковалев, Г.Ю. Сазанова, И.Л. Кром, М.Г. Еремина, Е.М. Долгова	- 129 -
ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИМИ СЕЛЬСКИХ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ 1960-Х ГОДОВ	
Ищенко Ю.В., Петров В.В., Барашков Г.М.	- 132 -
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИЕЙ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: БАЛАНС ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ	
Калюта Т.Ю., Федонников А.С.	- 134 -
ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА В ДИНАМИКЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО С ТРУПАМИ	
Махманазаров Г.А., Тухтаров Б.Э.	- 137 -
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В СТРУКТУРЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	
Мосийчук О.М., Ивашкин Ю.М.	- 139 -
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В УСЛОВИЯХ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ	
Мусаева З.А.	- 142 -
ОБОСНОВАНИЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ	
Осиюк А.В.	- 143 -
ОРДИНАТУРА «СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ» В СТРУКТУРЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВЫПУСКНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Парфенова С.В., Кобзева Ю.А., Асланян М.А., Парфенов А.К., Азарян А.И.	- 145 -

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРДИНАТОРОВ ВТОРОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ	
Петров Н.В.	- 147 -
ТЕЛЕМЕДИЦИНА В РОССИИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ	
Полякова В. Д.	- 149 -
К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНСУЛЬТОМ	
Порошина А.М., Кром И.Л.	- 153 -
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ	
Попов М.В., Нехаенко Н.Е., Зубкова О.А.	- 155 -
MEDDIGITAL: СЕТЕВОЙ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ	
Рашидова Ф.М., Кобзева Ю.А., Неловко Т.В., Тверскова В.Ю.	- 158 -
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН В РАКУРСЕ СОЦИАЛЬНЫХ РИСКОВ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	
Реброва А.А., Кром И.Л., Еругина М.В.	- 160 -
АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Сазанова Г.Ю., Еругина М.В., Ковалев Е.П.	- 162 -
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ СКРИНИНГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ	
Н.А. Сураева, Терентьева Д.С., О.О. Захарченко	- 164 -
КЛИНИКА СТОМАТОЛОГИИ КАК ОБУЧАЮЩИЙ ЦЕНТР В РАМКАХ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
Савина Е.А., Кобзева Ю.А., Парфенова С.В., Алтынбаева А.П., Магомедов М.Р.	- 166 -
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	
Сапогова М.Д., Кром И.Л.	- 168 -
НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКИ	
Смотрова Ю.Н., Пиунова О.А.	- 169 -
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОНСОЛИДИРОВАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ В УСЛОВИЯХ ПОГРУЖНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА	
Томников М.Д., Левченко К.К., Кром И.Л.	- 172 -
СИСТЕМНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ НОРМ ПРАВА В РАМКАХ ПРАВИЛ НАДЛЕЖАЩЕЙ АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
Чукарина Ю.В., Каржавых Е.А., Фоменко В.А., Передерий Е.А., Авраменко А.В., Белоус А.А.	- 173 -

Научное издание

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

Сборник научных трудов

Технический редактор О.Н. Чуманова

Подписано к печати 22.11.2024 г.
Формат 60 x 84 1/16. Гарнитура Таймс.
Объём усл.-п. л. Тираж 500 экз.

Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского.
410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112

Отпечатано в соответствии с предоставленными материалами
в типографии ИП Зуев А.А.
410071, г.Саратов, ул.Рабочая, 190