Вестник
Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183



приложение №2, 2017

vestnikbgmu.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

приложение №2, 2017 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – **ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)**

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа);проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа);проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа),проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:
зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.
ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.
научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.
технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.
художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.
технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.
корректор – Брагина Н.А.
корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.

© ГБОУ ВПО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, 2017



Сборник материалов

82-й Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых «Вопросы теоретической и практической медицины»

Часть 2

ПСИХОЛОГИЯ, СОЦИОЛОГИЯ, ФИЛОСОФИЯ И ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ

Оглавление

ПРОБЛЕМА БЕССМЕРТИЯ В ЭПОСЕ «УРАЛ-БАТЫР» 5
МНЕМОНИКА И МНЕМОТЕХНИКА ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ ФАКУЛЬТЕТА «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО» 10
К ВОПРОСУ ОБ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 15
ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ОДНОГО СОЛДАТА 20
МОРАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ 25
Проблема обратимости и цикличности исторического времени 31
ПРАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ВО ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 36
ФИЛОСОФСКИЕ ИДЕИ В ТВОРЧЕСТВЕ Н. К. РЕРИХА 42
ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАЛИЗАЦИИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ 47
СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ И ТИП СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ. 52
ЭТАПЫ ПРИНЯТИЯ ДИАГНОЗА ПАЦИЕНТОМ 57
МОТИВЫ ПОСТУПЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ. 61
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 66
В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 66
РОЛЬ КОММУНИКАТИВНОЙ ПСИХОЛОИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА 72
СТОЛКНОВЕНИЕ С БУДУЩИМ: РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ 76
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ФГБОУ ВО БГМУ 82
ВОЛЯ ИЛИ КАК СЕБЯ ПОБЕДИТЬ 87
ИСТОРИЯ ДОМА-ПАМЯТНИКА 93
КУПЦА ТИКУНОВА 93
ОСОБЕННОСТИ НРАВСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ БАШКИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 98
ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ГАДЖЕТОВ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ 102
ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ФИЛОСОФСКИХ ИДЕЙ В ХОДЕ МИРОВОЙ ИСТОРИИ НА ПРИМЕРЕ ТВОРЧЕСТВА АРТУРА ШОПЕНГАУЭРА 107

ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СОЗНАНИЕ, ФИЗИОЛОГИЮ И ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ 113

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 119

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ БОЛИ В СПИНЕ 124

СУДЬБА ГВАРДЕЙЦА В СУДЬБЕ СТРАНЫ (О ГЕРОИЧЕСКОЙ СУДЬБЕ МОЕГО ПРАДЕДА АГЗАМА ТЛЯВКАБУЛОВА) 128

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ САМОУВАЖЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ 136

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ: ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ 141

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ САМОУВАЖЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ 146

ИЗУЧЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПАМЯТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА КАК НЕОБХОДИМОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ПРИ ОВЛАДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ СТАНДАРТАМИ 151

СКОРОСТЬ ЧТЕНИЯ И ЗАПОМИНАНИЕ НАПЕЧАТАННОГО ТЕКСТА РАЗЛИЧАЮТСЯ ПРИ ВАРИАНТАХ РАСПОЛОЖЕНИЯ ТЕКСТА НА ЛИСТЕ 156

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕСТРИЧЕСТВА МИЛОСЕРДИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ В 1896-1914 ГОДА 160

КОМПЛАЕНТНОСТЬ 164

КОМПЛАЕНТНОСТЬ КАК ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 169

ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА 173

ПРОБЛЕМЫ ИНСТИТУТА СЕМЬИ 179

ЭТИКА И МОРАЛЬ В XXI ВЕКЕ 184

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК ИНСТРУМЕНТ СКЛОНЕНИЯ К СУИЦИДУ: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ 189

ПРОБЛЕМА НАСИЛИЯ НАД МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ194

ВЫЯВЛЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ 205

МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ 210

МОРАЛЬНО–ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЫТОВ И ЭКСПЕРИМЕНТОВ. 215

МОТИВАЦИЯ КАК СМЫСЛООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ПРИ ВЫБОРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ 222

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 225

ПРОБЛЕМА НАСИЛИЯ НАД ЛЮДЬМИ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ 229
ПРОБЛЕМА МАНИПУЛИРОВАНИЯ ИНТЕРЕНТ- ЗАВИСИВЫМИ ЛИЧНОСТЯМИ 235
ИНТЕГРАТИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЫ 245
СИНЕСТЕЗИЯ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ, ГИПОТЕЗЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКИ..... 250
ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЙ В РОССИЙСКОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ 255
ПРОЯВЛЕНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА 260

УДК 128/129

Л.Э. Ахтямова, С.Ш. Рафиков

ПРОБЛЕМА БЕССМЕРТИЯ В ЭПОСЕ «УРАЛ-БАТЫР»

Научный руководитель - к. филос. н., доцент А. С. Зубаирова-Валеева
Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин
с курсом социальной работы,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Что такое бессмертие? Необходимо ли человеку физическое бессмертие? Эти вечные вопросы волновали человечество с момента его возникновения. Люди искали источники бессмертия: эликсир молодости, философский камень… Всё это нашло отражение в мифах, сказаниях, эпосах разных народов и культур. Было проведено исследование представлений о бессмертии в башкирском народном эпосе «Урал-батыр». Автор приходит к выводу, что одна из центральных идей этого эпоса состоит в том, что настоящее бессмертие человека не в вечном долголетии, а в его благих делах на пользу мира.

Ключевые слова: бессмертие, смерть, живая вода, эпос

L.E. Akhtyamova, S.Sh. Rafikov

THE PROBLEM OF IMMORTALITY IN THE EPOS "URAL BATYR"

Scientific Advisor — Ph. D. in Philosophy, Associate Professor A. S. Zubairova-Valeeva
Department of philosophy and social-humanitarian disciplines
with the course of social work,
Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: What is immortality? Does a person need physical immortality? This eternal question has troubled mankind for many centuries. Since ancient times people have been looking for sources of immortality: the elixir of youth, the philosopher's stone… In order to find answers to these questions, this study was conducted. The notion of immortality in the Bashkir folk epic "Ural-batyr" was studied.

Keywords:immortality,death, living water, epos

Актуальность. Проблема бессмертия была актуальной на протяжении всей истории человечества; не теряет она своей насущности и по сей день. Интерес к этой проблеме в

последнее время появляется чаще в связи с развитием медицины и новых технологий. Борьба с опасными для человека заболеваниями, создание искусственных органов, загрузка сознания на жесткий диск компьютера, терапия стволовыми клетками, генная инженерия, в конце концов, могут осуществить мечту человечества о физическом бессмертии. Но так ли необходимо нам физическое бессмертие, есть ли смысл делать его достижение целью своей жизни? Свой ответ на этот вопрос, возможно, содержится в башкирском народном эпосе «Урал-батыр».

Цель исследования: проанализировать представления о смерти и бессмертии в башкирском народном эпосе «Урал-батыр» с целью поиска ответа на вопрос, что даст человечеству бессмертие, и нужно ли оно.

Материалы и методы: Для достижения данной цели применялись общефилософские методы исследования: индукция, дедукция, анализ и синтез, исторический и диалектический методы. Было проанализировано содержание башкирского народного эпоса «Урал-батыр».

Результаты и обсуждения.

Бессмертие — это жизнь в физической или духовной форме, не прекращающаяся неопределённо долгое время. В религиозных представлениях - это вечное существование души, обитающей в теле и покидающей его после смерти, загробная жизнь.

Многие путают понятие «бессмертие» с понятием «вечность», которое подразумевает свойство и состояние вещества, не ограниченного временем. Его также следует отличать от понятий, характеризующих возможность живого организма существовать долго в зависимости от скорости метаболизма в нём, или существовать дольше обычных сроков существования для подобных организмов (долгожительство).

На практике и, особенно, в художественном творчестве, эти понятия смешиваются.

В башкирском народном произведении «Урал-батыр» предельно ясно выражено отношение людей к смерти:

«Смерть - такая злодейка! Она
Глазу людскому не видна.
Живет невидимкою эта тварь» [4, с. 36]

«Урал-батыр» относится к разряду героических сказаний, созданных на основе древних мифологических представлений и быта башкир. Он является наиболее ярким и

монументальным памятником духовной культуры башкирского народа. Популярность и огромная ценность его в том, что в нем с высоким поэтическим мастерством отражены вечные темы бессмертия жизни и природы, торжества добра над злом, идеи справедливого мироустройства и гуманизма.

В начале эпоса рассказывается об образе жизни старика Янбирде и старухи Янбики, у которых было два сына - Урал и Шульген:

«Не знали, что такое болезни,
Смерть была для них неизвестна;
Полагали: для всех на свете
Сами они являются смертью»[2, с.6]

За очередной трапезой, поедая пойманную дичь, Урал впервые задумывается о том, не сможет ли смерть настигнуть и его семью. Затем отец ведает ему о «невидимой злодейке смерти» и о существовании живого родника, который может обессмертить того, кто из него выпьет. Тем самым Урал возгорается идеей уничтожить Смерть и созывает животных, чтобы они помогли ему в этом. Но не все звери были согласны с ним. Свою точку зрения высказывает ворона:

«Если сильные на слабых
Вдруг охотиться перестанут,
Иль всякого, кто рожден на свете,
Отныне будет обходить Смерть;
Если осенью в строгие сроки
Не выпадут заморозки, а деревья,
Изменив законам природы,
Не сбросят листву на зимнее время, -
Есть ли прок в том живым на земле?»[5,с.44]

Урал не соглашается с мнением мудрой вороны и по-прежнему считает смерть абсолютным злом. Волею судьбы семья Урала на охоте ловит лебедя, которая на самом деле оказывается дочерью царя Самрау – Хумай. Она умоляет их отпустить ее, предлагая взамен рассказать местонахождение того самого живого родника. В итоге лебедю удается улететь, о

чем старик со старухой сильно пожалели. Отец отправляет сыновей на поиски живого родника по следам лебедя и велит им отрубить голову Смерти, если она встретится им по пути.

Таким образом, начинается долгое путешествие Урал-батыра, в ходе которого он становится мудрым и славным героем своего народа. В эпосе изображаются подвиги Урал-батыра и злодеяния Шульгена, который переметнулся во вражескую сторону – сторону зла. Во время поисков бессмертия Урал сражается с насильниками, со злыми силами природы, воплощенными в образах драконов, змей, дивов и т.д.. Он неустанно ищет живой родник, чтобы обессмертить себя и других людей. В конце концов ему удается его найти, но испытавший муки бессмертия мудрый старик открывает герою другую тайну:

«То, что Смертью мы зовем,
Злые прозвища даем, -
Вечности нетленный закон,
Мир от гнилья очищает он.
Не желайте вечными быть,
Из родника живого пить!»[5, с.124]

Старик полностью меняет представление Урала о значении смерти. Рассказывает о том, что настоящее бессмертие человека не в вечном долголетии, а в его благих делах на пользу мира. Осознав глубокий смысл слов мудрого старца, батыр вместо того, чтобы выпить живую воду, окропляет ею окружающую среду, тем самым жертвуя своей жизнью.

Здесь нельзя не упомянуть высказывание русского публициста Виссариона Григорьевича Белинского: «Люди умирают для того, чтобы жило человечество»[3].

Заключение и выводы.На протяжении всего эпоса мы можем наблюдать, как ум Урала зреет, обретает мудрость, и он приходит к выводу, что личное бессмертие бессмысленно, а смысл самой жизни не в физическом долголетии, а в самой жизни. В погоне за бессмертием, люди нередко не осознают, что важно не то, сколько ты проживешь, а как. Безусловно, стремление современной науки и медицины излечить многие заболевания, продлить человеческую жизнь очень похвально, однако, по моему мнению, не следует в корне вмешиваться в природу человека. Старение, как и сама смерть – биологические процессы, которые являются неотъемлемой частью жизни. Жизнь и смертьдиалектически взаимосвязаны

друг с другом. Уже в древние времена люди понимали это, о чем свидетельствует эпическая поэма “Урал-батыр”, в которой нашла отражениевековая мудрость башкирского народа.

Список литературы:

1. Грицанов А.А., Новейший философский словарь.- Мн.: Изд. В.М. Скакун, 2000. 896 с.
2. Зарипов. Н.Т. , Вступ. ст., коммент. Барага Л.Г., ЗариповаН.Т.. Башкирское народное творчество. Волшебные сказки. Сказки о животных. - Уфа, 1989. 510 с.
3. Кожевников А.Ю., Линдберг Г.Б. Мудрость веков, - СПб: Нева, 2006. 544 с.
4. Сагитов М.М., Зарипова Н.Т., Сагитова М.М., Сулейманова А.М.Башкирское народное творчество. Эпос. - Уфа, 1987. 541 с.
5. СулеймановА.М., Вступ. ст., коммент., указатели Барага Л.Г., СулеймановаА.М..Башкирское народное творчество. Бытовые сказки. - Уфа, 1990. 494 с.
6. Толковый словарь русского языка [Электронный ресурс] URL: http://www.vedu.ru/expdic/1617/ (дата обращения: 13.03.2017)
7. Урал-батыр. Башкирский народный эпос. Перевод с башкирского Газима Шафикова. Уфа, Башкирское книжное издательство, 1977. – с. 208

УДК 159.98

А. М. Байбулатова

МНЕМОНИКА И МНЕМОТЕХНИКА ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ ФАКУЛЬТЕТА «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

Научный руководитель — кандидат наук Е. Е. Липатова
Кафедра философии и социально-гумантиарных дисциплин с курсом социальной работы,
Башкирский государственный медицинскийуниверситет, г. Уфа

Резюме: Влияния методов мнемотехники на обучающихся.

Ключевые слова: мнемоника, мнемотехника, обучение, запоминание, память.

A.M. Baibylatova

MNEMONICS AND MNEMONICS FOR STUDENTS MEDICAL PROFILE OF THE FACULTY "GENERAL MEDICINE"

Scientific Advisor — Ph.D. E.E.Lipatova
Department, Bashkir state medical university, Ufa

*Abstract**:** Influence of methods of mnemonics on students.*

Keywords: Mnemonics, mnemonics, learning, memorizing, memory.

Актуальность: Использование мнемотехники по данным ряда исследователей, таких как М. Зиганов и В. Козаренко, показывают улучшение процесса запоминания и более выраженную структурируемость выполняемого задания на наш взгляд исследование по проведению мнемотехники является актуальным.

Цель исследования: Изучить приёмы мнемотехники.

Материалы и методы: Методики, анкета.

Результаты и обсуждение: Исследование показало, что применение мнемотехники помогают запомнить информацию и формируют мотивацию.

Для быстрого преобразования любых видов информации в образы, применяется ограниченный набор приемов кодировки. Для чтобы быть максимально эффективными, эти образы должны быть запоминающимся и иметь хорошую вероятность напоминать человеку нужную информации, например, используя первые буквы набора слов, чтобы сформировать аббревиатуру или фразу, или использование картинок, чтобы составить историю. Уже давно известно, что производительность памяти лучше всего, когда информация кодируется в долговременную память, например, подключив определенную информацию к ранее существовавшей структуры знаний.

Мнемоника не предназначена для замены мышления или концептуального понимания, а просто чтобы стимулировать обучающихся учитывать больше возможностей или вспомнить какой-нибудь факт более легко и быстро мало добавить, что мнемотехника может позволить обучающимся отстаивать свое мнение лучше в режиме реального времени в обсуждении в классе, будучи в состоянии обратиться к собеседнику затрачивая меньше времени на вспоминание нужной информации или поиска источника информации за меньшее время. Мнемоника может также помочь обучающимся работать лучше и с меньшими тревогами на экзаменах.

Мнемоника -это искусство запоминания, часто расматривающаяся обучающимися как что-то полезное, помогающая вспомнить информацию, и тем самым, возможно, уменьшить стресс и облегчить процесс запоминания информации. Тем не менее исследований по статистике мнемонике мало.

Цель работы:Проведение эксперимента мнемотической техники и анализ ее продуктивности среди обучающихся в Башкирском государственном медицинском университете. В данной статье рассматривается, как студенты оценивают полезность мнемоники на собственном примере, благодаря применению ее техник.

Мнемоника, слово происходит от греческого слова mnemonikos («памяти"), является метод, используемый для оказания помощи памяти, означает совокупность приемов и способов, облегчающих запоминание и увеличивающих объем памяти путем образования искусственных ассоциаций, уходящая в 477 г. до н.э. (Йейтс 1966).

Мнемотехника-это приемы и методы запоминания.

Суть в том, что намного проще запомнить логический или ассоциативно построенный образ или любые другие связи между объектами. По этим образам намного проще найти информацию в памяти и воспроизвести ее. Значит, если у каких-либо данных нет образа, то его надо создать. Именно на этом и построена большая часть приемов мнемотехники. Для того чтобы создать подобные связи, существуют различные приемы. Мнемотехника основана на нескольких простых принципах. Среди наиболее изученных методов являются те, которые вовлекают образы или словесные мнемонические конструкции.

Тем не менее, значение мнемоники не следует переоценивать. Ведь она, в конечном итоге, имеет свои ограничения: Мнемоника используется чтобы помочь студентам математикам вспомнить правильный порядок операций. Например, студенты могут неправильно вычислить выражение $8 \div 4 \times 2$. Неправильно расставив скобки в данном примере, получат другой результат.

Основные приемы запоминания

1. Образование смысловых образов из начальных букв
2. Рифмизация
3. Запоминание длинных терминов с помощью созвучных
4. Нахождение ярких ассоциаций которые соединяются с запоминаемой информацией
5. Метод Цицерона
6. Метод Айвазовского
7. Методы запоминания цифр:

Обучающимся была предоставлена информация о мнемотехнике и ее методах, и назначении. Обучающимся были розданы методички с методиками и анкеты на бумажном носителе, в которых они должны были зафиксировать свои результаты и предоставить их в конце семестра. Им были предложены различные методики запоминания информации, из которых обучающиеся выбирали наиболее оптимальный для них метод. Обучающиеся использовали выбранные ими методы на протяжении семестра в разных дисциплинах. Через 3 месяца проведен анализ эффективности мнемотехники при помощи авторской анкеты. Анкеты с своими данными на основании которых можно сделать заключение о степени согласия с полезностью данного метода и так же о сведениях использования этой техники

В этом разделе мы рассмотрим вопрос исследования об использовании мнемонике, сначала глядя на использование мнемотехники в прошлом семестре, а затем использования в процессе статистики. Студентам в анкетах было предложено высказать свою степень согласия с утверждением, что методы мнемотехники были полезны в усвоении материала. Из 25 студентов, 60% имели некоторый уровень согласия (включает в себя полностью согласны); тогда как только 30% имели некоторый уровень разногласий (не согласен) ,10% затруднялись ответить.



Представлена диаграмма о степени согласия обучающихся:

Рис. 1. Диаграмма степени согласия

Студенты также предоставили в анкете сведение об использовании мнемотехники в прошлом семестре. Студенты сообщили, что они использовали мнемонические часто (25%), иногда (60%), не пользовались 15%. Представлена диаграмма использования техники (Рис.2):

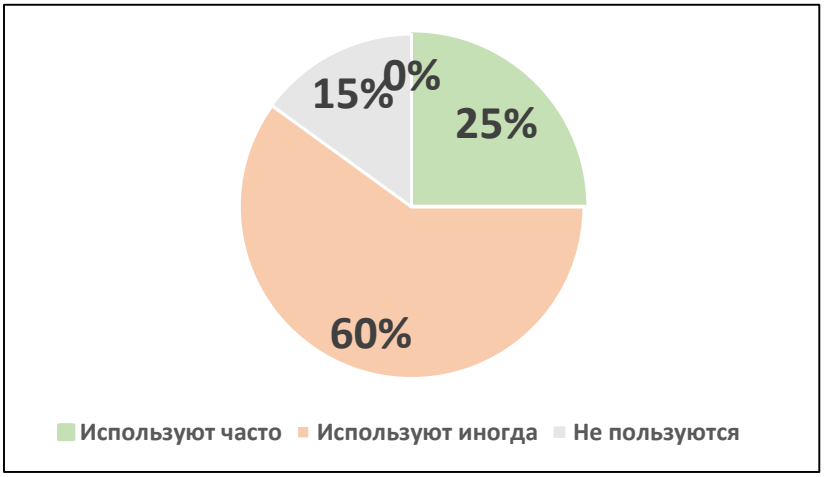


Рис. 2. Диаграмма использования техники

Заключение и выводы:

Исходя из того, что мы наблюдали в данном исследовании, можно сказать, что студенты, вероятно, использовали методы в течение семестра в разных дисциплинах, таким образом, при обучении, можно предположить, что для большинства студентов использованные мнемонические приемы сказались положительно в их успеваемости. Также отметим мотивационные эффекты для обучающихся: "Они сообщили, что аббревиатуры помогли им в запоминании и сформировали мотивацию, чтобы начать изучать мнемотехнику дальше и в других учебных дисциплинах ".

Список литературы:

1. Васильева Е. Е. Суперпамять для всех //М.: Аст. – 2006.
2. Вербальные мнемотехники как механизм кодирования и декодирования информации //Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Вопросы образования: языки и специальность. – 2014. – №. 1
3. Гизюк Д. Г. Мнемотехника как способ стимуляции запоминания. – 2015.

Зяблицева М.А. Моментальные приемы запоминания. Мнемотехника разведчиков Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. — 160 с. — (Психологический практикум).

4. Неволин И. Ф. Современные модели обучения: мнемотехника //Лицейское и гимназическое образование. – 2007
5. Хромов В. Мнемотехника–искусство запоминания //Наука и жизнь. – 1971.

УДК 316.6

Г.Р. Балагутдинова

К ВОПРОСУ ОБ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Научный руководитель- к.м.н., доцент Кудашкина О.В.

Кафедра педагогики и психологии,Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: в данной статье рассматриваются некоторые аспекты эмоциональной сферы, с помощью тестирования проанализировано эмоциональное состояние студентов-будущих врачей 1 курса, выявлен уровень их агрессивности.

Ключевые слова: эмоциональная сфера, агрессивность, тревожность, фрустрация, ригидность

G.R. Balagutdinova

TO THE QUESTION OF EMOTIONAL SPHERE MEDICAL WORKERS

Scientific adviser - Ph.D. Associate Professor Kudashkina O.V.

Department of Pedagogy and Psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: In this article, some aspects of the emotional sphere are examined, the emotional state of students-future doctors of the first year is analyzed by testing, the level of their aggressiveness is revealed.

Keywords: emotional sphere, aggressiveness, anxiety, frustration, rigidity

Актуальность: Как известно, эффективность лечения зависит в том числе от общения медицинского работника и пациента, насколько врач обладает коммуникативной компетенцией. Важным аспектом будут являться психическое состояние врача. Так, актуально говорить о таких понятиях как тревожность, фрустрация, агрессивность и ригидность. Рассмотрим их подробнее.

Тревожность- психологическое состояние повышенного беспокойства, эмоционального напряжения человека [1].

Фрустрация — эмоционально-отрицательное переживание человеком какой-либо неудачи, утраты, крушения надежд, сопровождаемое чувством безысходности, тщетности прилагаемых усилий [1].

Агрессивность- это не вызванная объективными обстоятельствами неспровоцированная враждебность человека по отношению к людям, окружающему миру. [1]

Ригидность- неготовность к изменениям программы действия в соответствии с новыми ситуационными требованиями [3].

Особое внимание хотелось бы уделить агрессивности, так как, к сожалению, в последнее время участилось проявление агрессии. Реакция агрессии дестабилизирует население и жизнь в целом, именно поэтому врач должен быть уравновешенным, спокойным и при любых обстоятельствах следить за своим эмоциональным состоянием.

Агрессивность — свойство личности, заключающееся в готовности и предпочтении использования насильственных средств для реализации своих целей. Агрессивность у различных лиц может иметь различную степень выраженности — от почти полного отсутствия до предельного развития. Вероятно, гармонически развитая личность должна обладать определенной степенью агрессивности. Полное отсутствие агрессивности приводит к податливости, неспособности занять активную жизненную позицию. Вместе с тем чрезмерное развитие агрессивности начинает определять весь облик личности, превращает ее в конфликтную, неспособную на социальную кооперацию, а в своем крайнем выражении является патологией (социальной и клинической): агрессия утрачивает рационально-избирательную направленность и становится привычным способом поведения, проявляясь в неоправданной враждебности, злобности, жестокости, негативизме [3].

К сожалению, встречаются проявление агрессии со стороны медицинских работников. Немало важным является и то, что у людей возник стереотип по отношению к врачам и пациенты изначально, приходя на прием, отрицательно настроены, что усложняет процесс установления эффективности взаимоотношений врач- пациент.

Таким образом, проблема регуляции эмоционального поведения медицинских работников является актуальной.

Цель исследования: выявить уровень агрессивность и доминирующее психическое состояние у студентов - будущих врачей.

Материалы и методы: работа с психологической литературой; тестирование (самооценка психических состояний (тест Айзенка), опросник агрессивности Басса- Дарки).

Результаты и обсуждения: нами было проведено исследование среди студентов 1 курса педиатрического факультета. В нем прияли участие 22 человека, из них 6 юношей и 16 девушек от 17 до 20 лет. Результаты первого тестирования- самооценка психических состояние (по Айзенку) показали следующее.

Среди девушек наблюдается: тревожность: 69%- средний уровень, 31%- низкий. Фрустрация: 63%- средний уровень; 31%- низкий уровень; 6%- высокий уровень. Агрессивность: 56%- средний уровень; 37%- низкий уровень; 6%- высокий уровень.

Ригидность: 50%- средний уровень; 37,5%- низкий уровень; 12,5%- высокий уровень.

Среди юношей наблюдается: тревожность: 50%- низкий уровень, 50%- средний уровень. Фрустрация: 83%- низкий уровень; 17%- средний уровень. Агрессивность: 67%- низкий уровень ; 17%- средний уровень; 17%- высокий уровень. Ригидность: 83%-средний уровень; 17%- низкий уровень.

Также, результаты представлены на рис.1, рис.2, рис.3, рис.4.



Рис.1. Уровень тревожности



Рис.2. Уровень ригидности





Рис. 4. Уровень агрессивности.

Рис.3. Уровень фрустрации.

Результаты еще одного тестирования показали следующее (опросник агрессивности Басса- Дарки): Индекс агрессивности в группе у 14%- низкий, 63%- средний (от 15 до 28) и 23%- высокий (29-41). Индекс тревожности- 19%- низкий (от 0 до 5), 58%- средний (от 6 до 12), 23%- высокий (от 13 до 18). Также результаты показаны на рис.5 и рис. 6.



Рис. 5. Индекс агрессивности

Индекс агрессивности — активные внешние реакции агрессии по отношению к конкретным лицам [2].



Рис.6. Индекс тревожности.

Индекс враждебности — общая негативная, недоверчивая позиция по отношению к окружающим [2].

Итак, в целом результаты соответствуют норме, что, по нашему мнению, говорит о благополучии эмоциональной сферы студентов. Из этого мы можем делать вывол, что большая часть студентов не склонна к эмоциональным «взрывам».

Заключение и вывод: таким образом, мы убедились, что коммуникативная компетенция врача зависит от его эмоциональной сферы. Умение врача обладать агрессией- очень важный аспект при построении отношений пациент- врач. Исходя из проведенных тестов, мы можем сказать, что, по нашему мнению, студенты-медики имеют положительные показатели в данной сфере.

Список литературы:

1. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. — 640 с.

2. Столяренко Л. Д. Основы психологии: Практикум. Изд-е 7-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2006. —704 с. — (Высшее образование).

3. Столяренко Л. Д. Основы психологии Издание третье, переработанное и дополненное / Рекомендовано Министерством общего и профессионального образования РФ в качестве

учебного пособия для студентов высших учебных заведений / «Феникс» / Ростов-на-Дону 2000 — 671 с.

УДК 355.292:94(47)”1939/45”(092)

К. Бахтиярова

ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ОДНОГО СОЛДАТА

Научный руководитель – д. ист. н., профессор И.В. Сухарева

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университете,

г.Уфа

Резюме: В данной статье рассматривается боевой путь Газизова Мухамета Мусиновича, ветерана 112-й Башкирской кавалерийской дивизии в годы Великой Отечественной войны по его воспоминаниям.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, 112-я Башкирская кавалерийская дивизия, ветеран, воспоминания.

K. Bakhtiyarova

THE LIFE WAY OF ONE SOLDIER

Scientific Advisor – Ph. D. in History, Full professor I. V. Sukhareva
Department of philosophy and social and humanitarian disciplines
with a course of social work, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: In this article the fighting way of Gazizov Mukhamet Musinovich, the veteran of the 112th Bashkir cavalry division in days of the Great Patriotic War on his memoirs is considered.

Keywords: Great Patriotic War, 112th Bashkir cavalry division, veteran, memoirs.

Актуальность темы исследования. Незнание истории своего народа, его героического прошлого приводит к потере нравственных ориентиров у подрастающего поколения.

Цель: исследовать боевой путь Газизова М.М., ветерана 112-й Башкирской кавалерийской дивизии (Башкавдивизии) в годы Великой Отечественной войны (ВОВ) 1941-1945 годов по его воспоминаниям и сохранить для будущих поколений память о них. Материалы и методы исследования: методом документирования рассказа ветерана ВОВ и воспроизведения на электронном носителе материалов о его боевом пути.

Результаты и обсуждения: в суровые дни Великой Отечественной войны, когда мобилизационные ресурсы были исчерпаны, а над страной нависла опасность, была сформирована 112-я Башкирская кавалерийская дивизия. Основанием явилось совместное постановление Совнаркома БАССР и бюро обкома ВКП (б) от 17 ноября 1941 года. Этот день принято считать днем рождения дивизии.

Народы Башкортостана на пополнение личного состава посылали своих сыновей и дочерей. Отдавая последнее для обеспечения армии всем необходимым, они вынуждены были терпеть жестокий голод и холод. Командный состав пополнялся за счет офицеров, отозванных с фронтов; конский - за счет мобилизации из колхозов. Война с сильным и коварным врагом требовала неимоверных усилий, народы сознательно шли на жертвы.

Еще 17 ноября 2011 года участники научно-практической конференции, посвященной 70-летию формирования 112-й Башкирской кавалерийской дивизии, которая состоялась в Демском районе города Уфы, отметили, что заслуги воинов дивизии в деле защиты Отечества велики, и они общепризнаны [1]. За годы Великой Отечественной войны из 100 кавалерийских дивизий, только 9 участвовали в Берлинской операции. На всю кавалерию удостоены звания Героя Советского Союза 106 человек, из них 78 наград принадлежат солдатам 112-й Башкирской кавалерийской дивизии. По этому показателю наша дивизия не знает себе равных среди всех сухопутных дивизий Вооруженных Сил страны. В целях увековечения памяти погибших воинов дивизии за последние 30-40 лет в городе Уфе были установлены бюсты генералам Минигали Мингазовичу Шаймуратову и Тагиру Таиповичу Кусимову. Создан также музей, посвященный 112-й Башкирской кавалерийской дивизии, который на сегодняшний день работает. В городе Петровское Луганской (ранее Ворошиловградской) области разбит сквер «Башкирских конников», а также установлена памятная доска на скале, у которой героически погиб генерал М.М. Шаймуратов.

Человеческую жизнь можно сравнивать с восхождением в гору. И у каждого из нас - своя вершина. Еще совсем молодым, полным сил и энергии начинаешь ты покорение своей высоты. Когда достигаешь вершины, вспоминаешь о трудностях и жизненных испытаниях, встретившихся на пути. Вот, например, ветерану Великой Отечественной войны Мухамету Мусиновичу Газизову (см. Фото) из деревни Нурей, есть что вспомнить и рассказать: «1 мая 1942 года в Тоцких лагерях я принял присягу, но на фронт не отправили, оставили на обучение солдат, а осенью отозвали в Уфу, где формировалась 112-я Башкавдивизия. На фронт отправились со станции Дема. Я прошел боевой путь от среднего Дона до Польши. Участвовал в боях под Сталинградом, в освобождении городов Ворошиловград, Чернигов, в форсировании реки Днепр, освобождении Белоруссии, Украины и Польши. Воевал кавалеристом- разведчиком во 2-ом эскадроне 60-го гвардейского кавалерийского полка. С чувством одновременной гордости и горечи вспоминаю тяжелые бои за станции Чернухино и Дебальцево – глубокий рейд в тыл врага. Горжусь тем, что, несмотря на неимоверные трудности – двигались без дорог в глубоком снегу, враг постоянно бомбил нас с неба, бросал на атаку со всех сторон свежие силы, шел на нас танками - мы заняли железнодорожные станции и помогли нашим войскам освободить город Ворошиловград. Горько от того, что выход из рейда был еще тяжелее:

боеприпасы кончились, отбивались от врага саблями и карабином, последними патронами. И бойцы, и кони устали, оголодали. Много товарищей тогда погибло, в живых практически никого не осталось...» [2].

«Не забыть бои за Владимир-Волынский. Город был укреплен линиями траншей и проволочными заграждениями. Ночью под прикрытием нашей артиллерии мы поднялись на атаку, проделали проходы в заграждениях и прорвались вперед. Но немцы открыли шквальный огонь из пулеметов и автоматов. Пришлось лечь на землю и ползком идти на врага. Забросав ручными гранатами траншеи, ворвались, закрепились. Все последующие дни немцы безустанно атаковали наши позиции, стремясь выбить нас. Но никто не дрогнул, атаки были отбиты, враг остановлен»[2].

Газизов Мухамет Мусинович награжден орденом Отечественной войны II степени, медалями «За боевые заслуги», «За отвагу», «За победу над Германией», благодарностью Верховного Главнокомандующего Сталина И.В., а также медалями мирного времени.



Фото. Газизов М.М., ветеран Великой Отечественной войны 1941-1945 гг.

После демобилизации Мухамет Мусинович вернулся в родную деревню, устроился на работу - в школу учителем физкультуры. Он уделял большое внимание не только физическому, но и военно-патриотическому воспитанию детей. М.М. Газизов занимался общественными работами: был пропагандистом, секретарем школьной партийной организации. Он всегда поддерживал связь с музеем дивизии, однополчанами, бережно хранил письма и поздравления, приглашения на юбилейные события. В 1949 году Мухамет Мусинович Газизов и Рейфа Абунагимовна Исмагилова создали крепкую, дружную семью. В июне 2009 года семья Газизовых отметила 60-летний юбилей совместной жизни и принимала поздравления от президента Республики Башкортостан. М.М. Газизов отметил свое 90-летие, но, к сожалению,

до большого праздника – 70-летнего юбилея Великой Победы ветерану не было суждено дожить. Уходят ветераны, но память и гордость будут жить в наших сердцах вечно.

Заключение и выводы: Изучив рассказ ветерана о его жизненном пути, мы пришли к выводу, что история 112-й Башкавдивизии уникальна благодаря мужеству, смелости и самоотверженности простых советских солдат. Боевой путь командиров и личного состава дивизии может служить примером для воспитания чувства патриотизма у молодого поколения. Ведь тот, кто не помнит своего прошлого, не имеет и будущего. Хотелось бы надеяться на то, что данная исследовательская работа по воспоминаниям ветерана заставит каждого задуматься и узнать то, какой ценой досталась нашей стране Великая Победа. Боевой путь дивизии и ее героев необходимо изучить более подробно, подвиги сотен, а то и тысяч героев по достоинству еще не описаны. Великая Победа зависела от сознательности, веры и от ратного труда каждого генерала и простого солдата. И наша задача успеть записать и сохранить для будущих поколений воспоминания ветеранов войны.

Список литературы:

1. 70 лет со дня образования легендарной 112-й Башкирской кавалерийской дивизии. – Режим доступа: http: bashkorttar.ru

2. Материалы из воспоминаний Газизова Мухамета Мусиновича, ветерана 112-й Башкирской кавалерийской дивизии. – Уфа, 2011. – 17с.

УДК 614.251.2

Бочкарёва А.С., Жук Е. И., Махмутова К. Р., Нуралиева Р. А.

МОРАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ

Научный руководитель — к.м.н., доцент Липатова Е. Е

Кафедра философии и социально-гумантиарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: главная задача этического регулирования научных исследований — по возможности оградить человека от сопряженного с ними риска. С этой целью создаются

соответствующие структуры и механизмы. С общим планом и многими деталями проведения исследования должен ознакомиться независимый этический комитет, и только после получения разрешения оно может быть начато.

Ключевые слова: эксперименты над человеком, биоэтика, Нюрнбергская декларация

Bochkareva A. S., Zhuk E. I., Mahmutova K. R., Nuralieva R. A.

MORAL PRINCIPLES OF CONDUCTING CLINICAL EXPERIMENTS

C.M.S, Docent Lipatova E. E.

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: the main task of ethical regulation of scientific research is to protect a person from the risks associated with them if possible. For this purpose, appropriate structures and mechanisms are created. An independent ethics committee should familiarize with the general plan and many details of the research, and only after the permission has been obtained can it be started.

Keywords: Experiments on humans, bioethics, the Nuremberg Declaration

Актуальность:Медицинское знание и практика сегодня, так же как и в предшествующих эпохах, неразрывно связаны с этическим знанием, которое в пространстве европейской и российской культуры неотделимо от христианских традиций. Пренебречь или исказить, сознательно или бессознательно, связь медицины, этики и религии — это значит неизбежно исказить сущность и назначение каждого из этих жизненно важных способов человеческого существования.[2]

Цель исследования:изучение моральных принципов проведения клинических экспериментов.

Материалы и методы: изучение литературы.

Результаты и обсуждения:Выдающийся немецкий философ И. Кант писал: "Человека следует уважать в себе и в других". Это моральное обязательство носит абсолютный характер, и исключений из него не должно быть. Нюрнбергская декларация 1947 г. так определяет общие требования к экспериментам, проводимым на человеке: "Проводить на человеке какие-либо эксперименты можно лишь при условии полной осведомленности человека об эксперименте и при наличии его согласия на эксперимент, полученного в условиях свободного волеизъявления". Особенно остро встают вопросы биоэтики при апробации новых лекарственных веществ.

1. Группы испытуемых могут включать беременных, и тогда возможен риск появления врожденных дефектов, или аллергических больных, тогда возникает опасность развития анафилактического шока. Этично ли включать их в испытания?

2. Часть больных не может дать сознательного согласия на участие в испытании. В эту группу входят лица с психическими расстройствами, младенцы.

3. Этично ли предлагать льготы лицам, давшим согласие на участие в экспериментах? Как считают ученые, в этом случае на результат испытаний оказывает влияние предубеждение, особенно в случае привлечения добровольцев из числа заключенных. Например, заключенные могут пойти на эксперимент в обмен на улучшение условий содержания.

4. Этично ли использовать двойной "слепой" метод, когда ни врач, ни больной не знают о применении нового лекарства? Часть ученых считает, что по методическим соображениям для гарантии объективности результатов необходимы исследования именно на "вдвойне неосведомленных". Так, например, в США в отдельные десятилетия в 75% случаев согласия пациентов, подвергавшихся эксперименту, никто не спрашивал. Опубликованные данные стали своего рода бомбой, брошенной в научную общественность.

5. Наконец, публикация ложноположительных результатов о том или ином методе, или лекарстве может привести к ложным представлениям о них не только у больного, но и у врача. Можно себе представить, когда тяжелобольной лечится таким лекарством, и врач безуспешно ждет положительного результата

Следствием появления метода искусственного оплодотворения явилось то, что был получен достаточно легкий доступ к живым человеческим эмбрионам. Наличие такого доступа немедленно стимулировало у ученых, работающих в этой области, желание использовать для опытов и исследовательской работы лишние эмбрионы, полученные методом искусственного оплодотворения, которые не предназначались для имплантации. Дальнейшее развитие исследований по культивированию клеток и тканей породило этико-юридические проблемы, касающиеся собственности на клетки и ткани, культивируемые in vitro. Являются ли они собственностью донора или тех, кто участвовал в их культивировании?

Усложненный вариант этого вопроса является особенно спорным: если ткань принадлежит плоду или если новорожденный ребенок служит донором кровяных клеток, жизненно необходимых другому индивиду.

С другой стороны, большое количество провоцированных абортов здоровых зародышей, которые сегодня делаются по всему миру, также утвердило ученых в мысли о возможном использовании тканей и органов извлеченных зародышей. Ткани человеческого зародыша можно использовать в лечении ряда тяжелых заболеваний: некоторых типов иммунодефицита, болезни Паркинсона, Альцгеймера. С этической точки зрения это было бы приемлемым, если бы зародыш умер до исследования и если бы не существовало связи между спросом на аборт и просьбами о получении зародышевых тканей.[1]

Другая сфера массированных технологических воздействий на человека — это вмешательства, осуществляемые на генетическом уровне.

Принципиально важный шаг в разработке технологии CRISPR/Cas9 был сделан группой китайских исследователей под руководством Цзюньцзю Хуана из Университета им. Сунь Ятсена в Гуанчжоу в апреле 2015 г. В своих экспериментах они пытались «отремонтировать» ген, ответственный за наследственное заболевание крови - бета-талассемия. В качестве объекта эксперимента выступала оплодотворенная яйцеклетка человека, обладающая подобным дефектом. В клетку вводился белок Cas9 и РНК-гид, которым надлежало найти дефектную копию гена, вырезать из нее соответствующий участок и заменить его здоровым. В результате удалось «отремонтировать» 5–10% эмбрионов-носителей этой мутации.

Этот многообещающий эксперимент породил надежды на колоссальные новые возможности не только в области медицины, но и далеко за ее пределами. Вместе с тем у исследователей из разных стран мира возникли опасения по поводу серьезных рисков, с которыми сопряжены разработка и использование этой технологии. Перспективы редактирования генома человека порождают немало научных, этических и социальных вопросов.

Сильной поддержкой отмечается в Заявлении Комитета по биоэтике, пользуется применение этих технологий для лучшего понимания причин болезней и для их лечения; они обладают значительным потенциалом для исследований в этой области и для улучшения здоровья людей. Однако их применение к гаметам или эмбрионам человека порождает множество этических, социальных и сопряженных с безопасностью проблем, особенно в случаях, когда та или иная модификация генома может передаваться будущим поколениям. Вследствие этого во всем мире многие видные эксперты как из сферы биомедицины, так и вне

ее, призывают к глубокому анализу потенциальных рисков редактирования генома и к дискуссиям относительно применения этих технологий к человеку. В этой связи Комитет по биоэтике Совета Европы выражает готовность, исходя из своих полномочий, изучить этические и юридические вызовы, порождаемые новыми технологиями редактирования генома.[4]

Заключение и выводы:Таким образом, главная задача этического регулирования научных исследований — по возможности оградить человека от сопряженного с ними риска. Именно с этой целью и создаются соответствующие структуры и механизмы. Речь идет не о благих пожеланиях или отвлеченных умствованиях, а о повседневной научной жизни. Ситуация сегодня такова, что ни одно биомедицинское исследование, которое проводится на человеке, не может быть начато, если оно не прошло этической экспертизы. Иначе говоря, с общим планом и многими деталями его проведения должен ознакомиться независимый этический комитет, и только после того, как он даст добро, это исследование может быть начато.[4]

Список литературы:

1. О.О. Гоглова, А.Ф. Богомолов, А.О. Бунин. Эксперименты на людях// «Медицинское право и этика», 2003, N 4

2. И. В. Силуянова. Биоэтика в России: ценности и законы,М.: «Грантъ», 2001.

3. Б. Г. Юдин. В фокусе исследования – человек: этические регулятивы научного познания, раздел iiiэтос науки: казусы и их истолкования [электронный ресурс]// Институт философии Российской академии наук URL:http://iphras.ru/elib/Ph_sc11_13.html(/(дата обращения 06.04.2017)

4. Б. Г. Юдин. Человек как объект, потребитель и мишень технонауки [электронный ресурс]// Информационный гуманитарный портал «Знание. Понимание. Умение»URL: http://www.zpu-journal.ru/e-zpu/2016/5/Yudin_Human-Being-Technoscience/(дата обращения 19.03.2017)

УДК 115

Т.Н. Васильева

ПРОБЛЕМА ОБРАТИМОСТИ И ЦИКЛИЧНОСТИ ИСТОРИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ

Научный руководитель — к. ф. н., доцент О.Г. Афанасьева

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В статье раскрыта проблема обратимости и цикличности исторического времени. Рассмотрено понятие времени и проанализированы концепции развития исторического процесса. Приведены примеры цикличности в природе,истории и экономике.

Ключевые слова: время, цикличность, обратимость, линейная концепция.

T.N. Vasilyeva

THE PROBLEM OF TIME REVERSIBILITY AND PERIODICITY HISTORICAL PERIOD

Scientific Advisor —Ph.D. Associate Professor at the Department Psychological O.G. Afanasyeva

Department of Philosophy and Socio-Humanitarian Disciplines with a course of social work BashkirStateMedicalUniversity, Ufa

Abstract.The article shows the problem of reversibility and periodicity historical period. Time concept was defined and the concept of historical process development was analyzed. Examples of nature cyclicity, history cyclicity and economy cyclicitywere provided.

Keywords: Time, periodicity historical period, reversibility, linear concept.

Актуальность: Время - это необратимое течение, протекающее лишь в одном направлении — из прошлого, через настоящее в будущее. В каждую эпоху у человечества для времени формировался свой образ. В древних писаниях время представляли в виде замкнутого круга, который сравнивали со змеей, кусающей свой хвост. Существует утверждение что события, происходящие в мире, не уникальны, а как правило, повторяются через определенные промежутки времени.

Цель исследования: Изучить проблему обратимости и цикличности исторического времени, и выяснить действительно ли события, происходящие в мире, следуют определенному циклическому процессу.

Материалы и методы: В статье используется исторический и социокультурный подход.

Результаты и обсуждение: Как известно время является одним из основных понятий в философии и физике. Существует множество определений понятия время. Одно из них говорит нам о том, что время — это мера длительности существования всех объектов, и изменение их состояний в процессах изменения и развития. Время можно принять за координату единого пространства-времени, представления о котором развиваются в теории относительности. Если обратиться к происхождению слова время, у российского лингвиста Н.М Шанского: "Время - образовано от основы vert-, что и вертеть (др.-инд. vartama - путь, колея); первоначальное значение - "нечто вращающееся" или нечто возвращающееся в прежнее положение" [6].

Одно из главных мест в философии истории занимает проблема направленности исторического процесса. С древних времен сформировались два противоположных мнения об историческом развитии: представление о его цикличности и концепция линейности истории[7].

Сторонники концепции линейности исторического процесса утверждали, что исторический процесс- это линейная последовательность событий в направлении от прошлого к будущему. Представление о человеческой истории как о поступательном движении от прошлого через настоящее к будущему вошло в европейскую культуру через иудео-христианскую мифологию.

Концепция цикличности исторического развития трактовала исторический процесс как «исторический круговорот»: общество в целом, политическая жизнь, культура движутся по замкнутому кругу с постоянным возвращением к исходному состоянию, с последующими новыми циклами возрождения и упадка.

Е.А. Антошкина выделяет циклическое – линейное – ветвящееся время. Линейное направление времени представляется в образе прямой. Циклическое время воспринималось как длительность, измеряемая множеством циклов и оно дискретно. Ветвящаяся структура времени основывается на квантовой механике, где мировая история расщепляется на различные возможные пути, и эти варианты осуществляются, не взаимодействия между собой[1].

Сегодня во многих областях можно отметить закономерность повторяемости. Многие события истории земли и истории человечества, в социологии, в техническом развитии, в палеонтологи носят цикличный характер. Каждый цикл повторяет предыдущий, в сжатом состоянии во времени, но при этом более насыщен информативно.

Каждый момент времени для нас – это секунда, которая имеет свой номер в минуте, а минута в свою очередь принадлежит одному из 24 часов. День – это один из периодов месяца, месяц – один из периодов года, в итоге получается система вложенных циклов. Сегодня мы ориентируемся во времени благодаря часам и календарю, которые являются циклическими. Первые представления о времени, а также инструменты для его измерения появились в результате наблюдения за суточным и годичным движением Солнца. Наша система временных координат действительно отражает реальные процессы вращательного движения Земли.

Очевидными примерами цикличности являются такие явления в природе как круговорот воды, кислорода, азота. Цикличность также прослеживается в системе нашего организма: циркуляция в кровеносной системе и сердцебиение, а также цикл дыхания.

Если обратиться к истории нашей цивилизации, можно привести в пример: истории Древнего Рима и Третьего Рима - Москвы. В Риме-первом, первым кто стал носить высокое звание «императора» стал Гай Юлий Цезарь; в истории нашей страны впервые этого звания был удостоен Петр-1. Юрий Цезарь в 46 году до н.э. ввел в обиход юлианский календарь, в котором год начинался с 1 января. В России указом от 15 декабря 1699 года Петр-1 ввел новый календарь, после чего приход нового года стали отмечать также 1 января (вместо 1 сентября). Юрий Цезарь создал в своей армии штаб, ввел должность начальника инженеров; аналогичное преобразование было проведено и при Петре, в российской армии появился Генеральный штаб и инженерные войска. Свои взгляды на ведение военных действий Юрий Цезарь изложил в "Записках о галльской войне" и "Записках о гражданской войне"; Петр аналогичные свои труды назвал "Правила сражения" и "Учреждение в бою".

Многие повторяющиеся события можно назвать удивительными не только в истории стран и народов, но и в биографиях каждой отдельно взятой человеческой личности.

Сравним двух европейских диктаторов - Наполеона Бонапарта (1769-1821) и Адольфа Гитлера (1889-1945). Их Судьба повторилась с разницей, примерно в 129 лет, именно с такой разницей во времени они: входили победителями в Вену (в 1809 и 1938 году), переходили границу России (1812 и 1941), подходили с войсками к Москве, отступали от Москвы (1812/13 и 1941/42), и окончательно проиграли войну русским (советским) войскам и их союзникам (1816 и 1945).

Похожие совпадения можно проследить в судьбе американских президентов - Авраама Линкольна (1809-1865) и Джона Фицджералда Кеннеди (1917-1963). Авраам

Линкольн был избран президентом в 1860 году; ровно через 100 лет должности президента был удостоен Джон Кеннеди. Они оба боролись за гражданские права, ратовали за равноправие. Именно за это обоих и убили. Покушались на них словно бы по одному сценарию, оба президента были убиты.[2].

Экономика также имеет циклический характер. Она развивается не по прямой линии, характеризующей экономический рост, а через спады и подъемы. Эти колебания нерегулярны, поэтому термин «цикл» достаточно условный. Выделяют две экстремальные точки цикла: 1)точку пика, которая соответствует максимуму деловой активности; 2) точку дна, которая соответствующая минимуму деловой активности.[3]

Исходя из выше сказанного время – это свойство действительности, проявляющееся в смене состояний всего существующего. Иногда нам кажется, что время течет линейно, хотя в окружающем нас мире мы не видим ни одного примера этому.

Заключение и выводы: Социум, проходя цикл или период в своем развитии, не может вернуться в исходную точку: в истории, как сказал древнегреческий философ Гераклит Эфесский “нельзя дважды войти в одну и ту же реку”. Поэтому более правильными и в настоящее время распространенными являются теории, рассматривающие исторические циклы как открытые, т.е. приводящие социальную систему не в исходное, а в новое состояние, хотя частично подобное исходному.

Список литературы:

1. Антошкина Е.А. Концептуализация проблемы времени в естественных и гуманитарных науках [Текст] / Е.А. Антошкина // Автореферат – 2010 с.7-9.

2. В. А. Чернобров. Тайны Времени/ В. А. Чернобров.- 2 е издание М:Современник, 1999.С.365.
3. Кондратьев Н.Д. Проблемы экономической динамики/ Кондратьев Н.Д.М., 1989.С .186.
4. Тойнби А. Постижение истории. М., 1991.С. 12;
5. Савельева И. М., Полетаев А. В. История и время. В поисках утраченного/ Савельева И. М - М., 1997, с. 355—432;
6. Этимологический словарь русского языка / Под ред. Н. М. Шанского. — Москва. — Т. 1—8.
7. Н.А. Селиверстова.Учебное пособие Санкт-Петербург- 2011 [Электронный ресурс]. URL: refdb.ru/look/1729093-p20.html
8. Сайт Валентина Рыкова.Восприятие времени человеком[Электронный ресурс] URL: http://psypp.ru/forum/viewtopic.php?

УДК 159.9.072.432

Е.Е. Верхотурцева

ПРАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ВО ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Научный руководитель – д. ф. н., профессор М.В. Мусийчук
Институт гуманитарного образования, кафедра психологии,
Магнитогорский государственный технический университет им. Носова,
г. Магнитогорск

Резюме: актуальность данной статьи заключается в том, что на данный момент существует большая социальная потребность общества в творческих личностях. В современных условиях усовершенствования российского образования перед ним ставится цель – развитие личностей с творческими способностями. В данной статье были рассмотрены, найдены и экспериментально доказаны практические решения проблемы развития творческих способностей младших школьников.

Ключевые слова: мышление, творчество, креативность, младшие школьники.

E. E. Verkhoturtseva

THE PRACTICAL ASPECT OF THE DEVELOPMENT OF CREATIVE ABILITIES OF YOUNGER STUDENTS IN EXTRACURRICULAR ACTIVITIES

Scientific supervisor – D. SC. Sciences, Professor M. V. Musiychuk
The Institute for the Humanities, Department of psychology,
Nosov Magnitogorsk state technical University,
Magnitogorsk

Abstract: relevance of this article is that at the moment there is a big social requirement of society for creative persons. In modern conditions of improvement of Russian education before him the purpose – development of persons with creative abilities is set. In this article practical solutions of the problem of development of creative abilities of younger school students have been considered, found and experimentally proved.

Keywords: thinking, creativity, creativity, younger school students.

Актуальность выбранной тематики заключается в том, что проблема формирования творческих способностей младших школьников составляет базу для процесса обучения. Этот педагогический вопрос всегда будет актуален, ведь с каждым годом число детей, поступающих в школу, увеличивается. На сегодняшний день социум нуждается в творческих личностях, которые легко находят новые идеи при решении сложных задач любого типа - социальных, культурных, экономических. В связи с этим особую значимость приобретает проблема развития творческой активности личности.

Цель исследования - выявление психолого-педагогических условий развития творческих способностей младших школьников.

Материалы и методы: процесс развития творческих способностей младших школьников во внеурочное время. Предмет исследования: психолого-педагогические условия развития творческих способностей младших школьников.

Гипотеза исследования построена на предположении, что творческие способности детей младшего школьного возраста будут развиваться успешнее при осуществлении систематических развивающих занятий по ТРИЗ (теория решения изобретательских задач), тренинга «Дюжина приемов остроумия», а также тренингов по развитию креативности речи, с учетом возрастных особенностей.

В ходе исследования решались следующие задачи:

1) анализ творческих способностей детей младшего школьного возраста;

2) осуществление диагностической работы и анализ ее результатов;

3) реализация формирующего эксперимента;

4) проведение анализа результативности формирующего эксперимента.

Методы исследования: теоретический анализ психолого-педагогической литературы, опрос, анкетирование, наблюдение, тестирование.

Адаптация работы проводилась на базе МАУ ДО «Дворец творчества детей и молодежи».

Развитие личности происходит в процессе обучения и воспитания. Оно создается в процессе взаимодействия с социумом, посредством овладения навыков через культуру и искусство [3]. По этой причине имеет смысл говорить об особом, целенаправленном развитии творческих способностей. Значительную роль в подготовке к творческому труду выполняет начальная школа. Именно в младшем школьном возрасте содержится психологическая основа для развития творческой деятельности. Развиваются воображение, творческое мышление, креативность, умения сравнивать и обобщать факты и др.

Говоря о формировании творческого мышления в условиях общеобразовательного учреждения, необходимо иметь в виду не только обучение школьников навыкам решения творческих задач, но и развитие их творческой личности в целом и требует напряжения таких психических образований как воображение, внимание, мышление, креативность, любознательность, то для развития данных психических функций мы хотим выделить метод, основанный на решении задач через разрешение противоречий.

Это особая стройная теория решения изобретательских задач — ТРИЗ. Ее основателем стал Генрих Саулович Альтшуллер - советский изобретатель и писатель-фантаст [1]. С помощью этих технологий становится возможным снять психологические барьеры, воспринимать школьные, а в будущем и жизненные трудности как задачи, имеющие множество вариантов решения. В школе детей учат знаниям, в то время как в ТРИЗе учат умению актуализировано использовать их.

Тренинга «Дюжина приемов остроумия» представлена 12 – тью (дюжиной) модулей, в соответствии с классификацией приемов остроумия, предложенной А.Н. Луком [2]. Новизна подхода к классификации приемов остроумия состоит в уточнении внутренней структуры ряда приемов, таких как: доведение до абсурда, остроумие нелепицы, ложное противопоставление, ложное усиление, смешение стилей, ирония, метафора и др.

Развитие мышления человека неотделимо от развития его языка, поэтому целесообразным является применение тренинга «Креативность речи». Важнейшая задача в развитии творческого мышления учащихся – обучение их умению словесно описывать способы решения задач, рассказывать о приемах работы, называть основные элементы задачи, изображать и читать графические изображения ее. Усвоение учащимися необходимого словарного запаса очень важно для формирования и развития у них внутреннего плана действия.

В нашем исследовании, по развитию творческих способностей детей младшего школьного возраста с помощью занятий по ТРИЗ, тренинга «Дюжина приемов остроумия», а также тренингов по развитию креативности речи, с учетом возрастных особенностей принимали участие 2 группы детей, по 16 человек в каждой. Данные группы детей при первичной диагностике на уровень развития творческих способностей показали примерно одинаковые результаты. Затем, на первой группе детей были проведены занятия с использованием ТРИЗ, тренинга «Дюжина приемов остроумия» и креативности речи, далее было произведено сравнение результатов со второй группой детей. При диагностике были использованы следующие методики: 1) тест креативности Торранса «Закончи рисунок»; 2) тест интеллекта и креативности Гилфорда; 3) методика "Простые аналогии".

Результаты и обсуждения: по результатам исследования мы смогли сделать следующие выводы:

1. Тест креативности Торранса «Закончи рисунок» показал, что у первой группы детей, где были проведены развивающие занятия,уровень креативности и творческого мышления повысился примерно на 40% по сравнению со второй группой детей, где не было развивающих занятий (у первой группы детей было нарисовано в среднем на 4 рисунка

больше (9/10), чем у второй группы детей (5/10)). Результаты наглядно продемонстрированы на Рис. 1.

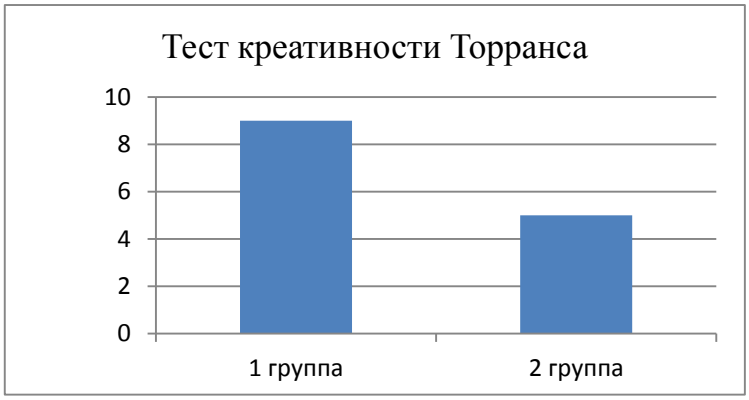


Рис.1.Тест креативности Торранса.

2. Тест интеллекта и креативности Гилфорда показал, что у первой группы детей, где были проведены развивающие занятия,уровень креативности и творческого мышления повысился примерно на 55% по сравнению со второй группой детей, где не было развивающих занятий (у первой группы детей было нарисовано в среднем на 5 рисунка больше (примерно по 14 рисунков), чем у второй группы детей (примерно по 9 рисунков)). Результаты наглядно продемонстрированы на Рис. 2.

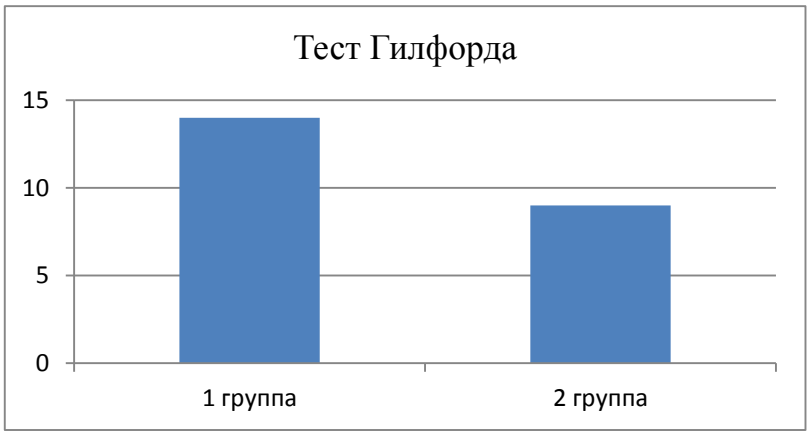


Рис.2.Тест Гилфорда.

3. Методика "Простые аналогии"показала, что у первой группы детей, где были проведены развивающие занятия,уровень гибкости и творческого мышления повысился примерно на 20% по сравнению со второй группой детей, где не было развивающих занятий (у первой группы детей в среднем было на 2 правильных ответов больше (примерно 8

ответов), чем у второй группы детей (примерно по 6 ответов)). Результаты наглядно продемонстрированы на Рис. 3.

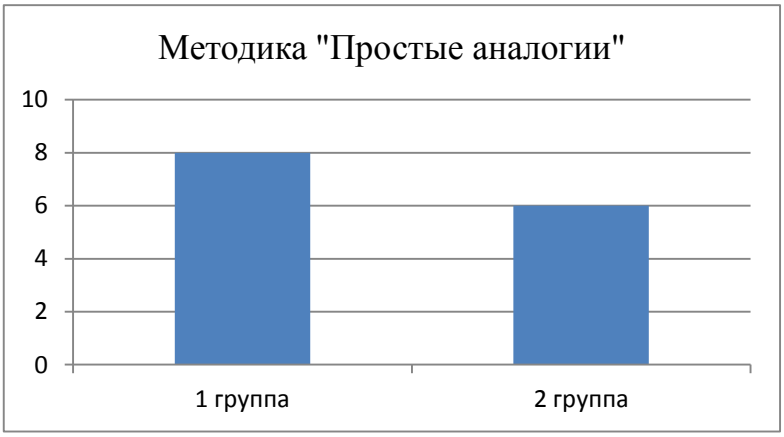


Рис.3.Методика «Простые аналоги»

Заключения и выводы: в процессе проведенного исследования наша гипотеза о том, что творческие способности детей младшего школьного возраста будут развиваться успешнее при осуществлении систематических развивающих занятий по ТРИЗ (теория решения изобретательских задач), тренинга «Дюжина приемов остроумия», а также тренингов по развитию креативности речи, с учетом возрастных особенностей, подтвердилась. Следовательно, является целесообразным применение развивающих занятий по ТРИЗ, тренингов «Дюжина приемов остроумия», а также тренингов по развитию креативности речи, с учетом возрастных особенностей.

Удачное развитие у младших школьников креативности и творческих способностей невозможно без учета педагогом основных свойств детского творчества и решения основных задач в развитии творческого мышления. Развитие творческих способностей неразделимо связано с развитием исполнительских способностей. Чем разнообразнее и безупречнее умения ребенка, тем богаче творческое воображение и тем более сложные задачи он может выполнять.

Список литературы:

1. Альтшуллер Г. Найти идею. Введение в ТРИЗ - теорию решения изобретательских задач. М.: «Альпина Паблишер», 2013. - 410 с.

2. Луя О. В. Развитие творческого потенциала младших школьников как основы формирования позиции субъекта // Психологические науки: теория и практика: материалы междунар. науч. конф. (г. Москва, февраль 2012 г.). — М.: Буки-Веди, 2012. — С. 104-106.

3. Пономарев Я.А. О предмете системного подхода и степени его развития (на примере психологии творчества) // Психология творчества. Школа Я.А. Пономарева / Под ред. Д.В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2006. С. 277–283.

УДК 175.03(470)

А. Р. Галиакберова, А. Д. Латыпова

ФИЛОСОФСКИЕ ИДЕИ В ТВОРЧЕСТВЕ Н. К. РЕРИХА

Научный руководитель - доцент, к. филос. н. А. С. Зубаирова-Валеева

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

с курсом социальной работы,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В данной работе осуществляется анализ философских идей Н.К.Рериха в результатах его художественного и литературного творчества, а также в общественной деятельности. Мы пришли к выводу, что наилучшее выражение своих идеалов его философия нашла в художественном творчестве. Вработах Рериха присутствует истинная красота мира, которая заставляет людей задуматься о величии природы, Космоса и человеческого духа. Рерих внес существенный вклад в сближение индийского и русского народов, донесение до наших соотечественников величия философской и религиозной мысли Индии. Среди студентов был проведен опрос, и было выявлено, что часть студентов знает Рериха, как художника, и лишь не многие знакомы с ним, как с мыслителем и поэтом.*

Ключевые слова: *Бытие, единство, Пакт Рериха, философия Индии.*

A.R.Galiakberova, A.D. Latypova

PHILOSOPHICAL IDEAS IN THE WORKS OF N. K. ROERICH

Scientific Advisor — Ph. D. in Philosophy, Associate Professor A. S. Zubairova-Valeeva

Department of philosophy and social-humanitarian disciplines

with the course of social work,

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *In this paper, the analysis of N. Roerich's philosophical ideas in the results of his artistic and literary creativity, as well as in public activity, is carried out. We came to the conclusion that his philosophy found the best expression of his ideals in artistic creation. In the works of Roerich there is a true beauty of the world, which makes people think about the greatness of nature, the Cosmos and the human spirit. Roerich made a significant contribution to the rapprochement of the Indian and Russian peoples, the report to our compatriots of the greatness of the philosophical and religious thought of India. Among the students, a survey was conducted, and it was revealed that some students know Roerich as an artist, and only a few are familiar with him, as with a thinker and a poet.*

Key words*: Genesis, unity, the Roerich Pact, the philosophy of India.*

Актуальность: творчество нашего выдающегося соотечественника Н.К. Рериха – одна из ярчайших жемчужин в отечественной культуре XX века. Большинство из нас знают Н.К. Рериха как художника, получившего широкое международное признание, в первую очередь, своими работами «гималайской» серии. И лишь немногие знакомы с Рерихом – поэтом, мыслителем, философом, стремившегося объять духовное наследие индийской философской мысли и органично интегрировать его в рождавшуюся у него концепцию будущего России, неотделимого от истории и культуры народов всего евразийского континента. Именно этой, духовной стороне творчества Н.К. Рериха и посвящено данное исследование.

Цель исследования:проанализировать философское наследие Н.К. Рериха, духовные аспекты и побудительные мотивы его художественного творчества.

Материалы и методы: для достижения данной цели были использованы общефилософские и теоретические методы исследования, такие как: анализ и синтез, индукция и дедукция, исторический и диалектический методы. Был проведен обзор научной литературы по теме исследования.

Результаты и обсуждения

Николай Константинович Рерих относится к плеяде выдающихся деятелей русской и мировой культуры. Его творческое наследие огромно – более семи тысяч картин, рассеянных по всему свету, бесчисленные литературные произведения – книги, очерки, статьи, дневники.Он родился 9 октября 1874 года в Петербурге в семье известного нотариуса Константина Федоровича Рериха. С детских лет увлекался живописью, археологией, историей и, прежде всего, богатейшим культурным наследием Востока. Все это, слитое воедино, позже дало удивительный результат и сделало творчество Николая Константиновича уникальным и ярким [5, с. 354].

В 1899 году он познакомился с Еленой Ивановной Шапошниковой, ставшей для него спутницей жизни. Она разделила все начинания Николая Константиновича, в 1902 г. у них родился сын Юрий, будущий ученый-востоковед, а в 1904 г. – Святослав, который избрал ту же стезю, что и отец – художественное творчество. С 1907 по 1909г. Рерихи все более погрузились в изучение Индии, Тибета. Длительное тяготение к Востоку вылилось в решение совершить большое путешествие в Индию, Тибет и Монголию, чтобы изучить индийскую культуру и приблизиться к гималайским ашрамам [4, с. 164].

Живой нитью, связующей поколения, была для Рериха восточная традиция «духовного наставничества»: путешествие семьи Рерихов на Восток было одухотворено

возвышенным понятием Учителя. Пейзажи горных вершин, долин и ущелий являют нам невидимое присутствие легендарной и таинственной Шамбалы - страны гималайских Учителей - Махатм. Присутствие Шамбалы можно почувствовать в молнии над Гималаями, в Северном сиянии, в полёте орла и крыле птицы, шум которого слышен «на дальних мирах», в тени Учителя[2, с. 288].

В 1928 г. в Индии Рерихами создаётся Гималайский Институт научных исследований “Урусвати”, а в 1942 году в Нью-Йорке, по инициативе Н. К. Рериха – Американо-Русская ассоциация, где он избирается почётным Президентом [4, с. 164].

С 20-х годов Рерих вел обширную просветительскую деятельность по привлечению мировой общественности к делу охраны памятников культуры. В 1929 г. Рерих опубликовал принципы Пакта в Нью-йоркской печати, и в 1935 году в Белом Доме Пакт был подписан США и Республиками Центральной и Южной Америки. На основе Пакта Рериха в 1954 в Гааге был подписан Заключительный акт Международной конференции по защите культурных ценностей в случае вооруженного конфликта, ратифицированный многими странами, в том числе и СССР [6, с. 117].

Всю свою жизнь Н.К.Рерих неразрывно был связан с искусством. На его полотнах Земля, ее природа, ее люди представляются в философском обобщенном виде, и сама эта форма общения несет нам не только знание о прошлом, но и содержит в себе своеобразную программу на будущее. Произведения его воздействуют на людей, будто из какого-то высшего источника. Никто не может не заметить их ослепительной красоты, потрясающей силы, выражения ликующей свободы и духовной атмосферы, которую они излучают. Картины Н.К. Рериха насыщены космическими энергиями и полны смысла. Каждая картина – прекрасная симфония красочных созвучий, именно цвета, тона и гармоничность их производят духовное воздействие на зрителя [1, с. 195].

Своим искусством он показывал, какой может быть высокая Красота. Рерих поднял над планетой Знамя Мира, ставшее символом движения за сохранения общечеловеческих культурных ценностей. Причастность к Единому источнику сокровенной Мудрости вдохновляла духовные устремления Николая Рериха на пути служения человечеству [3, с. 9].

Одна из интересных философских идей, воплощенная в живописном творчестве Рериха, — идея творческой силы мысли, мышления. Он считал, что мысль является мощной космической энергией, способной формировать реальность земного плана бытия. Святые, подвижники и особенно Великие Учителя использовали и используют силу мысли для ускорения духовного развития человечества. Данная идея отражена на картинах «Мысль», «Прокопий Праведный за неведомых плавающих молится», «Святая Женевьева».

Одной из основных идей в работах Н. К. Рериха была мысль о Единстве всего Сущего. В основе всего лежит Беспредельность, именно Беспредельность, и люди – в ней. Это то, что именуется в человеческом сознании Богом. Всё во всём и во всём жизнь. Сборник «Цветы Мории» — ценнейший документ духовной биографии Н.К.Рериха. Он отмечал, что публика совершенно не понимает „Цветы Мории", но все-таки чувствует, что у этой книги есть какое-то особое внутреннее значение [8, с. 157].

Последней, незавершенной работой Николая Константиновича стала картина «Завет Учителя». На ней изображены любимые им Гималаи, снежные вершины и глубокое ущелье с текущей внизу рекой. Над ним парит белый орел, а человек, сидящий над пропастью, внимательно наблюдает за его полетом и говорит: «Ни вестник ли это Учителя Света? Не в нем ли Его завет: перейти реку жизни смело, красиво, стремительно, следуя верхним путем, высоко взлетая духом, смело и свободно, подобно бесстрашной птице, взмывающей в поднебесье?» [7, с. 75].

Анализ статистики теста проведенной среди студентов БГМУ.

Среди 50 анкетированных студентовоказалось, что 43 из них знакомы с творчеством Рериха, что составляет 86%, среди которых 36 – известны картины художника (72%), а 7 человек читали его произведения (14%) (Рис.1).



Рис.1.Результаты опроса

Заключение и выводы: Едва ли можно переоценить вклад Н.К. Рериха в сохранение общемирового культурного наследия, в сближение индийского и русского народов, донесение до русского человека величия философской и религиозной мысли Индии. Наилучшее выражение своих идеалов его философия нашла в его художественном творчестве. Вработах Рериха присутствует истинная красота мира. Нет лучшего воплощения его чаяний, стремлений и надежд. Потрясающие горные вершины своим величием и неземной красотой пробуждают в душах такой поток «присутствия», погруженности и, одновременно, вознесенности над Бытием, который едва ли может быть достигнут путем

интеллектуальных усилий. И в этом безусловная сила идей Рериха, который сделал свои картины звучащим знаменем своих философских устремлений.

Список литературы

1.Беликов П. Ф., Князева В. П. Рерих. М.,«Жизнь замечательных людей», СПб.: Питер, 1972.с.195.

2. Волошин. М. Лики творчества, «Искусство и искус», серия "Лениздат-классика". Изд-во: "Лениздат", С-Пб. 2014, с.288.

3. Зарницкий С., Трофимова Л. Путь к Родине. - «Международная жизнь», М., 1995,с.117.

4.Рерих Н. К. «Алтай – Гималаи». М., 1974.с.179.

5. Рерих Н. К. Из литературного наследия. М., 1974.с.164.

6.Рерих Н. К. Мысль // Листы дневника. Т.1 - М: МЦР, 1995.с.354

8.Фортунатов В. В. Новейшая история России в лицах, 1917-2008. СПб.: Питер, 2009 с.288.

9.Мировое признание Н.К.Рериха [Электронный ресурс] URL: http://www.icr.su/rus/family/nkr/biograph/ (дата обращения:19.03.2017)

10.Сборник “Цветы Мории” [Электронный ресурс] URL: http://teros.org.ru/index.php?pageid=5-3-1-sbornik-cvety-morii (дата обращения:19.03.2017)

УДК614.2:17

Г.Р.Галлямова, Л.А.Косенко

ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАЛИЗАЦИИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ

Научный руководитель — Нелюбина Е.В.

Кафедра психологии и педагогики , Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Сущность нашей работы заключалась в изучении и выявлении этических основ реализации ухода за больным персоналом медицинского учреждения разных категорий.

Ключевые слова: Уход, забота, контроль.

G.R.Gallyamova, L.A.Kosenko

THICAL BASIS FOR THE IMPLEMENTATION OF PATIENT CARE

Scientific Advisor — Nelubina E.V.

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The nature of our work was to study and identify the ethical basis/ framework of the implementation of the patient care staff of medical institutions of different categories.

Keywords:Treatment, care, control.

Актуальность: Основополагающим этическим принципом медицины является известное латинское изречение «прежде всего не навреди» (PRIMUMNONNOCERE). Это в полной мере относится и к уходу за больными.

Актуальность исследования заключается в том, что эта проблема существует давно и многие медицинские работники, а также родственники не всегда могут найти подход к неизлечимо больному [1].

Цель исследования:

1.Рассмотреть роль речевого этикета и вежливости между пациентом и врачом, пациентом и родственниками

2.Выявить характерные особенности этических основ ухода за больными и структурировать ее.

3. Рассмотреть всевозможные этические аспекты по отношению к больному.

Объектом исследованиявыступали пациенты РКОД

Предметом изучения в нашей работе является этические основы ухода за больным

Результаты и обсуждение:Первая часть нашей научной работы заключалась в анализе литературы.

Изучив литературу, мы выявили, что психологический охранительный режим, является важнейшим элементом мобилизации потенциальных возможностей человека на выздоровление [2].

Вторая часть нашего исследования заключалась в изучении отношение медицинского персонала к пациентам, таких лечебных учреждений таких как РКОД.

В Республиканском клиническом онкологическом диспансере в отделении паллиативной помощи наблюдали за работой медсестер, их общением с пациентами разной тяжести заболеваний.

В ходе нашей научной работы было проведено небольшое исследование. Мы подготовили перечень вопросов, ответить на которые попросили медработников РКОД. Опросу подверглись тридцать медсестер и пятнадцать докторов.

Вопросы звучали следующим образом:

1. «Целесообразно ли разговаривать с пациентом о его заболевании?»
2. «Всегда ли вы выслушиваете пациента, когда он говорит о своей болезни?»
3. «О чем можно разговаривать с пациентом?»
4. «Часто ли вы выполняете желание пациента?»

• На первый вопрос 63% опрошенных дали отрицательный ответ, то есть больше половины считают, что о заболевании с пациентом

разговаривать нецелесообразно.

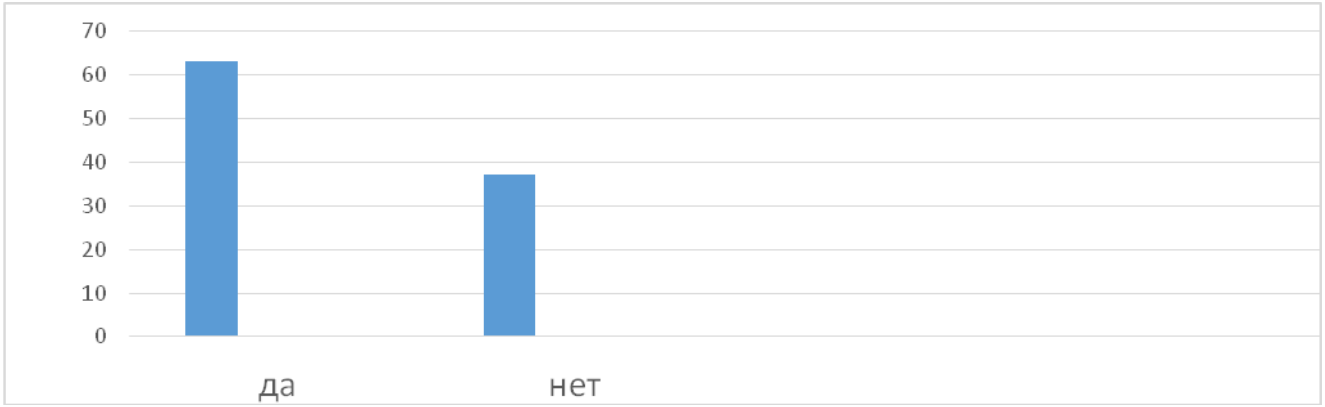


Рис.1 Разговор с пациентом

На вопрос «Всегда ли вы выслушиваете пациента, когда он говорит о своей болезни?» все медработники дали положительный ответ. Ведь это очень важно для больного.

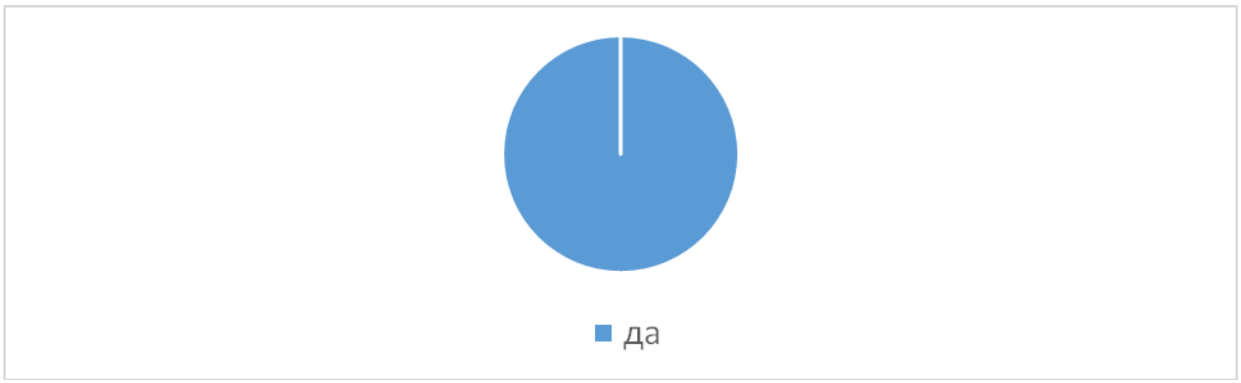


Рис.2 Пациент и болезнь.

• На третий вопрос большинство опрошенных ответили, что с пациентом лучше всего разговаривать о фильмах, книгах, сериалах, хобби, телепередачах.

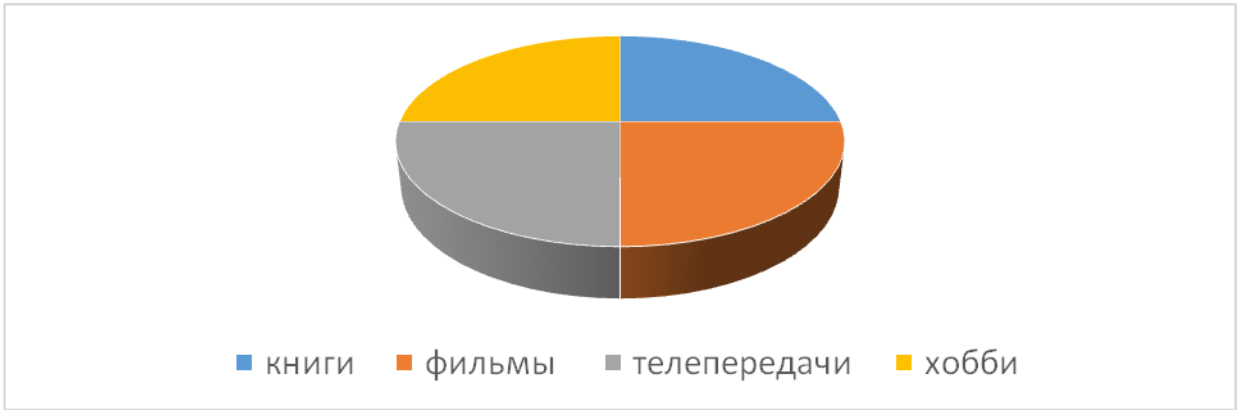


Рис.3 Хобби пациентов.

• На вопрос «Часто ли вы выполняете желание пациента?» 75 % опрошенных дали положительный ответ, а 25 % опрошенных поступили бы иным образом.

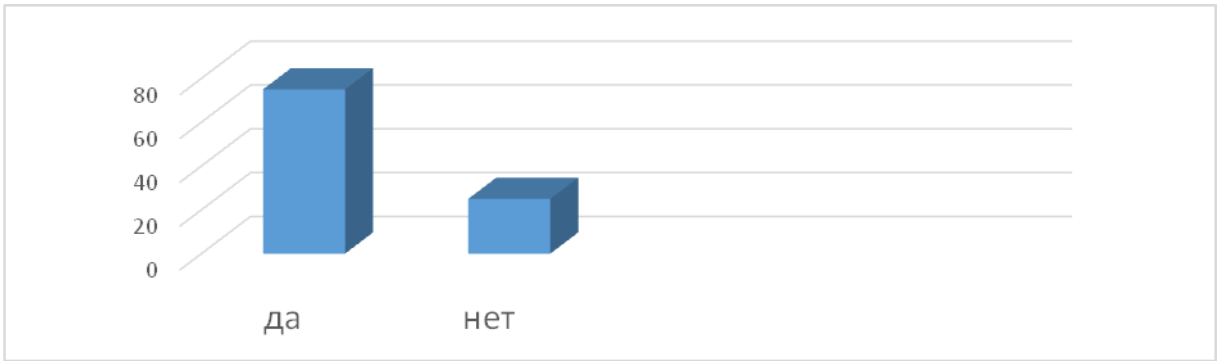


Рис.4 Желание пациента.

Исходя из проведенных нами исследований, мы составили брошюру «Как вести себя с неизлечимо больным».

Третья часть нашей работы заключалась в анонимном опросе самих пациентов.

Мы задали им такой вопрос: «Хотели бы вы, чтобы в вашем лечебном учреждении проводились мероприятия, такие как концерты, вечера кино и т.д? Если да, то почему. Если нет, то почему?»

Все 20 опрошенных, что составляет 100%, дали положительный ответ на поставленный вопрос и объяснили это тем, что благодаря такому времяпровождению они хоть на минутку могут забыть о своем недуге и почувствовать себя полноценным человеком без каких-либо отклонений в здоровье.

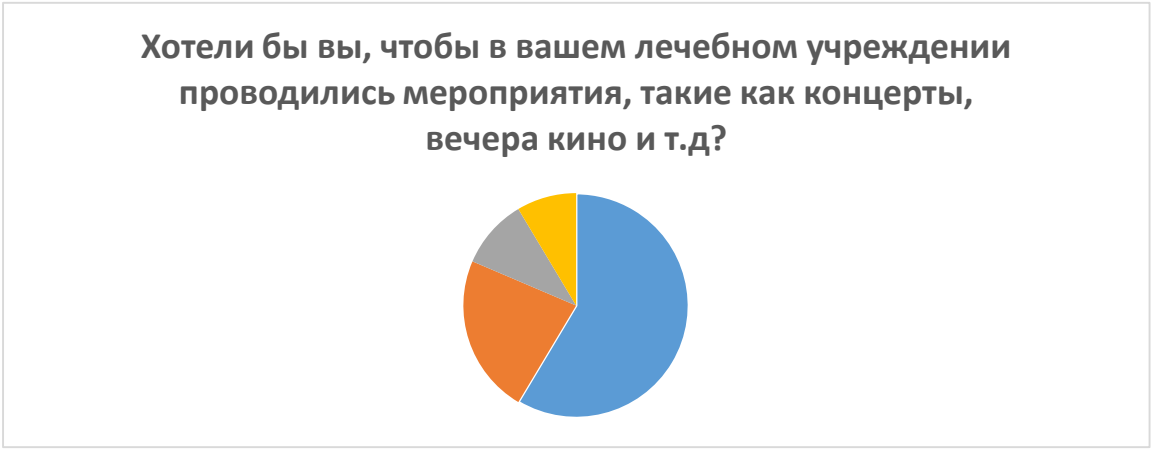


Рис.5 Мероприятие для пациентов.

Проанализировав все ответы, был организован концерт в поддержку пациентам, в чем нам посодействовала администрация РКОД. Заблаговременно была назначена дата проведения мероприятия и подготовлены концертные номера.

Заключение и выводы. Быть морально ответственным человеком для специалиста, осуществляющего уход за больным – главное требование, не вызывающее никаких сомнений, ибо любые ошибки и непродуманные действия способны причинить нравственные и физические страдания подопечному [3].

Список литературы

1. Биомедицинская этика / под ред.: В. И. Покровского, Ю. М. Лопухина; РАМН. – М.: Медицина, 1999. – 248 с.
2. «Деонтология в медицине», М.: Медицина: Б.В. Петровский, 1988г.- 352с.
3. «Общий уход за больными» Н.В.Туркина, А.Б.Филенко М.: Товарищество научных изданий КМК. 2007. — 552 с.

УДК 316.613

Л. А. Гареева, Г. Ф. Нуриева

СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ И ТИП СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ.

Научный руководитель - доцент, к.п.н. Ю. Е. Коньшина

Кафедра педагогики и психологии

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *в данной статье мы рассмотрели проблему влияния типа семейного воспитания на стиль поведения в конфликте у студентов 1-6 курсов БГМУ.*

Ключевые слова: *конфликт, стиль поведения, воспитание, семейное воспитание.*

L. A. Gareyeva, G. F. Nurieva

STYLE OF BEHAVIOR IN CONFLICT AND TYPE OF FAMILY EDUCATION.

Scientific Advisor - associate prof., Ph. D. Y. E. Konshina

Department of Pedagogy and Psychology

Bashkir State Medical Univercity, Ufa

Abstract: in this article we have examined the problem of the influence of the type of family education on the style of behavior in the conflict among students of the 1st-6th year of BSMU.

Keywords: conflict,behavioral style, upbringing, family education.

Актуальность: конфликты можно считать неотъемлемым компонентом любой сферы человеческой деятельности**.** Жизнь человека в обществе сложна и полна противоречий, которые приводят к столкновению интересов, как отдельных людей, так и групп. Исходом сложившейся ситуациияв‌ляется следующее: либо человек начинает доказывать свою правоту, либо пытается найти компромисс, или же избегает такой ситуации. Проблема разрешения конфликта очень важна, и для нас, как исследователям, наибольший интерес представляет стиль поведения человека в определенной конфликтной ситуации.

Цель исследования: практическое изучение проблемы влияния типа семейного воспитания на стиль поведения в конфликте.

Методы исследования: методика К. Н. Томаса «Стиль поведения в конфликтах»; авторская анкета «Влияние типа семейного воспитания на стиль поведения в конфликте». База исследования: студенты 1-6 курсов БГМУ в количестве 50 человек.

Результаты и обсуждение: Термин «конфликт» был впервые употреблен немецким философом и социологом Г. Зиммелем в его работе «Социология конфликта»[4]. Он считал

конфликт универсальным явлением, а бесконфликтное общество недееспособным. По его мнению, конфликт может стать средством развития общества.

Конфликт (лат. conflictus)- это столкновение противоположно направленных, несовместимых друг с другом тенденций в сознании отдельно взятого индивида, в межличностных взаимодействиях или межличностных отношениях индивидов или групп людей, связанное с острыми отрицательными эмоциональными переживаниями. Конфликт чаще всего рассматривается как конкуренция в удовлетворении интересов. Какую ситуацию можно назвать конфликтной? На этот вопрос отвечает теорема Томаса: «Если ситуации определяются как реальные, то они реальны по своим последствиям, то есть конфликт становится реальностью тогда, когда он переживается как конфликт хотя бы одной из сторон» [1].Как поведет человек себя в той или иной ситуации во многом определяется его личностными чертами характера, сформированными еще в детстве, составным компонентом которых является его воспитание в семье.

Семейное воспитание - это система воспитания и образования, которая складывается в условиях конкретной семьи силами родителей и родственников. На него воздействуют наследственность и биологическое (природное) здоровье детей и родителей, материально-экономическая обеспеченность, социальное положение, уклад жизни, количество членов семьи, место проживания (место дома), отношение к ребенку. Все это органично переплетается и в каждом конкретном случае проявляется по-разному.

Стиль поведения в конфликте – это совокупность методов и способов действия в конфликте, ориентированных на достижение определенных целей и реализацию интересов. Выделяются пять основных стилей поведения в конфликте: соперничество, приспособление, уклонение, компромисс, сотрудничество.

На первом этапе нашего исследования мы предложили нашим респондентам методику американского социального психолога К. Н. Томаса «Стиль поведения в конфликтах», определяющую типичные способы реагирования на конфликтные ситуации и стресс. Нужно было ответить «да» или «нет» на 30 вопросов. По результатам данного теста было выявлено, что стиль поведения «компромисс», для которого характерно соглашение на основе взаимных уступок, или же предложение варианта, снимающего возникшее противоречие, был выявлен у 40 % респондентов. Стиль «приспособление», как принесение в жертву собственных интересов ради другого, был выявлен у 20 % испытуемых. Стиль «избегание», проявляющийся в отсутствие стремления к кооперации и в отсутствие тенденции к достижению собственных целей, и «сотрудничество», при котором участники ситуации

приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон, по 14 %, а стиль «соперничество» (стремление добиться своих интересов в ущерб другому) был выявлен у 12 % респондентов. Таким образом, мы видим, что большинство студентов 1-6 курса БГМУ (40%) в конфликтной ситуации стремятся к компромиссу, нежели к другим способам реагирования. Но мы считаем, что человек, для того, чтобы уверенно чувствовать себя в обществе, должен уметь пользоваться всеми стилями поведения.

На втором этапе исследования мы предложили испытуемым авторскую анкету «Влияние типа семейного воспитания на стиль поведения в конфликте», состоящую из 5-ти вопросов и получили следующие результаты. На вопрос «Довольны ли Вы системой воспитания в своей семье?» большинство респондентов (94 %) ответили «да», и 6% - «нет». На вопрос «Строго ли Вас воспитывали в детстве?» наиболее частый ответ - «нет» (54%), ответ «да» - 40%, «не знаю» - 6%. На вопрос «Сталкивались ли Вы в семье со стороны родителей с (ответы «да»/»нет») : безнадзорностью, бесконтрольностью -11 % ответили «да», «нет»-89%; гиперопекой – положительный ответ дали 23%, отрицательный-77%; жестким воспитанием – сталкивались 7%; воспитанием, основанном на физических показателях – у 6% ответ «да», у оставшейся доли, соответственно,94%; воспитанием в условиях повышенной моральной ответственности - столкнулись 71% респондентов; безразличной, эмоциональной отверженностью – большинство ответили «нет»-94%. На вопрос «Учили ли Вас родители договариваться (разговаривать) с собеседником в конфликтной ситуации?» - 83 % ответили «да», 14% - «нет», а остальные 3% - «не знаю». Затем мы соотнесли ответы анкеты и теста Томаса. Детально изучив каждый вопрос авторской анкеты, мы установили, что среди лиц, довольных системой воспитания (94%), преобладает стиль «Компромисс» (39%), на втором месте - «Приспособление» (21%), 15% респондентов прибегают к стили «Сотрудничество», по 12,5% остается на «Соперничество» и «Избегание». Недовольные воспитанием (6%) любят приспосабливаться.

По второму вопросу: «Строго ли Вас воспитывали в семье?» как мы уже упомянули, 40% студентов ответили «да». Среди них 71% любят больше соглашаться на основе взаимных уступок («Компромисс»), 14% соперничать, а избегать, сотрудничать, приспосабливаться нравятся лишь 5%. 54% респондентов воспитывались не строго. Среди них так же большой процент приходится на «Компромисс» (26%), такой же процент составляет «Приспособление», на « Сотрудничество» - 21%, «Избегание» - 16%, а на « Соперничество» остается 11%. У тех, кто не смог ответить на этот вопрос (6%), встречаются такие стили, как « Избегание», «Приспособление» и «Компромисс».

При анализе третьего вопроса получили следующие результаты: с безнадзорностью сталкивались 11%, среди которых 60% прибегают к «Соперничеству», остальные 40% - к «Компромиссу». У оставшегося 89%, ответивших «нет», преобладает стиль «Компромисс» (42%), «Припособление» - 23%, «Сотрудничество» и «Избегание» по 16%, а на долю « Соперничества» остается лишь 3%; с гиперопекой сталкивались 23%, среди которых 63% готовы предложить вариант, снимающий возникшее противоречие («Компромисс»), 25% идут на «Приспособление», а на 1«Избегание» - 12%. Среди не испытывавших гиперопеку 33% идут на «Компромисс», 22% на «Приспособление», 19% готовы сотрудничать, 15% предпочитают избегать, а 11% соперничать, с жестким воспитанием: у 6%, ответивших «да», 100% стиль «Компромисс». У тех, кто отрицает, – 36% респондентам проще согласиться на основе взаимных уступок («Компромисс»), по 18% основываются на «Избегание» и «Приспособление», у 15% преобладает «Сотрудничество», а 13% любят соперничать; воспитание, основанное на физических показателях: среди лиц, не подвергшихся таким условиям, наибольший процент (39%) решают конфликт путем уступок, 21% - «Приспособление, по 15% - «Сотрудничество» и «Избегание», 10% - «Соперничество». У остальных (ответ «Да»), встречается «Соперничество» и «Компромисс»; в условиях повышенной моральной ответственности находились 71% респондентов. Высчитано, что на долю « Компромисс» проходится 40%, 24% на « Приспособление», по 12% на оставшиеся стили поведения. Среди отрицавших: 40% - «Компромисс», по 20% - «Сотрудничество», «Избегание» и «Приспособление»; с безразличной, эмоциональной отверженностью согласились всего 6% студентов, стили: «Соперничество», «Компромисс». У лиц с отрицательным ответом 42% - «Компромисс», 16% - «Соперничество», по 15% - «Избегание» и «Сотрудничество», 12% - «Приспособление».

По четвертому вопросу «Учили ли Вас родители договариваться с собеседником в конфликтной ситуации?»: среди ответивших «Да» 41% выбирают в конфликтной ситуации «Компромисс», 24% «Приспособление», 18% «Избегание», по 10% на «Соперничество» и «Сотрудничество».

Заключение и выводы исследования. Как показало исследование: 80% студентов имеют адекватную самооценку; при анализе стилей поведения в конфликте преобладает «компромисс» - 40%; оказалось, что 71% респондентов воспитывались в условиях повышенной моральной ответственности; 40% студентов указали, что их воспитали строго, но, тем не менее, на вопрос «Довольны ли Вы системой воспитания в своей семье?» 94% дали положительный ответ; большинство 40% лиц, подвергшихся строгому воспитанию,

решают проблемы межличностного общения мирным путем («Компромисс» - 71%). Кто воспитывался не строго, выбирают «Компромисс» (26%) и «Сотрудничество» с «Приспособлением» (по 21%). Следовательно, стержнем, определяющим поведение личности в условиях противоречий и столкновений интересов является семейное воспитание. Именно оно направляет человека на действия при сложившихся неприятных ситуациях. И в зависимости от типа воспитания, полученного с рождения в семье, человек прибегает к тем или иным стилям поведения.

Список литературы:

1. А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов «Конфликтология». Учебник. 3-е изд. - СПб.: Питер, 2008. – 496 с2
2. Б.С. Волков, Н.В. Волкова «Конфликтология» : учеб.пособие для студентов вузов / Б.С. Волков, Н.В. Волкова. - М.: Академический Проект; Триста, 2005. – 384 с
3. Е.Н. Богданов, В.Г. Зазыкин «Психология личности в конфликте»: учебное пособие. 2-е изд. - Спб.: Питер, 2004. – 224 с.
4. Н.В. Гришина «Психология конфликта». 2-е изд. - СПб.: Питер, 2008. — 544 с.
5. Левин К. «Разрешение социальных конфликтов» – СПб., 2000.

УДК 740

Е.Д.Грипич

ЭТАПЫ ПРИНЯТИЯ ДИАГНОЗА ПАЦИЕНТОМ

Научный руководитель- кандидат наук Е.Е.Липатова

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет,г. Уфа

Резюме: о психологических переживаниях больного во время сообщения ему диагноза. Включает в себя пять основных этапов.

Ключевые слова: психология, пациент, помощь.

E. D. Graphic

THE STAGES OF ACCEPTING THE DIAGNOSIS OF A PATIENT.

Scientific supervisor - PhD E. E. Lipatova

Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical University, Ufa

Summary: on the psychological experiences of the patient during the communication of the diagnosis. Includes five main stages.

Key words: psychology, patient assistance.

Актуальность:

В такой отрасли как медицина, где основной упор делается на общение и оказание помощи больным людям, невозможно обойтись без знания основных аспектов психи человека. Нужно уметь находить индивидуальный подход к каждому больному и правильно сообщать диагноз.

Целью данного исследования является изучение и объяснение этапов принятия диагноза пациентом.

При работе над данной статьей были **использованы материалы** из книг по психологии и медицине и научные статьи.

Результаты и обсуждение:

Американский психолог Элизабет Кюблер-Росс выделила у больных пять основных стадий психологической реакции:

1. Отрицание или шок
2. Гнев
3. Торг
4. Депрессия

5. Принятие

Во многих случаях этот диагноз является неожиданным для человека, а врач в силу различных обстоятельств не успевает подготовить пациента к такому объявлению. Даже если врач был тактичен и осторожен, избежать тяжелого эмоционального шока вряд ли удастся. После испытанного шока человек начинает отрицать поставленный ему диагноз: «Почему это происходит со мной?», «Этого не может быть!». Такое состояние присуще всем больным, и не только на первых этапах, но и в последующем. Отрицание является нормальной реакцией пациента на потрясение, помогает ему справиться с болезненными обстоятельствами.

Если с этапом отрицания родственники и сотрудники медицинского учреждения справиться могут, то с этапом гнева всё обстоит гораздо тяжелее. Это происходит из-за неожиданных эмоциональных всплесков, которые распространяются на окружающих. Что бы не делали медработники или родственники- всё вызывает раздражение и поводы для недовольства. В этот период важно понимать, что гнев человека не имеет в действительности никакой связи с теми, кто становится «мишенью». Больному просто нужно уделять внимание,относится уважительно и понимающе, тогда раздраженные требования и упреки прекратятся.

Следующим периодом является своеобразная торговля с болезнью. Этот период возникает не у всех и длится не так долго, как первый и второй этап. После шока и гнева, испытанного человек, он понимает, что ему ничего не остается, как только попытаться отвоевать у болезни как можно больше времени для жизни. В это время очень важно дать человеку позитивный настрой. Можно рассказать о разных случаях выздоровления у тяжелобольных. Если врач вселяют надежду и веру в успех лечения, то человеку гораздо легче преодолевать курс лечения.

Важно понимать, что каждый день из жизни больного – это поток различных процедур, медсестры, врачи, другие больные. Неудивительно, что в такой обстановке рано или поздно пациент впадает в такое состояние, как депрессия. Депрессия (от лат. depressio — подавление) - аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных (связанных с познанием) представлений и общей пассивностью поведения. На этой стадии человек понимает сложность своего диагноза. Он чувствует себя подавленным и усталым, у него опускаются руки. Это один из самых тяжелых этапов переживания болезни, но и эти эмоции нормальны и их нужно пережить. В это время человеку как никогда важно знать, что он не одинок и он может положиться на родственников и лечащего врача.

Во время продолжительной борьбы когда-нибудь наступает смирение. Происходит осознание своих истинных потребностей, отделение важного от второстепенного. Это время духовного роста и позитивных перемен в душе человека.

Прохождение всех пяти этапов – это трудное испытание для любого человека. Однако динамика психической жизни такова, что каждый этап должен быть пройден. Именно в эти периоды происходит огромная душевная работа, которая позволяет больному адаптироваться к изменению привычного уклада жизни, свыкнуться с переменами и принять их, приобрести новые смыслы и поставить новые цели. Эти стадии не всегда идут в установленном порядке. Человек может остановиться на какой-то одной стадии или даже вернуться на стадию назад. Однако, знание этих психологических этапов требуется для правильного понимания того, что происходит в душе человека, столкнувшегося с тяжелой болезнью.

Примерно с 1969 г. врачи Карл и Стефани Саймонтон стали интересоваться всеми существующими методами психологической поддержки больных и изучили применение таких разных психологических методик, как дискуссионные группы, групповая психотерапия, медитация, работа по усилению воображения и позитивного мышления, различные методы усиления мотивации, биологическую обратную связь и курсы по «развитию мышления» и «мыслительной динамики» по методу Хосе Сильвы.

Заключение и выводы: Таким образом, можно сделать вывод, что главное правило при объявлении диагноза является то, что вопросы больного нельзя оставлять без ответов. В том случае, если врач уверен в излечимости процесса у данного пациента, сообщить о диагнозе необходимо, чтобы совместно с больным предпринять максимум усилий для борьбы с заболеванием.

Список литературы:

1. А. В. ПолинМедицинская психология. Полный курс 2000 год.
2. А.В Петровский, М.Г. Ярошевский Психологический словарь. 2000 год.
3. С.А. Шефов «Психология горя» 2006 год.
4. К. Саймонтон С.Саймонтон ПСИХОТЕРАПИЯ РАКА. Том 1. Стр. 44. 2008 год.
5. Роберт Дж. Твайкросс Дэвид Р. Фрамптон «Введение в паллиативное лечение» 1992 год.
6. Элизабет Кюблер-Росс «О смерти и умирании» 2001 год.

УДК 159

К.В.Данилова

МОТИВЫ ПОСТУПЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ.

Научный руководитель — к.п.н. доцент О.В.Кудашкина

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Личностные мотивы оказывают сильное влияние на процесс принятия какого-либо решения и в том числе на выбор будущей профессии. В статье рассматривается вопрос мотивов выбора профессии врача. Потребности, убеждения, намерения, цели, задачи выступают одними из наиболее значимых характеристик мировоззрения человека, которое отражает систему взглядов, оценок и образных представлений о мире и месте в нём человека, общее отношение человека к окружающей действительности и самому себе, а также обусловленные этими взглядами основные жизненные позиции людей, их убеждения, идеалы, принципы познания и деятельности, ценностные ориентации. В основе убеждений лежат осознанные потребности, которые побуждают личность действовать, формируют ее мотивацию к деятельности. В статье представлены результаты анкетирования студентов 1 курса лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов по вопросу мотивов выбор профессии.

Ключевые слова: мотивация, мотив, потребность, интерес, намерения.

K.V.Danilova

MOTIVES OF RECEIPT AT THE MEDICAL UNIVERSATY.

Scientific Advisor — Ph. D. in in Psychology, docent O.V.Kudashkina

Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Personal motives exert a strong influence on the process of making a decision, including choosing a future profession. The article discusses the motives for choosing a doctor's profession. Needs, beliefs, intentions, goals, tasks are one of the most significant characteristics of a person's worldview, which reflects the system of views, assessments and imaginative perceptions of the world and the place in it of man, the general attitude of man to the surrounding reality and himself, and also conditioned by these views Basic life positions of people, their beliefs, ideals, principles of cognition and activity, value orientations. At the heart of beliefs lie the conscious needs that motivate the person to act, shape her motivation for action. The article presents the results of the questionnaire survey of students of the first year of medical, pediatric and dental faculties on motives.

Keywords: motivation, motive, need, interest, intentions.

Актуальность темы обуславливается тем, что с вопросом мотивов выбора профессии сталкиваются все люди. Раннее, в советском союзе, люди учились в медицинском ВУЗе, часто руководствуясь моральными принципами: помощь людям, продолжение династии, давняя мечта. Изменилось что-либо на современном этапе?

Целью данной работы является выяснение мотивации людей при выборе медицинского университета.

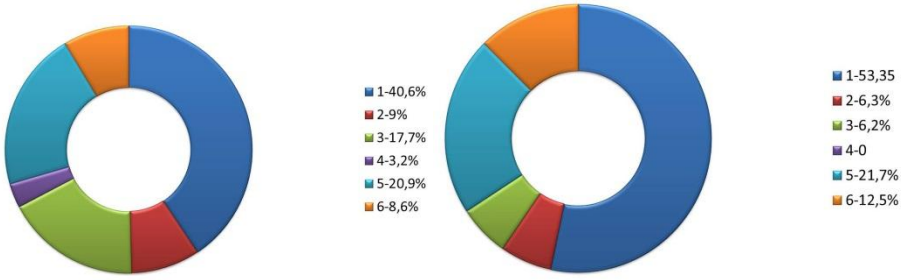
Мотивы деятельности личностимогут выступать в качестве одной из наиболее значимых характеристик мировоззрения человека, в котором отражаются не только идеалы, но и ценностные ориентации людей, их принципы познания и деятельности, их убеждения. Мотив - это побуждения к деятельности, связанные с удовлетворением потребностей субъекта.

Мотивация имеет двоякий смысл: как обозначающей систему факторов, детерминирующее поведение (сюда входят, в частности, потребности, мотивы, цели, намерения, стремления и многое другое), и как характеристика процесса, который стимулирует и поддерживает поведенческую активность на определенном уровне. Любая форма поведения описывается как внутренними (мотивы, потребности, цели, намерения, желания, интересы и т. п), так и внешними причинами поступков человека (стимулы, исходящие из сложившейся ситуации).

Потребность - состояние нужды организма, индивида, личности в чем-либо, что является необходимым для нормального существования. Потребность связана с состоянием неудовлетворённости. Согласно теории А.Маслоу потребности подразделяются на низшие физиологические, потребности в безопасности, аффективные потребности и потребности высшего порядка — в самооценке и самовыражении. Удовлетворение потребностей низшего порядка активизирует следующий, более высокий уровень потребностей.

Материалы и методы:Для выяснения мотивации среди студентов медицинского вуза проводилось анонимное анкетирование среди студентов 1 курса лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. Возраст респондентов варьировался от 17 до 26 лет. Им было предложено ответить на вопрос «Почему Вы поступили в медицинский университет?» и выбрать среди предложенных вариантов:1-Моя мечта стать врачом, 2-Продолжаю династию медработников, 3- Настойчивый совет родителей, 4-Хорошая возможность карьерного роста, 5-Материальное благополучие в будущем, 6-Другое (респонденты могли написать свой вариант ответа)

Результаты и обсуждение:При выборе института среди девушек 40,5% выбрали вариант ответа «Моя мечта стать врачом», 9%- продолжаю династию медработников, 17,7%-настойчивый совет родителей, 3,2%-хорошая возможность карьерного роста, 20,9%-материальное благополучие в будущем и 8,6% другое. Среди юношей 53,3% выбрали вариант, моя мечта стать врачом, 6,3%-продолжаю династию медработников, 6,2%-настойчивый совет родителей, 0%-хорошая возможность карьерного роста, 21,7%-материальное благополучие в будущем, 12,5% другое. Иные варианты, что указывали студенты: интересно учиться, уважение к медработникам, помощь людям, интерес к медицине, значимость врача в обществе и в мире, благородная и полезная профессия. Также это представлено на рисунках 1 и 2.



Мотивы выбора профессии.

Рис.1. Результаты студентов лечебного факультета. Девушки.

Мотивы выбора профессии.

Рис.2.Результаты студентов лечебного факультета. Юноши.

При выборе института среди девушек 54,8% выбрали вариант ответа «Моя мечта стать врачом», 7,1%- продолжаю династию медработников, 2,4%-настойчивый совет родителей, 16,6%-хорошая возможность карьерного роста, 2,4%-материальное благополучие в будущем и 12,5% другое. Среди юношей 63% выбрали вариант, моя мечта стать врачом, 0%-продолжаю династию медработников, 0%-настойчивый совет родителей, 18,5%-хорошая возможность карьерного роста, 18,5%-материальное благополучие в будущем, 0% другое. Иные варианты, что указывали студенты: у меня есть цели, которые я могу осуществить, окончив этот ВУЗ; желание помогать людям; быть нужным; не хватило несколько баллов на лечебный факультет. По педиатрическому факультету мы получили следующие данные.



Мотивы выбора профессии.

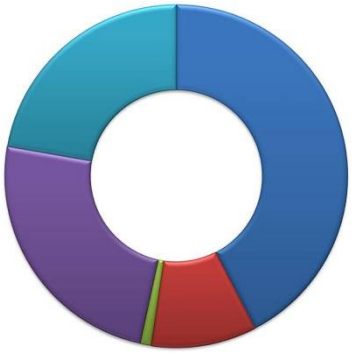
Рис.3. Результаты студентов педиатрического факультета. Девушки.



Мотивы выбора профессии.

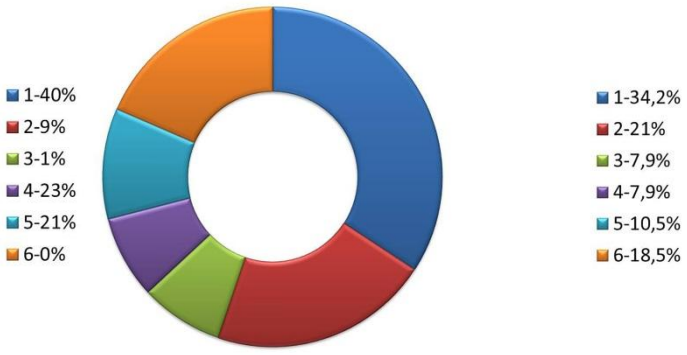
Рис.4. Результаты студентов педиатрического факультета. Юноши.

При выборе института среди девушек 40% выбрали вариант ответа «Моя мечта стать врачом», 9,4%- продолжаю династию медработников, 1%-настойчивый совет родителей, 23%-хорошая возможность карьерного роста, 21%-материальное благополучие в будущем и 0% другое. Среди юношей 34,2% выбрали вариант, моя мечта стать врачом, 21%-продолжаю династию медработников, 7,9%-настойчивый совет родителей, 7,9%-хорошая возможность карьерного роста, 10,5%-материальное благополучие в будущем, 18,5% другое. Иные варианты, что указывали студенты: стану одним из лучших стоматологов России, интерес к профессии; после прохождения лечения у стоматолога; случайное стечение обстоятельств; не вижу себя в другой профессии; продолжение профессии после окончания мед. Колледжа при БГМУ. Также это представлено на рисунках 5 и 6.



Мотивы выбора профессии.

Рис.5.Результаты студентов стоматологического факультета. Девушки.



Мотивы выбора профессии

Рис.6. Результаты студентов стоматологического факультета. Юноши.

Заключение и вывод: Наиболее популярным ответом среди респондентов является вариант - моя мечта стать врачом. Так ответили 66,7% из 75 студентов. Это характерно для всех трех исследуемых нами факультетов. Дальше приоритеты у разных факультетов незначительно разняться. Для респондентов также важны такие составляющие как

материальное благополучие в будущем, который популярен у всех факультетов, так и хорошая возможность карьерного роста. На юношей стоматологического факультета сильнее всего повлиял настойчивый совет родителей.

Таким образом, подводя итог, хотелось бы отметить, что молодые люди (девушки и юноши) выбирают профессию врача, руководствуясь своей мечтой.

Список литературы:

1.Вилюнас В. К. Психологические механизмы мотивации человека. – М., 1990

2.Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. – СПб.2000

3.Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А.В Петровского, М.Г. Ярошевского. - Ростов н/Д.: Феникс, 1999. - С.210

4.Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А.В Петровского, М.Г. Ярошевского. - Ростов н/Д.: Феникс, 1999. - С.209

5.Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А.В Петровского, М.Г. Ярошевского. - Ростов н/Д.: Феникс, 1999. - С.210

6.Маклаков А. Г. Общая психология: Учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2008 - 512-536 с.

УДК 159.942.22-174.4

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель — д. фарм. н., профессор Г.Ф. Лозовая

Кафедра управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме:Количество больных с седечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) остается высоким в современном обществе. Разработка эффективных способов лечения не всегда приводит к снижению смертности от болезней сердечно-сосудистой системы. Это обусловлено тем, что в настоящее время слабо разработаны специфические психокоррекционные подходы в работе с больными с соматическими заболеваниями.

Для больных с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) наиболее значимо состояние эмоционального напряжения, возникающее не столько во время психоэмоциональной нагрузки, а сколько после него, т.е. больные долго помнят и длительно переживают, и для них характерно отсутствие способности быстро восстановить эмоциональное равновесие. Больные с АГ и ИБС после незначительных стрессовых ситуаций, мысленно заново восстанавливают ситуацию, причем даже с большей эмоциональностью, чем первоначально.

У лиц с АГ и ИБС, в отличие от здоровых и пациентов с неврозами, наблюдается более выраженное реагирование артериального давления и пульса на стресс. При этом у них длительное время (в среднем более 10 мин) сохраняются более высокие, по сравнению с контрольной группой, показатели артериального давления и пульса. У большинства здоровых и пациентов с неврозами эти показатели возвращаются в нормальное состояние в пределах 10 минут. Таким образом, формируется замкнутый круг и организм постоянно поддерживается на уровне экстремального функционирования, которое, согласно теории стресса Г.Селье, должен привести к дисстрессу – патологическому срыву его деятельности [4,5,6,7].

Ключевые слова: психоэмоциональная нагрузка, стресс, сердечно-сосудистые заболевания, качество жизни.

S.V. Demyanchuk, K.V. Lozovaya

INFLUENCE OF EMOTIONAL STRESS ON THE QALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor G.F. Lozovaya

The Department of management and Economics of pharmacy with a course of medical and pharmaceutical commodity science, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The number of patients with sedeno-vascular disease (CVD) remains high in modern society. Development of effective methods of treatment does not always lead to the reduction of mortality from diseases of the cardiovascular system. This is because, at present, poorly developed specific psychological approaches in working with patients with somatic diseases.

For patients with arterial hypertension (AH) and coronary heart disease (CHD) is the most significant emotional stresses not so much during emotional load, and many after him, i.e., patients long remember and long experience, and are characterized by the lack of ability to quickly restore emotional balance. Patients with hypertension and coronary artery disease after a minor stressful situations, mentally re-reconstruct the situation, and even more emotional than the original.

In individuals with hypertension and coronary artery disease, in healthy and patients with neuroses, observed a more pronounced response in blood pressure and heart rate to stress. They have for a long time (average 10 min) remain higher compared with the control group, the blood pressure and pulse. In healthy and patients with neuroses, these parameters return to normal within 10 minutes. Thus is formed a vicious circle and the body is constantly maintained at the level of extreme function, which, according to the theory of stress Hans Selye, must lead to distress a pathological disruption of his activities [4,5,6,7].

Key words: psycho-emotional stress, stress, cardiovascular disease, quality of life.

Актуальность: Психологический статус кардиологических больных отличается особенностями, т.к. ССЗ несут в себе особый психосоматический компонент. Во-первых, сами заболевания часто возникают по причине чрезмерной эмоциональной нагрузки и стресса. Во-вторых, в большинстве случаев причина возникновения болезни, всегда имеет в своей структуре выраженный психологический аспект своего внутреннего состояния [3,4].

Недооценка фактора стресса, как одного из основных влияющих на здоровье факторов обусловлено недостаточными знаниями по возможностям его объективизации и отслеживания динамики его изменения и методов коррекции.

Методы коррекции состоят из нескольких наиболее значимых этапов:

- привитие населению навыков психологической гигиены;
- развитие навыков самоконтроля и обучения владения техниками снятия стресса;
- активное участие психологов в решении психологических проблем широкого круга пациентов.

Для ССЗ характерно снижение качества жизни, объясняемое не только проявлениями самого заболевания, но и социально-психологическими факторами (специфическая психология поведения, эмоциональные реакции, а также связанные с заболеванием изменение места и роли в социальной жизни). Качество жизни - интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможности выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению. Исследование качества жизни дает представление о физическом, психологическом и социальном функционировании больного и позволяет оценить влияние заболевания на состояние больного [1,3]. Возникновение интереса к проблеме качества жизни в медицинских науках означает, что врачи за клиническими аспектами болезни начинают видеть и самого человека, учитывать психологическую составляющую болезни, в том числе и отношение больного к своему здоровью [1,2,3].

С развитием медицины и усложнением профессионального инструментария, необходимо помнить, что эффективность любой терапии зависит в первую очередь от самого врача. Одним из таких факторов являются знания врача о психологических факторах воздействия на болезнь.

Ятрогения - изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача. В последнее время, интерес к исследованию ятрогении с психологической точки зрения возрос, что может быть связано с обнаружением все больших отрицательных влияний врачей на психологическое состояние пациентов. Зачастую, неосторожное слово, объяснение или действие, вызывает у больного еще и психологические проблемы, такие как депрессию, тревожные состояния или даже ипохондрические реакции. По данным исследований, общее число ятрогений в лечебных учреждениях составляет 25-45% [8]. Чтобы избежать подобного явления со стороны врача очень важными и актуальными способностями являются ответственность и надёжность лечащего персонала, что необходимо для того, чтобы пациент доверял слову специалиста и испытывал при этом надежду к излечению болезни и обретению здоровья.

При возникновении симптомов ССЗ, связанные с ними трудности всегда воспринимаются больными как серьезные и угрожающие, именно для кардиологических пациентов характерны депрессивные и тревожно-депрессивные состояния, что самым неблагоприятным образом влияет на течение и исход болезни. Поэтому успех лечения во многом зависит именно от стабильного эмоционального состояния и психологического настроя пациента [2].

По этой причине, для оптимизации процесса лечения необходима психологическая поддержка и сопровождение пациентов и членов их семей. Целью такой поддержки является, в первую очередь, устранение состояния психологического дискомфорта больного и профилактика психических и психосоматических нарушений. Информация о психологических и социальных проблемах, предшествующих болезни или появившихся в жизни человека в связи с болезнью, как правило, мало доступна врачу и не позволяет понять степень социально-психологической дезадаптации больного в целом [1,4].

Методы современной психологической практики позволяют не только создать способствующий лечению положительный эмоциональный настрой больного, но и предотвратить возникновение психических и психосоматических нарушений, развивающихся на фоне ССЗ.

Материалы и методы: для выяснения типа отношения к ССЗ (АГ и ИБС) было обследовано 24 больных (14 мужчин и 10 женщин), проходивших постстационарную реабилитацию в санаторно-курортных условиях. Средний возраст мужчин составил 56 лет, женщин – 52 года. Все пациенты работают в ОАО «Башкирэнерго», основные профессии: машинисты, слесари, газорезчики, операторы котельных. Диагноз обследованных: АГ I-II стадии, 1-2 степени, сопутствующий: ИБС, СН 2. Средний стаж болезни: 16,5 лет. Было проведено исследование больных: «Психологическое отношение к болезни пациентов, страдающих ССЗ».

Результаты и обсуждение:

При проведении медико-психологического исследования было выявлено, что преобладающее отношение к ССЗ – гармоничное (53,5% пациентов), характеризующийся реалистичной и взвешенной оценкой больными своего состояния без склонности преувеличивать тяжесть течения, но и без недооценки тяжести заболевания, а также стремлением активно содействовать успеху лечения, облегчить родным тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза ССЗ – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными пациенту, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о родных. Высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональная устойчивость, ответственность, организованность, принятие общественных правил и норм, высокий уровень стрессотолерантности, хорошо развитые волевые качества, уверенность в себе, повышает у такой категории больных удовлетворенность качеством жизни.

Для 36,5 % обследованных больных был характерен анозогнозический тип отношения к болезни - активное отбрасывание мысли о заболевании и возможных последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Прослеживаются отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезного» заболевания или как случайные колебания самочувствия. В связи с этим характерен отказ от врачебного обследования и назначенного лечения. Для пациентов свойственны легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, что отрицательно сказывалось на течение болезни. Такие качества пациента как высокий уровень независимости, упрямство, склонность к агрессии, погруженность в свой внутренний мир, повышенное чувство вины связаны с низкой удовлетворенностью ими качеством жизни [6].

Также среди больных выявлено 10% с эргопатическим типом отношения к болезни, для которого характерны сверхответственное отношение к работе, которое выражено еще в большей степени, чем до болезни. Несмотря на тяжесть заболевания, больные стремятся продолжать работу и избирательно относятся к обследованию и лечению, желают сохранить профессиональный статус и возможность активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

Во время санаторно-курортного лечения у всех пациентов были достигнуты целевые цифры артериального давления. Но, согласно данным психологического тестирования, исследования показали, что всем больным, кроме необходимой комплексной медикаментозной терапии, нужно обязательное психологическое сопровождение. Психологическое консультирование и составление программы реабилитации может способствовать выявлению факторов риска рецидивов болезни, предотвращению стрессов, формированию позитивных целеустановок в будущем, что будет способствовать успеху лечения пациентов с ССЗ.

Заключение и выводы:

1. На основании результатов проведенного медико-психологического исследования мы выявили, что преобладающее отношение к ССЗ – гармоничное (53,5% пациентов), анозогнозический тип отношения был характерен для 36,5 % обследованных больных, эргопатический тип отношения к заболеванию - 10% пациентов;

2. Личностные и психоэмоциональные характеристики пациентов очень важны для понимания клинической картины заболевания, причин и методов реабилитационной терапии. Для успешного лечения заболеваний необходимо тесное сотрудничество медицины и психологии.

Список литературы:

1. Агеенкова Е.К. Я справлюсь: Приемы психической саморегуляции / Е.К. Агеенкова. Минск: Кологрaд, 2016. – 88 с.

2. Болдырева Т.А. Взаимосвязь качества жизни и некоторых объективных и субъективных факторов жизнедеятельности студентов (на примере Оренбургского государственного университета) / Т.А. Болдырева // Вестник Оренбургского государственного университета. 2015. № 2 (177). С. 184-188.

3. Бурно М.Е., Иговская А.С. Психотерапия пациентов с расстройствами личности, характеризующимися преобладанием ипохондрии // Журнал невропатологии и психиатрии. - 2008.108 (12): С. 27 - 31.

4. Захарова А.Н. Междисциплинарная проблема качества жизни в аспекте современных научных исследований / А.Н. Захарова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10.С.142-14.

5. Костенко М.Б., Чеперин А.И., Степанова О.Н., Драчук Т.А., Осатюк Н.И., Зинкина А.П. Опыт внедрения и функционирования моделей психосоциального лечения и реабилитации в условиях Омского региона // Сборник статей и модульных практик для психологов/ — Омск, 2011. — 76с.

6. Психологическая диагностика отношения к болезни / пособие для врачей /: Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005 год.

7. Смирнова С.В. Специфика подготовки кадров для психологического сопровождения лечебно-диагностического процесса. // Сборник трудов по материалам международной научной конференции «Образование и социализация человека в современных условиях». – Благовещенск: Изд-во АмГУ. 2013. - С. 84-89

8. Суджаева С.Г., Суджаева О.А. Реабилитация после реваскуляризации миокарда. - М:.Медицинская литература, 2008 - 128 с.

УДК 159.9

Н.В. Денисенко

РОЛЬ КОММУНИКАТИВНОЙ ПСИХОЛОИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Научный руководитель: к.п.н. Е. Е.Липатова

Кафедра психологии и философии

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: коммуникативная компетентность, это способность поддерживать и устанавливать доброжелательные отношения к другим людям. Данная компетенция поможет установить взаимопонимание между медицинским работником и пациентом.

Ключевые слова: общение, медицинский работник, пациент.

N. V. Denisenko

THE ROLE OF COMMUNICATIVE PSYCHOLOGY IN THE ACTIVITY OF A DOCTOR

Scientific director: E. E.Lipatova

Departament of Psychology and Philosophy

Bashkir state medical university, Ufa

Summary: Communicative competence is the ability to maintain and establish friendly relations with other people. This competence will help to establish mutual understanding between the medical worker and the patient.

Keywords: Communication, medical worker, patient.

Актуальность: при общении медицинского работника с больным возникает сложная проблема взаимоотношения двух людей, двух личностей, правильное решение которое определяет очень многое. Один ждет от другого помощи, облегчения своих страданий, другой изыскивает пути более рационального оказания ее. Чтобы это общение было продуктивным и оправдало ожидания больного, медицинский работник должен иметь определенные знания и навыки в области как психологии, так и педагогики, таким образом исследование является актуальным.

Цель работы: провести анализ, написать и сделать выводы специальных литературных источников работ компетенции психологии в деятельности врача.

- Платон писал: «Тело нельзя лечить без души. Ибо от души идет все: как доброе, так и злое, как на тело, так и на всего человека… А душа должна лечиться особыми целебными разговорами…»
- Сократ говорил: «Подобно тому, как нельзя лечить глаз, не леча голову, а голову-не леча тела, так нельзя лечить тело, не леча душу…»

Психология-это наука о душе человека. Так как если перевести с греческого «psycho» душа, а «logos» наука. Она является важной дисциплиной в науке. Есть и научное обоснование определения.

Психология-это такая наука о закономерностях развития и функционирования психической деятельности человека.

Отрасли психологии:

- Медицинская психология
- Педагогическая психология
- Социальная психология
- Психология воспитания детей
- Сравнительная психология
- Психология развития и т.д.

Медицинская психология -это одно из ответвлений всей психологии, которая изучает все психологические проблемы пациента. Психологию необходимо изучать для того, чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника был наиболее эффективным. При хорошем контакте с врачом пациент скорее выздоравливает, а применяемое лечение имеет лучший эффект, гораздо меньше побочных действий и осложнений.Психология нужна в первую очередь для самопознания, а так же для познания окружающих людей. Она позволяет пробиться сквозь своего рода барьеры, которые по каким бы то ни было причинам, засели в уголках нашего сознания.

Нельзя обойтись без психологии в общении медицинского работника с пациентами.

Целью этого общения является помощь пациенту. Чтобы взаимоотношение пациента и врача было эффективным, рекомендуется изучать медицинскую психологию. Она включает в себя все ценности врача, как он представляет себе «идеального» пациента, также сами ожидания больного от лечения, реабилитации, диагностики, профилактики и отношение к нему врача с медсестрой.

Результаты и обсуждения:Есть такое понятие как коммуникативная компетентность, это способность поддерживать и устанавливать доброжелательные отношения к другим

людям. Эта компетенция поможет установить взаимопонимание между медицинскими работниками. Коммуникативная компетентность является важным не только в общении между врачом и медицинской сестрой, но и для самого больного, так как он за помощью обращается к врачу.

Если при общении с врачом больной испытывает позитивные эмоции, то он быстрее выздоравливает, лечение дает наилучший результат, возникает меньше осложнений и побочных воздействий на организм.

Самой главной особенностью в медицинской работе это умение медицинского работника понимать пациента.

В лечебном процессе важно правильно понять пациента, что поможет лучше сформировать контакт между врачом и пациентом. При правильном понимании больного врач сможет правильно поставить диагноз, также весь процесс общения окажет хорошее взаимодействие как на врача, так и на пациента.

Следует отметить, что рекомендуется знать все особенности заболевания пациента, так как во всех отделениях находятся больные с различными болезнями. Например, заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, почек и органов дыхания. Часто их состояние требует длительного лечения, что влияет на весь процесс взаимоотношения врача с больным. Длительное нахождение в больнице вызывает у пациента тревожное состояние, что в последующем сказывается и на здоровье.

Но не только это оказывает влияние на психологические проблемы пациента. В результате психогений может усложниться течение самого заболевания, что приведет к ухудшению психического состояния пациента. В терапевтическом отделении наиболее часто находятся пациенты, которые жалуются на деятельность внутренних органов, не думая что это причина психогенного характера.

В клиниках внутренних болезнях врачи имеют дело не только с соматическими, но и психогенными заболеваниями. В обоих случаях пациенты высказывают много жалоб, и очень тщательно относятся к своему здоровью.

Соматогенные заболевания обусловленные психическими нарушениями, наиболее часто возникают у тревожных и мнительных пациентов. В их жалобах можно услышать не только симптомы основного заболевания, но и неврозоподобные. Примером можно назвать, слабость, быстрое утомляемость, нарушение сна, вялость и т.п. также можно заметить в резком изменении настроения. Эти нарушения можно заметить у больных с заболеваниями сердца, язвенных болезней.

В современном мире можно услышать о «правильном» или «хорошем» отношении к больному. Также можно услышать противоположное «плохом», «бездушном» и «холодном» отношении к пациентам. Такие жалобы говорят о возникновении этической проблемы между пациентом и врачом.

Заключение и выводы:Различные точки зрения медицинского работника и пациентами обусловлены не только социальным ролями но и другими факторами.

Например, медицинский работник, главным образом, ищет точные признаки болезни. Он ограничивает анамнез для последующего точного определения диагноза, и назначения дальнейшего обследования. А для больного главным образом имеет значение реальное переживания текущего заболевания. Поэтому медицинский работник должен брать во внимание все его субъективные ощущения, как реальные факторы. Также он должен попытаться сам почувствовать все переживания пациента, оценить их, найти причины тревоги, и поддержать с положительной стороны.

Чтобы различия во взглядах было меньше, рекомендуется не только вслушиваться в разговор больного, но и понять его.

Список литературы:

1. http://allbest.ru/o-3c0a65635a2bc68b5d53b89421316d37-6.html

2. http://www.e-ng.ru/psixologiya_-_referaty/psixologiya.html

3. Психология и педегогика: практикум для студентов медицинских вузов. В 2-х ч. Ч. 1. \ сост.: А. Ф. Амиров, З. А. Бакирова, Е. Е. Липатова, Ю. Е. Коньшина, А. А. Хусаенова, О. В. Кудашкина, Л. В. Мурзагалина, О. В. Денисова, Ю. В. Ивановский, А. В. Бехтерева.-Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2013.- 105с.

УДК 130.2

Д.А. Зайцев, И.М. Желтоухов

СТОЛКНОВЕНИЕ С БУДУЩИМ: РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Научный руководитель - к. ф. н., доцент О.Г. Афанасьева

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В данной статье рассматриваются футуристические концепции будущего развития человечества на основе прогнозов, и выхода технологических возможностей человечества на новый уровень.

Ключевые слова: цивилизация, будущее, технологии, трансгуманизм.

D.A. Zaitcev, I.M. Zheltoukhov

FACING THE FUTURE: HUMAN CIVILISATION DEVELOPMENT

Scientific Tutor- Candidate of Psychological Sciences, lecturer O.G. Afanasyeva

Department of Philosophy and Social and humanities with the course of social work

The Bashkir State Medical University, Ufa

Summary: The article contains futuristic concepts of the future development of humanity based on forecasts and going out on a new level of human possibilities.

Key words: civilization, future, technologies, transfuturism.

Актуальность: Последние достижения технологий в таких областях как информационные дают возможность использовать их для улучшения биологического существования человека и общества. Все это заставляет нас смотреть по-новому на понятие "человек", на соотношение биологического и социального аспекта природы человеческой сущности.

Цель исследования: рассмотреть теоретико-методологический подход к развитию человеческой цивилизации, и обосновать допустимые пути развития современного информационного общества.

Материалы и методы: В работе использован исторический и социокультурный подход к изучению путей развития и достижения человеческой цивилизации.

Результаты и обсуждения: С начала времен люди стремились к развитию постижения нового и предсказание будущего играло не самую последнюю роль в человеческом сознании, кроме диких племен, которые жили по законам природы. Люди

создавали множество моделей для постижения человечеством благополучного будущего. Не раз принимались попытки реализации таких проектов зачастую достаточно успешно, но в масштабах малых групп. В нынешнее время существуют и глобальные макеты нашего будущего по пессимистичности сценариев, превосходящие самые смелые догадки фантастов. Но они не несут за собой практического применения, так как малейшие изменения путей проигрывания сложных схем приводит к непредсказуемому результату.

Известная марксистская формационная теория общественного развития, где общество по средствам революций переходит от одной общественно-экономической формации к другой, начиная с первобытной общины и заканчивая коммунистической общественной формации [3]. Но параллельно ей существует цивилизационная теория развития, представителями которой являлись О. Шпенглер и А. Тойнби. Суть их взглядов сводится к тому, что каждая эпоха сугубо индивидуальна, представляет собой множество замкнутых культур, к которым нельзя подходить общими мерами, а следовательно не возможно выработать единую теорию человеческого прогресса. Затем культура гибнет и рождается цивилизация. Этот переход, по Шпенглеру, не несет ничего положительного, так как живая и духовная деятельность сменяется механической. Реверсивный процесс характерен для тех областей, которые подвергаются огромному влиянию со стороны чужих культур и дают начало цивилизациям. Под влиянием Шпенглера, Тойнби переосмыслил историческое развитие человечества в духе круговорота локальных цивилизаций. Каждая цивилизация на своем пути проходит 4 стадии: возникновения, роста, надлома и гибели, уступая место другой.

В современном подходе рассматриваются несколько концепций будущего развития. Френсис Фукуяма, американский философ в конце 20 века выпустил статью "Конец истории?", где повествует нам о том, что история развития человечества близится к концу. В этом труде он описал господство либерализма, так как две альтернативы, фашизм и коммунизм, были неконкурентоспособны. Такой исход он вывел на основе результатов по окончанию холодной войны и падению тоталитаризма в странах Восточной Европы. Фукуяма полагает, что мир приходит к окончанию идеологической эволюции человечества. Об этом свидетельствует многие охваченные реформами коммунистические страны и распространение потребительской западной культуры. В итоге, по его мнению, конец истории довольно грустен: главенствующую роль занимает экономический расчет, потребность решать проблемы все больше растущих потребностей населения [4].

Другой американский политолог Самюэль Хантингтон возразил Фукуяме. Он отрицает возможность распространение демократии и западных потребительских ценностей по всему миру. После окончания холодной войны идентификация по идеологическому принципу исчезла и на смену пришла идентификация по культурному признаку. Культура - это определенная социальная конструкция, которая основана на языке, религии, традиции, этносе. Она может существовать на разных уровнях, высшим из которых и будет считаться цивилизация [5]. Хантингтон отмечает, что культурные особенности в рамках одной цивилизации настолько аутентичные и самобытные, что слияния различных цивилизаций не может произойти. Так как эта система усложнилась за счет увеличения элементов, то столкновения их избежать невозможно, утверждает политолог. Особенно это будет ярко выражено между западной и исламской цивилизациями [6]. Также Хантингтон считает, что либерализм не получит распространение, произойдет потеря авторитета и гибель западной цивилизации.

XX век ознаменован развитием научной технической революции и новых технологий (генной инженерии и кибернетики), и закономерным становится вопрос о дальнейшем развитии человечества на основе информационных технологий. Так появление идеи трансгуманизма является логическим развитием эры информационных технологий. Согласно Д. Беллу определяющим фактором информационного общества является теоретическое знание и кибернетическая революция, и основной задачей его выступает создание искусственного интеллекта. Считать идею трансгуманизма новой будет не совсем верно, так как первое упоминание слова «transhumane» встретилось еще в 1312 году, и использовал его Данте Алигьери в своем произведении "Божественная комедия".

Джулиан Хаксли раскрыл термин трансгуманизм и представил эту идею в виде идеологии. Так что же такое трансгуманизм? Сама под собой идея трансгуманизма подразумевает использование достижений науки и технологий для улучшения умственных и физических возможностей человека, с целью устранения страданий, болезней, старения и даже смерти.

На сегодняшний день это направление является довольно популярным и мощным движением. На данный момент существует международная неправительственная Всемирная ассоциация трансгуманистов, которая была организована в 2008 году (у нас она известно как Россия-2045). Целью этого движения является достижение бессмертия путем переноса нашего сознания в искусственное, совершенное тело, не боящегося старения, болезней и каких-либо ограничений.

Философ, профессор Оксфордского университета и один из основателей "всемирной ассоциации трансгуманистов " Ник Бостром считает, что для человека есть два пути эволюции, биологический и цифровой. Биологический путь представляется ему как лишь временное решение проблемы бессмертия, он направлен на лучшее познание человеческого тела и его сознания, создания новых видов лекарств и других препаратов, которые помогут человеку отсрочить свою старость и избежать болезней, замедлить старение человека и при этом остаться биологическим видом. Цифровой же путь по его мнению, гораздо более выгоден в перспективе на будущее. Это позволило бы заговорить о бессмертии. Он считает что возможности компьютерной технологии гораздо превышают возможности биологической технологии, который человек вынужден пользоваться для самореализации сегодня.

За последние годы нового века мы смогли достичь невероятных высот. О которых раньше могли лишь мечтать, протезы конечностей управляемые силой мысли, приборы способные заменять органы при утрате собственных. На наших глазах человек все больше сливается с устройствами, без которых сегодня ему будет просто невозможно выжить.

Так же очень интересны идеи еще одного известного ученого чьи идеи легли в основу движения "Россия 2045" Александра Александровича Болонкина. Он один из первых предложил способ достижения бессмертия человека путем записывания истории его жизни на чип, а после биологической смерти вносить в чип его личность и цель в жизни [1]. Он видел невероятные возможности которые бы открывались перед человеком с искусственным мозгом и искусственным телом. Сам Болонкин был твердо уверен в том, что такой человек будет невероятно превосходить во всем обычных биологических людей, позволяя человечеству открывать ранее не доступные горизонты, например, освоение космоса [2].

На каждом пути возникают множество неразрешимых вопросов и сложных проблем. На сегодняшний день никто с уверенностью не может сказать, что нас ждет впереди и тайна неизвестности все еще нависает над нами, но это не должно останавливать нас сделать шаг на встречу к мечте. Ведь отступив назад мы потеряем не только мечту, но и то что возможно и делает нас людьми - желание украсть огонь у богов.

Однако как бы это не звучало заманчиво и увлекательно, перед нами встает несколько "но". Одно из которых это перенос сознания в искусственное тело и вид дальнейшего функционирования. Под переносом сознания следует скорее понимать, что наша способность мыслить, рассуждать и определять свое отношение к окружающим предметам

будет заменена программой, сканирующей наш мозг и создающая его цифровой аналог, который после будет записан на новый носитель в виде чипа.

Другим аспектом данной проблемы с пометкой "но" является этическая сторона вопроса и моральности данного действия. Нам стоит ожидать серьёзных изменений в самой сущности человека после приобретения нового обличия, возможно нас ожидает полная утрата тех человеческих качеств и принципов которые сегодня для нас кажутся незыблемыми. Возможно нам еще только предстоит подобраться к решению этих вопросов в философии и психологии.

Заключение и выводы: Таким образом, современное общество XXI стоит перед рядом глобальных проблем, ставя вопрос о дальнем благополучном его развитии. Прогнозы, предлагаемые учеными, имеют альтернативный характер. Но в одном они едины, для благополучного развития любой цивилизации требуется новая система ценностей, без которой невозможен выбор той или иной социокультурной модели. Сегодня техногенная цивилизация вступила в полосу особого типа прогресса, когда гуманистические ориентиры становятся исходными в определении стратегий научного поиска. Необходимо не только исследовать техногенные процессы, но и создавать базисные духовные ценности новой цивилизации. При этом постиндустриальное общество следует рассматривать не как очередной этап техногенной цивилизации, а как начало цивилизационного развития нового типа. Говоря о перспективах развития и сценариях будущего страны, следует признать необходимость устойчивого движения к информационному обществу как началу постиндустриальной цивилизации при гармоническом развитии всех сфер общественной жизни.

Список литературы

1. Болонкин А.А. XXI век - начало бессмертия людей. Нью-Йорк : Lulu, 2007. 130 с.
2. Болонкин А.А. Пост-человеческая цивилизация. XXI век: Конец биологическому человечеству и возникновение пост-человеческого общества. Нью-Йорк : Lulu, 2007. 130с.
3. Маркс К., Энгельс Ф. Соч. - 2-е изд. Т. 19. М.: Политиздат, 1961. 533с.
4. Фукуяма Ф. Конец истории и последний человек. М.: АСТ, 2004. 588с.
5. Хантингтон С. Третья волна. Демократизация в конце XX века. М.: РОССПЭН, 2003. 365с.
6. Хантингтон С. Столкновение цивилизаций. М.: АСТ, 2003. 570с.

УДК 378.1

Зинатулина Л.И.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ФГБОУ ВО БГМУ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Л.Р. Ахмадеева,
к.м.н. Е.Е.Липатова
Кафедра неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики, кафедра педагогики и психологии, научно-образовательный центр «Педагогика, психология, неврология, нейрореабилитация», Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Резюме: Нами было исследовано у 101 студента ФГБОУ ВО БГМУ мнение о преподавании в нашем университете вопросов реабилитационной медицины, качестве оснащения учебным материалом и техническим оборудованием клинических баз, заинтересованности в более широком изучении вопросов реабилитационной медицины. В ходе исследования мы выявили, что предмет им интересен, студенты хотят на лекционных и практических занятиях углубленно разбирать вопросы оказания реабилитационной помощи пациентам, знакомиться с научными достижениями в России и за рубежом.

Ключевые слова:реабилитационный процесс, изучение, знания.

Zinatulina L.I.

IMPROVEMENT OF THE MEDICAL REHABILITATION SYSTEM IN BASHKIR STATEMEDICALUNIVERSITY.

The scientific adviser professor L.R. Akhmadeeva, E.E. Lipatova, Ph.D.
Department of neurology , neurosurgery and medical genetics, department Teaching and psychology, scientific and educational center "Pedgogics, psychology, neurology, neurorehabilitation", Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Summary: We surveyed 101 students of the FederalState Educational Institution of Higher Education "BashkirStateMedicalUniversity" asking their opinion about studying rehabilitation medicine at our university, their teaching materials and equipment of the university hospitals, and their interest to study more in rehabilitation medicine. We learned that rehabilitation medicine is and interesting subject for most of them, that they want to learn more about the results of providing rehabilitation care to patients, about scientific achievements in Russia and abroad.

Key words: rehabilitator, rehabilitation process, study, knowledge.

Актуальность:Одна из проблем, которая сегодня стоит перед российским здравоохранением, – это снижение смертности и увеличение продолжительности жизни. Важным звеном процесса по восстановлению и укреплению здоровья населения является медицинская реабилитация [1].

Для реализации задач, в 2015 году Министерством здравоохранения Российской Федерации была введена новая дисциплина «Медицинская реабилитация» [2]. Согласно третьему Федеральному государственному образовательному стандарту, будущие высококвалифицированные специалисты должны иметь представление о содержании реабилитационного процесса, владеть современными методами, знать цели иоценку эффективности [2].

Для оказания реальной помощи пациенту и достижения успеха в работе врачу необходимо получить высшее медицинское образование.

Многолетнее обучение, знания базовых основ общей медицины, лечебно-диагностических основ клинических дисциплин и специфики реабилитации при различных заболеваниях, владение методиками восстановления функциональных систем — является визитной карточкой и рабочими инструментами врача [2]. Подготовка квалифицированных врачей - реабилитологов на сегодняшний день актуальна.

Цель исследования: Изучение мнения студентов о преподавании реабилитационной медицины в БГМУ.

Материалы и методы: Методом исследования стало анкетирование студентов ФГБОУ ВО БГМУ при помощи авторской анкеты в online - режиме. Предложенная нами анкета включала 20 вопросов с возможными вариантами ответов на них. На вопросы нашей анкеты ответили 101 студентов пяти факультетов, из них 8 (7,9%) студентов I курса; 16 (15,8%) студентов II курса; 17 (16,8%) студентов III курса; 38 (37,6%) студентов IV курса; 9 (8,9%) студентов V курса; 13 (12,9%) студентов VI курс.

Оценивались следующие показатели: как студент оценивает преподавание, насколько заинтересован в реабилитационной медицине, оценивалось качество оснащения учебным материалом и техническимоборудованием клинических баз.

Результаты и обсуждение:

Мы проанализировали рабочие программы всех кафедр БГМУ, выложенных на университетском учебном портале, выяснили, что среди 68 кафедр университета, 32

кафедры, что составляют ½ часть (47%) от общего числа, выделяют часы для освещения вопросов реабилитации. Однако, на вопрос с несколькими вариантами ответов: «На каких кафедрах университета Вам преподаваливопросы реабилитационной медицины», ответы распределились следующим образом: 27 (26,3)% ответов «Психология и педагогика»; 9 (8,4%) ответов «Психиатрия и медицинская психология»; 3 (2,1%) ответа «Онкология»; 6 (5,3%) ответов «Отоларингология»; 65 (64,2%) ответов «Медицинская реабилитация», 15 (14,7%) ответов «Факультетская терапия»; 10 (9,5%) «Поликлиническая терапия»; 7 (6,3%) «Пропедевтика внутренних болезней», 5 (4,2%) «Фармакология»; 10 (9,5%) «Физическая культура»; 17 (16,8%) «Травматология и ортопедия»; 25 (24,2%) «Хирургия»; 9 (8,4%) «Не преподавали».

Мы попытались выяснить насколько студенты удовлетворены тем, как преподают знания по темам медицинской реабилитации на кафедрах университета: 10 (9,9%) опрошенных ответили, что полностью удовлетворены; 32 (31,7%) опрошенных - скорее удовлетворены; 25 (24,8%) скорее неудовлетворенны; 9 (8,9%) полностью неудовлетворенны; 25 (24,8%) затрудняются ответить. Для оценки мнения об освещении вопросов касательно реабилитационных мероприятий при разборе клинического случая на практических или лекционных занятиях: 19 (18,8) опрошенных ответили, что вопросы реабилитации включены в клиническое обсуждение при каждом разборе; 50 (49,5%) опрошенных - не помнят, чтобы освещали; 32 (32%) опрошенных затрудняются ответить. При разборе клинического случая на занятиях студенческого кружка: 16 (15,8%) опрошенных ответили при каждом разборе; 36 (35,6%) опрошенных - не помнят, чтобы освещали; 49 (48,5%) не посещают занятии кружков.

Для изучения тем по реабилитации при самостоятельной подготовки 79 (78,8%) респондентов используют учебники; 54 (53,3%) лекционный материал; 11 (11,1%) статьи из российских журналов; 7 (6,1%) из иностранных журналов; (23,2%) стандарты оказания медицинской помощи; (26,3%) российские и международные клинические рекомендации, 7 (6,1%) другое.

При изучении оценки важности реабилитационной медицины в жизни пациента 95 (94,1%) опрошенных ответили «Да. Считаю, реабилитация – важная составляющая помощи пациенту»; 6 (5,9%) «Частично. Считаю, что нужно больше уделять внимание медикаментозному лечению пациента».

При анализе ответов студентов на вопросы о необходимости расширения знаний по реабилитации на занятиях 76 (75,2%) опрошенных ответили положительно; 11 (10,9%) отпрошенных – отрицательно; 14 (13,9%) затрудняются ответить. Изучать дополнительно

вопросы реабилитации медицины и заниматься со специалистами в клиниках изъявили желание 69 (68,3%) опрошенных; 21 (20,8%) затруднились ответить.

Обеспечение практических баз больниц и клиник специалистами и материалами по реабилитации в республике Башкортостан: 15 (14,9%) опрошенных оценили как хорошее; 39 (38,3%) удовлетворительно; 35 (35,1%) неудовлетворительно; 12 (11,7%) затрудняются ответить. При оценке важности наличия современного оборудования в реабилитации 57 (56,4%) опрошенных ответили «Очень важно»; 42 (41,5%) «Важно»; 2 (1,9 %) «Средняя важность».

Заключение и выводы:По результатам анкетирования можно сделать следующие выводы:

1. Большинство опрошенныхзаинтересованы в изучении реабилитации и считают ее важной частью лечения пациента.

2. При самостоятельном разборе тем по реабилитации, студенты предпочитают готовиться по учебникам, лекционному материалу.

3. Из опроса выяснилось, что не на всех кафедрах освещаются вопросы реабилитационного процесса. Половина из опрошенных не помнят, чтобы во время разбора клинического случая на лекционных, практических занятиях и занятиях научного кружка освещали темы реабилитационного процесса. Выяснилось, так же, что ½ часть студентов не посещают научные кружки.

4. Три четверти опрошенных считают, что необходимо увеличить преподаваемый материал по темам реабилитации на занятиях. Многие готовы дополнительно посещать занятия и заниматься со специалистами в клиниках.

5. Три четверти опрошенных недовольны обеспечением клинических баз специалистами и материалами по реабилитации в республике Башкортостан. Все опрошенные считают, что современное оборудование в реабилитации играет важную роль.

Вероятно, при обучении в ФГБОУ ВО БГМУ по вопросам реабилитации необходимо уделять больше внимания в процессе преподавания. На лекционных и практических занятиях студенты хотят, чтобы освещались проблемы, положительные результаты оказания реабилитационной помощи пациентам, чтобы их знакомили с научными достижениями в России и за рубежом.

В республике Башкортостан необходимо продолжить целенаправленную систему подготовки кадров по направлению «реабилитационная медицина» специалистов, имеющих широкий диапазон знаний в клинических дисциплинах. Следует выстроить преемственные

связи, единые методологические подходы к медико-социально-педагогической реабилитации в лечебных учреждениях республики.

Список литературы:

1) Жилкин.А.А. Системе нужна модернизация //Журнал Стратегия России. - 2013. - №9. - С.

2) К вопросу преподавания учебной дисциплины «Медицинская реабилитация». Нижегородской государственной медицинской академии/А.В. Разумовский, А.В. Дмитроченков, В.Г. Лютиков, Е.С. Шитова// Медицинский Альманах.- 2015.-№1.-С.17-20.

УДК 159.947

ВОЛЯ ИЛИ КАК СЕБЯ ПОБЕДИТЬ

М. В. Иксанова

Научный руководитель – доцент, к.п.н. Ю. Е. Коньшина

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский Государственный Медицинский Университет (Уфа, Россия)

Резюме. В данной статье представлены результаты исследования волевых качеств у студентов медицинского ВУЗа.

Ключевые слова: воля, волевые процессы, волевые действия, волевой акт.

FREEDOM OR HOW TO WIN ME

M.V. Iksanova

Scientific supervisor – assistant professor, Candidate of Pedagogy Y. E. Konshina

Department of Pedagogy and Psychology, Bashkir State Medical University (Ufa, Russia).

Abstract. This article presents the results of a study of strong-willed qualities among students at a medical university.

Key words: will, volitional processes, volitional actions, volitional act.

Актуальность исследования.Студенческий возраст — явление, непосредственно связанное с развитием высшей школы. К.Д. Ушинский называл этот возраст «самым решительным», так как именно этот период, определяя будущее человека, является очень активным временем интенсивной работы над собой[1]. Именно в этот период у студентов больше всего жизненных трудностей. Для преодоления которых, крайне важно наличие силы воли.

Ведь, лишь преодолевая трудности, можно стать успешным человеком. Поэтому тема волевых процессов очень актуальна в настоящее время не только для студентов, но и для любого взрослого человека.

Цель работы – практически изучить особенности волевой сферы студентов - первокурсников медицинского ВУЗа.

Материалы и методы. Материалы - данные анкеты «Есть ли у Вас сила воли?» Методом нашего исследования стала статистическая обработка данных.

База исследования. Студенты 1 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ. Всего было протестировано 60 человек.

Результаты и обсуждения. Давайте, сначала определим для себя, что такое воля?

Аристотель рассматривал природу воли в формировании логического заключения.

В его "Никомаховой этике" посылки «все сладкое надо есть» и "это яблоки сладкое" влекут за собой следствие: "это яблоко надо съесть". Таким образом, источник сознательных действий кроется в разуме человека[2].

И. П. Павлов рассматривал волю как "инстинкт свободы", как проявление активности живого организма, когда он встречается с препятствиями, ограничивающими эту активность[2].

К. Лоренц видит энергию воли в изначальной агрессивности человека. Если эта агрессивность не реализуется в разрешаемых и санкционируемых обществом формах активности, то становится социально опасной, поскольку может вылиться в преступные действия[2].

А. Адлер, К. Г. Юнг, К. Хорни, Э. Фромм связывают проявление воли с социальными факторами. Для Юнга — это универсальные архетипы поведения и мышления, заложенные в каждой культуре, для Адлера — стремление к власти и социальному господству. Для Хорни и Фромма — стремление личности к самореализации в культуре[2].

Но мы в своей научной работе будем опираться на следующее определение воли: воля на своих высших ступенях - не просто совокупность желаний, а определенная, гармоничная организация их. Она предполагает способность регулировать поведение на основании общих принципов, убеждений, идей. Воля требует, поэтому самоконтроля, умения управлять собой и господствовать над своими желаниями, а не только служить им[3].

Сущность воли заключается в том, что она является потребностью в преодолении препятствий. Поэтому как всякая иная потребность, она может явиться - в тех или иных ситуациях - источником положительных или отрицательных эмоций, обусловленных самим фактом преодоления или непреодоления преграды.

Безвольный человек предпочитает подчиняться потребности в экономии сил, уступать своей лени и другим порочным склонностям. Он находится во власти эмоций, вызываемых доступностью желаемого.

Удовольствие от преодоления препятствий, помех - наиболее характерный, существенный показатель воли.

Действие, совершающееся в условиях конфликта внутренне противоречивых тенденций,- это волевое действие. Волевой акт начинается с возникновения побуждения, выражающегося в стремлении. По мере того, как осознается цель, на которую оно

направляется, стремление переходит в желание. Возникновение желания предполагает известный опыт, посредством которого человек узнает, какой предмет способен удовлетворить его потребность.У того, кто этого не знает, не может быть желания. Зарождение желания означает возникновение или постановку цели. Между побуждением и действием вклиниваются размышление и борьба мотивов. Задержка действия для осмысления так же существенна для волевого акта, как и импульс к нему. Задержке при этом подвергаются другие, конкурирующие импульсы.

В общей психологии волю принято считать психическим процессом, обладающим при этом определенными качествами.

Волевые качества - качества, проявляющиеся в волевых действиях человека: настойчивость, решительность, выдержка, смелость, терпеливость, упорство, мужество, самоотверженность, принципиальность и дисциплинированность.

Воля, как и другие психические процессы, формируется, развивается и корректируется в ходе возрастного развития человека, начиная с рождения и до самой смерти. У новорожденного ребенка преобладают рефлекторные движения и чисто инстинктивные действия. Волевые, сознательные действия начинают формироваться значительно позднее.

На первом этапе нашего исследования мы проанализировали ответы на вопросы анкеты. На первый вопрос «Сформирована ли у Вас сила воли?» (Сила воли – качество воли, обобщенная способность преодолевать значительные затруднения, возникающие на пути к достижению поставленной цели. Чем серьезнее препятствие, которое преодолел человек, тем с большей степенью уверенности можно говорить о том, что человек обладает сильной волей), респонденты ответили следующим образом: 52% респондентов ответили «больше да, чем нет», 30% - «да», по 7% - «не знаю» и «больше нет, чем да» и 4% «нет».

Таким образом, мы видим, что примерно 80% респондентов считают, что у них сформирована сила воли.

На второй вопрос «Нужна ли сила воли человеку в современном мире?» практически все респонденты – 91% ответила «да», по 7% и 2%, «Больше да, чем нет» и «Нет» соответственно и по 0% «Не знаю» и «Больше нет, чем да».

Таким образом, по мнению респондентов, сила воли – неотъемлемое качество человека в современном мире.

В третьем вопросе «Насколько развиты Ваши волевые качества?» респонденты оценивали их по 5 – бальной шкале и мы получили следующие результаты:

«Насколько развиты Ваши волевые качества?» Таблица№1

Терпеливость – 71,6%	Выдержка – 68,3%	Мужество – 55%
Упорство – 33,3%	Решительность – 36,6%	Самоотверженность – 63,3%
Настойчивость – 60%	Смелость – 50%	Принципиальность – 60%
		Дисциплинированность – 65%

На первом месте терпеливость (терпеливость – это способность посмотреть со стороны на раздражающий фактор, внимательно его изучить, а на основании этого принимать решения и действовать) – 71,6%, на втором месте выдержка (выдержка - проявляется в умении сдерживать свои чувства, когда это требуется, в недопущении импульсивных и необдуманных действий, в умении владеть собой и заставлять себя выполнять задуманное действие, а также воздерживаться от того, что хочется делать, но что представляется неразумным или неправильным) – 68,3%, на третьем месте дисциплинированность (дисциплинированность — черта характера, или выработанная, ставшая привычкой склонность человека к соблюдению правил работы и норм поведения) – 65%, самоотверженностью самоотверженность — положительное психологическое, социальное и морально-политическое качество личности, которое выражается в способности к подчинению своих интересов и жертвованию ими (вплоть до жертвы собственной жизнью) для блага других) обладают 63,3% студентов, настойчивостью (настойчивостью обозначают активную направленность личности на достижение определенного результата деятельности) и принципиальностью (принципиальность - положительное нравственное качество, характеризующее личность и ее действия; означает верность определенной идее в убеждениях и последовательное проведение этой идеи в поведении) по 60%, мужеством (мужество — это волевое деяние, совершаемое осознанно, реализация которого требует от индивида преодоление страха) – 55%, решительностью (решительность - это способность действовать тогда, когда надо, а не тогда, когда хочется) – 36,6% и упорством (упорство - это настойчивое стремление к чему либо, для осуществления задуманного) - 33,3% (Таблица№1).

Таким образом, самое распространённое качество среди респондентов оказалось терпеливость.

На четвёртый вопрос «Насколько Вам легко учиться в медицинском университете?» большинство респондентов ответили «Больше нелегко, чем легко» - 60%, 22% считаю, что учиться в медицинском университете «Больше легко, чем нелегко», 16% - «нелегко», 2% - «легко» и 0% - «не знаю».

Таким образом, респонденты считают, что учиться в медицинском университете трудно.

На пятый вопрос «На кого Вы рассчитываете, когда сталкиваетесь с трудностями во время учёбы?» почти все ответили «на себя» - 88%, по 6% «на родных» и «на друзей».

Таким образом, респонденты считают, что преодолевать проблемы мы должны самостоятельно.

На шестой вопрос «Строго ли Вы придерживаетесь распорядка дня?» испытуемые ответили «да» - 30%, «больше да, чем нет» - 20%, «не знаю» - 18%, «больше нет, чем да» - 20%, «нет» - 12%.

Таким образом, лишь 1/3 респондентов придерживается распорядка дня.

На седьмой вопрос «Насколько строго Вас воспитывали в детстве» 47% ответили «Больше строго, чем не строго», 30% - «Больше не строго, чем строго, по 10% «строго» и «не строго» и 3 % «не знаю».

Таким образом, практически половину испытуемых воспитывали строго.

На втором этапе нашего исследования мы провели корреляцию между ответами испытуемых на вопрос «Насколько развиты Ваши волевые качества?» и на вопрос «Насколько строго Вас воспитывали в детстве?». На первом этапе нашего исследования мы предположили, что волевые качества во многом зависят от воспитания. Наши предположения оказались верны, так как студенты, которые оценивали свои волевые качества от 4,5 до 5, чаще всего отвечали «Строго» на вопрос «Насколько строго Вас воспитывали в детстве?» Студенты же оценившие свои волевые качества от 0 до 3 отвечали на этот же вопрос «Не строго».

«Волевые качества и воспитание» Таблица№2

Оценка волевых качеств	Насколько строго Вас воспитывали в детстве?
4,5 – 4,7	Строго
4,3 – 4,5	Больше строго, чем не строго
4 – 4,3	Не знаю
3 – 4	Больше не строго, чем строго
0 - 3	Не строго

Заключение и выводы: в нашем исследовании мы доказали, что воля - это элемент сознания личности, она формируется и развивается в процессе становления личности. Развитие воли у человека связано с преобразованием непроизвольных психических

процессов в произвольные, то есть с приобретением человеком контроля над своим поведением, с выработкой волевых качеств личности в какую-либо сложную форму деятельности. Чтобы развивать волевые качества, личности необходимо ставить перед собой значимые для неё цели и направлять свои волевые усилия на преодоления препятствий на пути достижения этих целей. Чем больше препятствий преодолеет личность, тем более развитой будет её волевая сфера. Благодаря наличию воли личность чувствует и осознает свою индивидуальность, способность взять на себя ответственность за собственное поведение, человек становится счастливым и успешным.

Список литературы

1. П.Б. Ганнушкин. Клиника психопатии, их статика, динамика, систематика. Н. Новгород, 1998.

2. Маклаков А. Г. Общая психология. СПб: Питер, 2001.

3. Столяренко Л.Д. Основы психологии. — Р /наД.: Феникс, 1997.

4. В. К. Калин. Психология воли. – Симферополь, 2011 Изд-во ТНУ им. В. И. Вернадского.

УДК 94(47+57)

А.Р. Исанбаева

ИСТОРИЯ ДОМА-ПАМЯТНИКА КУПЦА ТИКУНОВА

Научный руководитель – д. ист. н., профессор И.В. Сухарева
Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университете, г.Уфа

Резюме: В данной статье рассматривается проблема сохранения исторических и архитектурных памятников города Уфы, находящихся в плачевном состоянии.

Ключевые слова: дом-памятник, культурное наследие, история.

A. R. Isanbayeva

THE HISTORY OF THE HOUSE-MONUMENT MERCHANT TIKUNOV

Scientific Advisor – Ph. D. in History, Full professor I. V. Sukhareva
Department of philosophy and social and humanitarian disciplines with a course of social work, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: In this article the problem of preservation of historical and architectural monuments of the city of Ufa, which are in a deplorable state, is considered.

Keywords: house-monument, cultural heritage, history.

Актуальность. Во всем мире принято почитать культурное наследие, созданное прошлыми поколениями и бережно передаваемое как нечто ценное будущему поколению. Оно включает в себя и такую часть, как памятники архитектуры и истории, которые несут потомкам большой объем информации, являясь историческим источником, отражающим уровень развития производственных сил, технологических знаний своего времени. Однако современное общество не ценит значимость таких источников, не выполняет в полной мере функций защиты, действия и мероприятия, которые так необходимы. По этой же причине постепенно утрачивается первоначальный облик Уфы, как самобытного купеческого старинного города. С каждым днем она становится похожей на современный мегаполис, конечно, это хорошо, в духе современных веяний, но «дыханье старины глубокой», наполняет город настоящей жизнью и делает Уфу непохожим на технопарк современного урбанистического пространства. Каждый житель, каждый патриот однажды хотел бы пройтись по улице, которая как машина времени переносит их в прошлые века, на которой

находятся отреставрированные дома, доказательства богатой истории родного города. В связи с этим, данное исследование посвящено, на наш взгляд, очень актуальной проблеме.

Цель исследования: обратить внимание на погибающие здания - исторические и архитектурные памятники города Уфы, изучить их историю, систематизировать полученные материалы с целью их сохранения для следующих поколений.

Материалы и методы: Данная работа написана на основе изучения литературы, содержащей сведения об истории дома купца Тикунова Сергея Степановича, расположенного по адресу: город Уфа, Кировский район, улица Зенцова, дом 38; исторической справки, составленной историком, старшим научным сотрудником Государственного бюджетного учреждения культуры «Научно-производственного центра по охране, учету и реставрации памятников истории и культуры» (ГБУК «НПЦ по охране памятников») Егоровым Павлом Владимировичем, а также на основе проведенного осмотра, наблюдения и выявления проблем, связанных с состоянием Дома-памятника.

Результаты и обсуждение: Спасение исторического облика Уфы является приоритетной задачей нашей республики, осуществляющей реставрацию и реконструкцию старинных зданий и сооружений. Во многих зданиях в данный момент проводятся строительные работы, в некоторых они завершены. Однако этот процесс довольно затруднителен, и не все памятники, даже принятые на Государственную охрану и признанные объектами культурного наследия, сейчас находятся в стадии реконструкции. Многие дома на улицах Чернышевского, Ленина, Зенцова, Карла Маркса, Менделеева, Коммунистической находятся в удовлетворительном состоянии, проведены необходимые мероприятия по укреплению несущих конструкций, восстановлению декоративных элементов. В качестве примера удачной реставрации можно привести особняк Поносовой-Молло (К. Маркса, 6), здание кинотеатра «Родина» (Ленина, 42).

В то же время, в период с 1990 г. в Уфе было уничтожено более 105 зданий-памятников, как стоящих на Государственной охране, так и вновь выявленных. Большая часть зданий попросту не функционирует, пустует, что губительно сказывается на их состоянии, поскольку их дальнейшая судьба неизвестна. Список памятников архитектуры, будущее которых находится под вопросом: по улице Заки Валиди, 57 и 57/1 - остатки Усадьбы дворян Россинских - уже 6 лет разрушаются за металлическим забором; по улице К. Маркса, 8 - Полежаевский пансион; по улице К. Маркса, 13 и 15 - Гостиница «Эрмитаж» и Доходный дом купцов Видинеевых - уже 8 лет (с 2003 г.) они стоят выселенные, с разобранной крышей; по улице Зенцова, 38 - Дом Тикунова - от крепкого особняка остались одни стены, крыши нет 13 лет; по улице Аксакова, 81 - Дом Кочкина - после пожара в 2005 г.

коробка дома стоит пустой; по улице Гоголя, 78-80 - Казармы внутренней стражи (1830-е гг.) - начат снос Казарменной стены 1-й половины XIX в.; по улице Чернышевского, 121 - Вахмянинская баня - без крыши и окон 4 года; по улице Цюрупы, 48/50, 52, 52/2 - Усадьба Кузякиных; по улице Цюрупы, 54 - Дом Желтоуховых; по улице Чернышевского, 110 - Дом Козлова; по улице Коммунистическая, 115 и 117 - Усадьба купцов Першиных; по улице Чернышевского, 69, 71, 73/1 и 73/2 - Дома Шаминых, Вавиловых, Ахтямовых; по улице К. Маркса, 41 и 43 - особняки Шкапских и Набатовых; по улице Аксакова, 48 и 48/1 - Дома Бухартовских; по улице Ленина, 81 - дом В. И. Самоделкина.

Дом Купца Тикунова Сергея Степановича - памятник архитектуры, истории Республики Башкортостан. Принят на Государственную охрану - Распоряжение Кабинета Министров Республики Башкортостан № 382-р от 22.04.97 г. Местонахождение памятника – город Уфа, Кировский район, улица Зенцова, 38. Дата постройки – 1890 г. Известно, что в этом доме проживал дворянин Александр Федорович Ница (1870-1918), основатель трех Уфимских гимназий, редактор первой в Уфимской губернии независимой газеты «Вестник Уфы».

С развитием капитализма в России Уфа становится крупным торгово-промышленным центром южного Урала. В городе разворачивается строительство новых кирпичных зданий. Одним из таких сооружений стал главный особняк усадьбы Сергея Степановича Тикунова, построенный в самом конце XIX в. Здание, воздвигнутое на улице Вавиловской, стало одним из достопримечательностей этого района.

Кроме кирпичного здания, здесь были расположены 2 деревянных Тикуновских дома, использовавшиеся под доходные и снесённые в середине 1990-х гг. На Верхнеторговой площади у С.С. Тикунова была лавка, где он торговал кожевенными изделиями.

В 1910-е гг. здесь в одной из квартир (вероятнее всего, кирпичного дома) жил выдающийся уфимский просветитель и церковный деятель Александр Фёдорович Ница, дворянин, обрусевший немец, предки которого происходили из Бессарабии. В 1908 г. он был секретарём редактора «Вестник Уфы». В 1915-16 гг. он стоял у истоков и был одним из организаторов, вместе с уфимским епископом Андреем (князем Ухтомским), культурно-просветительского «Восточно-Русского Общества». А.Ф. Ница содействовал организации в Уфе частных гимназий. Так, при его участии были открыты: Вторая женская гимназия (ул. Б. Успенская, 19), женская прогимназия С.П. Хитровской (ул. Гоголевская, 34) и частная мужская гимназия Верниковской и Ницы (ул. Центральная, 20), в которой он был директором и совладельцем.

В 1917-18 гг. Ница был делегатом и участником Всероссийского поместного Собора Русской Православной Церкви, председателем Уфимского Епархиального съезда духовенства и мирян. В 1918 г. он стал одним из уфимских заложников на «барже смерти», был зверски убит большевиками и утоплен в Каме. Судьба С.С. Тикунова неизвестна.

В 1920-х гг. все три дома Тикуновской усадьбы были муниципализированы и распределены под коммунальные квартиры. Жильё в зданиях размещалось до последнего времени. Зимой-весной 1995 г. два деревянных дома снесены для строительства жилого 15-этажного дома для Башкирского государственного университета. К сожалению, во время этого строительства были снесены кирпичные Тикуновские ворота, расхищена крыша дома-особняка, часть обрешётки, украдены полы, оконницы.

Современное состояние памятника оставляет желать лучшего. У него обвалилась крыша, здание находится без охраны, есть постоянная угроза актов вандализма, стеклопакеты отсутствуют, в несущих конструкциях имеются трещины, кирпичная кладка местами отсутствует или разрушена. Стены были подвержены актам варварства. Дом очищен от мусора, дошедшего уже почти до 2 этажа, и огорожен забором из профнастила, однако неизвестны цели этого действия – будет ли произведена реконструкция, или же здание будет снесено в скором будущем. Судьба Дома Тикунова неизвестна.

Заключение и выводы: Проанализировав всю полученную информацию, исследовав данный вопрос, изучив все материалы, мы пришли к выводу о том, что город Уфа – это самобытный старинный город, особенностью которого является единство современной урбанистической культуры и сохранение исторической части в мегаполисе. Однако наиболее острой проблемой является вопрос охраны, сохранения и реконструкции культурного и архитектурного наследия. Жители города, научные сотрудники, специалисты этой сферы бьют тревогу, пока здание еще возможно реабилитировать.

Список литературы:

1. Нигматуллина, И.В. Старая Уфа. - Уфа, издательство «Белая река», 2007. - 224 стр.: ил.
2. Семенова, С. Ю. Как строилась и жила губернская Уфа (конец XVI-начало XX вв.). Очерки. - Уфа, издательство «Восточный Университет», 2004. -100 с.
3. Гуляев, А.А. Иллюстрированная Уфа (Уфа в прошлом и настоящем). - Уфа, 1914. - 204 с. с ил.; 1 л. ил.
4. Егоров П.В. Совместная тематическая экскурсия. Архзащита Уфы (Историческая справка на Дом Тикунова). - Режим доступа: http: //archdefence-ufa.livejournal.com/11641.html

УДК 159.9.07

М.А. Камалова

ОСОБЕННОСТИ НРАВСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ БАШКИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Научный руководитель – ст.пр.,А.В Бехтерева

Резюме. Профессия врача предполагает готовность к оказанию помощи в любой ситуации и любому человеку, однако жизненные обстоятельства ставят перед ним другие вопросы, жесткие и прагматичные[2,6].Втаких обстоятельствах немногие готовы пожертвовать собственным комфортом, благополучием, собственным здоровьем и своим будущим ради возможности сохранить честь перед выбранной профессией. В связи с этим нравственное воспитание подрастающего поколения врачей, студентов-медиков, обучающихся в российских медицинских вузах, становится более актуальной. Проведенное исследование позволило получить данные, характеризирующие способность слушать и уровень эмпатии у студентов, которые являются показателями нравственного развития студентовБашкирского Государственного Медицинского Университета.

Ключевые слова: жизненные обстоятельства ,прагматичные, жесткие вопросы, комфорт, здоровье, честь, студенты-медики, умение слушать,эмпатия.

M.A. Kamalova

PECULIARITIES OF MORAL DEVELOPMENT OF STUDENTS OF BASHKIR MEDICAL UNIVERSITY

Department of Pedagogy and Psychology, Bashkirian state medical University, Ufa

Scientific supervisor –Senior Lecturer A.V.Bekhtereva

Summary. The profession of the doctor presupposes readiness to render assistance in any situation and to any person, but life circumstances pose other questions to him, rigid and pragmatic [2,6]. In such circumstances, few are willing to sacrifice their own comfort, well-being, their own health and their future for the sake of opportunity Keep honor in front of the chosen profession. In this regard, the moral education of the younger generation of doctors, medical students studying in Russian medical universities, is becoming more relevant. The study made it possible to obtain data characterizing the ability to listen and the level of empathy among students who are indicators of the moral development of students at the Bashkir State Medical University.

Key words: Life circumstances, pragmatic, tough questions, comfort, health, honor, medical students, listening skills, empathy.

Актуальность:В отечественной и зарубежной литературе, посвящённой вопросам этической и деонтологической подготовки в медицинских вузах, подчёркивается, что нравственное воспитание должно осуществляться в рамках каждой учебной дисциплины, а также на дополнительных занятиях, с первого курса и до полного формирования в сознании будущих врачей нравственных стереотипов [3, 5].

Цель исследования:оценка уровня умения слушать и уровень эмпатических способностей среди 185 студентов лечебного факультета 1-го и 2-го курсов Башкирского Государственного Медицинского Университета.

Материал и методы. Тестирование с использованием методик « Умеете ли вы слушать» и методики диагностики уровня эмпатических способностей Бойко.В.В.

Результаты и их обсуждение:В ходе исследования было проведено тестирование среди обучающихся 1-го и 2-го курса по изучению особенностей нравственного развития студентов лечебного факультета. Теоретической базой исследования послужили труды российских и зарубежных ученых, педагогов, психологов, социологов, медицинских специалистов по данному направлению. Как показало тестирование, студентов с результатами ответов 0-10%, что согласно методике соответствует интерпретации «Вы – отличный собеседник. Вы умеете слушать, ваш стиль общения может примером для окружающих» а также в диапазоне 70-100%, что соответствует « Вы- плохой собеседник. Вам необходимо работать над собой и учиться слушать» не оказалось. Анализ ответов студентов первокурсников в диапазоне «40-70%.Вам присущи некоторые недостатки. Вы критически относитесь к высказываниям, но вам еще не достает достоинств хорошего собеседника» составило 55%, тогда как у второкурсников составило 45%. Результаты ответов студентов первокурсников в диапазоне ответов 10-40%, что соответствует интерпретации «Вы –хороший собеседник, но иногда отказываете партнеру в полном понимании. Повторяйте вежливо его высказывания, дайте время раскрыть свою мысль полностью, приспосабливайте свой темп мышления к его речи и можете быть уверены, что общаться с вами будет еще приятнее» составило 35%, а у второкурсников 65%.

Анализ полученных результатов при проведении тестировании по методике диагностики уровня эмпатических способностей Бойко.В.Вобщий уровень эмпатии у перокурсников находился на уровне ближе к нижней границе.При этом у второкурсников уровень эмпатии колебался между средним и заниженным, только несколько обучающихся

имели высокий уровень эмпатии. Результаты по каналам также различаются, однако в целом прослеживаются схожие тенденции с небольшими отклонениями в обе стороны. Очевидно, что основным (ведущим) компонентом эмпатии в обеих группах являются установки, способствующие или препятствующие эмпатии (4,2 и 4,1 балла). Это свидетельствует о том, что эмпатическое восприятие испытуемых за- висит в первую очередь от различных установок, доминирующих в их мировоззрении и оказывающих влияние на эмпатию в положительном или отрицательном направлении. Эмоциональный канал и проникающая способность эмпатии оказались в обеих группах на сходном уровне (сред. – 3,55). Проникающая способность свидетельствует о способности человека во время коммуникации создавать атмосферу доверительности, открытости. Показатели эмоционального канала свидетельствуют о способности студентов входить в эмоциональный резонанс с другими людьми, на уровне чувств понимать их переживания, настроения, прогнозировать поведение и подстраиваться под него. В целом, констатирующий эксперимент по методике диагностики эмпатических способностей позволил нам определить исходный уровень эмпатии в выборке в целом и по отдельным каналам. Результаты показали, что общий уровень эмпатии близок к нижней границе сред- него уровня, что свидетельствует о достаточно низком уровне эмпатии для студентов медиков. В то же время мы не можем говорить о низком уровне эмпатии, когда человек не способен на эмоциональный отклик, сопереживание, отношения, построенные на доверии и открытости, но тем не менее, очевидно, студенты должны иметь более высокую готов- ность к работе с пациентами. При этом исходный уровень эмпатии свидетельствует о недостаточном нравственном развитии студентов, что характеризует о необходимости проведения целенаправленной работы по развитию нравственной мотивации студентов, стимулированию проявлений альтруистического поведения в ответ на страдания другого, культивированию эмпатических способностей.

Заключение и выводы:Результаты проведенного исследования показали, что второкурсников, владеющих умением хорошо слушать и способных к эмпатии больше, чем первокурсников. Это говорит о том, что человек не умеющий слушать не способен обладать эмпатическими способностями. Смеем полагать, что первокурсники – вчерашние школьники – еще не в полной мере обладают умением слушать и сочувствовать, в то время как второкурсники, как адаптировавшиеся студенты, кроме того, после прохождения элективного курса «Культура общения и взаимопонимания», изучаемом как составная часть цикла гуманитарных дисциплин, уже в большей степени владеют навыками умения слушать и способны сочувствию. В медицинском вузе данный курс способствует формированию навыков и умений будущего врача работать с пациентами, их родственниками и близкими.

Список литературы:

1. Бездухов, В.П. Нравственно-ценностная сфера сознания студента: диагностики и формирование : монография / В.П. Бездухов, Т.В. Жирнова. – Москва : Московский психолого-социальный институт, 2008. – 202 с. 26

2. Бобер, Е.А. Специфика профессиональных личностных особенностей студентов медицинского колледжа как фактор качества подготовки специ- алиста / Е. А. Бобер // Молодой ученый. – 2013. – №3. – С.13-15.

3. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других. – Мо- сква, 1996. – 121 с.

4. Бражникова, А.Н. Эмпатия как нравственное качество будущего про- фессионала / А.Н. Бражникова // Психологическая наука и образование. – 2012. – №4. – С.81-85.

5. Волкова, М.А. Развитие нравственной культуры студентов в образователь- ном процессе / М.А. Волкова // Вестник ЮУрГУ. – 2010. – №23. – С.63-65.

6. Казанкова, Е.М. Роль преподавателя как личности в воспитании буду- щих врачей-стоматологов / Е.М. Казанкова, З.В. Доржиева // Альманах на- учных работ Иркутского медицинского госуниверситета, 2010. – С.101-103. 7. Кудрявая Н.В. Педагогика в медицине / Н.В. Кудрявая. – Москва : Академия, 2012. – 318 с. *

УДК 159.99

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ГАДЖЕТОВ НАУРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ

М.Н. Кирякова, П.А. Пастухова

Научный руководитель - доцент, к.п.н. Ю.Е. Коньшина

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский Государственный Медицинский Университет, г.Уфа

Резюме. В ходе работы было определено, как гаджеты оказывают влияние на центральную нервную систему.

Ключевые слова: тревожность, гаджеты, зависимость от гаджетов, психология здоровья.

INFLUENCE OF MODERN GADGETS AT THE LEVEL OF ALERT

M.N. Kiryakova, P.A. Pastukhova

Scientific supervisor - assistant professor, Candidate of Pedagogy Y.E. Konshina

Department of Pedagogy and Psychology, Bashkir State Medical University,Ufa

Resume. During the work, it was noticed how gadgets affect the central nervous system.

Keywords: anxiety, gadgets, dependence on gadgets, health psychology

Актуальность исследования. Не секрет, что современные гаджеты существенно облегчают нашу жизнь, позволяя быть всегда на связи с родными и близкими людьми, или решая важные рабочие вопросы. Но, как и у любой медали, у этой тоже есть и обратная сторона: зачастую смартфоны занимают всё наше время и внимание, порабощая и разъединяя людей, отдаляя их друг от друга, оказывают негативное влияние на здоровье человека, а именно частое сидение за компьютером или планшетом может привести к покраснению и сухости глаз, ухудшению зрения, нарушению осанки, проблемам с мышцами (от их длительной неподвижности), кислородному голоданию мозга (в результате сдавливания сосудов и отсутствия свежего воздуха), расстройствам сна.

Особенно эта проблема должна волновать родителей, которые, к сожалению, сами того не замечая с самого раннего возраста провоцируют детей на использование гаджетов, и студентов, которые в силу своей учебы и бешенного ритма жизни вынуждены использовать смартфоны круглосуточно. Команда исследователей из университета Айовы пришла к выводам, что в настоящее время до 90% 2-летних детей в Америке уже пользуются планшетами. Поэтому проблема зависимости от гаджетов в последние годы становится одной из самых актуальных тем в мировой психологической науке и практике.

Цель работы - изучить влияние гаджетов на центральную нервную систему и описать взаимосвязь между зависимостью от гаджетов и уровнем тревожности.

Методами нашего исследования стали теоретический анализ литературных источников, статей, анкетирование студентов, анализ данных.

База исследования: студенты Башкирского государственного медицинского университета. Всего было протестировано 30 человек.

Результаты и обсуждения:

Психология здоровья — это наука о психологических и поведенческих процессах здоровья, болезни и здравоохранения. Психология здоровья является достаточно новой и активно развивающейся отраслью психологии. Она занимается изучением того, как психологические, поведенческие и культурные факторы влияют на физическое состояние здоровья или болезни. Психологические факторы могут непосредственно влиять на здоровье. Например, хронически возникающие экологические стрессоры, затрагивающие гипоталамическо-гипофизарно-надпочечную ось, могут вредить здоровью. Поведенческие факторы могут также затронуть здоровье человека. Например, определенное поведение может в течение долгого времени вредить здоровью (курение, чрезмерное потребление алкоголя) или улучшать здоровье (упражнения, диета с низким содержанием жира)[2].

Тревожностью считается одна из индивидуальных психологических особенностей личности, проявляющаяся повышенной склонностью человека к беспокойству, тревоге, страху, который зачастую не имеет под собой достаточных оснований[3]. На первом этапе нашего исследования мы разделили студентов по уровню тревожности на 3 категории, используя тест "Самооценка психических состояний" (по Айзенку)[1]. Опросник состоит из 10 предложений, которые описывают различные психические состояния. - На каждое описание требуется выбрать ответ с соответственным количеством баллов:

Часто присуще- 2; Бывает, но изредка - 1;описание не подходит - 0;

По результатам теста мы получили следующие результаты:

1. Не тревожные люди, для которых характерна высокая стрессоустойчивость, преобладает мотивация достижения успехов - 27% опрошенных.

2. Люди, со средним уровнем тревожности. Она проявляется во время ощущения человеком угрозы или опасности, будучи прямо пропорциональной (тревога тем сильнее, чем больше опасность). Такого рода тревожность редко представляет угрозу для психического здоровья человека - 54 %.

3. Очень тревожные, для которых характерно чрезмерное стремление к защите, мнительность, навязчивые идеи некомпетентности, чувствительность к критике со стороны других людей, а также предъявление избыточных требований в свой адрес, возникновение психозов - 19% опрошенных.

На втором этапе нашего исследования для анкетирования мы использовали авторскую анкету. Она состоит из 5 вопросов, которые предлагаются в письменном виде.

По итогам анкетирования мы получили следующие результаты: В первой группе (не тревожные) из всех опрошенных 75 % используют в своей повседневной жизни 1-3 гаджета и 25% используют 3-5 гаджета. 50% респондентов тратят на использование гаджетов в день 3-5 часов в день, 25 % - 1-3 часа в день.

75% процентов опрошенных на вопрос "Для каких целей вы используете телефон/планшет/ компьютер? выбрали вариант «50 % на учебу и 50% на просмотр фильмов, на игры и развлечения», и 25% используют телефон/планшет/ компьютер только для учебы, т.е ищут полезную информацию, читают книги и тд.

Оказалось, что 12 % респондентов замечали, что их родные жалуются, что они уделяют им гораздо меньше времени, чем своему гаджету . 50% опрошенных, придя в гости к родственникам или с друзьями в клуб, все равно тратят время на проверку электронной почты, социальных сетей и отправляют смс-ки.

2. Во-второй группе (средняя тревожность) 95% респондентов используют 1-3 гаджета в своей повседневной жизни и 5% - 6 и больше гаджетов.

9 часов и выше в день тратят на использование гаджетов- 13% опрошенных, по 37 % - пришлось на варианты 3-5 часов в день и 6-8 часов в день. На вопрос "Для каких целей вы используете телефон/планшет/ компьютер? 100% выбрали вариант "50 % на учебу и 50% на просмотр фильмов, на игры и развлечения".

5% опрошенных замечали, что их родные жалуются, что им уделяется меньше времени, чем гаджету. 62% респондентов придя в гости к родственникам или с друзьями в клуб, все равно тратят время на проверку электронной почты, социальных сетей и отправляют смс-ки.

3. В-третьей группе (очень тревожные) 50% используют 6 и больше гаджетов, и 33% - используют 1-3 гаджетов в своей жизни (рис 1). 66% тратят 6-8 часов на использование гаджетов в день, 17% - 9 и выше часов и только 17% - 1-3 часа (рис 2). 50 % респондентов используют гаджеты только для игр и просмотров фильмов, 33% -и на учебу и на просмотр фильмов и развлечения, а для учебы используют гаджеты только 17% опрошенных. 66% респондентов замечали, что их родные жалуются, что им уделяется меньше времени, чем

гаджету (Рис 3). Придя в гости к родственникам или с друзьями в клуб, все равно тратят время на проверку электронной почты, социальных сетей и отправляют смс-ки - 66% опрошенных.

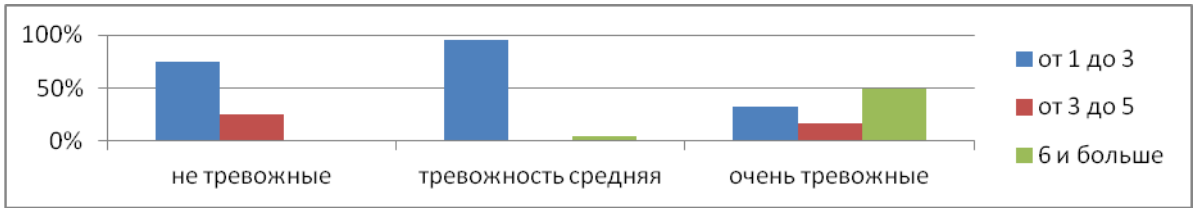


Рис.1. «Сколько гаджетов вы используете в своей жизни?»

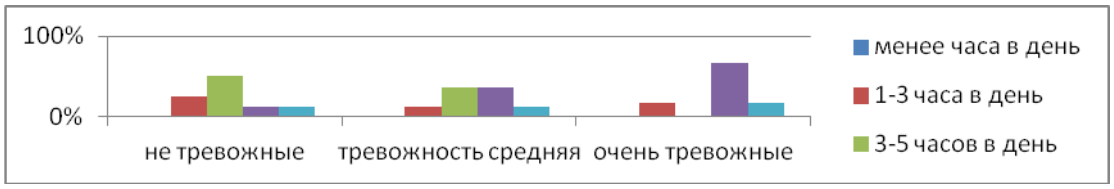


Рис.2. «Сколько времени вы тратите на использование гаджетов в день?»

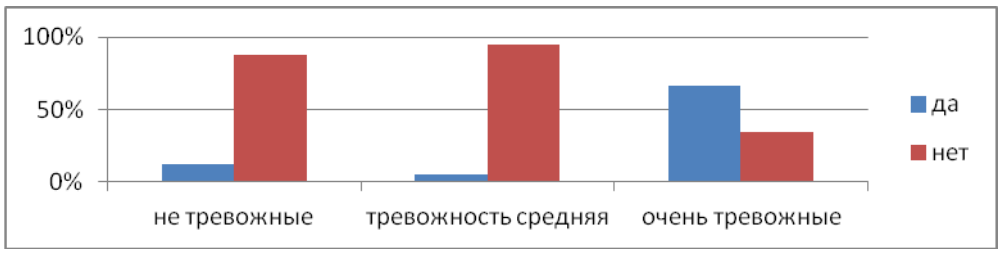


Рис.3. «Замечали ли вы, что ваши родные жалуются, что вы уделяете им гораздо меньше времени, чем своему гаджету?»

Заключение и выводы:По данным исследования можно сделать вывод, что гаджеты оказывают влияние на центральную нервную систему, что проявляется повышением уровня тревожности. Из диаграмм мы видим, что чем выше время проведения за гаджетами, тем выше и уровень тревожности. Это объясняется тем, что центральная нервная система не способна справиться с повышенной нагрузкой и возникающими стрессовыми ситуациями, возникает повышение уровня тревожности, что проявляется на психологическом уровне как напряжение, беспокойство, нервозность и переживается в виде чувств неопределенности, беспомощности, незащищенности, одиночества, грозящей неудачи, невозможности принять решение. А на физиологическом уровне повышенная тревожность может проявляться в усилении сердцебиения, учащения дыхания, увеличения минутного объема циркуляции крови, повышения артериального давления, что при нарастающем темпе может привести к развитию сердечно - сосудистых заболеваний, а это будет сказываться на здоровье человека, а ведь здоровье - одно из условий достижения успеха в любой деятельности.

Список литературы:

1.Столяренко Л.Д., Основы психологии. Практикум - РнД.: Феникс, 2006 - 704с

2. Никифоров Г.С. , Психология здоровья - Спб, Питер, Учебник для вузов, 2009, -365 с

3. Хорни К. Собр. соч. в 3 томах - М.: Смысл, 1997. Т.2. - 174—180 с

УДК 141.143:81

Д.А. Ковальчук

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ФИЛОСОФСКИХ ИДЕЙ В ХОДЕ МИРОВОЙ ИСТОРИИ НА ПРИМЕРЕ ТВОРЧЕСТВА АРТУРА ШОПЕНГАУЭРА

Научный руководитель – д.филос.н., доцент кафедры философии и социально-гуманитарных дисциплин К. В.Храмова

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В данном исследовании рассматривается влияние идей Артура Шопенгауэра на мировую историю, производится анализ цитируемости его работ, с целью поиска закономерностей, которые могут дать представление о взаимосвязи творчества философа с историческими событиями XIX –XXI вв.

Ключевые слова: Артур Шопенгауэр, "Shopenhauer", языковые единицы, "Nietzsche".

D.A. Kovalchuk

Scientific Advisor – Ph. D. in Philosophy, Associate Professor at the Department of Philosophy and social and humanitarian discipline K. V. Chramova

THE REQUIREMENT OF PHILOSOPHICAL IDEAS IN THE CREATIVITY OF ARTHUR SHOPHENAUER IN THE WORLD HISTORY.

Department of Philosophy and social and humanitarian discipline,

Bashkir State Medical University, Ufa

Summary:This article describes the influence of Arthur Schopenhauer's ideas on world history, analyzes the citations of his works in order to find patterns that can give an idea of the relationship between the philosopher's creativity and historical events of the XIX –XXIcenturies.

Keywords: Arthur Schopenhauer, Schopenhauer, language units, Nietzsche.

Актуальность исследования: Общество интенсивно развивается. Развивается и философия. Идеи, изначально казавшиеся не востребованными, нередко переосмыслялись и находили своих последователей. Примером может послужить творчество Артура Шопенгауэра. Не признанный при жизни философ-иррационалист, получил признание спустя значительное время после смерти [2, с. 5]. Работы Шопенгауэра, значительным образом повлияли не только не немецкую философию, но и на развитие мировой философии в целом.

Цель работы: Рассмотрение востребованности философских идей в ходе мировой истории на примере Артура Шопенгауэра. Поиск предпосылок, которые послужили причиной популярности идей философа. Анализ полученных результатов с целью

установления зависимости между историческим моментом и повышенным интересом общества к философским воззрениям философа.

Материалы и методы: Анализ графиков Google BooksNgramViewer, поискового онлайн-сервиса, позволяющего строить графики частотности языковых единиц на основе печатных источников с 16 века и собранных в сервис GoogleBooks [9].

Результаты и обсуждение: Революция в Германии начиная с 1848-1849 годов стала мощным толчком для реализации творчества Артура Шопенгауэра. Общественное мнение после революционных волнений испытывало скорбь, пессимизм, разочарование. Крушение веры народа в прогресс стали основополагающими в духовной жизни страны. Это стало благодатной почвой для волюнтаристских идей Шопенгауэра. Но, следует заметить, что учение философа захватывало только радикальные и либеральные элементы общества. Анализ цитируемости работ философа может служить доказательством того факта, что до начала революции, например, в 1843 году, появлялись идеи, которые могли в определённой степени стать одной из идеологических предпосылок свершившейся революции (см. Рис.1. - 1 пик). На момент самой революции, мы тоже можем наблюдать увеличение частоты употребления языковой единицы “Shopenhauer” в печатных источниках в Германии. Как мы видим, именно 1848 г. является как годом, в котором произошла революция, так и годом наибольшего внимания к трудам мыслителя. Однако затем наблюдается спад, это в какой-то степени можно характеризовать стабилизацией настроений в обществе [3].

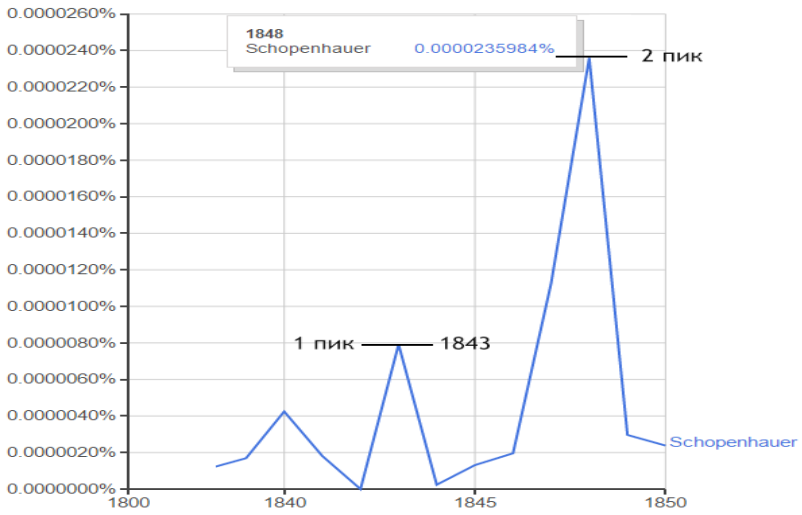


Рис.1. Пик частотности языковой единицы “Shopenhauer” за 1840 по 1850 г.

Волюнтаризм Артура Шопенгауэра нашёл своё продолжение в философии Фридриха Ницше. Особенно сильно это выражалось в заимствовании Ницше понятия воли, которое уже выражалось как более конкретная величина. Сущность любого существования и бытия,

по его мнению, заключается к «воле к мощи», она универсальна и движет всем миром [5]. Поэтому логично было рассматривать Ницше и Шопенгауэра совместно в рамках данного исследования, так как их философию объединяли общие идеи и мысли. Если люди приобщались к творчеству Ницше, то в большинстве случаев, повышался интерес и к Шопенгауэру.

Как видно из дополненного графика (см. рис 2.) увеличение интереса к Ницше, закономерно увеличивало популярность идей Шопенгауэра. На историческом промежутке времени уже после смерти Шопенгауэра мы сравнили один из самых сильных пиков частоты в 1896 году.

На N-грамме, можно увидеть закономерную зависимость в частотном колебании языковых единиц “Nietzsche” и “Schopenhauer” с 1880 по 1920 год (см. Рис. 2). В 1895 году наблюдается сильный частотный всплеск “Nietzsche” 1 пик, за которым не следовало сильной колебаний вплоть до 1914 года 3 пик (начало первой мировой войны). В период войны существовало 2 противоборствующих лагеря – Антанта и Четверной союз. Германия занимала в войне основные позиции, разумеется, восприятие военных лишений населением той или иной страны зависело от успешности её армии. Объективным показателем масштаба воздействия войны на общество являются, прежде всего, людские потери, доля мобилизованного в армию населения, военная активность страны и уровень жизни населения [6]. Крупномасштабность войны и гибель множества людей могли усилить негативные настроения во всех сферах общества.



Рис.2. Пик частотности языковой единицы “Shopenhauer”, “Nietzsche” 1870 -1920 г.

Ведущие участники Первой мировой войны Россия и Германия были странами, на которые война оказала, наибольшее влияние. Наглядным свидетельством этого послужили произошедшие здесь в 1917 и 1918 годы революции [6]. Крушение монархии давали повод свободомыслию захватить общество. Философия Ницше имеет свою специфику отражения

бытия человека в мире, понимания внутреннего мира, что в какой-то степени несёт в себе переоценку всех ценностей [4]. По Шопенгауэру можно определить, что свободный, по его мнению, может означать «соответствующий собственной воле» [7].

Из истории известно, что в 1894 (см. рис 2) 1 пик году Фёрстер-Ницше основала архив Ницше, а также свет увидела работа философа «Антихристианин». И снова, идеи Ницше тесно связанные с идеями Шопенгауэра, повышают цитируемость последнего.

Если говорить о 1895 в общем, то можно констатировать стремительное развитие науки. В физике это открытие В.К. Рентгенов лучей, которые он навал Х-лучами. Сформировались ряд новых подходов к излечению природы человеком, вышла книга З. Фрейда по истерии, где были сформулированы некоторые идеи будущего психоанализа. А. Пуанкаре опубликовал свои труды, заложив основы топологии. А. Нобель составил в Париже завещание об учреждении премии [8]. Всё это в совокупности побудили интерес молодёжи к науке. Но новое всегда порождает противоречивые взгляды. Умы философов в такие периоды часто старательно пытаются объяснить и охарактеризовать модные течения, используя весь опыт накопленных знаний. Поэтому пропорционально новому возникают и идеи, противоположенные прогрессу. В связи с чем, мы снова наблюдаем увеличение частоты отсылок к знаковым философам Артуру Шопенгауэру и Фридриху Ницше.

Идеи волюнтаризма и иррационализма как видно из графика (см. рис 3) начали возрастать. Отчётливо видно, что философские идеи Шопенгауэра и Ницше, не теряют своей актуальности даже в наше время.

Очевидным остаётся и тот факт, что на протяжении всего исследуемого промежутка частотности языковых единиц, производилось множество отсылок к трудам Шопенгауэра. В России из произведений и переводов, появившихся в ранее время, связанных с Шопенгауэром, можно выделить: «Изложение и критический разбор нравственного учения Шопенгауэра» Гусева Ф.Ф. 1877 г., «Два основных положения философии Шопенгауэра» Козлова А.А. 1877 г., «Артур Шопенгауэр» Куно Фишер 1896 г. А.А. Фет занимался переводом и изданием «Мир как воля и представление» 1880 год. В поздних произведениях Л.Н. Толстого ощутимо влияние музыкально-философских взглядов Шопенгауэра [1]. Это в совокупности говорит о непрерывном движении философской мысли начиная с XIX века до нашего времени.

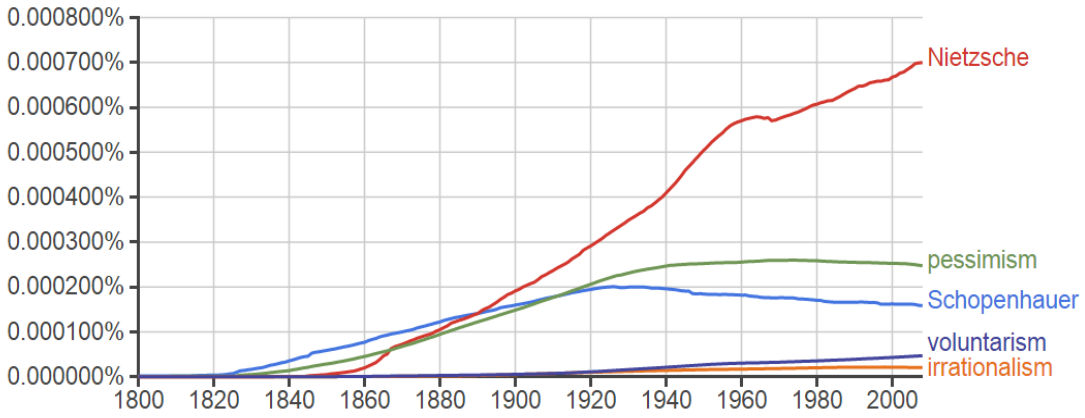


Рис.3. Пик частотности языковой единицы “Shopenhauer”, “Nietzsche” за 1870 по 1920 г.

Заключение и выводы: В ходе проделанной работы, нами было определено, что любые изменение в мире, находятся в определенной взаимосвязи с развитием философской мысли. Влияние философа на социальную реальность определяется количеством и востребованностью его научных трудов и отсылок к его идеям в творчестве мыслителей последующих поколений. Пример творчества Артура Шопенгауэра показал нам и то, что определенные идеи приобретают востребованность не сразу, а по мере исторической необходимости.

Список литературы:

1. Ахметова Г. А. Повесть Льва Толстого «Крейцерова соната» и «Метафизика музыки» А. Шопенгауэра.Вестник Башкирск. ун-та. 2012. №4. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/povest-lva-tolstogo-kreytserova-sonata-i-metafizika-muzyki-a-shopengauera (дата обращения: 28.03.2017).
2. Ватсон Э.К. Артур Шопенгауэр. Его жизнь и научная деятельность. – М.: Директ-Медиа. 2012 . С.72
3. Гулыга А. В., Андреева И. С. Шопенгауэр. - Молодая гвардия. 2003. С.103
4. Джейранов Ф. Е. Философия Ф. Ницше сквозь призму отчуждения и свободы человека. Вестник ЧелГУ. 2011. №18 С.139-145.
5. Кривых Е. Ю. Метафизика воли в иррационалистических концепциях А. Шопенгауэра, Р. Вагнера, Ф. Ницше, Вестник ЧелГУ. 2009. №33 С.151-155.
6. Леонов С.В. О влиянии Первой мировой войны на Россию и на Германию, Вестник ПСТГУ. Серия 2: История. История РПЦ. 2012. №47 С.127-141.
7. ПРОКОФЬЕВ А. В. Нравственность и свобода воли (Кант - Шопенгауэр - Фейербах). Этическая мысль. 2000. №1 С.159-181.
8. Философия науки. Вып. 1: Проблемы рациональности. М.: ИФ РАН, 1995 С. 319-332
9. Yuri Lin, Jean-Baptiste Michel, Erez Lieberman Aiden,Задорин, Jon Orwant, Will Brockman and Slav Petrov. 2012. Syntactic Annotations for the Google Books Ngram Corpus. URL: http://aclweb.org/anthology/P/P12/P12-3029.pdf (дата обращения: 20.03.2017).

УДК 159.962.5

В.Д. Костусенко, Э.Р. Шафикова

ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СОЗНАНИЕ, ФИЗИОЛОГИЮ И ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ

Научный руководитель - доцент, к. филос. н. А. С. Зубаирова-Валеева
Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин
с курсом социальной работы,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье предоставлен социально-философский анализ таких феноменов, как гипноз и внушение. Рассматриваются понятия гипноза и внушения, их отличия, положительные и отрицательные аспекты их воздействия на человека, включая применение в медицине.

Ключевые слова: гипноз, внушение, самовнушение, свобода личности.

V. D. Kostusenko, E.R. Shafikova

HYPNOSIS AND SUGGESTION AS INSTRUMENTS OF IMPACT ON CONSCIOUSNESS, PHYSIOLOGY AND BEHAVIOUR OF THE PERSON: SOCIAL AND PHILOSOPHICAL ANALYSIS

Scientific Advisor — Ph. D. in Philosophy, Associate Professor A. S. Zubairova-Valeeva
Department of philosophy and social-humanitarian disciplines
with the course of social work,
Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: In article the social and philosophical analysis of such phenomena as hypnosis and suggestion is provided. Concepts of hypnosis and suggestion, their difference, positive and negative aspects of their impact on the person, including application in medicine are considered.

Keywords: hypnosis, suggestion, auto-suggestion, personal freedom.

Актуальность:Реалии современной жизни диктуют интенсивный ритм и социальную активность. В то же время каждый человек практически во всех сферах общественной жизни регулярно подвергается методам неявного принуждения. Политики, менеджеры, маркетологи - все хотят предложить, продать или навязать выбор каких-либо вещей, идей и иных предпочтений. В основе многих из этих манипуляций стоят такие явления, как внушение и гипноз. Что они собой представляют, несут ли они благо или зло, что о них известно на сегодняшний момент, и каковы перспективы их созидательного применения, включая область медицины – вот вопросы, ответы на которые предполагается получить в рамках данного исследования.

Цель исследования: исследование гипноза и внушения как феноменов, осуществляющих воздействие на сознание, физиологию и поведение человека, выявление многогранных результатов этого воздействия.

Материалы и методы: для достижения данной цели были использованы общефилософские и теоретические методы исследования, такие как: анализ и синтез, индукция и дедукция, диалектический метод и моделирование.

Результаты и обсуждение

Каждый день человек сталкивается с таким явлением как внушение. Дома, на работе, в магазине. Улицы пестрят рекламами, которые убеждают нас в эффективности тех или иных товаров. Мы же, увидев яркие заголовки, услышав назойливые песни из рекламных роликов, иногда даже не задумываясь, покупаем предложный товар. Различные приемы рекламодателей и предпринимателей основаны на внушении.

Гипноз и внушение, а в особенности внушение, с эпохи первобытности имели значительное применение. "Взять, к примеру, ритуальные обряды и магию "примитивных" сообществ. Высокая степень внушаемости первобытного человека объясняется следующими факторами: во-первых, недостаточностью знаний о внешнем мире и, во-вторых, страхом первобытного человека перед внешним миром. «Страх создал Богов»,- слова, известные еще со времен Древней Греции. С этих пор формировались природные механизмы внушаемости [2, с.15].

Применение гипноза стало особо популярным в светских кругах благодаря усилиям Франца Антона Месмера (1736-1815). Он считал, что на живых существ можно воздействовать при помощи флюида - универсальной магической силы. Позднее, примерно через 100 лет, наукой было открыто явление гипноза, являющееся «усеченным» видом месмеровского «животного магнетизма», в котором была отвергнута его субстанционально-мистическая часть - флюид, но осталась его психологическая составляющая [2, с. 34 - 35].

Чем же отличается гипноз от внушения?

Внушение – процесс внедрения информации без критического отношения к ней того субъекта, на кого оно направлено. А гипноз – это физиологическое состояние, близкое к ночному сну, при котором внушаемость значительно возрастает в сравнении с обычным состоянием [4, с. 293 - 294]. Они могут и комбинироваться, так как на фоне гипноза человек наиболее подвержен внушению, но и существовать как отдельные методы воздействия на сознание человека.

Внушение можно разделить на две категории: прямое внушение – когда внушающее лицо воздействует непосредственно словом или речью на внушаемого человека или группу, коллектив людей, и косвенное внушение – посредством окружающей среды, обстановки, личного пространства, приема индифферентного лекарства, поведения медицинского персонала [6, с. 70 - 71].

Косвенным внушением часто пользуются так называемые знахари, ведуньи, целители. Они «заряжают» различные предметы энергией, целительной силой, а затем продают их, убеждая людей в том, что эти предметы им помогут. На наш взгляд, эти предметы не обладают лечебным действием, но некоторым людям «целители» действительно помогают. Но причиной этого является далеко не магическая энергия, а самовнушение.

К сожалению, существуют радикальные организации, которые используют внушение в преступных целях. К таковым относится ИГИЛ («Исламское государство Ирака и Леванта») – международная террористическая организация. На ИГИЛ работают грамотные психологи, которые посредством внушения убеждают молодых людей вступить в их ряды.

Каждый индивид обладает определенным уровнем гипнабельности и внушаемости. Л. Шерток в своей книге говорит о том, что проводились изучения личности гипнотизируемого со всех сторон, но точных критериев, которые определили бы степень гипнабельности, не было установлено. Также он приходит к выводу, что восприимчивость к гипнозу «зависит от той легкости, с какой индивидуум способен как бы включить в себя внешний стимул, сделать его частью себя самого». Л. Шерток совместно с Muriel Cahen изучали проблему личности гипнотизируемого на 40 больных, большей частью с психосоматическими заболеваниями. По результатам исследования, выявились две группы людей, не поддающихся гипнозу: люди, сознательно отказавшиеся от того, чтобы быть загипнотизированным и люди, невосприимчивые к гипнозу [7, с. 62 - 64].

К характеристикам внушаемости субъекта Е. П. Ильин добавляет «низкую самооценку и чувство собственной неполноценности, покорность и преданность, неразвитое чувство ответственности, робость и стеснительность, доверчивость, повышенные

эмоциональность и впечатлительность, мечтательность, суеверность и веру, склонность к фантазированию, неустойчивость возбуждения и некритичность мышления». Сюда можно добавить и особенности личности суггестора, его авторитарность: социальный статус, принадлежность его к референтной для суггерента группе, наличие прежних заслуг, опыта, ореол известности, мнение окружающих о данном человеке как о высоконравственной справедливой личности, обладание тем или иным видом власти (власти вознаграждения, принуждения, знатока и т. д.), престиж используемых источников информации, таинственность образа, приписывание особых способностей или возможностей» [5, с. 272-273].

Внушение с лечебной целью в настоящее время широко используется в медицине и дает очень хороший эффект при заболеваниях с выраженной психологической компонентой (т.е. при психосоматических расстройствах), перечень которых постоянно расширяется.

Термин «психосоматика», как считал основоположник этого направления Ф. Александер, означает одновременное и согласованное использование соматических — то есть физиологических, анатомических, фармакологических, хирургических и диетических — методов и понятий, с одной стороны, и психологических методов и понятий — с другой [1, с. 17]. Ф. Александер применял психосоматическую медицину с целью лечения сердечно – сосудистых, желудочно – кишечных, респираторных, метаболических, эндокринных, половых расстройств, кожных заболеваний и болезней суставов и скелетных мышц.

Благоприятным фоном для внушения и самовнушения является пониженный тонус коры головного мозга, характерный, например, для гипнотических состояний [3, с. 89]. Гипноз применяется как обезболивающее, седативное средство при лечении соматических заболеваний. К примеру, в онкологии гипноз применяется для ослабления болей при тяжелых стадиях болезни, для улучшения эмоционального состояния. Гипнотерапия применяется и в стоматологии для анестезиологического действия. Лечению подвергались и нарушения половой потенции, в гинекологии гипнозом вызывали появление и задержку менструации. Гипноз сыграл важную роль в формировании психопрофилактического метода обезболивания родов, была доказана также возможность обезболивания путем словесного внушения [7, с. 99, 102, 105, 113].

Гипноз может использоваться и в антигуманных целях. Так, в 1987 году в городе Клагенфурт две девушки ограбили банк, загипнотизировав кассира [6, с. 167 - 168]. В то же время гипноз можно использовать и для того, чтобы раскрыть преступление.

Заключение и выводы

Гипноз и внушение – сложные инструменты, которые оказывают многогранное воздействие на человека. Они могут ограничивать духовную свободу человека, но они же могут помочь в её возвращении. Внушение, особенно на фоне лечебного гипноза, весьма эффективно при лечении психосоматических заболеваний и, в составе комплексной терапии, в лечении чисто соматических заболеваний. Возможно, что когда-нибудь "лечение словом" станет по-настоящему эффективным лечебным средством и заменит многие лекарственные препараты, которые в массе своей отрицательно воздействуют на здоровье человека. В то же время внушение и гипноз могут применяться в антигуманных целях, и наша задача - помнить об этом и уметь оградить от этого себя и своих близких. И только от нас – людей – зависит, сможем ли мы использовать весь созидательный потенциал этих средств.

Список литературы:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М. : Эксмо-Пресс, 2002. 148 с.

2. Гримак Л.П. Тайны гипноза. Современный взгляд. СПб. : Питер, 2004. 304с.

3. Зубаирова – Валеева А.С. Религиозное врачевание как феномен культуры. Уфа: РИЦ БашГУ, 2010. 133 с.

4. Кожевников Д.Д, В.Е.Степанова. «Внушение» и «гипноз» в современных психологических теориях // Знание. Понимание. Умение. 2013. №4. 290-295 с.

5. Прядеин В.П. Психолого – педагогические и психофизиологические предпосылки внушения // Педагогическое образование в России, 2015. №10. 271-283 с.

6. Чупин Г.Т. Гипноз и внушение. Х. : Гуманитарный центр, 2014. 192 с.

7. Шерток Л. Гипноз. М. : САМПО, 2002. 224 с.

УДК 304.2

С.В. КРАШЕНИННИКОВА

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель — к. м. н., доцент Е.Е. Липатова

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинскийуниверситет, г. Уфа

Резюме: В настоящее время здравоохранение в России переходит на новый уровень, используя стандарты, основанные на качестве медицинской помощи и доказательной медицине.

Ключевые слова: доказательная медицина, качество медицинской помощи.

S.V. KRASHENINNIKOWA

EVIDENCE BASED MEDICINE AND QUALITY MEDICAL CARE

Scientific Advisor — Ph.D E.E. Lipatova

Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Today Russian health care goes to the new level with aquality medical care and evidence-based medicine.

Keywords:evidence based medicine, quality medical care.

Актуальность: На сегодняшний день объективная и беспристрастная оценка качества медицинских решений и результатов научных исследований является одним из ведущих направлений медицинских сообществ мира.

Цель исследования: сформировать четкое представление о понятии доказательной медицины, показать основные принципы доказательной медицины

Материалы и методы: Авторская анкета, опрос.

В настоящее время медицина в России претерпевает большие изменения и постепенно переходит на новый уровень, используя в качестве ориентира доказательную медицину. В июле 2017 года в силу вступит приказ Министерства Здравоохранения от 15.07.2016 N 520н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи". В данном законе вводится оценка качества медицинской помощи, в соответствии со стандартами.

Одной из приоритетных задач вводимых изменений является разработка клинических рекомендаций, основанных на принципах доказательной медицины. Данные рекомендации создаются как независимые от мнения врачей и экспертов, главное в них - доказанные научные данные. [3]

Доказательная медицина—это поход к сбору, анализу, обобщению и интерпретации научной информации. В ее основе лежит проверка эффективности и безопасности методов, применяемых в медицинской практике. [1]

Доказательная медицина не является новой, отдельной наукой, а представляет собой новые методы обработки уже имеющейся информации. [5]

Первые медицинские знания появились тысячелетия назад. Со временем они накапливались, изменялись и составили отдельную науку. Изначально медицина основывалась на знаниях, полученных на личном опыте и наблюдениях, или же на опыте старших коллег. Данная ситуация длилась столетиями, но к концу 20 века начала изживать себя - врачи во всем мире в вопросах диагностики и лечения не могли основываться лишь на субъективных данных. В конце 20 века, в 1972 году Арчибальд Кокрейн, английский эпидемиолог, опубликовал свою книгу «Действенность и эффективность: случайные размышления о медицинской службе». В книге Кокрейн особое внимание уделял использованию достоверных данных в медицинской практике и возможности их распространения в мировом медицинском сообществе. В 1992 году в Оксфорде открылся первый Кокрейновский центр, чья деятельность была направлена на создание независимых обзоров исследований и их распространение. Так складывается новый, критический подход к медицинской практике - прежде чем применить любой метод, необходимо доказать его эффективность. Предлагаемый пациенту метод должен быть наиболее эффективным и наименее рискованным. Данный подход получил название - доказательная медицина. На сегодняшний день этот подход стал мировым стандартом. [2,5,7]

Основа доказательной медицины - клинические исследования и разработанные с их помощью клинические рекомендации. Принятием решения о степени доказательности занимаются специальные международные экспертные органы: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Кокрейновское сотрудничество, Британский медицинский журнал и другие. Эти же организации участвуют в создании клинических руководств для врачей. [2]

Основой современной доказательной медицины является Кокрейновское Сотрудничество — международная некоммерческая организация, изучающая эффективность медицинских технологий, обобщающая результаты лучших исследований путем сложного анализа и оценки данных.[2,6]

Основная задача этой международной организации — сбор и обобщение доказательств медицинских исследований. На их основе создаются и распространяются систематические обзоры, которые должны помочь принять информированное решение в различных областях медицины как врачу, так и пациенту.

Следует заметить, что доказательная медицина постепенно вошла и в повседневную жизнь в России - открылся Кокрейновский центр на базе Казанского университета. Данный центр занимается составлением обзоров в самых разных областях медицины, а так же работает над переводами на русский язык зарубежных обзоров. В Уфе открыто отделение Межрегионального Общества Специалистов Доказательной Медицины. Основное направление деятельности отделения- неврология и смежные области медицины. Председателем башкирского отделения ОСДМ является профессор БГМУ Л.Р. Ахмадеева. Так же получили широкое распространение интернет-сообщества, посвященные доказательной медицине. Все это делает доказательную медицину популярной. Но, к сожалению, только сам термин доказательная медицина набирает популярность в нашей стране.

В Башкирском Государственном Медицинском Университете было проведено анкетирование среди студентов 2 курса лечебного факультета. В опросе приняло участие 110 человек. Целью анкетирования было выяснить, знают ли студенты о доказательной медицине, Кокрейновском сообществе и его филиалах в России.

Так 65,1% опрошенных ответили, что знают, что такое доказательная медицина.

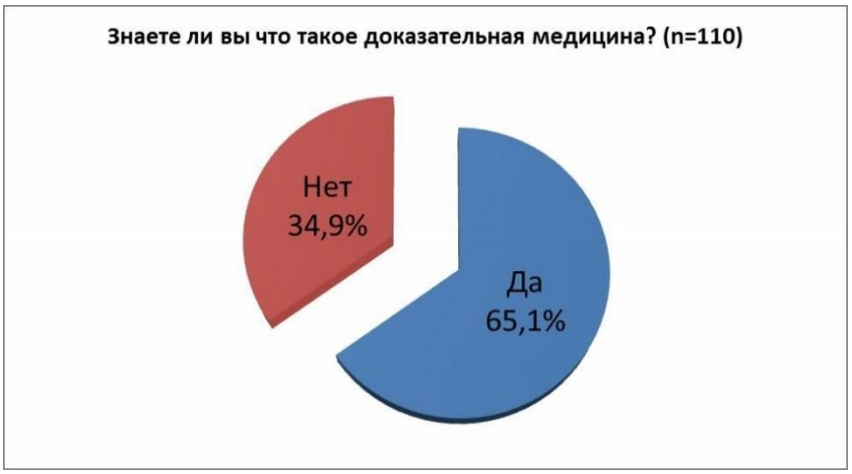


Рис.1 «Знаете ли Вы, что такое доказательная медицина»

Но в тоже время 76,1% опрошенных отметили, что не знают о Кокрейновском сообществе.

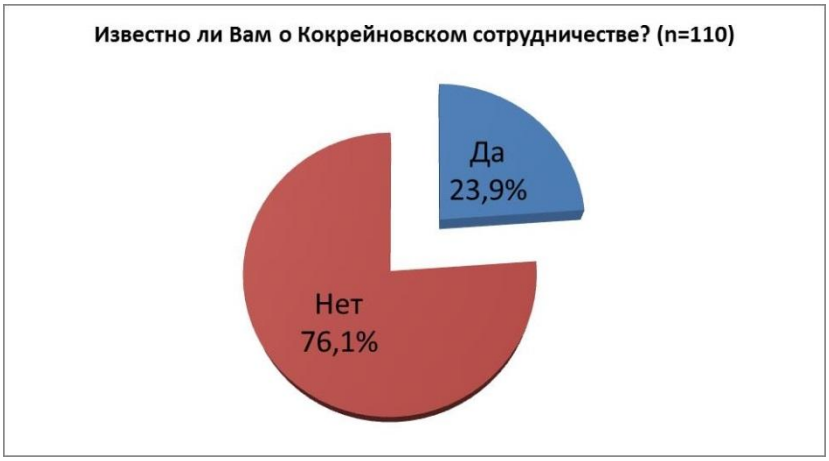


Рис.2. «Кокрейновское сотрудничество»

Так же, 51,4% опрошенных ответили, что в России нет Кокрейновских центров.



Рис.3 «Кокрейновские центры в России»

Заключение и выводы:Данный опрос показывает, что хоть и сам термин доказательная медицина студентам 2 курса БГМУ знаком, однако информацией об основной организации, занимающейся данным вопросом, и ее филиале в России владеют только 23% и 48,6% опрошенных соответственно. В связи с этим можно отметить, что студенты 2 курса имеют общее представление о доказательной медицине, но не анализируют доступную информацию.

Список литературы:

1. Бабенко Л.Г. Основы доказательной медицины./ Бабенко Л.Г. Сыктывкар: Коми филиал Кировской Государственной медицинской академии, 2013 г. - 12 с.
2. Введение в доказательную медицину [Электронный ресурс] . URL: http://medspecial.ru/for_patients/8/221/ (дата обращения: 09.02.2017 18:45)
3. Клинические руководства - в помощь [Электронный ресурс] . URL: http://www.medvestnik.ru/content/articles/Klinicheskie-rukovodstva-v-pomosh.html (дата обращения: 15.02.2017 19:22)
4. Кокрейновское сообщество [Электронный ресурс]. URL:.http://www.cochrane.org. (дата обращения: 09.02.2017 20:44)
5. Основы доказательной медицины./ М.Г. Бубнова, Е.К. Бутина, В.А Выгодин, И.Е. Колтунов и др. – Москва: Силицея-Полиграф, 2010 - 7-18 с.
6. Оценка качества медицинской информации [Электронный ресурс] . URL: http://medspecial.ru/for_patients/8/21432/ (дата обращения: 22.02.2017 14:17)
7. Ставроу А, Калумас Д, Димитракакис Г. Арчибальд Кокран (1909-1988): отец доказательной медицины / А. Ставроу, Д. Калумас, Г. Димитракакис // Сибирский медицинский журнал.. – 2014.- №1. – С.83-88.

УДК 613.65

С.В. КРАШЕНИННИКОВА, Г.А.РАФИКОВА

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ БОЛИ В СПИНЕ

Научный руководитель — к. м. н., доцент Е.Е. Липатова

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный

Медицинскийуниверситет, г. Уфа

Резюме: Боли в спине являются актуальной проблемой на протяжении многих лет.В настоящее время боли в спине приобрели широкое распространение - практически каждый человек за свою жизнь их испытывал. Боли в спине так же являются одним из самых частых поводов обращения пациентов к врачу.

Ключевые слова: боль в спине, боль

S.V. KRASHENINNIKOWA, G.A.RAFICOWA

NONSPECIFIC BACK PAIN

Scientific Advisor — Ph.D E.E. Lipatova

Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The problem of back pain is a pressing problem for many years. Today back pain has widespread- everyone had a back pain. Back pain is one of the most common reasons patients to the doctor.

Keywords:backpain, pain

Актуальность: Боли в спине – один из самых распространенных видов болевого синдрома, они являются одной из ведущих причин нетрудоспособности взрослого населения, ведут к существенному снижению качества жизни и часто служат поводом обращения к врачу. Порядка 80% всего населения земного шара хотя бы раз испытывал боли в области спины. [3,5]

Цель исследования:В зависимости от причин возникновения боли в спине подразделяют на специфические и неспецифические. Специфические боли – это следствие различных заболеваний.Статистически появление болей в спине, связанных с патологические процессами не превышает 8-10% случаев. [2]

Материалы и методы: анкетирование.

Результаты и обсуждения:Неспецифические боли в спине - персистирующие боли в области спины, не вызванные конкретным заболеванием или специфическими поражениями позвоночного столба. Чаще всего это боли связанны с механическими причинами -

перегрузкой и усталостью связочного и мышечного аппаратов, межпозвоночных дисков, суставов позвоночника. Существует множество факторов риска развития данного вида боли: наследственность, лишний вес, тяжелые физические нагрузки, длительные статические нагрузки, резкие движения, низкая физическая нагрузка, сидячая работа. [2]

Лечение неспецифической боли в спине направленно, прежде всего, на снятие болевого синдрома, что позволяет сохранить активность и трудоспособность пациента. В острый период необходимо ограничить физические нагрузки, следует избегать подъема тяжестей, длительного пребывания в сидячем положении. Хотя постельный режим комфортен и снижает выраженность болевых ощущений, нет необходимости в соблюдении постельного режима, двигательная активность повышает трафику тканей, что ведет к ускорению выздоровления. [4,6]

Игнорирование приступов боли, отсутствие лечения могут привести к нежелательным последствиям, таким как переход боли в хроническую форму, повреждение суставов позвоночника и мышечно-связочного аппарата, нарушение кровообращения данной области, разрастание соединительной ткани. [2,3]

Согласно рекомендациям, основанным на результатах многочисленных рандомизированных контролируемых исследований, одним из базовых методов лечения неспецифической боли в спине является физическая активность. Лечебная гимнастика эффективна для уменьшения болевого синдрома, повышения трудоспособности и возвращении к профессиональной деятельности. [3,4,6]

Обучение в медицинском университете подразумевает длительные статические нагрузки. Среди учащихся Башкирского Государственного Медицинского Университета (БГМУ) было проведено пилотное исследование по профилактике малоподвижного образа жизни. Опрос показал, что лишь 15% студентов активно занимаются физической культурой.

Следующим этапом было возможное выявление неспецифических болей в спине у студентов БГМУ. Было анкетировано 109 студентов 2 курса 2 потока лечебного факультета. Были представлены следующие вопросы:

Таблица 1

Ответы на вопросы анкеты «Боли в спине»

Вопрос		Да	Нет
		%	%
1.Бывают ли у Вас боли в спине		70	30
2.Знаете ли вы что такое не специфические боли в спине		33	67
3.Есть ли у Вас диагностированные заболевания позвоночника		17	83
4.При болях в спине Вы:	Принимаете обезболивающее	13	87
	Выполняете комплекс упражнений	12	88
	Делаете массаж	18	82
	Делаете все выше перечисленное	12	88
	Ничего не предпринимаете	45	55

70% (76 из 109) опрошенных периодически испытывают боли в спине. Из них 55% (60 человек из 109 опрошенных) не имеют диагностированных заболеваний позвоночника.

83 % (91 из 109) общего числа опрошенных не имеют диагностированных заболеваний позвоночного столба.

38,5% (42 из 109) опрошенных периодически испытывают боли в спине, не имеют диагностированных заболеваний позвоночника и не знают, что такое неспецифические боли в спине.

50% опрошенных, из тех кто имеет боли, не имеет диагностированных заболеваний позвоночника и не знают, что такое неспецифические боли в спине- при болях ничего не предпринимают. 9,5% опрошенных принимают обезболивающие препараты. 16,6% выполняют специальный комплекс упражнений. 14,2% делают массаж. 7,1% выполняют комплексные мероприятия, включающие все выше перечисленное.

Заключение и выводы:Таким образом, более половины опрошенных сталкиваются с неспецифическими болями в спине. При этом каждый второй не предпринимает никаких действий для улучшения своего состояния. Так как проблема неспецифических болей заключается в их широкой распространенности и низком уровне освещенности населения, по вопросам профилактики и лечения данного вида боли, планируем в дальнейшем продолжить наше исследование.

Список литературы:

1. Баринов А.Н. Современный подход к диагностике и лечению боли в спине/ А.Н. Баринов // РМЖ. - 2013. - №3- С. 8
2. Бородулина И.В., Супонева Н.А., Бадалов Н.Г. Неспецифическая боль в спине: клинико-патогенетические особенности и возможности терапии/ И.В. Бородулина, Н.А Супонева, Н.Г. Бадалов // РМЖ. - 2016. - №25. - С. 1699-1704
3. Головачева В.А., Голубева В.В. Как помочь пациенту с хронической неспецифической болью в нижней части спины? / В.А. Головачева, В.В. Голубева // РМЖ. 2014. - №16. - С. 1163
4. Кукушкин М.Л. Неспецифическая боль внизу спины / М.Л. Кукушкин// РМЖ. - 2010. - №7 - С. 26
5. Куприненко Н.С Синдром боли в спине: дифференциальная диагностика и терапия/ Н. С. Куприенко // новости медицины и фармации 2007- №18 - С.52
6. Подчуфарова Е.В. Актуальные вопросы острой и хронической боли в пояснично-крестцовой области/ Е.В Подчуфаров // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012 - №1 - С.27-35

УДК:613.4.18:173

Ласынова Р.Р.

СУДЬБА ГВАРДЕЙЦА В СУДЬБЕ СТРАНЫ (О ГЕРОИЧЕСКОЙ СУДЬБЕ МОЕГО ПРАДЕДА АГЗАМА ТЛЯВКАБУЛОВА)

Научный руководитель - Панова Л.А.- руководитель, к.и.н. , доцент
Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме: изучение истории рода, биографию любимого прадеда Агзам Фазулович, внести вклад в изучение героизма своего прадеда, простого советского солдата. Изучив имеющиеся архивные, исторические и иные документы, нам удалось по крупицам восстановить боевой путь А.Ф. Тлявкабулова.

Ключевые слова: Великая Отечественная война 1941-1945 годов, Агзам Фазулович Тлявкабулов, Победа башкир.

Lucynova R. R.

THE FATE OF GUARDS IN THE COUNTRY (ABOUT THE HEROIC FATE OF MY GREAT-GRANDFATHER AGZAM TLEUKULOVA)

Scientific supervisor - L. A. Panova - head, Ph. D. , associate Professor
Department of philosophy and socio-humanitarian disciplines with the course of social work, Bashkir state medical University, Ufa

Summary: study of sort stories, a biography of a beloved grandfather Agzam Fazylovich, to contribute to the study of the heroism of his great-grandfather, an ordinary Soviet soldier. Studying available archival, historical and other documents, we were able to piece the way of fighting the A. F. Tleukulova.

Key words: Great Patriotic war of 1941-1945, Agzam Fazylovich Tsukanov, the victory of the Bashkirs.

В Великой Отечественной войне 1941-1945 годов большую роль сыграли воины-башкиры, которые массово сражались на всех фронтах Красной Армии.

Одним из участников Великой Отечественной войны был мой прадед Агзам Фазулович Тлявкабулов, который, благодаря своему мужеству и отваге, от рядового воина вырос до сержанта, а затем стал старшиной.

Актуальность изученной темы:

Участие народов Башкортостана в Великой Отечественной войне и их вклад в победу в целом изучено достаточно. Однако, на мой взгляд, судьба каждого конкретного солдата

требует внимания и более глубокого изучения. Изучение биографии и боевого пути солдата на примере Агзама Тлявкабулова является данью всем башкирским воинам-героям Великой Отечественной войны.

К исследованию данной темы подтолкнуло прежде всего то обстоятельство, что судьба моего прадеда как солдата оставалась долгое время малоизвестной.

Я являюсь потомком рода Тлявкабуловых, а изучение истории рода, биографии любимого прадеда считаю своим святым долгом.

Цель исследовательской работы:

Была изучена биография и боевой путь участника Великой Отечественной войны Агзама Фазулловича Тлявкабулова.

Задачи:

- изучены архивные, исторические и иные документы, материалы из семейного архива, свидетельствующие о боевом пути гвардии старшины А.Ф.Тлявкабулова;

- определен его вклад в дело победы над фашистской Германией;

- изучена родословная А. Ф. Тлявкабулова, оценена его роль как воина-героя, а также как родоначальника моего рода;

Я считаю, что смогу внести вклад в изучение героизма своего прадеда, простого советского солдата..

Материалы и методы:

При написании данной работы мы опирались на материалы Центрального архива министерства обороны (ЦАМО), свидетельствующие о героическом сражении деда и о его награждениях, Центрального государственного архива Республики Башкортостан, документы Совинформбюро 1944 года и другие архивные исторические документы.Проследить боевой путь фронтовика помогли монографии историков Дикань А.П. «Гвардейцы двадцать пятой» и книга Гладкова «На огненных рубежах». Большую ценность также представляют воспомиания детей А.Ф. Тлявкабулова, материалы из семейного архива.

Результаты и обсуждение:Мой прадед родился 5 июня 1922 года и вырос в деревне Назарово Баймакского района в семье Фазуллы.

Шежере рода Телявкабуловых составлена исходя из ревизских сказок 19 века по деревне Назарово. А я потомок этого рода в седьмом поколении по материнской линии.

Агзам олатай получил хорошее воспитание и образование, прошел войну, домой вернулся лишь в июне 1949 года с многочисленными боевыми наградами: «За боевые

заслуги», «За отвагу», «За победу над Германией», «За взятие Будапешта», «За форсирование Днепра».

После войны ему, как партийному работнику, всегда доверяли руководящие посты.

Был отличным семьянином. Вместе с прабабушкой они воспитали 6 прекрасных дочерей.Род прадеда, его фамилия продолжают жить в его детях, внуках и правнуках.

Из архивных документов нам стали известны некоторые детали фронтовой биографии прадеда: дата призыва в армию, воинское звание, в каких частях и где воевал, за какие заслуги удостоен высоких наград.

Агзам Фазулович Тлявкабулов ушел на фронт 9 декабря 1941 года.Воевал в действующей армии в составе знаменитого 78-го гвардейского стрелкового полка 25-й гвардейской стрелковой дивизии. «Командир минометного расчета минометной роты 1- го стрелкового батальона гвардии старшина Телевкабулов Агзам Фазуллович, 1922 года рождения, в Красной Армии с 1.1942 года, призван Баймакским РВК».

Мы также узнали, что с 1943 года он член ВЛКСМ, в том же году стал кандидатом в ВКП (б).

К 1944 году ранений не имел.Но по рассказам дочерей, прадед был трижды ранен. Значит, в будущем нам предстоит углубить исследования по данной проблеме.

Сражался мой прадед мужественно, проявляя всю отвагу и воинскую доблесть. Об этом свидетельствуют приказы командиров действующей армии о награждении медалями.

В книгах Н.Н. Гладкова и Дикань А.П. «Гвардейцы двадцать пятой» подробно описана история мужества и героизма воинов 78-го гвардейского стрелкового полка, где сражался мой прадед. Эти фактические материалы позволяют проследить и фронтовую дорогу гвардии старшины А.Ф. Тлявкабулова.

78 - ой гвардейский стрелковый полк вошел в историю Великой Отечественной войны как полк, показавший пример массового солдатского героизма, 59 воинов полка стали Героями Советского Союза, 20 из них – посмертно.

Подвиг гвардейцев у Тарановки, как пример массового героизма, стоит в одном ряду с боем 28 панфиловцев у разъезда Дубосеково. Их часто так и называют – "украинскими панфиловцами". Указом Президиума Верховного Совета СССР за образцовое выполнение боевых заданий всем воинам 8-й стрелковой роты 78-го гвардейского стрелкового полка было присвоено звание Героя Советского Союза посмертно.

Как головное подразделение 25 - ой гвардейской стрелковой дивизии полк участвовал во всех крупных и решающих наступательных и оборонительных операциях.

78-й гвардейский стрелковый полк первым форсировал Днепр в районе села Войсковое, захватил и удержал плацдарм, обеспечив переправу на правый берег основных сил. В монографии А.П. Дикань в деталях восстановлена эта битва.

За отвагу и мужество при форсировании Днепра сотни гвардейцев, в том числе и мой прадед, были награждены орденами и медалями. 48 бойцам, командирам и политработникам Указом Президиума Верховного Совета СССР присвоено звание Героя Советского Союза. Из них 33 воина 78 – го гвардейского стрелкового полка.

Подвиг воинов 25-й дивизии в боях за плацдарм запечатлен на диораме «Битва за Днепр» в Днепропетровске, которая открылась к 30-летию Победы народа в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов. Это самая большая диорама на Украине и одна из крупнейших в мире.

Информацию, которая оживляла события тех далеких военных лет, мы нашли в оперативных сводках Совинформбюро за 8 января 1944 года.

Мой прадед был награжден медалью «За боевые заслуги» 06.01.1944 года « за мужество и отвагу, проявленные в боях в районе Александровка - Софиевка».

Из представления командования к медали от 6 января 1944 года мы знаем, что в ожесточенных боях в районе Александровка - Софиевка гвардии сержант Телевкабулов Агзам Фазуллович «в момент отражения контратаки огнем своего автомата уничтожил 4-х вражеских солдат, своевременно передавал приказания командира роты и вынес с поля боя одного тяжело раненного бойца». Значит, нами изучена и восстановлена еще одна страница фронтовой жизни солдата.

Так же архивными документами из фондов Центрального архива МО подтверждено героическое участие моего прадеда в уничтожении вражеской группировки в Корсунь – Шевченковском направлении. Приказ от 16 февраля 1944 года.

«Командир минометного расчета минометной роты 1-го стрелкового батальона гвардии сержант Телевкабулов Агзам Фазуллович, в боях за село Липянка Кировоградской области 04.02 1944 года грозным огнем своего миномета отсекал пехоту противника от танков, уничтожил и рассеял более одного отделения (более 10 чел.) гитлеровцев. В момент, когда бронемашины врага появились в районе огневых позиций, забрасывал их гранатами и из личного оружия уничтожил 4-х немцев».

В книге А.П. Дикань, в деталях рассказываются кровопролитные танковые бои в Корсунь – Шевченковском выступе в начале февраля 1944 года, в том числе 4 февраля, упомянутые в представлении к награде моего прадеда. Отрывок из книги в приложении.

В составе знаменитого 78-го гвардейского стрелкового полка 25-й гвардейской стрелковой дивизии Агзам олатай участвовал в самых кровопролитных и ожесточенных боях за освобождение сотни городов и сел Румынии, Молдавии, Венгрии, Чехословакии, Австрии.

Победу встретил в Вене. Дед всегда любил говорить: «Я прополз всю Европу, дополз до Вены», а это около 3,5 тыс. километров.

По воспоминаниям дочерей, прадед после войны продолжал службу в Закарпатье по ликвидации украинских националистов – бандеровцев в Ужгороде, в Мукачеве.

Происходящие события на Украине, героизация украинских националистов времен Великой Отечественной войны, снос памятников советской эпохи – и, как следствие всего этого, их внуки и правнуки сегодня изучают совершенно другую историю. Примерами псевдопатриотизма выступают предатели и полицаи Западной Украины, которые прислуживали в годы войны гитлеровской Германии. Мне очень грустно и жалко, что мои сверстники из соседней страны не получат действительное освящение всех событий и настоящих героев нашей общей Родины.

Прадедушка всегда отмечал 9 мая как День Победы, хотя при его жизни, вплоть до 1970 года этот день в стране не был праздничным. Он скончался 5 мая 1970 года, не дожив 4 дня до Дня Победы.

Заключение и выводы:

Исследование, проведенное в рамках ученической научно-исследовательской работы, по изучению темы привели нас к следующим выводам:

1. Мой прадед, участник Великой Отечественной войны, гвардии старшина Агзам Фазуллович Тлявкабулов родился в 1922 году и вырос в деревне Назарово Баймакского района в семье Фазуллы. После окончания начальной школы подростком начал работать в родном колхозе.
2. Шежере нашего рода: Русалина – Рустам – Алсу (1951 г.р.) – Агзам (1922-1970) – Фазулла (1895 г.р.) – Шагивалей (1858 г.р.) – Галелгафур (1831) – Тляукабыл (1772-1853) – Атангул (1735-1814 гг.) – Матин – Аликей тархан.
3. Агзам Фазуллович был призван армию 9.декабря 1941 года, демобилизовался лишь в мае 1949 года.
4. После войныв 1949 году он женился нанашей бабушке Фатиме. Был отличным семьянином. Вместе с прабабушкой воспитали 6 дочерей. Род прадеда, его фамилия продолжает жить в его детях, внуках и правнуках.

5. Как партийному работнику, ему всегда доверяли руководящие посты. Передовик производства, стахановец, помощник начальника торфоразработки 2 участка Торфа Баймакского района, десятник Ишеевского участка Суванякского леспрмхоза - это далеко не полная трудовая биографияА.Ф. Тлявкабулова.

С 1943 года кандидат в ВКП (б)

6. Тлявкабулов А.Ф. в составе 78-го гвардейского полка прошел славный боевой путь от Кировограда до Праги, участвовал в освобождении городов и сел Румынии, Молдавии, Венгрии, Чехословакии, Австрии.Победу встретил в Вене.

7. Проследить фронтовую дорогу А.Ф. Тлявкабулова помогли книги Н.Н. Гладкова «На огненных рубежах» и Дикань А.П. «Гвардейцы двадцать пятой», где подробно описан боевой путь 78-го гвардейского стрелкового полка.

8. Как головное подразделение 25 -ой гвардейской стрелковой дивизии гвардейцы 78 - го полка участвовали во всех крупных и решающих наступательных и оборонительных операциях, проявляя пример массового героизма солдат.

9. В 1945 - 1949 г.г. прадедушка продолжал службу в Закарпатье по ликвидации украинских националистов – бендеровцев в Ужгороде, в Мукачеве.

10. Об отваге и мужестве прадеда свидетельствуют приказы командиров о награждении медалями: «За боевые заслуги», «За отвагу», «За победу над Германией», «За форсирование Днепра», «За взятие Будапешта». Таким образом, в жизни моего прадеда отражается жизнь обыкновенного гражданина нашей страны, отважного защитника Отечества, трудолюбивого человека, отличного семьянина. Благодаря таким людям мы сегодня имеем мирное небо и счастливую жизнь. А священный долг внуков и правнуков - изучить, сохранить, и передать последующим поколениям память о героическом прошлом защитников Родины.

Список литературы:

1. Асфандияров А.З. История сел и деревень Башкортостана. Кн.2-3. Изд.2-е. – Уфа: Китап,1998.

2. Ахмадиев Т.Х. Башкирская АССР в годы Великой Отечественной войны. 1941-1945. – Уфа, 1984.

3. Аюпов Р.С. Республика Башкортостан в годы Великой Отечественной войны. – Уфа, 1994 г. .

4. Гладков Н.Н. На огненных рубежах. "Прапор". 1984.

5. Дикань А.П. Гвардейцы двадцать пятой: Боевой путь 25-й гвардейской стрелковой дивизии. М.: Воениздат, 1984. 157 с.

6. Синельниковско-Будапештская стрелковая дивизия //Великая Отечественная война 1941 – 1945. Энциклопедия / под ред. М. М. Козлова. – М.: Советская энциклопедия, 1985. – С. 652. – 500 000 экз.

7. 25-я гвардейская_стрелковая_дивизияhttps://ru.wikipedia.org/wiki/25-я; http://voenspez.ru/; www.oplot.info/content/bessmertnyy-podvig-gvardeycev-shironincev#sthash.KjJnzPLl.dpuf; www.otkudarodom.com.ua

8. Искужина –Теләүҡабулова Гөлдәр. Сая Ирәндек бөркөтө //Атайсал

УДК 616.891+159.922

Л.Р Мигранова, Г.И. Гимазетдинова, И.С. Ефремов

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ САМОУВАЖЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Юлдашев В.Л.

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме: В статье представлены результаты работы по изучению взаимосвязи между проявлениями различных пограничных психических состояний и уровнем самоуважения у студенческой молодежи. Выборка составила 418 студентов различных университетов России. Методами исследования стали Симптоматический опросник SCL-90-R и Шкала самоуважения Розенберга. Выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь между уровнем самоуважения и проявлением пограничных психических расстройств.

Ключевые слова: Самоуважение, пограничные психические состояния, студенческая молодёжь.

L.R. MIGRANOVA, G.I. GIMAZETDINOVA, I.S. Efremov.

THE CORRELATION BETWEEN VARIOUS MANIFESTATIONS OF BORDERLINE MENTAL DISORDER AND LEVEL OF SELF-ESTEEM IN STUDENTS.

The scientific adviser is a Doctor of Medicine, professor Yuldashev V.L.

Department of Psychiatry and Narcology with the course of IDEP,

FGBOU in BSMU of the Ministry of Health of Russia

Abstract: This article presents the results of the research about the relationship between various manifestations of borderline mental disorder and level of self-esteem in students. The sample consisted of 418 students of different universities of Russia. Research methods included Symptomatic questionnaire SCL-90-R Scale and Rosenberg's self-esteem. There was a statistically significant negative correlation between the level of self-esteem and the manifestation of borderline mental disorders.

Keywords: Self Esteem, borderline mental state, students.

Актуальность: Самоуважение отражает субъективную эмоциональную оценку собственной значимости, а также отношение индивида к себе, как к личности[6]. Это эмоциональный компонент личности, а также фундаментальное свойство, влияющее на характер достигаемых результатов. Степень самоуважения человека во многом определяет

его личность и уровень счастья. Высокое самоуважение ведет к высоким достижениям и успехам в любой области жизни, в то время как низкое самоуважение предваряет и сопровождает большинство неудач и огорчений [2]. Самоуважение является той личностной структурой, которая обеспечивает целостность личности. С этим феноменом связаны поведение человека, его жизненные планы, прогнозы собственной успешности, уровень притязания, а также общее психическое состояние человека [1].

При этом, можно предположить, что, низкий уровень самоуважения может являться фактором, обусловливающим большую склонность человека к ухудшению его психического благополучия, в том числе, развитию пограничных психических расстройств.

Актуальность работы обуславливается широкой распространенностью навязчивых состояний среди населения. Как временное явление они наблюдаются у большинства здоровых подростков и взрослых [3] [5].

Цель исследования: Определить соотношение уровня самоуважения и выраженности пограничных психических состояний у студенческой молодежи.

Мы поставили для себя следующие задачи: 1.Выявить уровень самоуважения в исследуемой группе. 2.Выявить уровни различных симптоматических проявления пограничных психических расстройств в исследуемой группе. 3.Определить наличие корреляционной связи между уровнем самоуважения, выраженностью пограничных психических состояний и уровнем стресса.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 418 респондентов – студентов университетов России, из них 339 женского пола (81%), 79 мужского (19%). Средний возраст респондентов составил 20,51±2,16 лет.

Для исследования нами были выбраны следующие экспериментально-психологические и социологические методики. Симптоматический опросник SCL-90-R - содержит девять шкал, предназначен для выявления симптоматического психического статуса, в том числе наличия пограничных психических расстройств. Опросник содержит девять шкал. Шкала соматизации, высокие показатели которой проявляются в том, что человек ощущает некие нарушения в работе своего тела. Межличностная сензитивность определяется чувством собственной неполноценности и личностной неадекватности, самоосуждения, возникновением чувства беспокойства и дискомфорта в процессе взаимодействия с другими людьми. Шкала депрессии проявляется отсутствием интереса к жизни, недостатком мотивации, потере жизненной энергии, чувстве безнадежности, а также может быть фактором риска аутоагрессивного поведения. Высокие показатели по шкале

психотизм, указывают на изолированный образ жизни, возможное наличие симптомов шизофрении. Паранойяльность - вид нарушений мышления, при котором человек становится враждебным, подозрительным, у него появляется страх потери независимости. Фобическое расстройство определяется как ярко выраженный иррациональный страх, возникающий в ответ на определенных людей, места, объекты или ситуации. Враждебностьвыражается в агрессивном поведении, включающем в себя негативные искаженные мысли, чувства или действия. Тревожное расстройствоподразумевает, чточеловек испытывает приступы паники, нервозности, напряжения. Обсессивно-компульсивное расстройство характеризуется наличием в клинической картине обсессий (навязчивые мысли, представления, образы) и компульсий (навязчивые действия, нередко, органично связанные по смыслу с обсессиями) [4].

Для определения уровня самоуважения была использована “Шкала самоуважения Розенберга“ (Rosenberg’s Self-Esteem Scale) - это личностный опросник для измерения уровня самоуважения [7]. Исследование проводилось с использованием дистанционных технологий, применением унифицированных методик и унифицированных бланков.

Для обработки информации были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10. Обработка проводилась методами непараметрического анализа ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение: Мы определили, что большая часть студентов имеет те или иные доклинические признаки отдельных психических состояний, укладывающихся в пределы нормы. 75% (313/418) имеют некоторые признаки соматизации, 86% (360/418) студентов имеют некоторые признаки навязчивости, сензитивности - 90% (380/418), депрессии - 85% (356/418), тревожности - 73% (305/418), враждебности- 82% (343/418), фобий - 82% (343/418), паранойи- 75% (315/418), психотизма - 73% (305/418).

В исследуемой группе были выявлены признаки наличия пограничных психических состояний. 19% студентов имеют признаки обсессивно-компульсивного расстройства (79/418), 26% респондентов показали высокие значения по шкале сензитивности (107/418), 16% по шкале депрессии (66/418), 15% по шкале тревожности (63/418), 36% по шкале враждебности (149/418), 40% по шкале соматизация (166/418) имеют 32% признаки фобических расстройств (132/418), 35% признаки паранойи (145/418) и 28% признаки психотизма (118/418). В целом 92% (394/418) респондентов на момент исследования имели признаки одного или нескольких проявлений пограничных состояний.

При применении корреляционного анализа по Спирмену была выявлена отрицательная корреляция между всеми шкалами симптоматического опросника и уровнем

самоуважения (“соматизация” (r=-0,2), “навязчивость” (r=-0,3), “сенситивность” (r=-0,4), “депрессия” (r=-0,4), “тревожность” (r=-0,3), “враждебность” (r=-0,2), “фобия” (r=-0,3), “паранойя” (r=-0,3), “психотизм” (r=-0,2)). При применении корреляционного анализа по Кендал - Тау между уровнем самоуважения и всеми шкалами симптоматического опросника также была выявлена отрицательная корреляция. Полученные данные говорят о том, что у респондентов имеющих более низкие показатели по шкале “самоуважение”, более выражены признаки одного или нескольких пограничных психических расстройств.

Заключение и выводы: Выявлена высокая распространенность признаков пограничных психических расстройств среди студенческой молодежи. Также обнаружена отрицательная корреляционная связь между уровнем самоуважения и выраженностью проявления всех шкал симптоматического опросника, что говорит о том, что что у респондентов имеющих более низкие показатели по шкале “самоуважение”, более выражены признаки одного или нескольких пограничных психических расстройств. Полученные данные позволяют рекомендовать в образовательном процессе повышать уровень самоуважения студентов. Тема требует дальнейшего тщательного изучения.

Список литературы:

1. Анисимова О.М., Трошихина Е.Г. - Самоуважение и развитие личности. - СПб: Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Социология. №4/ 2008.
2. Брайан Трейси. - .Измени свое сознание изменится твоя жизнь / Пер. с англ. Пашутин Н.А. - Мн.: Глобус, 2004.- 236 с,- ISBN 409-257-041.
3. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Пер. с англ. – М., Практика, 1998. – 485 с.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб: Питер, 2001. – 272 с.
5. Fireman B., Koran L. M., Leventhal J. L., Jacobson A. The prevalence of clinically recognized obsessive–compulsive disorder in a large health maintenance organization (англ.) // The American journal of psychiatry. — 2001. — Vol. 158, no. 11. — P. 1904—1910. — DOI:10.1176/appi.ajp.158.11.1904
6. Hewitt John P. Oxford Handbook of Positive Psychology. — Oxford University Press, 2009. — P. 217–224.
7. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.

УДК 341.33

А.Р.Мингазова

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ:ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Научный руководитель–к.и.н, доцент, Л.А. Панова
Кафедра философии и социально-гуманитарных наук.
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В целях изучения деятельности Международного Красного Крестапроведен литературный обзор по теме.В качестве научной литературы были использованы книги и публикации.Данные показали, что Международная организация Красного Креста является всемирной гуманитарной организацией, которая координирует и направляет международную помощь в места естественных и техногенных катастроф в мирное время и в места вооруженных конфликтов.

Ключевые слова: Международный Красный крест, гуманитарная помощь,международные конфликты.

A.R. Mingazova

INTERNATIONAL RED CROSS: HISTORY OF FORMATION AND ACTIVITY

The scientific director: is the Doctor assistant of Historical, L.A. Panova
Department of Philosophy and Social Sciences. Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract:In order to study the activities of the International Red Cross, a literature review was conducted on the topic. Books and publications were used as scientific literature. The data showed that the International Red Cross Organization is a worldwide humanitarian organization that coordinates and directs international assistance to places of natural and man-made disasters in peacetime and in places of armed conflicts.

Keywords: International Red Cross, humanitarian aid, international conflicts

Актуальность:На протяжении всей истории человечество страдает от последствий стихийных бедствий, эпидемий и пандемий, конфликтов, экономических кризисов или социальных проблем. Они влекут за собой огромные сбои в жизни и существовании людей, вызывая их гибель и повсеместные разрушения. В таких ситуациях как отдельные гражданские лица – дети, женщины, престарелые, – так и целые группы – например, национальные меньшинства или коренное население – оказываются втянуты в конфликт не только в качестве более или менее случайных жертв, но и как объекты ударов или инструменты политической борьбы сторон. Среди существующих организаций,

реализующих и защищающих гуманитарное право, особое место занимает международная организация Красного Креста и Красного Полумесяца.

Цель исследования: рассмотреть историю становления и деятельность Международного Красного Креста и Красного Полумесяца.

Материалы и методы: В связи с достаточно низким уровнем исследованности как в отечественной, так и в зарубежной литературе, применялись отдельные статьи и публикации, касающиеся лишь определенных аспектов деятельности организации. В качестве научной литературы были использованы публикации таких авторов , как В.И. и Е. Н. Ивановых, Т.Н. Нешатаевой, Ф. Бюньона, А. Дюнана.

Объект исследования: Международный Красный Крест.

История возникновения Красного Креста как организация уходит своими корнями к 24 июня 1859 г. Гражданин Швейцарии Анри Дюнан ехал на встречу с Наполеоном по личному делу – молодой бизнесмен хотел получить разрешение на строительство мельниц на освобожденных от австрийцев итальянских землях. У небольшого городка Сольферино франко-сардинские войска вели бои с неприятелем. Дюнан был поражен, увидев тысячи раненых солдат, брошенных на произвол судьбы – за ними никто не ухаживал, люди погибали от ран и жажды. Анри Дюнан призвал на помощь местных жителей, в основном женщин, и вместе с ними несколько суток помогал беспомощным воинам, промывая и бинтуя их раны, раздавая воду, фрукты, табак. Вернувшись в Женеву,Дюнан не мог забыть увиденного. В 1862 году он опубликовал «Воспоминания о битве при Сольферино». В книге содержались две основные идеи:[1]

➢ создать общества помощи раненым, которые должны были финансироваться из частных благотворительных фондов,

➢ принять конвенцию о защите раненых на поле боя и всех, кто приходит им на помощь. [2]

Дата основания Международного Красного Креста считается 17 февраля 1863.

Следуя предложениям Дюнана в 186 странах на сегодняшний день существуют национальные общества Красного Креста или Красного Полумесяца, а второе привело к созданию Женевских конвенций, участниками которых в настоящее время являются 194 государства.

С незапамятных времен белый флаг считался признаком желания вести переговоры или сдаться в плен; запрещалось вести огонь по человеку, который поднимал его с честными

[1] «По особенному стечению обстоятельств мне, простому туристу, не причастному к этой страшной борьбе, довелось присутствовать при тех потрясающих сценах, которые я решился описать». Анри Дюнан. Воспоминание о битве при Сольферино. МККК, Москва, 2001 г., с. 38 (оригинал на французском языке, 1862 г.).

намерениями. Когда к белому флагу был добавлен красный крест, он приобрел новое значение, требуя уважения к раненым и тем, кто приходит им на помощь. В качестве единого отличительного знака для обозначения как армейских санитарных служб, так и добровольцев обществ помощи раненым солдатам, выбранной эмблемой стал красный крест на белом фоне. Более того, принятый знак имел то преимущество, что его было легко сделать и узнать на расстоянии.

Организациями Международного Красного Креста являются:

- Национальные общества Красного Креста или Красного Полумесяца, действующие в более чем 170 странах. В общей сложности они объединяют 128 млн. членов.

- Международный Комитет Красного Креста, который оказывает помощь и защиту жертвам войн и конфликтов и следит за выполнением Женевских конвенций.

- Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, оказывающая помощь в случае катастроф в мирное время и руководящая сотрудничеством с развивающимися странами. [3]

Как уже отмечалось, эмблемой организации является красный крест, а в исламских странах - красный полумесяц на белом фоне. На объекты, обозначенные ими, нельзя нападать.

Россия присоединилась к Женевской Конвенции в 1867 году, и тогда же 15 мая 1867 года императором Александром II был утвержден Устав Общества попечения о раненых и больных воинах.

Деятельность всех организаций Красного Креста базируется на 7 основополагающих принципах: гуманность, беспристрастие, нейтралитет, независимость, добровольность, единство цели службы,универсальность.

К задачам международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца относятся:посещение военнопленных, а также гражданских лиц задержанных в ходе военных конфликтов; поиск пропавших без вести военных и гражданских лиц;организация обмена письмами между членами семей, разлученных в результате конфликта; воссоединение разлученных семей;предоставление продовольствия, воды и медпомощи лицам, которые лишены самого необходимого;распространение знаний о Международном гуманитарном праве и контроле за соблюдением его норм;безвозмездное донорство; помощь людям с ограниченными возможностями[1].

Результаты и обсуждения: Цифры и факты свидетельствуют о работе Международного Комитета Красного Креста :

В настоящее время Российский Красный Крест (РКК) осуществляет свою работу в основном на территории юго-восточных районов Украины: Луганской и Донецкой областях, где в феврале 2014 года произошло противостояние, которое привело к смене власти. В результате дальнейшего обострения кризиса произошло отделение Крыма от Украины и его вхождение в состав России. Российский Красный Крест оперативно отреагировал на эти события и открыл счет для оказания многосторонней комплексной помощи и поддержки беженцам, пострадавшим и покинувшим места своего постоянного проживания. На данный счет поступило 36 101 957,56 рублей, который был использован на удовлетворение наиболее насущных и актуальных нужд и потребностей. За одни только сутки в 47 муниципальных образованиях и регионах России было принято и размещено 5316 человек, из них 2132 ребенка, 34 инвалида.**Указан недопустимый источник.**

Международный Комитет Красного Креста (МККК) осуществляет программы помощи в 80 странах. Основная деятельность ведется в Афганистане, Демократической Республике Конго, Ираке, Йемене, Ливии, Мали, Нигере, Пакистане, Сомали, Сирии, Судане, на Филиппинах, в Центрально-Африканской Республике и Южном Судане. К примеру, в Сирию,где последние 4 года ведутся тяжелые бои и до города доходил незначительный объем помощи, 21 апреля 2016 года гуманитарная помощь на 65 грузовых автомобилях для 120 000 человек. МККК раздал 24 000 продовольственных наборов, предоставил людям медикаменты и инвалидные кресла. Также были доставлены средства для очистки воды, резервуары, насосы и генераторы, необходимые для улучшения состояния скважин и непрерывного обеспечения населения чистой водой[5]

Заключение и выводы: Международный Красный Крест, будучи созданный в середине XIX века благодаря переживаниям одного человека продолжает функционировать до сих пор согласно тем принципам, которые была заложены при его создании. Эту деятельность трудно переоценить, так как благодаря ей были спасены миллионы человеческих жизней. Несмотря на трудности, с которыми приходится сталкиваться работникам МККК в своей деятельности они самоотверженно приходят туда, где люди ждут помощи. За долгие годы работы МККК накопил уникальный опыт работы и стал поистине крупнейшей в мире гуманитарной организацией.

Список литературы:

1. Иванова Е.Н., Иванов В.И. Взаимодействие международных неправительственных организаций с ООН и межправительственными организациями // Вестник Российского государственного гуманитарного университета. 2012. № 19 (50).
2. Дюнан А. Воспоминание о битве при Сольферино.- М., 1998.
3. Международный Красный Крест// Сборник статей.2012 № 874-888(60)
4. Официальный сайт Российского Красного Креста [Электронный ресурс]Режим доступа/ http://www.redcross.ru/p172
5. Официальный сайт Международной организации Красного Креста[Электронный ресурс] Режим доступа/https://www.icrc.org/ru/who-we-are/mandate

УДК 616.891+159.922

Л.Р Мигранова, Г.И. Гимазетдинова, И.С. Ефремов

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ САМОУВАЖЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Юлдашев В.Л.

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме: В статье представлены результаты работы по изучению взаимосвязи между проявлениями различных пограничных психических состояний и уровнем самоуважения у студенческой молодежи. Выборка составила 418 студентов различных университетов России. Методами исследования стали Симптоматический опросник SCL-90-R и Шкала самоуважения Розенберга. Выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь между уровнем самоуважения и проявлением пограничных психических расстройств.

Ключевые слова: Самоуважение, пограничные психические состояния, студенческая молодёжь.

L.R. MIGRANOVA, G.I. GIMAZETDINOVA, I.S. Efremov.

THE CORRELATION BETWEEN VARIOUS MANIFESTATIONS OF BORDERLINE MENTAL DISORDER AND LEVEL OF SELF-ESTEEM IN STUDENTS.

The scientific adviser is a Doctor of Medicine, professor Yuldashev V.L.

Department of Psychiatry and Narcology with the course of IDEP,

FGBOU in BSMU of the Ministry of Health of Russia

Abstract: This article presents the results of the research about the relationship between various manifestations of borderline mental disorder and level of self-esteem in students. The sample consisted of 418 students of different universities of Russia. Research methods included Symptomatic questionnaire SCL-90-R Scale and Rosenberg's self-esteem. There was a statistically significant negative correlation between the level of self-esteem and the manifestation of borderline mental disorders.

Keywords: Self Esteem, borderline mental state, students.

Актуальность: Самоуважение отражает субъективную эмоциональную оценку собственной значимости, а также отношение индивида к себе, как к личности[6]. Это эмоциональный компонент личности, а также фундаментальное свойство, влияющее на характер достигаемых результатов. Степень самоуважения человека во многом определяет

его личность и уровень счастья. Высокое самоуважение ведет к высоким достижениям и успехам в любой области жизни, в то время как низкое самоуважение предваряет и сопровождает большинство неудач и огорчений [2]. Самоуважение является той личностной структурой, которая обеспечивает целостность личности. С этим феноменом связаны поведение человека, его жизненные планы, прогнозы собственной успешности, уровень притязания, а также общее психическое состояние человека [1].

При этом, можно предположить, что, низкий уровень самоуважения может являться фактором, обусловливающим большую склонность человека к ухудшению его психического благополучия, в том числе, развитию пограничных психических расстройств.

Актуальность работы обуславливается широкой распространенностью навязчивых состояний среди населения. Как временное явление они наблюдаются у большинства здоровых подростков и взрослых [3] [5].

Цель исследования: Определить соотношение уровня самоуважения и выраженности пограничных психических состояний у студенческой молодежи.

Мы поставили для себя следующие задачи: 1.Выявить уровень самоуважения в исследуемой группе. 2.Выявить уровни различных симптоматических проявления пограничных психических расстройств в исследуемой группе. 3.Определить наличие корреляционной связи между уровнем самоуважения, выраженностью пограничных психических состояний и уровнем стресса.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 418 респондентов – студентов университетов России, из них 339 женского пола (81%), 79 мужского (19%). Средний возраст респондентов составил 20,51±2,16 лет.

Для исследования нами были выбраны следующие экспериментально-психологические и социологические методики. Симптоматический опросник SCL-90-R - содержит девять шкал, предназначен для выявления симптоматического психического статуса, в том числе наличия пограничных психических расстройств. Опросник содержит девять шкал. Шкала соматизации, высокие показатели которой проявляются в том, что человек ощущает некие нарушения в работе своего тела. Межличностная сензитивность определяется чувством собственной неполноценности и личностной неадекватности, самоосуждения, возникновением чувства беспокойства и дискомфорта в процессе взаимодействия с другими людьми. Шкала депрессии проявляется отсутствием интереса к жизни, недостатком мотивации, потере жизненной энергии, чувстве безнадежности, а также может быть фактором риска аутоагрессивного поведения. Высокие показатели по шкале

психотизм, указывают на изолированный образ жизни, возможное наличие симптомов шизофрении. Паранойяльность - вид нарушений мышления, при котором человек становится враждебным, подозрительным, у него появляется страх потери независимости. Фобическое расстройство определяется как ярко выраженный иррациональный страх, возникающий в ответ на определенных людей, места, объекты или ситуации. Враждебностьвыражается в агрессивном поведении, включающем в себя негативные искаженные мысли, чувства или действия. Тревожное расстройствоподразумевает, чточеловек испытывает приступы паники, нервозности, напряжения. Обсессивно-компульсивное расстройство характеризуется наличием в клинической картине обсессий (навязчивые мысли, представления, образы) и компульсий (навязчивые действия, нередко, органично связанные по смыслу с обсессиями) [4].

Для определения уровня самоуважения была использована “Шкала самоуважения Розенберга“ (Rosenberg’s Self-Esteem Scale) - это личностный опросник для измерения уровня самоуважения [7]. Исследование проводилось с использованием дистанционных технологий, применением унифицированных методик и унифицированных бланков.

Для обработки информации были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10. Обработка проводилась методами непараметрического анализа ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение: Мы определили, что большая часть студентов имеет те или иные доклинические признаки отдельных психических состояний, укладывающихся в пределы нормы. 75% (313/418) имеют некоторые признаки соматизации, 86% (360/418) студентов имеют некоторые признаки навязчивости, сензитивности - 90% (380/418), депрессии - 85% (356/418), тревожности - 73% (305/418), враждебности- 82% (343/418), фобий - 82% (343/418), паранойи- 75% (315/418), психотизма - 73% (305/418).

В исследуемой группе были выявлены признаки наличия пограничных психических состояний. 19% студентов имеют признаки обсессивно-компульсивного расстройства (79/418), 26% респондентов показали высокие значения по шкале сензитивности (107/418), 16% по шкале депрессии (66/418), 15% по шкале тревожности (63/418), 36% по шкале враждебности (149/418), 40% по шкале соматизация (166/418) имеют 32% признаки фобических расстройств (132/418), 35% признаки паранойи (145/418) и 28% признаки психотизма (118/418). В целом 92% (394/418) респондентов на момент исследования имели признаки одного или нескольких проявлений пограничных состояний.

При применении корреляционного анализа по Спирмену была выявлена отрицательная корреляция между всеми шкалами симптоматического опросника и уровнем

самоуважения (“соматизация” (r=-0,2), “навязчивость” (r=-0,3), “сенситивность” (r=-0,4), “депрессия” (r=-0,4), “тревожность” (r=-0,3), “враждебность” (r=-0,2), “фобия” (r=-0,3), “паранойя” (r=-0,3), “психотизм” (r=-0,2)). При применении корреляционного анализа по Кендал - Тау между уровнем самоуважения и всеми шкалами симптоматического опросника также была выявлена отрицательная корреляция. Полученные данные говорят о том, что у респондентов имеющих более низкие показатели по шкале “самоуважение”, более выражены признаки одного или нескольких пограничных психических расстройств.

Заключение и выводы: Выявлена высокая распространенность признаков пограничных психических расстройств среди студенческой молодежи. Также обнаружена отрицательная корреляционная связь между уровнем самоуважения и выраженностью проявления всех шкал симптоматического опросника, что говорит о том, что что у респондентов имеющих более низкие показатели по шкале “самоуважение”, более выражены признаки одного или нескольких пограничных психических расстройств. Полученные данные позволяют рекомендовать в образовательном процессе повышать уровень самоуважения студентов. Тема требует дальнейшего тщательного изучения.

Список литературы:

1. Анисимова О.М., Трошихина Е.Г. - Самоуважение и развитие личности. - СПб: Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Социология. №4/ 2008.
2. Брайан Трейси. - .Измени свое сознание изменится твоя жизнь / Пер. с англ. Пашутин Н.А. - Мн.: Глобус, 2004.- 236 с,- ISBN 409-257-041.
3. Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Пер. с англ. – М., Практика, 1998. – 485 с.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб: Питер, 2001. – 272 с.
5. Fireman B., Koran L. M., Leventhal J. L., Jacobson A. The prevalence of clinically recognized obsessive–compulsive disorder in a large health maintenance organization (англ.) // The American journal of psychiatry. — 2001. — Vol. 158, no. 11. — P. 1904—1910. — DOI:10.1176/appi.ajp.158.11.1904
6. Hewitt John P. Oxford Handbook of Positive Psychology. — Oxford University Press, 2009. — P. 217–224.
7. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.

УДК 159.953:378-057.875

А. Р. Муллабаева

ИЗУЧЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПАМЯТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА КАК НЕОБХОДИМОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ПРИ ОВЛАДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ СТАНДАРТАМИ

Научный руководитель - к.п.н., доцент Л.В. Мурзагалина

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: если что-либо перестать использоваться, то это придет в упадок, а затем в негодность. Так, например, если Вы сломали верхнюю или нижнюю конечность, то можете вспомнить, как ослабевали мышцы за время этого бездействия, каких трудов стоило вернуть утраченные Вами навыки. С нашей памятью то же самое. Если ее перестать нагружать, тренировать, напрягать – она перестанет нас радовать. Плохая память может быть следствием болезни, но чаще всего причиной является отсутствие постоянных тренировок. К тому же есть ряд других причин, по которым необходимо развивать свою память:

1. *для получения, запоминания, обрабатывания больших объемов информации;*
2. *для общего обзора и эрудиции;*
3. *учится думать и думать самостоятельно;*
4. *быть продуктивным на долгие годы вперед. Продуктивность рождает веру в себя, в свои знания, а это поддерживает уровень самооценки и как результат, положительное настроение.*

Мы изучали виды памяти: слуховую, зрительную. Мы сформулировали гипотезу: «если верно подобрать мнемонические техники для улучшения запоминания информации и применять их в практической деятельности, то можно улучшить все виды памяти». Разработки, проводимые в течение работы, и последующие занятия по улучшению памяти студентов показали положительные результаты, что свидетельствует о правильности наших методов.

Ключевые слова: память, мышление, развитие.

A.R.Mullabaeva

LEARNING AND MEMORY DEVELOPMENT IN STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY AS THE NECESSARY COMPETENCE IN MASTERING FEDERAL STATE EDUCATIONAL STANDARDS

Scientific Advisor - Ph. D. in Medicine, L.V. Murzagalina

Dental faculty, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: if something stops to be used then it will fall into decay and then become unusable. So, for example, if you broke your upper or lower limb then you can remember how the muscles weakened during this inactivity, what labor it costs to regain your lost skills. Our memory is the same. If it stops loading, training, straining - it will stop us rejoice. Poor memory can be consequence of the disease, but most often reason is the lack of regular training. In addition, there are a number of other reasons why you need to develop your memory:

1. *to receive, store, process large amounts of information;*
2. *for general review and erudition;*
3. *learn to think and think for yourself;*
4. *be productive for many years to come. Productivity generates faith in themselves in their knowledge and this maintains a level of self-esteem and as a result a positive mood.*

We studied types of memory: auditory, visual. We formulated the hypothesis: "if right to choose mnemonic techniques to improve the memorization of information and apply them in practice then it is possible to improve all types of memory." Developments conducted during the work and subsequent lessons to improve the memory of students showed positive results, which indicates the correctness of our methods.

Keywords: memory, thinking, development.

Актуальность: в современном мире объем информации, которую человек должен знать и понимать резко возрос. Запоминание любого рода информации требует усилий и времени, поэтому важно грамотно использовать методы тренировки памяти. Современные образовательные программы федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС), которые должен освоить обучающийся разных ступеней образования, становятся тяжелым испытанием, особенно для студентов медицинского университета.

Преодолеть эти трудности можно, если целенаправленно развивать память. Учить не только какому-то предмету, а учить организовывать работу своего головного мозга не только для получения большого объема знаний, но и для обработки и длительного хранения материала.

Цель исследования: активизировать восприятие информации с помощью специальных тренировок.

Материалы и методы: оценка оперативной слуховой памяти

Инструкция: студентам нужно прослушать и запомнить 5 слов. Затем записать слова, которые они услышали на листки, найдя их в списке из 50 других слов.Данные слова студенты запоминают в течение одной минуты.

Результаты и обсуждение: показателем развитости оперативной слуховой памяти является частное от деления суммы чисел каждой графы результатов оперативной слуховой памяти на количество всех участников (девушек или юношей) минус два [2].

Ошибками считаются все слова, которые указаны неправильно или такие слова, которые обучающийся не смог за отведенное время найти, то есть пропустил.

Таблица 1

Методика оценки оперативной слуховой памяти

Месяц	Ковёр	Птица	Пальто	Лёд
Диван	Окно	Кит	Локоть	Лорд
Школа	Стул	Мяч	Тень	День
Вилка	Плавать	Дом	Прыгать	Кол
Полка	Стакан	Человек	Телевизор	Кора

Таблица 2

Методика оценки оперативной слуховой памяти

Тесто	Книга	Цветок	Телефон	Якорь
Кукла	Сумка	Конь	Слон	Одежда
Кино	Сила	Плыть	Жёлтый	Доска
Фокус	Конец	Солнце	Такт	Дон
Дерево	Клюв	Шутка	Крот	Лебедь

Заключение и выводы:

1. В ходе работы была изучена научная литература и выявлены наиболее эффективные методы запоминания информации;

2. Приобретены навыки исследовательской работы по определению и развитию памяти;
3. В результате проведенной исследовательской работы гипотеза по улучшению различных видов памяти после тренировочных упражнений подтвердилась;
4. Было установлено, что юноши имеют показатели разных видов памяти хуже, чем у девушек, что соответствует научным источникам и подтверждено моим исследованием. У студентов в начале моего исследования была наиболее развита зрительная память, в конце - слуховая;
5. Необходимо продолжить занятия с учащимися по тренировке их памяти.

Список литературы:

1. Бутовская М. Л. Тайны пола. Мужчина и женщина в зеркале эволюции. - Фрязино: «Век 2», 2004. - 368 с.

2. Думчев А. А. Помнить все. Практическое руководство по развитию памяти. - М.: Манн, Иванов и Фербер, 2014. - 192 с.

3. Матюгин И. Ю., Чакаберия Е.И., Рыбникова И.К., Слоненко Т.Б., Мазина Т.Н. Школа Эйдетики. Развитие памяти, образного мышления, воображения. - М.: Эйдос, 2010. - 956 с.

4. Кэрол Д. Гибкое сознание: новый взгляд на психологию развития взрослых и детей; пер. с англ. Кирова С.- М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. - 400 с.

5. Уильямс М. и Пенман Д. Осознанность. Как обрести гармонию в нашем безумном мире; пер. с англ. Миронова П. [научный ред. Никольская Н.]. - М.: Манн, Иванов и Фербер, 2014. - 288 с.

УДК G00-G99

И.Г. Мухамадиева, Д.Л. Попенова

СКОРОСТЬ ЧТЕНИЯ И ЗАПОМИНАНИЕ НАПЕЧАТАННОГО ТЕКСТА РАЗЛИЧАЮТСЯ ПРИ ВАРИАНТАХ РАСПОЛОЖЕНИЯ ТЕКСТА НА ЛИСТЕ

Научные руководители – д.м.н., профессор Л.Р.Ахмадеева, prof. B.Veytsman (GeorgeMasonUniversity, USA), к.м.н. Липатова Е.Е.

Научно-образовательный центр «Педагогика, психология, неврология, нейрореабилитация», кафедра неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме: Представлены данные о том, как различается восприятие текста (скорость прочтение, краткосрочное и долговременное запоминание) пациентами с цереброваскулярными заболеваниями при различном его расположении на листе при печати. Эти данные могут быть полезны при проведении реабилитационных мероприятий, где часть инструкций пациенту выдается в напечатанном виде.

*Ключевые слова**:** цереброваскулярные заболевания, восприятие, память.*

I. G. Mukhamadieva, D. L. Popenova

SPEED OF READING AND REMEBERING OF THE PRINTED TEXTS ARE DIFFERENT FOR DIFFERENT LAYOUTS

Scientific Advisors — Professor L. R. Akhmadeyeva (Ufa, Russia), B.A.Veytsman, PhD (Faiorfax, USA), E.E.Lipatova, PhD (Ufa, Russia)

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The results of our study about difference in perception of the printed text (speed of reading, short-term and long-term memory) in patients with cerebrovascular diseases when the layouts are different. These results may be useful for rehabilitation process when some instructions are given to patients as printed materials

Keywords: cerebrovascular diseases, perception, memory.

Актуальность: Исследования нарушения мнестических и других когнитивных функций при цереброваскулярных заболеваниях обусловлена распространенностью данной

группы заболеваний, недостаточной изученностью и значимостью в оптимизации процесса реабилитации больных.

Цель исследования: изучить различия в скорости чтения, краткосрочном воспроизведении и долгосрочном запоминании при различном расположении текста на странице при печати (является ли текст выровненным или с рваным краем) у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями в клинике БГМУ.

Материалы и методы. Обследовали 20 пациентов с диагнозом «Цереброваскулярное заболевание» без деменций, находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении Клиники БГМУ. Было исследовано 8 мужчин и 12 женщин в возрасте от 40 до 80 лет. Средний возраст составлял 60 лет.Эксперимент был поставлен следующим образом. Участники были случайно (с использованием программы рандомизации и генератора случайных чисел) разбиты на две группы: 1 и 2. Каждый участник получил по два текста: А и В. При этом все участники в каждой группе получили один текст с выровненным, а текст другой - с рваным краем. Была измерена скорость чтения (количество слов в минуту) и уровень запоминания (количество верных ответов на вопросы закрытого теста из 10). Через 60 минут после этого тест повторяли.

Результаты и обсуждение: На рисунке 1 показано сравнение скорости чтения для выровненного и рваного текста. По вертикальной оси отложены значения различий (слов в минуту) для выровненного и «рваного» текста

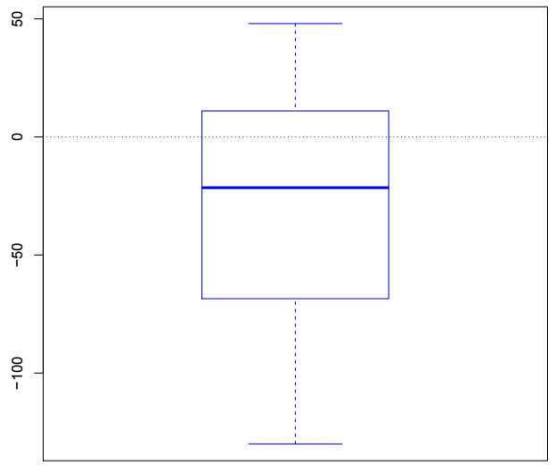


Рис. 1. Сравнение скорости чтения для выровненного и рваного текста

На рисунке 2 показано количество правильных ответов (из 10) в немедленном тесте и в отложенном тесте. Мы видим, что в “рваный” край оказывается существенно лучше “ровного” как в скорости чтения, так и в немедленном тесте. Разница в отложенном тесте, однако, невелика.

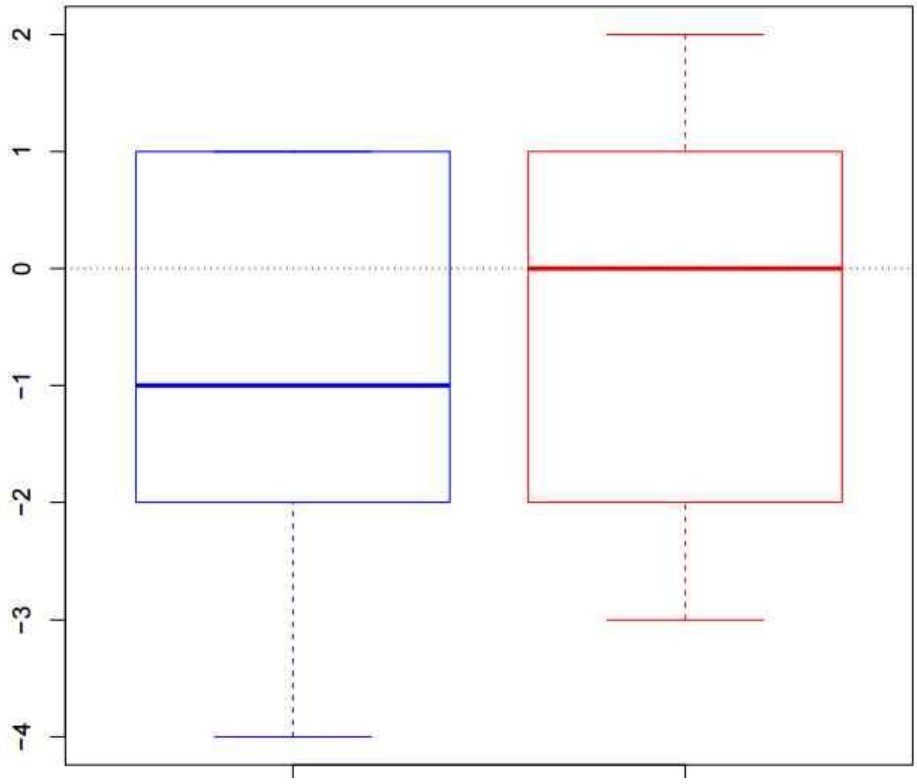


Рис. 2. Различия в количестве правильных ответов (по вертикали) при немедленном воспроизведении (синим) и отсроченном (красным)

Эти результаты подтверждаются t-тестом (Таблица 1). Мы видим, что скорость чтения и немедленный тест различны на высоком уровне значимости.

Таблица 1

Результаты t-теста по сравнению выровненного и рваного текста.

Параметр 1	Параметр 2	*p*
Скорость чтения, выровненный	Скорость чтения, рваный	0,017
Немедленный тест, выровненный	Немедленный тест, рваный	0,039
Отложенный тест, выровненный	Отложенный тест, рваный	0,204

Таблица 2

Разница между текстом с выровненным и рваным краем

Параметр	Среднее	Среднекв.отклонение
Разница в скорости чтения, слов/мин	-30.200	51.392

Разница в ответах в немедленном тесте	-0.800	1.609
Разница ответов в отложенном тесте	-0.500	1.701

Заключение и выводы: Таким образом, мы на небольшой выборке получили данные, говорящие о различия восприятия текста в зависимости от формы его печатного изложения на странице – если правый край в предложенном для прочтения пациенту тексте “рваный” , то пациентом этот текст читается быстрее и тут же воспроизводится лучше. При отложении в долговременную память и проверке результатов через час эта разница не была статистически значимой. Следует увеличить выборку и продолжить эксперимент. Результаты будут полезны при использовании печатной продукции с инструкциями, например, у пациентов данной возрастной группы с данным заболеванием.

Список литературы:

1. Буклина С.Б. // Неврол. и психиатрия. – 1999. –№ 9. – С. 10–15.
2. Карлов В.А. Неврология. – М.: Медицинское информационное агенство, 1999. – 620 с.
3. В.В. Захаров, Н.В. Вахнина. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях.

УДК 341.3

Р.Р.Мухамедьянова, Д.А.Щебетовская

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕСТРИЧЕСТВА МИЛОСЕРДИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ В 1896-1914 ГОДА

Научный руководитель – к.и.н., доцент А.Н. Алдашов

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме:В своей исследовательской работе изучили историю Александровской общины сестёр милосердия Российского общества Красного Креста в Уфимской губернии в 1896-1914 года.Используя различные архивные источники, разобрались в вопросе какую роль выполняло РОКК в истории развития становления медицины в Башкортостане в XX веке.

Ключевые слова: Красный крест,милосердие, сестры милосердия, Уфимская губерния.

R. R. Muhamedjanova, D. A. Sebetovskaya

THE HISTORY OF SISTERHOODS OF CHARITY OF THE RUSSIAN RED CROSS SOCIETY IN UFA PROVINCE IN THE YEARS 1896-1914

Scientific supervisor – Ph. D., associate Professor A. N.Aldashev

Department of philosophy and socio-humanitarian disciplines with the course sollenau work, Bashkir state medical University, Ufa

Summary: In its research work has studied the history of the Alexander community of sisters of mercy of the Russian red cross society in Ufa province in 1896-1914. Using a variety of archival sources, sorted out the question of what role was played by the ROCK in the history of formation of medicine in Bashkortostan Republic in the twentieth century.

Keywords: Red cross, charity, the sisters of mercy, Ufa.

Актуальность:благотворительная деятельность должна нести не только материальную и медицинскую помощь нуждающимся, но и духовно «оздоравливать» общество.

Проблема милосердия в настоящее время привлекает все больше внимания самых широких общественных кругов, в том числе и ученых. В связи со всем этим особую актуальность приобретает изучение тех форм благотворительности и тех социальных институтов, которые ею занимались в дореволюционной России. Одним из таких институтов, зародившихся в XIX веке, были общины сестер милосердия.

Цель исследования:рассказать об Александровской общине сестёр милосердия Российского общества Красного Креста, действовавшей в Уфимской губернии в период с 1896 по 1914 года.

Материалы и методы: изучение литературы, архивных материалов.

Результаты и обсуждение: В 1859 г. швейцарский предприниматель Анри Дюнан, потрясенный увиденным кровопролитием в битве при Сольферино, задумывается о необходимости оказания помощи раненым воинам. Благодаря его усилиям 29 октября 1863 г. был основан Международный комитет Красного Креста, а в 1864 г. принята Женевская конвенция об улучшении участи раненых в сухопутной войне.

Россия не оказалась в стороне от этого процесса. Ещё в 1854 г., в ходе Крымской кампании была основана Крестовоздвиженская община сестёр милосердия. 3 мая 1867 г. император Александр II утвердил устав «Общества попечения о раненых и больных воинах», которое в 1876 г. было переименовано в «Российское общество Красного Креста» (РОКК). Почетными членами этого Общества стали сам император, все великие князья и княгини, многие высокопоставленные светские лица и представители высшего духовенства. Общество находилось под покровительством императрицы Марии Александровны.

Отделения РОКК стали создаваться и в провинции. В1872 г. в ее филиал был создан в Уфимской губернии. 19 июня 1896 г. Уфимское местное управление РОКК образовало Александровскую общину сестёр милосердия. В 1902 г., по инициативе заведующего общиной доктора Урванцова, местным управлением был поставлен вопрос о постройке дома Милосердия. Средства позаимствовали из имеющихся в распоряжении местного управления запасных капиталов. Под постройку дома было выделено место на углу ул. Центральной и Уральской ул. (ныне угол ул. Ленина и Ибрагимова) [1].

В общину принимали вдов и девиц от 20 до 40 лет,без различия в вероисповедании, национальности и образования (подразумевалось, что сёстры, должны были быть грамотными).Специальное образование сёстры получали, сначала при самой общине, в которой преподавали, непосредственно в больнице практикующие врачи. После, с открытием 7/12/1907 "женской акушерско-фельдшерской школы нормального типа" в ней. Уровень подготовки сестёр милосердия соответствовал стандартам, установленным РОКК [3].

К 1904 году деятельность Уфимского управления РОКК определялась: подготовкой санитарного персонала Уфимской Александровской общины сестёр милосердия для работы в мирное и военное время; заботой об увеличении средств местного отделения Общества

Красного Креста; выдачей пособий нуждающимся и неспособным к труду нижним воинским чинам; оказанием помощи населению Уфимской губернии, пострадавшему от неурожая [1]

С начала Русско-японской войны до начала 1 Мировой в Уфимской губернии РОКК занималось активной благостворитетьной деятельностью.Сёстры работая в земской больнице, практически безоплатно, без страха входили в заразный барак.

Величайшим рескриптом Императрицы Марии Фёдоровны от 28 января 1904 года на РОКК возложена забота об облегчении страданий раненных воинов русской армии на Дальнем Востоке. В июне 1904 года комитет Красного Креста устроил лазарет на 50 кроватей для эвакуируемых больных и раненных воинов. Двухэтажное деревянное здание при губернской земской больнице бесплатно предоставило земство.

В неурожайный 1906 год Уфимское местное управление РОКК выделило в помощь голодающим 250 тысяч рублей, в 90 открытых ею столовых питалось свыше 7000 человек[1].

Заключение и выводы: С самого начала российские общины сестер милосердия возникали как светские учреждения, во главе которых, как правило, стояли представители высшего общества. Церковь приняла в развитии института достаточно опосредованное участие, сами устроители и члены этих общин были в большинстве своем верующими людьми не только на бумаге и словах, но и на деле.Женщины оказывали медицинскую помощь, ухаживали за ранеными в госпиталях, расположенных на театре военных действий.

Анализ истории общин сестер милосердия в Российской империи показал, что данный институт претерпевал определенные изменения с течением времени. Деятельность общин постепенно сузилась до оказания медицинской помощи и образования новых кадров сестер. В уставах многих общин сестра милосердия представляется как санитарный персонал, от самих сестер требуется высокий профессионализм и соблюдение жесткой дисциплины. Однако строгие правила жизни в общине вполне естественные для религиозной организации не соответствовали статусу светского Общества Красного Креста.[5]

Таким образом, история развития российских общин сестер милосердия показала, что в том виде как его задумывали основатели, вне Церкви данный институт существовать не может. Сестры милосердия, входившие в общины РОКК, постепенно превратились в «дореволюционных медицинских сестер», как им дают определение современные словари, поскольку их основной задачей и целью создания таких общин было оказание квалифицированной медицинской помощи гражданскому населению и воинам.

В современных условиях институт сестер милосердия, взятый под крыло государства является одним из звеньев государственной системы.

В Уфимской губернии в 1896-1914 годахАлександровская община сестёр милосердия Российского общества Красного Креста принимало активное участие в жизни общества.

Список литературы:

1. В.Н.Буравцов. «С заботой о больных и немощных. Уфимская Александровская община сестер милосердия»

2.Официальный сайт РКК.

3. Женевская конвенция // Энциклопедический словарь Брокгауза и Евфрона. В 86 т. Т 82. 4 доп. – СПб, 1890-1907.

4. Сулейманова Р.Н «Не оскудеет рука дающего», отдело новейшей истории Башкортостана института истории, языка и литературы ИИЯЛ УНЦ РАН.

5. http://www.dissercat.com/content/obshchiny-sester-miloserdiya-v-kulture-rossii#ixzz4eFBqQZwv

УДК 616-05

А. Р. Насырова, Ш. Ш. Уметбаева

КОМПЛАЕНТНОСТЬ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.Е.Липатова

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: важную роль в лечении практически всех заболеваний имеет следование пациентов лечению. Проблема согласия и выполнения больными лечебных назначений, предписанных врачом, обозначаемая термином комплаентность, в настоящее время крайне актуальна.
Ключевые слова: комлаентность

A.R. Nasyrova, Sh. Sh. Umetbaeva

COMPLIANCE

Scientific Advisor – C.M.S., Docent E.E.Lipatova

Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical University, Ufa

Summary: An important role in the treatment of almost all diseases is the adherence of patients to treatment. The problem of consent and fulfillment by patients of medical prescriptions prescribed by a doctor, denoted by the term "compliance", is now extremely urgent.
Keywords: complacency

Актуальность: Интерес к проблеме комплаентности весьма высок, так как огромную роль в лечении заболеваний имеет точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения. Несмотря на внедрение в практику эффективных средств лечения, смертность при многих хронических заболеваниях и терапии психических расстройств, остаётся высокой, из-за игнорирования врачебных рекомендаций по приёму лекарств и организации лечения.

Цель исследования: дать четкое определение термина комплаентность, показать основные факторы и аспекты комплаентности.

Материалы и методы: работа с доступной литературой.

Результаты и обсуждение: В последнее время слово комплаентность все чаще упоминается как в специальной медицинской литературе, так и популярных изданиях для пациентов. Что же подразумевает это понятие? В английском языке слово compliance означает одобрение, согласие, уступчивость.

Термин «комплайенс» закрепился в медицинской литературе, но имеет несколько значений. Самое распространённое определение комплайенса понимается как согласие на

лечение, сотрудничество с врачом и выполнение всех требований терапии. Другое значение термина «комплаентность» означает точное и осознанное выполнение рекомендаций врача в ходе лечения, и широко применяется практическими врачами, как за рубежом, так и в России в основном при обсуждении проблемы лекарственной терапии.

Однако добиться этой самой комплаентности не всегда просто, и вот почему. В одной из статей Закона о психиатрической помощи говорится, что врач должен в доступной для пациента форме изложить ему все свои соображения в отношении предлагаемого лечения. Пациент должен хорошо понять, почему ему назначают именно это, а не другое лекарство; когда можно ждать эффекта; какие побочные явления могут возникнуть на разных этапах лечения. Если ему все это известно, он не бросит принимать через неделю препарат из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина «потому, что не помогает», зная, что раньше чем через 2 недели никакого эффекта быть не может. Осведомленный пациент не испугается вдруг возникшей неусидчивости, поняв, что это побочное действие нейролептика, которое с помощью врача легко можно устранить. Он будет знать, что при недостаточном эффекте препарата, возможно, прежде чем бросать его, целесообразно посоветоваться с врачом об изменении дозы. И, наконец, если потребуется отмена лекарства и замена его другим, он поинтересуется у врача, как это сделать грамотно, чтобы избежать нежелательных явлений.

В понятие комплаентность входит и продуктивный диалог пациента и врача: чем тщательнее больной следит за изменением своего состояния в ответ на то или иное лекарство, чем лучше он формулирует свои наблюдения, излагая их врачу, тем легче идет процесс подбора наиболее подходящих препаратов и их доз.

Комплаентность определяется множеством факторов:

- Удобство приёма препарата. Чем меньше приёмов в сутки и меньше комбинаций и сочетаний приёма, тем проще пациенту будет соблюдать приём препарата.

- Озабоченность собственным заболеванием. Если пациент не считает своё заболевания достойным внимания, реально существующим, излечимым, то и принимать лекарства по этому поводу он не будет.

- Контакт врача и пациента. Если врач не смог найти с пациентом "общий язык", то комплаентность снижается.

- Престиж лечения и медицины в обществе в целом и в глазах пациента в частности. Если пациент не уважает врача и медицинское сообщество, то низкий уровень доверия будет подрывать комплаентность.

- Вторичные выгоды от заболевания (например, получение денежных выплат, пособий, льгот по инвалидности) будут снижать комплаентность, даже если они не осознаны.

- Психические расстройства любого уровня: от невротических тревожно-депрессивных реакций на факт наличия заболевания, требующего лечения до психотических расстройств и умственной отсталости.

Общемедицинский аспект феномена комплаентности:

В общемедицинском подходе преобладает биосоциальную модель феномена комплаентности, которая объясняет все через биологические (характер заболевания (острое/хроническое), побочные эффекты препаратов и т.п.) и социальные факторы (система отношений между врачом и пациентом), способствующие его возникновению. В этой модели большое внимание уделяется клиническим факторам оказывающим влияние на комплаенс пациента.

Среди них выделяют показатель субъективно тягостной симптоматики, переживаемой личностью. Обратиться пациента за медицинской помощью побуждают страдание, дискомфорт, вызванные заболеванием, они же формируют установку человека на лечение. В подобных случаях назначение лекарственных препаратов воспринимается личностью как спасение от болезни, способ избавления от недуга. Соответственно, от больного можно ожидать высокого терапевтического сотрудничества и выполнения врачебных рекомендаций. Восстановление здоровья после терапии укрепляет доверие больного к лечению в будущем. Те заболевания, которые протекают бессимптомно, не принося больному существенного физического дискомфорта, обычно выявляются случайно, например, при диспансерном осмотре, и только объективные данные свидетельствуют о необходимости лекарственного лечения. В идентичных случаях уровень терапевтического альянса достаточно низкий.

Одними из наиболее важных задач являются способность и необходимость понять пациента. Его страхи, опасения, тревоги, связанные с болезнью, снижают эффективность лечебных мер, усиливают неуверенность в завтрашнем дне, снижают комплаенс, что ведёт к усугублению физического состояния. Чем больше состояние больного будет понятным врачу, тем выше уровень надежды и доверия будет у пациента

Психологический аспект феномена комплаентности:

В клинической психологии преобладает биопсихосоционоэтическая модель феномена комплаентности, которая объясняет ее возникновение не только через биологические и социальные факторы, но и добавляет к ним психологические и духовные факторы.

Менделевич В.Д., отмечает что, комплаенс имеет сложную структуру, которую составляют три функциональных блока: сенсорно-эмоциональный блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения; логический представляет систему оценок и суждений для объяснения необходимости лечения и его эффектов; поведенческий сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы.

Также основываясь на современных исследованиях, можно обозначить, что комплаентность представляет результат развернутого во времени процесса, в который включены:

• пациент (с его личной моделью здоровья, медицинской осведомлённостью, стилем решения проблем, социализацией, внутренней картиной болезни, мнением ближайшего окружения);

• врач (со своими особенностями профессиональной социализации, специальными медицинскими знаниями и навыками, стилем ведения консультации, стилем выписки назначений);

• собственно особенности взаимодействия в кабинете врача (у врача – это готовность к терапевтическому сотрудничеству, понятный для пациента язык общения, межполовые, межвозрастные, статусные различия; у пациента – реакция на внушающие вопросы, внимание к деталям, полнота изложения жалоб);

•переживание и понимание (зрелость внутриличностной рефлексии) симптомов заболевания пациентом;

• понимание врачом жалоб пациента и выбор ресурсов лечебного воздействия; инструктирование пациента при окончании консультации (профилактика низкой комплаентности);

• принятие предписаний врача пациентом и формирование пациентом плана деятельности по выздоровлению.

Заключение и выводы: Исходя из выше изложенного, можно заключить, что проблема комплаентности на сегодняшний день приобретает актуальность, теоретическую и практическую значимость в медицинской практике. В медицинской науке комплайенс представляет собой проблему большой практической важности, так как несоблюдение лекарственного режима вносит весьма существенный вклад в частоту рецидивирования заболевания и возрастание тяжести их обострений. В психологической науке на передний план выдвигается задача теоретико-эмпирического изучения комплаентности и

конструирования новой методики в её психологической диагностике, разработке рекомендаций медицинским психологам и врачам, организации эффективной работы врачу с пациентом в процессе терапии.

Список литературы:

1. Психические расстройства и комплаентность / Старостина Е.Г. // Электрон. дан. Режим доступа URL : http://www.voed.ru/main.php?text=staty (дата обращения 27.03.2017)

2. Опросник «Уровень комплаентности» : монография / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.

УДК 17.034

Е.В.Петрова, Ю.М.Яннурова

КОМПЛАЕНТНОСТЬ КАК ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Научный руководитель – к.п.н., доцент кафедры педагогики и психологии
Мурзагалина Людмила Владимировна
Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме:Понятие «комплаентность» в современной психологии появилось сравнительно недавно.Сегодня исследователи сосредоточили свое внимание на анализе факторов, влияющих на приверженность пациента назначенному врачом лечению. Следование и выполнение личностью лечебных предписаний характеризует комплаентное поведение. В нашем случае интерес коснулся изучения комплаентности в педиатрии.

Ключевые слова: комплаентность, комплаентное поведение, приверженность лечению.

E. V. Petrova, J. M. Yannurova

COMPLIANCE AS AN ETHERAL PROBLEM IN PEDIATRIC PRACTICE

Scientific Advisor –Ph. D. in pedagogy MurzagalinaLudmilaVladimirovna, associate professor of department of pedagogy and psychology,
Department of Bashkir state medical university, Ufa

Abstract:The concept of "compliance" in modern psychology has emerged relatively recently. Today, researchers have focused their attention on the analysis of factors affecting the patient's adherence to a doctor-appointed treatment. The following and the fulfillment of the medical prescriptions by the person characterizes the compliance behavior. In our case, interest was paid to the study of compliance in pediatrics.

Keywords:Compliance, compliance, adherence to treatment.

Актуальность:Наиболее часто под термином комплаентность понимается осознанное сотрудничество между врачом и пациентом, атакже членами его семьи, выступающее обязательным условием любогосерьезного лечения (особенно при сложных и смертельно опасных заболеваниях), обеспечивающим эффективность лечения.

Проблемыкомплаенса весьма интересны, потому что огромную роль влечебном процессемногих заболеваний имеет соблюдение пациентамирекомендаций врача. Хотя в современной практикедостаточно эффективных средств лечения,показатели смертностипо многим заболеваниях таким как: бронхиальная астма,сахарный диабет,инфекционные заболевания(ВИЧ – инфекции,туберкулез) и некоторые психическиерасстройства(шизофрения, биполярное аффективное расстройство) весьма

высоки, т.к. пациент не следует предписаниям врача, игнорируетприём лекарственных препаратов или принимает их не регулярно.

Цель исследования:изучить проблемы комплаентного поведения в педиатрической практике, исследовать влияние различных факторов на приверженность пациента и его окружения к лечению.

Материалы и методы: авторская анкета для взрослых и подростков.

Результаты и обсуждения:

Статья посвящена медико-социальномуи этическому анализу проблемкомплаентности в педиатрической практике, исследованию влияния различных факторов на приверженность пациента и его окружения к лечению. Для оценки приверженности к лечению по специально разработанным анкетам были опрошены дети в возрасте от 13 до 18 лет (17 человек), страдающие аллергодерматозами, и их родителями (10 человек). Полученные данные свидетельствуют о том, что в педиатрической практике отмечается снижение приверженности пациентов к лечению. Этот показатель выше у родителей(старшего возраста) по сравнению с подростками. Кроме того, при изучении этой проблемы уделяли внимание личностным особенностям пациентов, их целостной ориентации и медико-социальной характеристике семьи.

Ряд вопросов был сформулирован для выяснения отношения родителей и подростков к рекомендациям врачей. На вопрос точно ли родители и сам подросток выполняют назначение лечащего врача по поводу своего заболевания , 60% ответили «да, всегда точно», 40%-«по мере возможности». Среди причин последнего родители называли нехватку времени, трудности в соблюдении такого жесткого режима, питания, не всегда считали оправданным назначение большого числа препаратов, витаминов, биологически активных добавок дорогостоящих наружных средств, и причем, если дома уже было что-то из подобных по действию средств, то они производили замену самостоятельно (например, противоаллергические препараты)

Не видя эффекта от терапии, многие отчаивались и не всегда выполняли предписания, стремились получить мнение других специалистов и только потом прийти к какому-то решению. Кроме того, родители не всегда расположены к приему ряда препаратов: например, по мнению некоторых из них, длительное использование антигистаминных средств действует на печень, нередко также боятся использовать стероидные мази, т.е. изначально настроены негативно.

Подростки на этот вопрос ответили следующим образом. 23,53%пациентов выполняли назначения врача всегда точно, 76,47% - по мере возможности, при этом было

несколько пояснений: «не всегда возможно следовать назначениям по диете, приему лекарств», «не всегда есть возможность приобрести все назначенные препараты», «уже использовал выписанное средство, но результата не было».

По нашим данным, 41,1% подростков и 40% родителей предпочитали не рассказывать врачу о нарушениях режима питания и лечения. Следует отметить, что и родители, и сами подростки не всегда видят непосредственную связь обострений болезни с какими-либо конкретными факторами, например, нарушением диеты, несерьезно относятся к рекомендациям такого рода.

Опрос родителей показал, что только 40% имеют достаточную, на их взгляд, информацию по заболеванию ребенка, 50% хотели бы получить более подробную информацию, а 10% считают, что имеют весьма скудную информацию по данному заболеванию. Только 50% опрошенных родителей считали, что лечащий врач подробно сообщает об альтернативных методах лечения, о тех или иных осложнениях врачи в большинстве случаев предпочитают не осведомлять.

Неполная удовлетворенность родителей подтверждалась ответом на вопрос, откуда родители получают сведения о заболевании ребенка: только 50%-от лечащего врача, 20%-из средств массовой информации и/или Интернета, 10%-из популярной литературы, 10%-в своей семье, 10%-от знакомых.

Важным является и мнение самих подростков. Так, только 58,8% (10 человек) пациентов –ответили, что врачи достаточно подробно рассказывают о питании, режимных мероприятиях, тогда как 41,2% - что врач скорее не осведомляет подробно о лекарственных препаратах.

В процессе формирования комплаентного поведения пациентов взаимную роль играют не только высокие профессиональные качества врача, но и его личностные характеристики. Подростками были названы: внимательность,неформальное отношение (47% ответов), вежливость, корректность (23,7% ответов), уравновешенность, сдержанность (11,7% ответов), доброжелательность, доброта, душевность (17,6% ответов).

Не всегда испытывали доверие к лечащему врачу 50% опрошенных матерей и 41,17% подростков, а 5,88% подростков не доверяют вообще.

Заключение и выводы:В заключении необходимо отметить, что приведенные выше данные свидетельствуют о том, что в педиатрической практике можно констатировать снижение приверженности пациентов к лечению.

Анкета для взрослых (родителей) и подростков.

1. Точно ли вы выполняете назначения врача?

а) да, всегда точно

б) по мере возможности

2. Рассказываете ли Вы врачу о нарушениях режима питания и лечения?

а) да

б) нет

3. Достаточную ли информацию Вы получаете по заболеванию ребенка?

а) достаточную информацию

б) хотели бы получить более подробную информацию

в) имеют скудную информацию

4. Откуда родители получают сведения о заболевании ребенка?

а) от лечащего врача

б) из средств массовой информации и/или Интернета

в) их популярной литературы

г) от знакомых

д) из специальной медицинской литературы

5. Среди личностных характеристик врача для Вас более значимыми являются:

а) доброжелательность, доброта, душевность

б) внимательность, неформальное отношение

г) уравновешенность, сдержанность

6. Доверяете ли Вы лечащему врачу?

а) доверяю

б) не доверяю

Список литературы:

1. Микиртичан Г.Л., Комплаентность как медико-социальная и этическая проблема педиатрии. : С.–Пб. 2012.
2. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности» [Текст] : монография / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. – Владивосток : Мор.гос.ун-т, 2014. – 74 с.

УДК 614.253

Г.А.Рафикова

ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Научный руководитель — к. м. н., доцент Е.Е. Липатова

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Информирование пациента – это часть работы врача. Принятая на сегодняшний день контрактная модель взаимодействия врача и пациента является эффективной, но не снимает вопрос о компетентности пациента.

Ключевые слова: информирование пациента, компетентность пациента.

G.A. Rafikova

PROBLEMS OF INFORMING THE PATIENT

Scientific Advisor — Ph.D, Associate Professor E.E. Lipatova

Department of pedagogy and psychology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Informing the patient is a part of a doctor's work. Current contractual model of the patient-physician relationship is efficient, but it doesn't remove the question of patient's competence.

Keywords: informing the patient, patient's competence.

Актуальность: В современном российском обществе все чаще возникают конфликты между врачами и пациентами, нарушения коммуникации и проблемы информирования пациентов являются одной из причин возникающих конфликтов.

Цель исследования: выявить проблемы в общении врача и пациента.

Материалы и методы: в ходе исследования применялись методы теоретического уровня (изучение и обобщение, анализ), так же был проведен опрос студентов Башкирского государственного медицинского и Кубанского государственного медицинского университетов.

Результаты и обсуждение:Информировать больного о состоянии его здоровья российских врачей обязывает Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ.

Статья 20 пункт 1 гласит: Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Для информированного согласия пациента или его законного представителя должны присутствовать следующие условия:

Первое - пациент (или его законный представитель) должен быть компетентным, быть способным принимать решения, то есть, иметь способность понимать последствия согласия и быть свободным от принуждения и чрезмерного влияния, которое существенно уменьшило бы свободу;

Второе-профессионал здравоохранения, в пределах требований его особой роли, обязан предоставить необходимую информацию и удостовериться в том, что она была понята.[1]

Каждый врач обязан информировать пациента о его заболевании, ходе лечения, прогнозе.

Закономерен вопрос: насколько информированность пациента влияет на исход заболевания?

Орлов А. Н. [2] приводит результаты зарубежного исследования, в котором ретроспективно рассмотрели зависимость результатов хирургического лечения от глубины информированности больных. Среды пациентов было выделено 3 группы:

1- Пациенты, которых вообще не интересовало, что ними будут делать, каков прогноз.

2- Пациенты, которые ходили за врачом, стремясь узнать всё: что за заболевание, какие есть методы лечения, возможные осложнения и т.д.

3- Пациенты, которые интересовались, но не доводили вопросов до печальной точки: какой процент летальности?

После операций выяснилось, что худшие результаты лечения были у второй группы. У этих пациентов была наиболее высокая степень тревоги и неуверенности. Первая группа также оказалась неблагополучной по конечному результату. Оптимальные результаты

оказались у пациентов, которые сознательно оценивали ситуацию. Таким образом, информированность пациента является частью лечения.

Помимо информированности, острым является вопрос компетентности пациента. Компетентность обеспечивает понимание между врачом и пациентом, помогает сформировать доверию к врачу. Разный уровень знаний пациента и врача делает процесс информирования еще более сложным.

Среди студентов медицинских вузов был проведен опрос, в котором приняло участие 42 человека (22 студента 2 курса и 20 студентов 4 курса). Целью опроса было выяснить какие проблемы в общении с пациентами предвидят студенты в своей будущей работе.23,8% опрошенных не предвидят проблем, 19 % назвали языковой барьер и 57,2% указали недопонимание между пациентом и врачом (Рис 1).

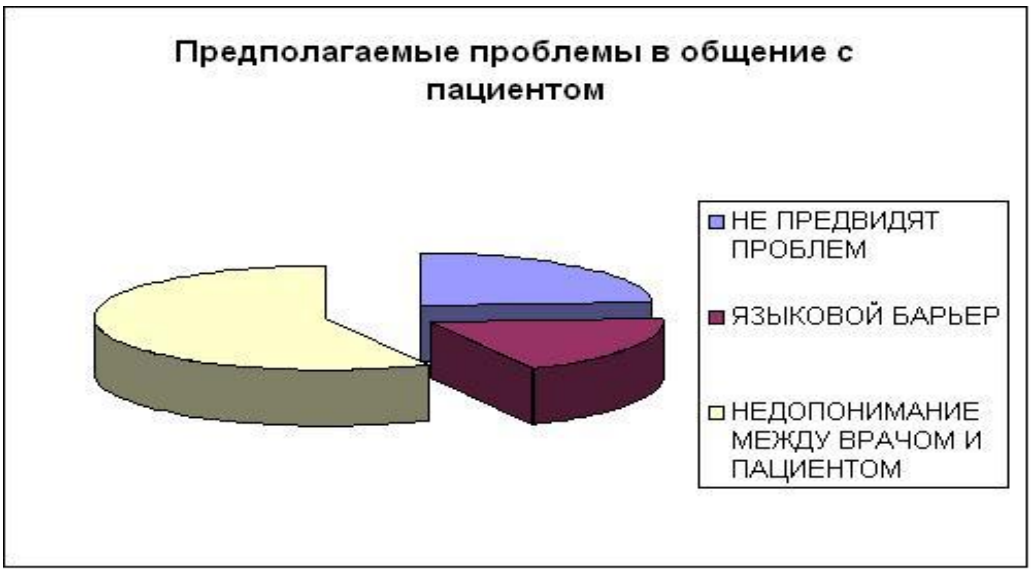


Рис 1. Предполагаемые проблемы в общении между пациентом и врачом

Интересно отметить разницу в мнении студентов 2 и 4 курсов:36% опрошенных студентов второго курса указали проблемой общения недопонимание, среди 4 курса эту же проблему указали 60% опрошенных (Рис 2)



Рис.2 Нарушение коммуникации как проблема.

Наше исследование подтверждается Соложенкиным В.В.[3], он приводит следующие ситуации:

Например, больной испытывает страх, что у него тяжелое заболевание сердца, и врач произносит, обследовав этого пациента, следующую фразу: «Вы знаете, у Вас нет собственно сердечного заболевания, боли в области сердца связаны с неврозом». Больной не очень хорошо знает, что такое невроз, и не знает насколько эта боль угрожающая. И тогда он задает еще один вопрос врачу: «Но почему же эти боли такие сильные?» Тогда врач отвечает: «Потому что у Вас выраженный довольно запущенный тяжелый невроз». Больной выходит из кабинета врача с идеей, что ему поставили диагноз тяжелого заболевания. Пациент вычленил из информации врача следующую вещь: он убрал понятие «невроз» и выделил слово «тяжелый». Он не воспринял информацию о том, что у него здоровое сердце, а понял, что это тяжелое заболевание угрожает его жизни так же, как и больное сердце, а может быть, и больше.

В другом случае пациент воспринял назначение валокордина так: «Мне назначили вермут». За счет перцептивной защиты вместо слова «валокордин» он «услышал» знакомое слово «вермут». Больной решил, что врач хороший человек и с пониманием относится к его проблемам – назначил то, что нужно. И только из разговора с другими больными выяснилось, что врач назначил не вермут. Ситуацию прояснил вопрос, заданный пациентом: «Но, все-таки, не мало ли тридцать капель? Может все-таки ошиблись, может тридцать грамм?»

Данные примеры показывают, что информация, которая для врача выглядит просто и доступной, пациентами воспринимается в искаженном виде. Это непонимание становится частой причиной конфликтов между врачами и пациентами.

Заключение и выводы:Таким образом, принятая в современной медицине контрактная модель взаимодействия пациента и врача является эффективной: каждая сторона в таком договоре несёт свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды.. Одновременно она не опирается на иллюзию возможности соучастия пациента в качестве "коллеги" врача, она учитывает невозможность равенства врача и пациента, то есть неизбежность наличия "вертикальных" отношений зависимости. Эта зависимость устанавливается на вполне определенных условиях. При этом данная модель не снимает проблемы компетентности пациента и не может дать четкого алгоритма взаимодействия врача и пациента, оставляя этот вопрос для индивидуального подход врача во благо пациента в каждом отдельном случае.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ;
2. Орлов А.Н. Клиническая биоэтика: Учебное пособие. - М.: Медицина, 2003.-360с.
3. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: Учебник для студентов высших учебных заведений. – М.: ГРИФ, 2003. –304 с.

УДК 316.334

И.Ф. Рахимов, Т.Р. Хуснутдинов

ПРОБЛЕМЫ ИНСТИТУТА СЕМЬИ

Научный руководитель — к.ф.н., доцент Г.М. Ахунова

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: выделение института семьи из других институтов общества и тщательное его изучение не случайно. Именно семья признается всеми исследователями основным носителем культурных образцов, наследуемых из поколения в поколение, а также необходимым условием социализации личности. Именно в семье человек обучается социальным ролям, получает основы образования, навыки поведения.Поэтому проблемы института семьи являются чрезвычайно важными и актуальными в современном обществе.

Ключевые слова: семья, проблемы, современное общество

I.F. Rakhimov, T.R. Khusnutdinov

PROBLEMS OF THE INSTITUTION OF THE FAMILY

Scientific Advisor – Ph.D. in Philosophical sciences G.M. Akhunova

The Department of philosophy and socio-humanitarian disciplines with the course of social work, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: the separation of the institution of the family from other institutions of society and careful study of it is not accidental.It is the family that is recognized by all researchers as the main bearer of cultural patterns inherited from generation to generation, as well as a necessary condition for the socialization of the individual. It is in the family that a person learns social roles, receives the basics of education, and conduct skills. Therefore, problems of the institution of the family are extremely important and relevant in modern society.

Keywords: family, problems, modern society

Актуальность исследования.Семья является малой группой (ячейкой общества) со своими правами, законами, обязанностями, материальным благосостоянием, именно поэтомутак важно знать о существующих проблемах для реализации их решения.

Цель исследования — рассмотреть основные проблемы института семьи в современном обществе. Для достижения поставленной цели предстоит решить ряд задач: изучить понятие института семьи, рассмотреть функции, которые выполняет данный институт в современном обществе, и, наконец, исследовать основные проблемы, затрагивающие институт семьи.

Материалы и методы.Социально-философский анализ проблем института семьи в современном обществе предполагает использование методов анализа литературы, статистического анализа, а также индукции и дедукции.

Семья — обширное понятие, которое можно рассматривать с разных позиций. Институт семьи, его специфику, генезис, эволюцию брачно-семейных отношений исследовали выдающиеся философы прошлого, это: Сократ, Аристотель, Платон, Ж-Ж. Руссо, И. Фихте, Г. Гегель, К. Маркс и другие. Но большинство исследователей сходятся в том, что семья — ячейка общества, малая группа, объединяющая индивидов через определенные отношения, моральную ответственность, взаимопомощь, быт.

Как социальный институт семья обладает рядом важнейших функций; специалисты выделяют несколько основных, такие как:

- *Репродуктивная* — рождение детей, воспроизводство себе подобных;

- *Воспитательная* — несомненно, важнейшая функция, которую не сумеет заменить ни один из институтов. Воспитание не ограничивается только воспитанием детей, но также и супруги воспитывают друг друга за годы брака;

- *Коммуникативная* — Аристотель писал: «первый вид общения - семья» [3; с. 2]. Формирует и реализовывает социальные ориентации (установки) нравственной, эмоциональной, психологической форм здоровья, которое, в свою очередь, напрямую зависит от характера общения в семье;

- *Экономическая* —бытовая и потребительская организация. Сфера данной функции со временем будет сужаться;

- *Организация досуга и отдыха* — без сомнений, одна из важнейших функций семьи. Она представляет собой организацию досуга при одновременном социальном контроле.

Семья как институт представляет значительный интерес для социально-философского исследования, обеспечивая стабильность общества, и эволюционируя вместе с ним, а также организуя социальное пространство, в котором человек проходит процедуру становления личности.В наши дни институт семьи подвержен проверке на прочность, проводимой самим обществом. Несмотря на все невзгоды, семья как институт продолжает исполнять свои функции и задачи.

Результаты и обсуждение.В результате социально-философского анализа мы пришли к мнению, что проблемы института семьи непосредственно связаны с демографическимипроблемами.Они находятся в центре общественного и научного внимания. В последние 5 – 10 лет происходят изменения не в лучшую сторону: уменьшается размер семьи, количество детей, теряются нравственные и моральные устои семьи, уважение и

значимость родственников. Это не может не волновать общество и государство по причине того, что современная семья имеет негативный вектор, направленный на разобщение, а не на ее сплоченность. Все это вместе взятое может сыграть очень плохую роль и привести к следующим последствиям: наркомании, алкоголизму, сиротству, росту преступности, в частности детской.

Хочется подробнее рассмотреть некоторые наиболее актуальные в современном обществе проблемы семьи.

Пагубные привычки, «болезни» - наркомания, алкоголизм, курение, - довольно частое явление в современных семьях, особенно алкоголизм. С точки зрения причины этих пристрастий, мы можем говоритьо неправильном воспитании, отсутствии четких жизненных позиций, целей, смысла жизни, которые прививает, как правило, традиционная семья. С позиции следствия, эти привычки разрушают отношения, ломают семьи, судьбы людей. С алкоголизмом сталкивается каждая третья семья.

Разные характеры/интересы – это проблема, свойственная чаще молодым парам, вступившим в брак в слишком юном возрасте. Другая сторона проблемы заключается в том, что такие браки являются наименее устойчивыми и часто заканчиваются разводом. Одной из причин ранних браков может выступать незапланированная беременность, которая является следствием разрушения традиционных моральных ограничений, беспорядочной половой жизни и отсутствием культуры контрацепции. В целом, мы снова сталкиваемся с проблемой воспитания в семье полноценной зрелой личности.

Материальные трудности особенно актуальны в условиях существующей экономической ситуации. В основе этой проблемы лежат отсутствие профессионального опыта, высокий уровень безработицы, заработная плата ниже прожиточного минимума.

С экономической проблемой часто связана другая проблема, имеющая особую важность – это проблема бездетности. Обратимся к официальной статистике. На момент 2010 года, по данным Всероссийской переписи населения, семейных ячеек по числу детей моложе 18 лет насчитывается 17285907, из них с 1 ребенком – 11664737, с 2 детьми – 4615876, с 3 и более – 1005294, и это только семьи имеющие детей, бездетных семей насчитывается порядка 12416346 [5]. Из этого можно сделать вывод, что число бездетных семей велико и продолжает расти по сей день. Хотя государство применяет стимулирующие методы решения данной проблемы, проблема бездетности еще не решена. Поскольку причины кроются не только в экономической ситуации, но и в культурных изменениях современного общества.

Заключение и выводы. В заключении хочется сказать, что семья – неотделимая часть

общества. Именно поэтому общественная жизнь характеризуется теми же материальными и духовными устоями, что и семья, поэтому можно назвать общество большой семьей, ведь здоровье общества имеет прямо пропорциональную зависимость от здоровья семьи. Институт семьи всегда будет центральным институтом социализации и стабилизирующего механизма общества. Во избежание кризисов и проблем необходимо формировать и пропагандировать традиционные семейные ценности, также создавать механизмы поддержки молодых семей и стимулирование рождаемости.

Список литературы:

6. Алешина Ю.Е. Цикл развития семьи: исследования и проблемы // Вестник Московского университета. – 2008. - № 5. - 239 с.

7. Антонов А.И. Семья как социальный институт // Основы социологии. Под ред. Эфендиева А.Г.. Ч. II. . - 2004. – С. 15-25.

8. Аристотель. Политика // Интернет-ресурс: URL: http://www.civisbook.ru/files/File/Aristotel.Politika.pdf (Дата доступа 14.04.2017).

9. Богданов Г.Т., Богданович Л.А., Полев А.М. и др. Супружеская жизнь: гармония и конфликты. - М.: Просвещение, 2003. – 85 с.

10. Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года (Данные Росстата) // Интернет-ресурс: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/Documents/vol11/pub-11-3-10.pdf (Дата доступа 14.04.2017).

11. Павленко П.Д. Институт семьи: проблемы становления и развития в современном мире: Сб. науч. статей - М.: МГУС, 2004. – 312 с.

УДК 17

А.А. Салихов, Э.И. Мадьяров

ЭТИКА И МОРАЛЬ В XXI ВЕКЕ

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Г.М. Ахунова

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы,Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Этика и мораль являются важными элементами духовной жизни общества и имеют длительную историю развития. Во все времена эта тема считалась дискуссионной. В публикации рассматривается проблема упадка нравственности в современном обществе. Для исследования уровня развития морального сознания используется методика Колберга.

Ключевые слова: этика, мораль, современный мир

A.A. Salikhov, E.I. Madyarov

ETHICS AND MORALITY IN THE XXI CENTURY

Scientific Advisor– Ph.D. in Philosophical sciencesG.M. Akhunova

The Department of philosophy and socio-humanitarian disciplineswith the course of social work, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract:Ethics and morality are important elements of the spiritual life of society and have a long history of *evolution. At all times, this topic was considered controversial. The publication considered the problem of the decline of morality in modern society. To research the level of development of moral consciousness, the method ofKohlberg.*

Keywords:ethics, morality, the modern world

Актуальность исследования.Проблемы этики и морали чрезвычайно актуальны на современном этапе развития общества,поскольку нравственные и этические нормы являются важнейшими регуляторами общественных отношений. Однако на современном этапе в академических кругах, как и в обыденной жизни, мы все чаще слышим разговоры об упадке нравственности и морали, духовной культуры в целом.

Цель исследования – выяснить, что произошло с этическими и нравственными нормами, ценностями в современном мире. Для достижения поставленной цели, предстоит решить ряд задач: изучить понятия нравственности и морали, исследовать современное состояние этики как науки, исследовать уровень развития морального сознания в обществе.

Материалы и методы. В проведении исследованиямыиспользовали методы анализа и синтеза, индукции и дедукции, а также анкетного опроса.

Стоит отметить, что выбранная нами тема хоть и актуальна, но все же, имеет значительную степень разработанности в отечественной (Л.Н. Толстой, В.А. Канке, С.С.

Хоружий, А.А. Гусейнов, др.) и зарубежной (А. Швейцер, М. Ганди, Тейяр де Шарден, М. Шермер, С. Харрис, др.) науке. Но это не означает, что предметная область самой этики исчерпана. Перед учеными ставятся все новые и новые задачи, поскольку меняется наше общество, условия жизни, ценности, нормы, а вместе с ним претерпевают изменения традиционные классические основы этики как науки. Это связано с уровнем развития материальной и духовной культуры, науки, техники, медицины, транспорта, торговли, особенностями политического и государственного строя, состоянием экологии и биологии и т.д.

На сегодняшний день этика рассматривается как отдельная дисциплина и наука, предметами исследования которой являются мораль и нравственность. Изначально этика развивалась как раздел философии, понималась как совместное жилище и правила, порожденные совместным общежитием, нормы, сплачивающие общество. По мере того, как менялось общество, добавлялись категории совести, добра и зла, сочувствия, милосердия, солидарности и справедливости.

В современном значении нравственность трактуется как совокупность норм, определяющих поведение человека. Нравственность выступает как структура сознания, общественно необходимый метод урегулирования поступков человека во всех аспектах жизни, в том числе труде, быте и отношениях к окружающей среде, природе. Термин мораль с латинского языка переводится как традиция и нрав. Мораль интерпретируется как нравоучение, совокупность правил, признаваемых за истинные, и служащих руководством в поступках людей. Мораль также рассматривается как особая форма общественного сознания. Понятия морали и нравственности одни исследователи рассматривают как синонимы, другие - эти два понятия разводят. Следует отметить, что под этикой подразумевается область знания, под моралью или нравственностью - то, что она изучает.

Возвращаясь к цели нашего исследования, отметим, что культурологи, философы, социологи все чаще обсуждают проблему духовного (морального) упадка общества, все возрастающего игнорирования моральных и нравственных ценностей, а также о «культурного обеднения». Многие научные конференции посвящены проблемам этики и морали в XXI веке. Что же произошло с этическими и нравственными нормами? Здесь чрезвычайно затруднительно дать однозначный ответ, но мы попытаемся указать самые простые и самые явные причины.

На наш взгляд, одна из причин кроется в популяризации массовой культуры, а не элитарной. Массовая культура в условиях капиталистического общества и рыночной

экономики распространилась в кинематографе, телевидении, музыке, литературе и направлена исключительно на извлечение максимальной выгоды, а не на высокие смыслы, формирование этических норм и ценностей личности. Академик А.А. Гусейнов подчеркивает, что «нравы зависят от системной организации общества в тех или иных аспектах его функционирования…общественная цена человека определяется не только и не столько его личными моральными качествами, сколько моральной значимостью того совокупного большого дела, в котором он участвует» [2, с. 12]. Гусейнов также подчеркивает, что мораль трансформируется в прикладные сферы, где этическая компетенция определяется профессиональной компетентностью в специальных областях деятельности (бизнесе, медицине и т.д.).

Для исследования был использована «Методика оценки уровня развития морального сознания (дилеммы Лоуренса Колберга)». Методика предназначена для оценки уровня развития морального сознания. Для этого Л.Колберг сформулировал девять дилемм, в оценке которых сталкиваются нормы права и морали, а также ценности разного уровня.

Приведем краткое изложение тестового материала:

Приведена следующая ситуация: В одной европейской стране бедный человек по имени Вальжан не найдя работы и не имея денег, украл хлеб и необходимое его семье лекарство. Вальжан был схвачен и приговорен к 6 годам тюрьмы. Через два года он сбежал и,сменив имя, обосновался в новом месте, гдесумел скопить деньги и построить большую фабрику.Вальжан платил рабочим самую высокую зарплату и большую часть прибыли отдавал беднякам на лечение. Через двадцать лет один моряк узнал во владельце фабрики Вальжане беглого каторжника, разыскиваемого полицией в его родном городе.

Далее респондентам задаются вопросы следующего характера: Должен ли моряк сообщить о Вальжане в полицию? Действия моряка в случае, если Вальжан был бы его близким другом?

Действия судьив случае с Вальжаном? и т.д.

Следующий блок вопросов касается системы этических взглядов респондента: Что Вы понимаете под словом совесть, мораль? Как участвовала бы ваша совесть в решении, если бы Вы были на месте Вальжана? Относится ли проблема Вальжана к моральным проблемам? Может ли наука дать правильный ответ при решении моральных дилемм? и т.д.

Теоретические основы интерпретации результатов теста.

Л.Колберг выделяет три основных уровня развития моральных суждений: преконвенциональный, конвенциональный и постконвенциональный.

Преконвенциональный уровень характеризуется эгоцентричностью моральных суждений. Поступки оцениваются главным образом по принципу выгоды и по их физическим последствиям.

Конвенциональный уровень достигается при принятии человеком оценок своей референтной группы (семьи, класса, религиозной общины). Моральные нормы этой группы усваиваются и соблюдаются без критического к ним отношения, они не являются результатом свободного выбора человека.

Постконвенциональный уровень встречаетсякрайне редко даже у взрослых людей. Его достижение возможно с момента появления гипотетико-дедуктивного мышления (высшая стадия развития интеллекта, по Ж.Пиаже). Данный уровень характеризует развитие личных нравственных принципов, отличающихся от норм референтной группы, но при этом имеющих общечеловеческую широту и универсальность.

В каждом из перечисленных уровней развития Л.Колберг выделял несколько стадий. Развитие возможно, по мнению автора, только в указанной последовательности. Однако их достижениене обязательно связано с возрастом человека.

Результаты и обсуждение.В проведенном нами опросе участвовали следующие возрастные группы: 15-17 лет (школьники), 18-25 лет (студенты), 30-40 (преподаватели, офисные работники, предприниматели). Были получены следующие результаты:

В возрасте 15-17 лет 5% опрошенных соответствуют преконвенциональному уровню (2 стадии), 40% соответствовали конвенциональному уровню (3 стадии) , 55% соответствовали конвенциональному уровню (4 стадии).

В возрасте 18-25 лет 2% опрошенных соответствовали конвенциональному уровню (3 стадии), 37% соответствовали конвенциональному уровню (4 стадии), 55% соответствовали постконвенциональному уровню (5 стадии), 6% соответствовали постконвенциональному уровню (6 стадии).

В возрасте 30-40 лет, в частности преподаватели, преимущественно соответствовали постконвенциональному уровню (6 стадии), офисные работники преимущественно соответствуют конвенциональному уровню (3 стадии), предприниматели в свою очередь соответствуют постконвенциональному уровню (5 стадии).

Заключение и выводы.На основании полученных результатов можно сделать вывод, что с возрастом и в зависимости от социального положения моральное сознание поддается изменениям.

Таким образом, из вышесказанного следует, что этические и нравственные аспекты жизни общества существенно изменились, и не в лучшую сторону. Однако общество продолжает развиваться, а вместе с ним будут меняться все его аспекты. Современному обществу и человеку предстоит побороться за светлое будущее, где добро, милосердие, сострадание, толерантность, справедливость и другие добродетели будут на первом месте.

Список литературы:

1.Анциферова Л.И. Связь морального сознания с нравственным поведением человека (по материалам исследований Л.Колберга и его школы) // Психологический журнал, 1999. Т. 20. № 3. - С. 5-17.

2. Гусейнов А.А. Этика и мораль в современном мире / Этическая мысль. М.: ИФ РАН, 2000. - С. 4-15.

3. Методика оценки уровня развития морального сознания (Дилеммы Л.Колберга) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б.Дерманова. – СПб., 2002. - С.103-112.

4. Gabriel Moran. Ethics or Morality? Lecture, New York University [Электронныйресурс]. URL: http://www.nyu.edu/classes/gmoran/Ethics%20or%20Morality.pdf. Дата обращения: 23.03.2017.

УДК 128

Э. Н. Самигуллина

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК ИНСТРУМЕНТ СКЛОНЕНИЯ К СУИЦИДУ: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ

Научный руководитель — д. филос. н., доцент А. С. Зубаирова-Валеева
Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин
с курсом социальной работы,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: были проанализированы представления о смерти и суициде в истории философской мысли, также был рассмотрен феномен популярности «групп смерти» среди молодежи. Среди студентов БГМУ был проведён опрос и выявлено, что большинство студентов БГМУ не склонны к суициду и не заинтересованы в группах смерти. Однако группы смерти - лишь одна из причин детских и юношеских суицидов. Автор приходит к выводу, что немаловажную, а часто решающую роль играют проблемы в семье, в учебе, чувство одиночества, ненужности, утрата смысла жизни. Любимый и поддерживаемый самыми близкими людьми, самореализущий себя молодой человек обладает иммунитетом от любых «интеллектуальных» вирусов, подобных группам смерти в соцсетях, религиозным сектам и каких-либо других попыток манипуляции его сознанием и жизнью.

Ключевые слова: смерть, суицид, группы смерти.

E. N. Samigullina

SOCIAL MEDIA AS AN INSRUMENT OF APPROUCHING TO SUICIDE: SOCIO-PHILOSOPHICAL ANALYSIS OF THE PROBLEM

Scientific Advisor — Ph. D. in Philosophy, Associated Professor A. S. Zubairova-Valeeva
Department of philosophy and social-humanitarian disciplines
with the course of social work,
Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: What is death. Humanity being worried this question for many thousands years. Determination of death and suicide were analyzed in history of philosophy thoughts. We interrogated students of BSMU. All in all a little part of students has thoughts of suicidal nature. But death group just one of many reasons of teenagers' death. Author decides that problems with studies, with family, the feeling of loneness play big role in this case. A child can be saved from manipulations with his consciousand life by family support.

Keywords: death, suicide, death group.

Актуальность: Что такое смерть? Этот вопрос волновал человечество со времен его возникновения. Дату рождения и смерти предугадать и изменить невозможно, если только не лишить себя жизни преднамеренно. Проблема подросткового суицида очень актуальна в современном мире. Статистика показывает, что роль социальных сетей в прививании суицидальных мыслей становится всё более значительной. Чтобы разобраться с этими проблемами, я решила провести своё исследование.

Цель исследования: проанализировать представления о смерти и суициде в истории философской мысли, также был рассмотреть причины популярности «групп смерти» среди молодежи.

Материалы и методы: для достижения данной цели применялись общефилософские методы исследования: индукция, дедукция, анализ и синтез, диалектический метод. В работе активно использовалось философское наследие Э. Дюркгейма и других мыслителей. Был проведен опрос среди студентов БГМУ.

Что есть смерть? В разные времена люди стремились познать непознанное, найти смысл жизни и понять сущность смерти. По данным Википедии, свободной энциклопедии, смерть – это полная остановка биологических и физиологических процессов в организме человека. Смерть – естественный конец всего живого [7].

Наиболее очевидная, наиболее легко осознаваемая конечная данность - смерть [3]. Сейчас мы существуем, но наступит день, когда мы перестанем существовать. Смерть придет, и от нее никуда не деться. Это ужасающая правда, которая наполняет нас «смертельным» ужасом. Жизнь и смерть взаимозависимы; они существуют одновременно, а не последовательно; смерть, непрерывно проникая в пределы жизни, оказывает огромное воздействие на наш опыт и поведение[2].

В каждой культуре свое специфическое отношение к смерти. Но во многих из них смерть представлялась как момент, когда бессмертная душа расстается с телом. Не стоит рассматривать смерть как противоположность жизни [5]. Смерть – это не отсутствие жизни, а ее завершение, окончание. Смерть, так же как и рождение, формирует границы человеческой жизни. Можно считать, что дату рождения и смерти предугадать, а тем более изменить невозможно. Если только не лишить себя жизни преднамеренно. Самоубийство или суицид – это добровольное, преднамеренное, самостоятельное лишение себя жизни. Это чрезвычайно сложное этическое явление, которое порождает новые споры в философии, психологии, социологии, медицине. Причины самоубийства могут быть различными: психологические, социальные, медицинские, личностные. К отдельной группе относят

подростковые суициды. В последние несколько лет резко увеличилось количество подростковых суицидов, это явление начало приобретать массовый характер. Подростки находятся в группе риска вследствие влияния множества факторов: проблемы в семье, гормональная перестройка организма, личностное становление, непонимание сверстников, неприятности с учебой. Незрелое психическое развитие подростка делает его уязвимым для влияния людей старшего возраста. Часто подростковый суицид – это попытка обратить на себя внимание окружающих.

Проблема самоубийства – одна из сложнейших философско-правовых проблем. Разные народы в разные времена весьма неоднозначно относились к суициду. Так, например, в Древнем Риме поощрялись политические самоубийства, в Японии это ритуал защиты дворянской чести – харакири, в Древней Индии самоубийство вдов на похоронах (обряд *сати*) носило ритуальный характер. Но все три мировые религии (ислам, христианство и иудаизм) предусматривают абсолютный запрет на самоубийства.

Результаты и обсуждение:Социолог и философ Эмиль Дюркгейм в своей книге «Самоубийство. Социологический этюд» назвал одиночество главной причиной самоубийств. И различал их по причинам: эгоистические (как результат недостаточной интеграции общества, ослабления связей между индивидом и обществом), альтруистические (ради действительного или мнимого блага других) и аномические (в кризисном обществе, находящемся в состоянии аномии, когда старые нормы не действуют, новые отсутствуют или не усвоены населением, существует конфликт норм, “нормативный вакуум”) [4, с. 76-95].

Впервые о группах смерти в интернете [2], причастных к самоубийствам подростков, упоминается в статье Галины Мурсалиевой, обозревателя «Новой газеты». В ней раскрывается история 16-летней девушки, которая покончила с собой на железнодорожных путях. «Суициды несовершеннолетних были и до того, как случилась трагедия с Риной. Почему именно она превратилась в символ? Если посвятить теме много времени, можно увидеть, как тщательно спланирована была «раскрутка» смерти Рины», - пишет Галина [6].

В подростковом возрасте эмоциональна неустойчивость повышается. И одним из способов воздействия на подростков являются социальные сети. Большую угрозу представляют группы смерти, в частности игра «Синий кит», имеющая вполне четкие суицидальные мотивы. Согласно статистике за 2016 год, около 720 детей стали жертвами суицидных идей.

«Синий кит» - это игра, распространяемая через социальные сети. Пользователи, желающие принять участие в игре, в своих интернет-записях используют хэштеги (#синийкит, #тихийдом), по которым потенциальных жертв находят кураторы игры. Кураторы (координаторы) ловко играют на чувствах и эмоциях, предупреждая, что в случае выхода из игры, пострадают близкие участника. На протяжении 50 дней участник выполняет 50 заданий, целью которых является эмоциональное и психическое воздействие. Задания могут быть различными, с 30 по 49 день нужно делать по одному порезу на руке, слушать определенную музыку и смотреть страшные видео, разговаривать с “китом”. 50-ый день – самоубийство.

Задавшись вопросом о том, имеет ли человек право распоряжаться своей собственной жизнью, Г. Гегель изложил свое отношение к суициду в работе «Философия права». По мнению Гегеля, если государство потребует человека отдать свою жизнь, он обязан подчиниться. Во всех остальных случаях ему следует подчиняться только нравственному закону, запрещающему самовольный уход из жизни.

Мною был проведен опрос среди студентов не старше 21 года. По результатам опроса мы выяснили: 1. На вопрос «часто ли вы чувствуете себя одиноким?» 41% опрошенных ответили «часто», 39% - «почти никогда», 20% никогда не чувствуют себя одинокими. 2. На вопрос «посещали ли Вас суицидальные мысли или идеи» 89,7%- ответили «нет», 8,4% затруднились ответить, 1,9% - ответили «да». 3. На вопрос «По вашему мнению, как сильно группы смерти влияют на сознание молодежи?» 59,3% опрошенных ответили «достаточно сильно», 19,79% - «очень сильно», 13,6% - «умеренно», 7,31% - «не влияют».

Заключение и выводы. По итогам опроса выявлено, что большинство студентов БГМУ не склонны к суициду и не заинтересованы в группах смерти, но не стоит забывать, что группы смерти - лишь одна из причин детских и юношеских суицидов. Немаловажную, а часто решающую роль играют проблемы в семье, в учебе, чувство одиночества, ненужности, утрата смысла жизни. Это требует самого внимательного отношения старшего поколения, а также друзей, ровесников, чтобы вовремя распознать надвигающуюся беду и предотвратить её наступление. Самореализущий себя молодой человек обладает иммунитетом от любых групп смерти в соцсетях и каких-либо других попыток манипуляции его сознанием и жизнью.

Многие родители сейчас стремятся дать ребенку максимально широкое образование, занимают всё его свободное от школы время бесчисленными секциями, но нередко забывают спросить, действительно ли ему всё это нравится. И, самое главное, за всей этой суетой и взаимной занятостью забывают дать ему жизненные ориентиры, привить

ценности, которые будут служить руководящими, смыслообразующими моментами его жизни.Для чего мы живем? Что может рассматриваться как цель, достойная того, чтобы к ней стремиться? Каков наш долг перед ближними? Имеем ли мы право отчаиваться, если есть люди, нуждающиеся в помощи более, чем мы? Ответы, полученные на эти и другие вопросы способны стать стержнем, помогающим молодому человеку выдержать все испытания судьбы.

Список литературы:

1. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. М.: Издательская группа «Прогресс» — «Прогресс-Академия» 1992. 528с.
2. Группы смерти [Электронный ресурс] URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Группы_смерти (дата обращения: 07.04.2017)
3. Губин В. Д., Сидорина Т. Ю., Филатов В.П. Философия. М.: ТОН - Остожье, 2001. 704 с.
4. Дюркгейм Э. Самоубийство. Викитека. URL: https://ru.wikisource.org/wiki/Самоубийство_(Дюркгейм)/Ильинский_1912_(ДО) (дата обращения 26.03.2017)
5. Кабанов П. Г. Философия. Учебное пособие. Изд. Томск. Ун-та, 2003. 204с.
6. Мурсалиева Г. Группы смерти. Статья. [Электронный ресурс] URL:https://www.novayagazeta.ru/articles/2016/05/16/68604-gruppy-smerti-18 (дата обращения: 1.04.2017)
7. Смерть [Электронный ресурс] URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Смерть (дата обращения: 25.03.2017)

УДК 343.2

А.Г.Сафаргалина, Н.З.Татлыбаева

ПРОБЛЕМА НАСИЛИЯ НАД МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ

Научный руководитель – к.ф.н. Р.И.Девяткина

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме. В статье рассматривается положение с безопасностью и правовой защищенностью медицинских работников. Производится краткий обзор статистики нападений и путей решения данной проблемы.

Ключевые слова: медицинские работники, нападения, защита медицинских работников.

A.G. Safargalina, N.Z. Tatlybaeva.

THE PROBLEM OF VIOLENCE AGAINST MEDICAL WORKERS IN RUSSIAN SOCITY

Scientific Advisor – Ph.D. R.I.Devyatkina

Department of Philosophy and social-humanitarian disciplines with the course of social work Bashkir State Medical University, Ufa

Summary. The article deals with the situation with the safety and legal protection of medical workers. A brief overview of the statistics of attacks and ways to solve this problem is given.

Key words: medical workers, attacks, protection of health workers.

Актуальность.С древних времен врачи имели высокий социальный статус и пользовались уважением среди пациентов, но в последнее время ситуация начала меняться отнюдь не в положительную сторону, с каждым годом увеличивается число нападений на медицинских работников. По данным «Парламентской газеты», в прошлом году в России совершено более 1200 нападений на медицинских работников, в Москве – более 200.

Цель исследования: рассмотреть проблему нападений на медицинских работников.

К огромному сожалению, число нападений растет, и мы вынуждены все чаще встречать подобные происшествия. Одним из самых громких стал случай избиения 25 летнего рентген-лаборанта в 2016 году в Орехово-Зуевской ЦРБ. Неадекватный родственник пациентки напал на медицинского работника. По словам Семена Михайлова у него были сломаны кости лицевого черепа. Специалист собирается оставить работу. В этой же больнице в мае были жестоко избиты два травматолога и реаниматолог, которые отказались без очереди осматривать пациента, так как они были заняты другими больными. Причем

тогда, врачей били на глазах инспектора ГИБДД, который не вмешивался в происходящее, и позднее в его отношении возбудили уголовное дело за бездействие[8].

Во Владимире в 2017 году возбуждено уголовное дело об избиении врача «скорой помощи». Сам подозреваемый утверждает, что в развлекательном заведении его избили неизвестные, и он оказался на улице, откуда на машине «скорой помощи» его доставили в больницу. Заведующая приемным отделением больницы скорой помощи начала обрабатывать разбитое лицо нетрезвого пациента, он очнулся, схватил медицинского сотрудника за одежду и избил врача, нанеся ей множественные удары. Правонарушителя остановили врач «скорой помощи» и сотрудники полиции. Судебно-медицинская экспертиза констатировала причинение здоровью заведующей приемным отделением вреда средней тяжести в результате полученной закрытой черепно-мозговой травмы с ушибом головного мозга, травмы грудной клетки, повреждений суставов руки, многочисленных ссадин и ушибов в области головы [6].

Хотелось бы обратить внимание на то, как защищаются права врача в зарубежных странах. Например, в Германии врач сам имеет право прекратить лечение:

- когда доверительные отношения между ним и пациентом основательно нарушены;
- когда пациент не придерживается врачебных назначений;
- требует от врача осуществить по отношению к нему безнравственные и нарушающие профессиональную этику действия (например, ведущие к его смерти);
- преследует врача постоянными не имеющими никакого основания жалобами, ночными вызовами или безосновательными просьбами посещения его на дому;
- требует обманом совершения действий, ведущим к недопустимой финансовой нагрузке больничной кассы (например, выписать счет за неоказанные медицинские услуги или за фактическое осуществление другого, совершенно не относящегося к его болезни лечения).

Аналог российской скорой помощи в США появляется в 1970-х годах. Акцент в американском подходе делают на доставке пациента в госпиталь, а не на оказание помощи на месте. Персонал различных специализированных экипажей состоит минимум из двух человек и обучен оказывать лишь самую базовую помощь. С ростом рынка таких услуг стала проявляться проблема безопасности медиков, выезжающих на вызовы. Так, по статистике Ассоциации медицинских услуг штата Колорадо, до 90% местных работников скорой помощи в той или иной мере сталкивались с агрессией пациентов.

Основным способом защиты является правовая. Например, в штате Колорадо в прошлом году внесли законопроект, приравнивающий нападение на персонал скорой помощи к агрессии против пожарных и полицейских, что является тяжким уголовным преступлением, что влечёт наказание вплоть до пожизненного заключения. За последние десятилетия схожее законодательство приняли более 38 штатов [2].

Внимание уделяют и разработке инструкций для персонала, рекомендациям по поведению в случае нападения. Если ситуация изначально вызывает подозрение или требует перевозки опасного больного, на помощь медицинским работникам приходят полицейские. Постепенно становятся популярными профессиональные программы самообороны. Так, в штате Нью-Мексико действует специальный центр, где работники "скорых" могут пройти курсы обучения таким навыкам. В Дублине для сотрудников медицинской службы проводят курс обучения приемам самообороны. В Ираке ввели закон, позволяющий врачу экстренной помощи носить при себе оружие для самозащиты [2].

На данный момент в Российской Федерации защищать врачей собираются законом. Разрабатывается сразу несколько инициатив по защите врачей от насилия, которые должны появиться в ближайшее время. Две из них разрабатывает Министерство здравоохранения по поручению главы ведомства В.И. Скворцовой. Во всех случаях речь идет о введении уголовной ответственности за произвол в отношении работников медицинской сферы. В Государственной думе уже заявили, что готовы в оперативном порядке рассмотреть все предложения. Они ужесточают наказание за насилие в отношении докторов вплоть до пожизненного заключения [4]. Подобные нормы предлагались и раньше, на сентябрь 2016 года в Государственной Думе было намечено рассмотрение в первом чтении законопроекта, предусматривающего ужесточение ответственности за нападение на медицинских работников. Документ также прописывает юридический механизм защиты врачей, но закон так и не был принят, что возможно повлекло за собой столь ужасные последствия, вследствие фактической безнаказанности.

Материалы и методы. Мы провели собственное исследование в форме опроса среди медицинских работников, а именно врачей, медицинских сестёр и фельдшеров, с целью выявления статистики нападений среди российских медработников. Объектом исследования были медицинские работники без определенной территориальной принадлежности. Площадкой проведения опроса являлись специализированные группы для медиков социальной сети «Вконтакте». Были предложены следующие вопросы:

1) Подвергались ли вы физическому нападению со стороны пациентов на своем рабочем месте или при вызове на дому?

2) Если да, то обращались ли вы в полицию?

3) Если да, то понес ли нападавший юридическую ответственность(наказание)?

4) Каков был характер нападения?

Из 97 опрошенных лиц, мужчин оказалось-36% , женщин-64%. Диапазон возраста составил от 24 до 54 лет.

Результаты и обсуждение. Результаты опроса представлены на диаграммах №1, №2 и №3.



Диаграмма №1

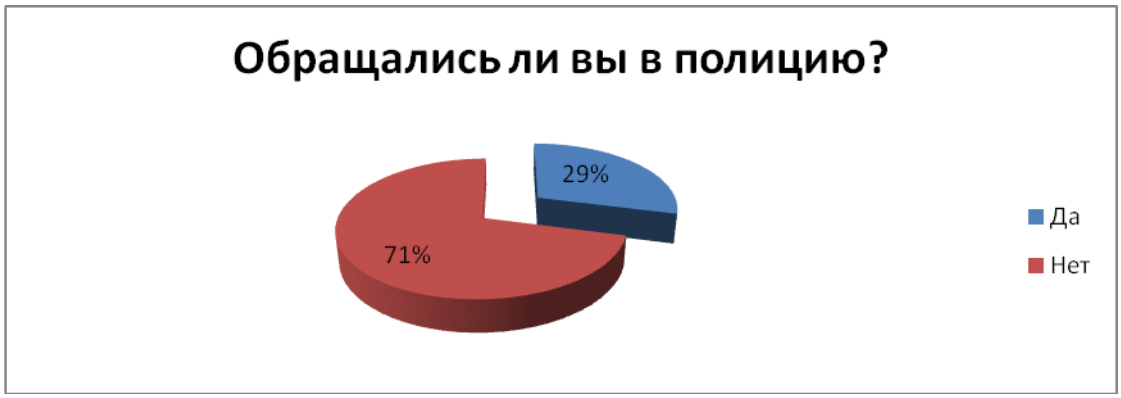


Диаграмма №2

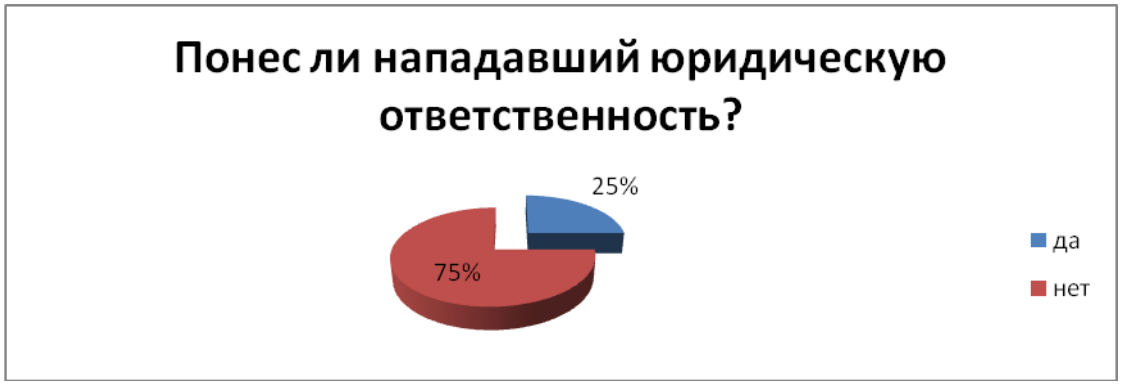


Диаграмма №3

На четвертый вопрос о характере нападения были предоставлены различные ответы. В основном это были физические нападения, например удары по лицу, телу, а так же пациенты кидались различными вещами (гантели, трость, топор), но так же лица опроса указывали и на нецензурные высказывания и угрозы в свой адрес.

Из опроса следует, что нападению на рабочем месте подвергались 43% медработников, то есть почти каждый второй. Из них 25%, то есть каждый четвертый подвергался насилию неоднократно. При этом в правоохранительные органы обращалось только приблизительно треть пострадавших медиков. И в 25% случаев нападавшие понесли юридическое наказание. Как видно, результаты нашего исследования в целом совпадают с неудовлетворительным правовым положением медицинских работников по стране. И позволяют констатировать, что профессия врача на сегодняшний день стала социально опасной, в первую очередь в виду юридической, правовой незащищенности медицинских работников со стороны государства.

Заключение и выводы:Таким образом, мы приходим к выводу, что медицинские работники подвергаются систематическим нападениям, их жизнь подвергается опасности. Постепенно профессия врача переходит к числу социально опасных. Врачи нуждаются в защите и законом, что позволит увеличить качество оказываемой помощи и предотвратить нападения на медицинских работников.

Список литературы:

1. Лисицын Ю.П. История медицины: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.- 400с.
2. «Российская газета» №6584 за 26.01.15, 9 полоса.
3. Федеральный закон «Об основах охраны граждан в Российской Федерации». – М.: РПОЛ классик; Издательство «Омега-Л», 2016.-82 с. – (Законы Российской Федерации)
4. Официальный сайт Государственной Думы http://www.duma.gov.ru
5. Официальный сайт «Парламентская газета» https://www.pnp.ru
6. Официальный сайт «Первой канал» http://www.1tv.ru
7. Официальный сайт канала «Россия 24» http://www.vesti.ru
8. Официальный сайт канала «5Родной» http://www.5-tv.ru
9. Официальный сайт «Pravda.ru» https://www.pravda.ru

УДК 304.2

А. А. Скворцова, С. О. Никитин

СОЦИАЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫМ ОРГАНИЗМАМ

Научный руководитель – к. п.н., Липатова Е. Е.,
Кафедра философии и социально-гумантиарных дисциплин с курсом социальной работы , Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Вред ГМО – неиссякаемая тема публикаций и телепередач, описывающих последствия применения генетически модифицированных продуктов. При этом мало кто упоминает о вреде селекции. Хотя генетические изменения и селекция преследуют одну цель – внести изменения в имеющийся генетический код растений и животных, чтобы получить новые экземпляры с заданными свойствами. В нашем исследовании мы хотели узнать, действительно ли люди не знают о пользе ГМО.Несмотря на положительные достижения ГМО, люди негативно относятся к этому явлению.

Ключевые слова: генетически модифицированные организмы (ГМО), генная инженерия, селекция.

A.A. Skvortsova, S.O. Nikitin

THESOCIALATTITUDETOGENETICALLYMODIFIEDORGANISMS

Scientific supervisor – Ph. D., Lipatov E. E.,
Department of philosophy and socio-gumantiarnuyu disciplines with the course of social work, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: The harm of GMOs is an common them of publications and TV shows which describe the consequences of using genetically modified products. However, few people notice the harm of breeding. Although genetic changes and breeding pursue one goal - to make changes in the existing genetic code of plants and animals, to obtain new specimens with given properties. In our study, we wanted to know about people really do not know about opinion about GMO. Despite the positive achievements of GMOs, people are negative about this phenomenon.
Keywords: Genetically modified organisms (GMOs), genetic engineering, selection.

Актуальность:Развитиеобществатребуетвнедрениявнашужизньновшеств. Одним из них является производство генетически модифицированных организмов (ГМО).Они помогут решить проблему с голодом, содержат ценные питательные вещества, которые в обычных продуктах были в недостатке, имеют более привлекательный вид и, наконец, они – источник здоровья экономики. Помимо экономических выгод ГМО помогли справиться

медицине с некоторыми тяжелыми заболеваниями

Цель исследования:Цель нашего исследования изучить отношение людей к генетически модифицированным организмам и их причины.

Материалы и методы:В данном исследовании приняли участие 100 человек, проживающих в г. Уфе. Основным методом изучения социального отношения к генетически модифицированным организмам был опрос. Все ответы зафиксированы и проанализированы.

Вред генетически модифицированных организмов – одна из актуальных тем публикаций и телепередач, описывающих последствия применения продуктов с измененным генотипом. При этом мало кто упоминает о вреде селекции. Хотя генетические изменения и селекция преследуют одну цель – внести изменения в имеющийся генетический код растений и животных, чтобы получить новые экземпляры с заданными свойствами.

Селекционеры берут сорта, скрещивают их, ждут поколения, выбирают нужные образцы, опять их скрещивают с другими и так до тех пор, пока специалисты не решат, что сорт стал лучше, больше и даже вкусней. И вроде все безвредно, но в 1968 году методами классической селекции был выведен картофель «Ленапе», через некоторое время оказалось, что в нем содержится большое количество соланина, который вызывает разложение эритроцитов, тошноту, головную боль, диарею, повышение температуры, в тяжелых случаях судороги, делирий (помраченное сознание) и кому. Коммерческое выращивание этого картофеля прекратили [1].

В 1986 году история повторилась в Швеции с сортом картофеля «Магнум Бонум». При создании гибридов двух разных сортов картофеля поменялся состав и количество алкалоидов. Передозировка ими может привести к тяжелым отравлениям вплоть до летального исхода [1].

Возможно, эти последствия возникаю потому, что селекционеры добиваются мутаций с помощью разных способов, в том числе применяя токсические вещества, рентгеновские лучи, радиацию и к тому же селекционеры не могли предположить такой комбинации генов.

Конечно, эти примеры не доказывают, что органическая еда, созданная селекцией, опаснее обычной. «Натуральное» не всегда является синонимом «полезного» и «безопасного». Сегодня мы обращаем внимание на многие вещи: содержит ли продукт ГМО, красители, консерванты, но при этом не задаемся вопросом: «Не отравлюсь ли я?». От ГМО не умер никто, а от пищевых инфекций умирают тысячи людей в разных странах.

В отличие от селекционного способа *генетически модифицированные организмы*

получаются более точным воздействием с более прогнозируемыми результатами. Ученые в первую очередь определяют, какие качества хотят улучшить или уменьшить. Речь идет о направленном, по заранее заданной программе конструировании молекулярных генетических систем вне организма с последующим введением их в живой организм. При этом рекомбинантные ДНК становятся составной частью генетического аппарата рецепиентного организма и сообщают ему новые уникальные генетические, биохимические, а затем и физиологические свойства. После этого проращивают образец и кормят им грызунов. После нескольких лет исследований и испытаний, продукт может попасть на рынок.

Так, были получены томаты с фиолетовыми и синими плодами. Пигмент содержится во всех клетках помидора внутри и снаружи. Для их получения использовали гены, ответственные за синтез антоциана из лепестков львиного зева и других растений. Антоциан укрепляет стенки сосудов, помогают иммунной системе, оказывает действие противотеков[3].

Генная инженерия не остановилась на внедрении генов в овощи и фрукты. Ученые из компании Sangamo предложили редактировать геном человека, добавляя в него исправленную версию гена. Данный метод уже показал свою эффективность на мышах и приматах, больных гемофилией. Исследователям удалось восстановить фермент, вставив измененный ген фактора IX вместе с промотором гена, отвечающим за альбумин, один из основных составляющих крови. Ученые отметили, что после инъекций печень больных животных начала активно вырабатывать белок свертываемости крови.

Таким образом, после несложных генетически модификационных процедур ученые смогли отметить нормальные показатели свертываемости крови у всех подопытных животных. Впереди первые испытания на взрослых людях больных гемофилией. Противники метода предупреждают о возможных побочных явлениях, которые могут проявиться со временем. Но исследователи уверены, что ген действует согласно заданным алгоритмам и не вызывает опасных генетических осложнений. Также разработчики метода уверяют, что их испытания соответствуют стандартам безопасности Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США [4].

Это не единственный пример положительного действия ГМО в медицине. Их используют для получения инсулина, аналогичного человеку. Это значительный шаг вперед, так как теперь гормон, регулирующий сахар не является дефицитным. Еще с помощью ГМО добились синтеза соматотропина – гормона роста человека, который помогал в лечении заболевания карликовости.Так же ведутся активные разработки в новой отрасли медицины –

генотерапии. При этом не просто используют продукты, полученные с помощью ГМО, а меняют генотип соматических клеток человека. В настоящее время генотерапия дала результаты в лечении ряда наследственных заболеваний, в частности алимфоцитоза и врожденного иммунодефицита Т-клеток [5].

Результаты и обсуждения: В нашем исследовании мы хотели узнать, действительно ли люди не знают о пользе ГМО. Респонденты в количестве 100 человек, из которых 67 человек – женщин и 33 – мужчины в возрасте от 18 до 56 лет ответили на следующие вопросы:

1. Продукты с ГМО вредны?
2. Могут ли рак вызывать продукты с ГМО?
3. Приводят ли к мутации продукты с ГМО?
4. Необходимо ли запретить производство продуктов ГМО на территории России?

Проанализировав опрос, мы получили следующие результаты:

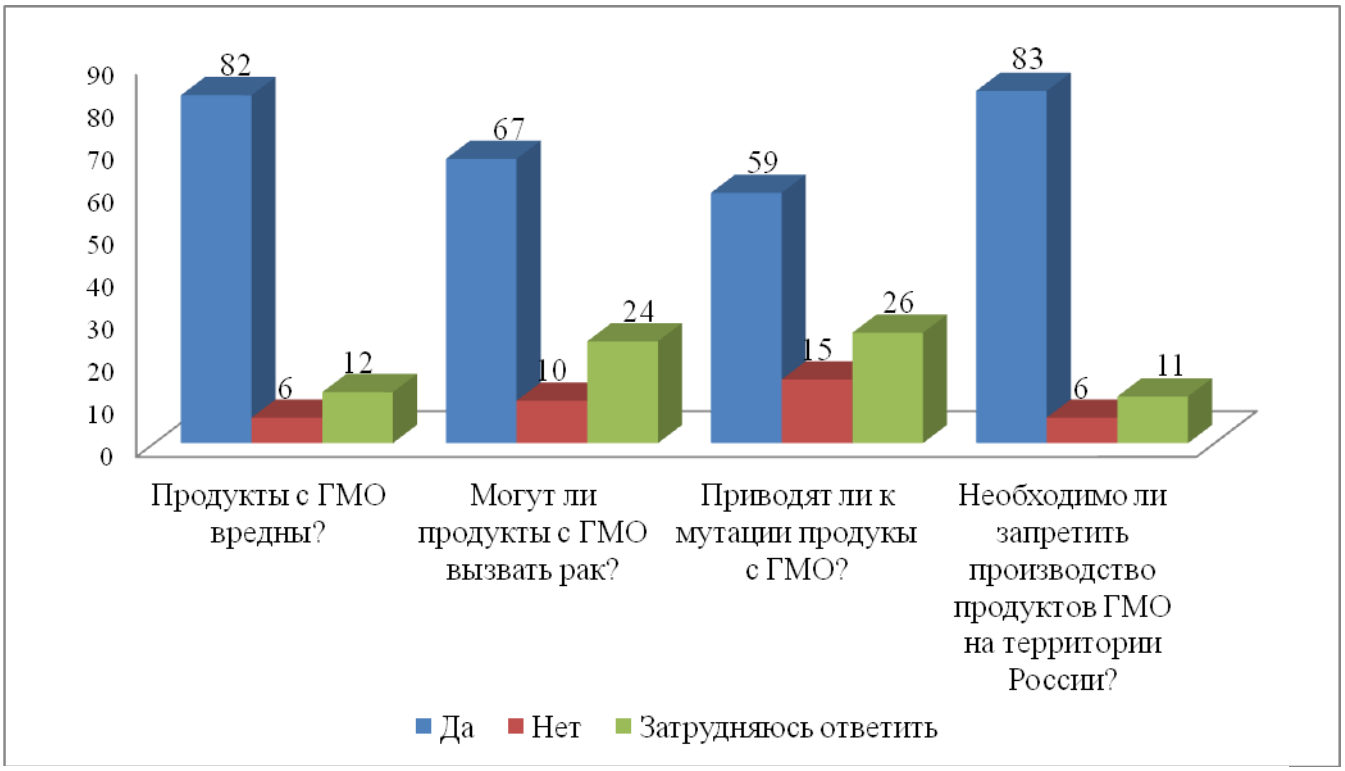


Рис. 1 Результаты опроса о вреде продуктов ГМО.

На первый вопрос ответили утвердительно 82 %, отрицательно – 6 % и затруднялись ответить 12 %. На второй вопрос дали положительный ответ 67 %, отрицательный – 10 % и не смогли ответить 24%. На третий вопроса ответили «Да» 59 %, «Нет» сказали 15 %, «Затрудняюсь ответить» - 26 %. На четвертый вопрос ответили утвердительно 83 %, отрицательно - 6 % и не смогли ответить 11 %.

Заключение и выводы: Генная инженерия сравнительно молодая наука, обладающая огромным потенциалом. В большинстве рядовые граждане относится ко всему новому с осторожностью, так и случается с ГМО. В связи с недостаточной просветительской деятельностью в этом вопросе, люди не могут увидеть плюсы данного метода, и поэтому с недоверием относятся ко всем продуктам содержащим генетически модифицированные организмы.

Список литературы:

1. Панчин, А. Сумма биотехнологий. Руководство по борьбе с мифами о генетической модификации растений, животных и людей. – Москва: Эволюция, 2017, с 235-238.
2. Ионова Л. Российская газета - Неделя №6816 (245), «ГМО великий и ужасный». 28.10.2015, с 5.
3.[http://sadisibiri.ru/tomat-cvetnoy.html]
4. [https://www.newscientist.com/article/dn28619-first-trial-of-gene-editing-treatment-for-haemophilia/]
5. [http://megaapteka.ru/statii/gmo_v_meditsine_/]

УДК 159.942.5

М.Д. Спивак

ВЫЯВЛЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Научный руководитель - канд.пед.наук, доцент Ю.В. Ивановский

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье представлен анализ уровня тревожности у детей, находящихся длительное время в лечебном учреждении. В процессе сложного и болезненного лечения ребенок испытывает проблемы, как на физиологическом, так и психологическом уровне. В это время большинство детей и их родителей остро нуждаются в своевременной психологической поддержке.

Ключевые слова:онкогематология, тревожность, дети, психологическая поддержка.

M. D. Spivak

IDENTIFY THE LEVEL OF ANXIETY IN CHILDREN WITH ONCOHEMATOLOGICAL DISEASES, WHO IS IN THE HOSPITAL

Scientific supervisor - Cand.Ped.Sciences, associate Professor Yu. V. Ivanovo

Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical University, Ufa

Summary: the article presents the analysis of the level of anxiety in children for a long time in the hospital. In the process of difficult and painful treatment, the child has problems both physiological, and psychological level. At this time, most of the children and their parents are in dire need of timely psychological support.

Key words: Hematology, anxiety, children, psychological support.

Актуальность: Большинство специалистов придерживаются мнения о том, что детство является периодом наибольшей чувствительности к различным неблагоприятным факторам вследствие прочности первичных впечатлений и низкой сопротивляемости нервной системы ребенка. Воздействие этих факторов на организм человека и его последствия в значительной степени опосредуется тревожными переживаниями. Особый интерес в связи с этим вызывают научные исследования, посвященные изучению проблемы тревожности у детей, которые по тем или иным причинам имеют какие-либо патологические

изменения и нарушения в плане здоровья [1]. Такой недуг, как острый лимфобластный лейкоз, является одним из самых распространённых злокачественных заболеваний в детском возрасте. В семьях, столкнувшихся с такой проблемой, складываются особые отношения между родителями и их детьми.

Известно, что нахождение в лечебном учреждении и в связи с этим смена социальных отношений представляют для ребенка значительные трудности. Эмоциональная напряженность связана главным образом с отсутствием близких для ребенка людей, с изменением окружающей обстановки, привычных условий и ритма жизни.

Такое психическое состояние тревоги принято определять, как генерализованное ощущение неконкретной, неопределенной угрозы. Ожидание надвигающейся опасности сочетается с чувством неизвестности: ребенок, как правило, не в состоянии объяснить, чего же, в сущности, он опасается. В отличии от сходной с ней эмоции страха, тревога не имеет определенного источника. Она диффузна и поведенчески может проявляться в общей дезорганизации деятельности, нарушающей ее направленность и продуктивность [4].

Нередко дети вследствие тяжелого заболевания становятся нервными, раздражительными и начинают проявлять агрессию по отношению к родителям. Это связано с тем, что сложное лечение оказывает воздействие на нервную систему ребенка. Ему, кроме того, приходится постоянно следовать каким-то предписаниям, жить согласно режиму, посещать неприятные и болезненные процедуры. Все это накладывает отпечаток на поведение ребенка. Родители в свою очередь, будучи эмоционально истощенными, не находят в себе сил толерантно относится к такому «плохому» поведению ребенка и начинают его наказывать. Все это ведет к нарастанию напряженности в детско-родительских отношениях [4].

Эти отношения обусловлены психологическими и эмоциональными изменениями, в последующем они ведут к качественным переменам в жизнедеятельности всех членов семьи. Близкое окружение ребенка начинает испытывать серьезные эмоциональные трудности, которые оказывают влияние на индивидуальное и семейное функционирование [4].

Семьи, воспитывающие тяжелобольного ребенка, остро нуждаются в помощи, им необходима психологическая поддержка. Болезнь – это испытание не только для детей, но и для родителей. И те, и другие нуждаются в своевременной психологической помощи, чтобы избежать внутрисемейного кризиса [4]. Для налаживания и поддержания открытой коммуникации между родителями и детьми можно использовать, например элементы тренинга или элементы игровой терапии в общении родителей и детей, что способствует сплочению и объединению семьи, а также снятию эмоционального напряжения в семье.

Цель работы: Выявление и анализ уровня тревожности у детей, находящихся на лечении в ГБУЗ «Республиканской детской клинической больницы» онкогематологическом отделении.

Материалы и методы: Для определения уровня тревожности было проведено тестирование Р. Тэммла, М. Дорки, В. Амена [2]. На основании данных протокола вычислялся индекс тревожности ребенка (ИТ), который равен процентному отношению числа эмоционально негативных выборов к общему числу рисунков. В зависимости от уровня индекса тревожности дети подразделяют на 3 группы: высокий уровеньтревожности (ИТ выше 50%), средний уровень тревожности (ИТ от 20 до 50%), низкий уровень тревожности (ИТ от 0 до 20%). Каждый ответ ребенка анализируется отдельно. Анализ выборов ребёнка в различных ситуациях позволяет сформулировать предположение о конкретных источниках его тревоги.

Таким образом, анализ результатов должен содержать информацию об общем уровне тревожности, предполагаемых источниках тревоги в межличностных отношениях ребёнка и указания на возможные причины травматизации.

Результаты и обсуждения: для достижения цели исследования нами было проведено тестирование детей 5-8 лет онкогематологического отделения на выявление уровня тревожности.При интерпретации данных тревожность, испытываемая ребёнком в той или иной ситуации, рассматривается как проявление его отрицательного эмоционального опыта в этой или аналогичной ситуации. Помимо общего вывода об уровне тревожности испытуемого экспериментатор формулирует предположение о том, какие именно отношения являются для ребёнка источником тревожности – детско-родительские или отношения с другими детьми.

При формулировке выводов необходимо учитывать эмоциональное состояние ребёнка на момент обследования, его комментарии и объяснения своего выбора. Эта информация необходима для прояснения причин тревожности и для исключения необъективных выводов.

На психологическом уровне тревожность ощущается как напряжение, озабоченность, беспокойство, нервозность и переживается в виде чувств неопределенности, беспомощности, бессилия, незащищенности, одиночества, грозящей неудачи, невозможности принять решение и др. На физиологическом уровне реакции тревожности проявляются в усилении сердцебиения, учащении дыхания, увеличении минутного объема циркуляции крови, повышении артериального давления, возрастании общей возбудимости, снижении порогов

чувствительности, когда ранее нейтральные стимулы приобретают отрицательную эмоциональную окраску.

Проведенное тестирование на выявление уровня тревожности (УТ) показало, что низкий УТ встретился лишь у одного ребенка (10%), средний УТ - у трех (30%), высокий - у шестерых (60%).

Высокий уровень тревожности (ИТ) свидетельствует о недостаточной эмоциональной приспособленности ребёнка к тем или иным жизненным ситуациям. Эмоционально позитивный или эмоционально негативный опыт косвенно позволяет судить об особенностях взаимоотношений ребёнка со сверстниками и взрослыми. Общая оценка пациентов с выявленным высоким уровнем тревожности характеризуется напряженностью и беспокойством, сильной возбудимостью. Личность с выраженной тревожностью склонна воспринимать окружающий мир как несущий в себе потенциальную угрозу или опасность в значительно большей степени, чем личность с низким уровнем тревожности [3].

Чем выше уровень проявляемой тревожности у детей, тем сложнее им регулировать свои эмоции, и свое поведение. Между тревожностью и саморегуляцией существует прямая зависимость. Под воздействием внутренней тревоги ребенок зачастую совершает необдуманные поступки, так как все разумные мысли парализованы чувством страха и неуверенности в себе. показателей удовлетворенностью жизнью.

Личности с нормальным уровнем тревожности легко владеют ситуацией, своими эмоциями и поведением. Таким людям легко идти по жизни. Они очень мобильны, общительны, целеустремлены.

У детей, уверенных в себе, спокойных, не склонных к напряженности отмечается низкий УТ.Поэтому относительно низкий уровень тревожности можно считать одним из основных [3].

Заключение и выводы: роль психологической поддержки в детской онкологии очень высока. Ребёнку, страдающему онкологическим заболеванием, приходится переносить длительное лечение, часто сопровождающееся опасностью для жизни, длительными болевыми ощущениями, ограничением умственной и двигательной активности, косметическими дефектами. В семьях, столкнувшихся с такой проблемой, складываются особые отношения между родителями и их детьми.

Задача психологической поддержки — не только медицинская, но и социальная адаптация ребёнка, и она должна проводиться на всех этапах оказания специализированной помощи, начиная с момента установления диагноза и далее в процессе специального лечения и диспансерного наблюдения [5]. В качестве эффективных методов в устранении

эмоционального напряжения в детско-родительских отношениях рекомендуются арт-терапия и музыкотерапия. В процессе лепки или рисования родители и дети «выплескивают» на бумагу все свои переживания и чувства, избавляясь, таким образом, от накопившейся негативной энергии. К тому же совместная творческая деятельность объединяет и обеспечивает эмоциональное сближение родителей и детей [4]. Музыкотерапия оказывает целительное воздействие на психологическое здоровье человека. При помощи музыкотерапии можно моделировать эмоции, поднять настроение, снизить чувство тревожности, сформировать чувства внутреннего покоя, радости, создать положительный эмоциональный фон.

Список литературы:

1. Нехорошкова А.Н., Грибанов А.В. Тревожность у детей: причины и особенности проявления // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5

2. Рогов, Е. И. Настольная книга практического психолога: учеб. пособие / Е. И. Рогов. — В 2 кн. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ВЛАДОС, 1999. — Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. — 384 с.

3. Сансызбаева К. З. Влияние тревожности на уровень социальной фрустрации // Психология: проблемы практического применения: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Чита, июнь 2013 г.). — Чита: Издательство Молодой ученый, 2013. — С. 63-71.

4. Федоренко М.В., Набиева Р.И., «Психологическая помощь семьям, воспитывающим ребенка больным острым лимфобластным лейкозом» «Успехи современной науки» 2016, №10, Том 6

5. В.И.Чиссова, С.Л.Дарьяловой Онкология: учебник/под ред. -М.: ГЭОТАР-Медиа,2007. -560с.

УДК 141

Ю. И. Тагирова, Д. Э. Арсланова

МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Научный руководитель - доцент, к. филос. н. А. С. Зубаирова-Валеева
Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин
с курсом социальной работы,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме:Практика китайской медицины насчитывает несколько тысячелетий, и её успех, несомненно, во многом базируется на ее философии. В данной работе представлен анализ мировоззренческих оснований китайской медицины. Авторы приходят к выводу, что мировоззренческие основания медицины Древнего Китая развиты и самобытны, их характеризует глубокая диалектичность и видение организма человека как системы, представляющей единое целое с окружающим миром, находящейся с ним в непрерывном взаимодействии. Возможно, поэтому данная система врачевания актуальна и востребована и по сей день.

Ключевые слова: китайская медицина, философия Древнего Китая.

Y. I. Tagirova, D. E. Arslanova

WORLD OUTLOOK FOUNDATIONS OF CHINESE MEDICINE

Scientific Advisor — Ph. D. in Philosophy, Associate Professor A. S. Zubairova-Valeeva
Department of philosophy and social-humanitarian disciplines
with the course of social work,
Bashkir state medical university, Ufa

Abstract:The practice of Chinese medicine goes back millennia and undoubtedly its success is based on its philosophy. In this article the analysis of worldview foundations of Chinese medicine is described. The authors come to the conclusion that the worldview foundations of Chinese medicine are advanced and original, they are characterized by a deep mobility and seeing the human body as a system that represents the unified whole with the outside world, constantly interacting with it. Perhaps, for that reason the treating system is important and necessary up to date.

Keywords:Chinese medicine, Ancient Chinese philosophy.

Актуальность: В настоящее время китайская медицина все чаще используются медиками разных стран, и проводимые в институтах и научных лабораториях исследования во многом подтверждают ее эффективность. Однако основой китайской медицины являлись представления жителей Древнего Китая об устройстве мира, человеческого организма и

соотношении материи и энергии. В данной работе представлен анализ мировоззренческих оснований китайской медицины.

Цель исследования: получить ответ на вопрос, почему данная система врачевания продолжает оставаться актуальной и востребованной в современном мире.

Материалы и методы исследования.Для достижения данной цели были использованы общефилософские методы научного исследования, такие как: анализ и синтез, индукция и дедукция, исторический и диалектический методы. Был проведен обзор научной литературы и доступных первоисточников (в переводе на русский язык) по национальной медицине Китая.

Результаты и обсуждение: ещё в древности китайцы подметили феноменологические взаимосвязи, существующие между поверхностью тела человека и его внутренними органами (подобные закономерности нашли отражение и в поздней европейской медицине – например, в признании существования так называемых зон Захарьина-Геда). Они дали этим взаимосвязям приемлемое для их картины мира натурфилософское обоснование и смогли превратить это знание в подлинное искусство врачевания [6, с. 8].

Самобытная китайская философия прошла длительный путь становления и развития: от культа природы (земля, горы, Солнце, Луна и планеты) до оригинальных религиозно-философских систем (конфуцианство и даосизм с VI в. до н. э., другие учения) и философии стихийного материализма (натурфилософии), которая сформировалась в Китае к середине I тысячелетия до н. э. и получила развитие в трудах китайских ученых в эпоху древних империй [3, с. 100-102].

Один из медицинских текстов древнего Китая, сохранившихся до нашего времени – трактат «Хуанди Нэй цзин» («Канон врачевания Желтого Предка»), или «Нэй цзин» («Канон врачевания») был составлен в III в. до н.э.. Авторство этого трактата приписывается легендарному правителю Китая Хуанди, почитаемому как предку всех китайцев. Трактат содержит в себе вопросы об устройстве окружающего мира и тела человека и является основой для дальнейшего развития всей китайской медицины.

Концепции У-син и Инь-Ян отражают донаучный диалектический материализм. Это учение легло в основу практической медицины Древнего Китая.

Концепция У-син, очевидно, возникла раньше, чем концепция Инь-Ян; она отражает стихийно-материалистическую основу философских воззрений мыслителей Древнего Китая. Согласно этой концепции, существует пять стихий (ветер, жара, влажность, сухость, холод) и

пять первоэлементов (дерево, огонь, земля, металл, вода). Взаимосвязь между пятью первоэлементами используется в традиционной китайской медицине для объяснения отношений между органами и их меридианами, между человеком и окружающей средой, но главным образом для объяснения причин возникновения и механизмов развития тех или иныхклинических синдромов. Между всеми пятью первоэлементами существуют два типа неразрывных связей - взаимопорождение и взаимное угнетение, которые и определяют состояние их непрерывного взаимодействия и развития.

Концепция Инь-Ян составляет диалектическую основу мировоззрения Древнего Китая. Согласно этой концепции, все существующие в природе предметы и явления имеют два взаимно противоположных начала - Инь и Ян, которые не только противоположны, но и взаимообусловлены, отношения между ними составляют основной закон существования материального мира. Инь характеризуется как негативное, холодное, темное и женское, а Ян – как позитивное, светлое, теплое и мужское. Согласно традиционным китайским представлениям, любой объект во вселенной может быть определен характеристиками Инь и Ян [2, с. 9-17].

Хотелось бы сказать несколько слов о применении концепции Инь-Ян в традиционной китайской медицине. В «Су-вэнь» говорится: «Человек в жизни обладает телесной формой, которая неразделима с субстанциями Инь и Ян». Имеется в виду, что все компоненты, составляющие телесную форму человека, можно характеризовать как иньские или янские, определяя, таким образом, иерархию взаимоотношений между ними. Что касается описания человека в категориях Инь и Ян, то в «Су-вэнь» говорится: «При описании человека через субстанции Инь и Ян, внешнее соответствует субстанции Ян, а внутреннее соответствует субстанции Инь. При описании организма через субстанции Инь и Ян спина соответствует субстанции Ян, а живот соответствует субстанции Инь. При описании внутренних органов человеческого организма, органы – «цзан» соответствуют субстанции Инь, а органы – «фу» соответствуют субстанции Ян.

В «Нэй-цзин» говорится, что нормальная жизнедеятельность человеческого организма является результатом взаимного противопоставления и уравновешивания в единстве взаимодействия субстанций Инь и Ян. И если энергетические процессы организма можно классифицировать как янские, тогда материальная основа соответствует субстанции Ян. Ибо именно материя является основой энергетики. Считается, что как только теряется взаимосвязь между субстанциями Инь и Ян в человеческом организме,разрушается состояние их равновесия. Это приводит к преобладанию одной из субстанций, вслед за чем возникает заболевание. Кроме того, возникновение болезней связано еще с таким аспектом,

как существование прямого и искривленного дыхания – «ци» (чжэн-ци и се-ци, соответственно). В данном контексте прямое дыхание – «ци» связано как со структурой, так и с распределением энергии во всем теле, что выражается в виде способности противостоять болезням. Искривленное дыхание подразумевает любые факторы, которые приводят к возникновению болезни. Эти термины (прямое и искривленное дыхания – «ци») относятся не только к физическому состоянию организма, но и к нравственному и моральному облику человека.

По «Нэй-цзин», основной принцип лечения состоит в восстановлении связи и равновесия между субстанциями Инь и Ян. Если имеет место преобладание, избыточность одной из субстанций, то тогда применяется методика, которая, отталкиваясь от констатации синдрома полноты, или ши-чжэн, заключается «в разрушении излишнего». И, наоборот, при недостаточном развитии одной из субстанций применяется лечебная методика «восполнения недостаточного» [7, с. 8-15].

Со временем концепции У-син и Инь-Ян стали представлять собой одно целое.

Заключение и выводы: таким образом, представления древних китайских мыслителей о мире и человеке легли в основу их понимания причин болезней. Мировоззренческие основания китайской медицины развиты и самобытны, их характеризует глубокая диалектичность и видение организма человека как системы, представляющей единое целое с окружающим миром, находящейся с ним в непрерывном взаимодействии. Практика китайской медицины насчитывает несколько тысячелетий, и её успех, несомненно, во многом базируется на её философии. Китайский народ черпал мудрость в окружающем мире, умножая ее на присущую ему наблюдательность и умение делать выводы на основании самых простых природных явлений.Возможно, поэтому данная система врачевания актуальна и востребована и по сей день.

Список литературы:

1. Зубаирова – Валеева А.С. Религиозное врачевание как феномен культуры. Уфа: РИЦ БашГУ, 2010. 133 с.
2. Лувсан. Очерки методов восточной рефлексотерапии / Гаваа Лувсан. 3-е изд., перераб. и доп. Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1991. 432 с.
3. Соткина, Т.С. История медицины: Учебник для студ. выш мед. учеб. заведений / Татьяна Сергеевна Сорокина. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Издательский цент «Академия», 2004. 560 с.
4. Фалев А.И. Классическая методология традиционной китайской чжень-цзю терапии М.: Олимпия, 1993. — 200 с.
5. Ли Сы Чунь. Нефритовый дракон. 1998 г. 240с., ил.
6. Палош Ш. Китайское искусство целительства. История и практика врачевания от древности до наших дней / Пер. с англ. Л. А. Игоревского. М.: ЗАО Изд-во Центрполиграф, 2002. 282с.
7. Трактат желтого императора о внутреннем / Пер. Б. Виногродский. М.: «ЧИТРА», 2002. 288с.

УДК 614

Файзрахманова А.Р.

МОРАЛЬНО–ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЫТОВ И ЭКСПЕРИМЕНТОВ.

Научный руководитель – к.м.н., преподаватель кафедры психологии и педагогики ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России Липатова Е.Е.

Кафедра микробиологии, Башкирский Государственный Медицинский Университет, г.Уфа

Резюме: В статье освящен вопрос морально-этических проблем проведения клинических испытаний и экспериментов. Рассмотрены основополагающие события, ставшие ключевыми моментами в становлении морально-этических прав человека. Проанализирован правовой аспект данного вопроса и проведен сравнительный анализ соблюдения морально-этических норм в периодов развития доказательной медицины.

Ключевые слова:медицинское право, нормативные акты, врачебная тайна, добровольное информированное согласие, этический комитет

Fayzrakhmanova A.R.

MORAL-ETHICAL PROBLEMS OF CONDUCTING EXPERIMENTS.

The scientific adviser is the candidate of medical sciences, the teacher of the chair of psychology and pedagogy of the Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation Lipatova E.E.

Department of Microbiology, Bashkir State Medical University, Ufa

Summary: In the article the question of moral and ethical problems of conducting clinical trials and experiments on people is consecrated. The basic events that have become key moments in the development of moral and ethical human rights are considered. The legal aspect of this issue was analyzed and a comparative analysis of compliance with moral and ethical norms during the development of evidence-based medicine was conducted. The conclusions are drawn on the basis of the analysis.

Keywords: medical law, regulations, awareness , medical secrecy, voluntary informed consent, ethical committee

Актуальность: В связи с нарастающим прогрессом в области медицины, развитием новых технологий и специфических техник, разработкой новых медикаментов увеличивается спрос на проведение клинических испытаний, которые в свою очередь должны находиться

под строгим и грамотным контролем биоэтического комитета.

Цель исследования: Рассмотреть правовые основы проведения клинических испытаний.

Материалы и методы: При изучении данного вопроса потребовалось изучить законодательство Российской Федерации, который представлен «Семейный кодекс РФ», «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», «Закон РФ о трансплантации органов или тканей человека» а так же Хельсинской Декларацией.

Результаты и обсуждения: Научный мир неустанно прогрессирует, создавая новейшие методы и средства для лечения различных заболеваний, от банального на данный момент вируса гриппа до страшнейших форм онкологий. Однако результат научной деятельности не действителен, пока не был доказан на опыте. В сфере медицины данные опыты проводятся непосредственно на людях и называются клиническими испытаниями или исследованиями. К выводам о значимости клинических исследований ученые пришли уже очень давно и так же давно это практикуют. Знания возникают из опыта и основываются на наблюдениях. Однако, постулаты этических норм были не нормированы, поэтому исследователи подходили к вопросу выбора испытуемых абсолютно безнравственно [1]. К примеру в 1963 г. в Бруклине, в Еврейской больнице для страдающих хроническими заболеваниями, в качестве эксперимента престарелым пациентам без их согласия были введены активные раковые клетки. Так же установлено, что нацисты подвергали опытам и умертвили 70 тыс. человек. Среди замученных были душевнобольные, люди с физическими недостатками, считавшиеся "бесполезными" для общества, цыгане и др. [5]Было также доказан факт, что часть полостных операций проводилась без какого-либо обезболивания. Тем самым нацистские врачи обесчестили свою профессию. В дальнейшем стало известно, что такого же рода злодейские опыты ставились врачами в Японии во время Второй мировой войны. В период между 1965 и 1971 г. в государственной больнице Уиллоубрук, в Нью-Йорке, проводились исследования вирусного гепатита. В ходе этих исследований вирус гепатита вводился детям с физическими недостатками, находившимся в этой больнице. И на этом список ужасающих фактов не заканчивается, ведь на данный период развития доказательной медицины, подобное решение проблем с испытуемыми было нормой и трактовалось как необходимость для совершения научного прорыва. Это длилось до тех пор, пока в 1945 году на Нюрнбергском процессе не стала известна правда о жутких деяниях нацистских врачей и мир впервые подверг сомнению добросовестность врачей и врачебную этику. Однако данный процесс лишь помог раскрыть глаза на наличие проблемы[6].

Ответный шаг для решения данной задачи был принят Всемирной Медицинской

Ассоциацией (ВМА) в виде Хельсинкской Декларации, как свод этических принципов проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта, в том числе исследований биологических материалов или данных, допускающих идентификацию лица, от которого они были получены.

Основные принципы Хельсинской Декларации:

1. Женевская декларация ВМА определяет долг врача следующими словами: "Здоровье моего пациента будет моей главной заботой", а международный Кодекс медицинской этики гласит: "Врач при оказании медицинской помощи должен действовать в интересах пациента".

2. Долг врача – поддерживать и охранять здоровье, благополучие и права пациентов, в том числе тех, которые участвуют в медицинском исследовании. Знания и совесть врача должны быть направлены на служение этому долгу.

3. Прогресс медицины основан на научных исследованиях, которые, в конечном счете, должны включать исследования с участием людей в качестве субъектов.

4. Основная цель медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта со-стоит в том, чтобы понять причины, механизмы развития и последствия заболеваний и совершенствовать профилактические, диагностические и терапевтические вмешательства (методы, процедуры и виды терапии). Даже лучшие из проверенных вмешательств должны постоянно посредством исследований подвергаться оценке на предмет их безопасности, эффективности, действенности, доступности и качества.

5. Медицинские исследования должны проводиться с соблюдением этических стандартов, гарантирующих уважение ко всем субъектам исследований и защиту их здоровья и прав.

6. В то время как основная цель медицинских исследований – получение новых знаний, эта цель никогда не должна превалировать над правами и интересами отдельных субъектов исследования.

7. Долгом врача, вовлеченного в медицинское исследование, является защита жизни, здоровья, достоинства, неприкосновенности, права на самоопределение, частную жизнь и конфиденциальность персональных данных субъектов исследования. Ответственность за защиту субъектов исследования всегда несет врач или иной медицинский работник, и ни в коем случае такая ответственность не может быть возложена на субъекта исследования, даже если он дал свое согласие.

8. Врачи должны учитывать как национальные, так и международные этические и

правовые нормы и стандарты проведения исследований с участием человека в качестве субъекта. Ни-какие национальные или международные этические или правовые требования не должны умалять или отменять меры по защите субъектов исследования, установленные настоящей Декларацией.

9. Медицинские исследования должны проводиться таким образом, чтобы минимизировать возможный вред окружающей среде.

10. Медицинские исследования с участием человека в качестве субъекта должны проводиться только лицами, имеющими соответствующую этическую и научную подготовку, образование и квалификацию. Исследование с участием пациентов или здоровых добровольцев требует контроля со стороны компетентного и имеющего соответствующую квалификацию врача или иного медицинского работника.

11. Группам, в недостаточной мере привлекаемым к участию в медицинских исследованиях, необходимо обеспечить возможность участия в них.

12. Врачи, сочетающие медицинские исследования с оказанием медицинской помощи, должны привлекать к участию в них своих пациентов только в той степени, в какой это оправдано с точки зрения потенциальной профилактической, диагностической или терапевтической ценности, и если врач имеет достаточные основания полагать, что участие в исследовании не скажется неблагоприятным образом на здоровье пациентов, являющихся субъектами исследования.

13. Субъектам, пострадавшим в результате участия в исследовании, должны быть гарантированы соответствующие компенсация и лечение.

Так же в Декларации рассмотрены вопросы рисков, неудобств и пользы, описаны уязвимые группы лиц и случаи, в которых возможны исследования с ними. Отдельное место уделено научным требованиям и протоколам исследований и вопросу конфидециальности и праву на личную жизнь(3).

Многие имениты ученые поддержали набирающий ход развития медицинской этики. Одним из них был американский профессор анестезиолог Генри Бичер, опубликовавший статью в популярном издании « NewEnglandJournalofMedical» 1966 года, в которой привел данные о случаях проведении клинических испытаний на людях без согласия испытуемых с риском для жизни и здоровья. Все данные, на которые опирались суждения профессора, были взяты из научных публикаций.

В настоящее время в России правовой основой для проведения клинических исследований являются:

1. Хельсинкская декларация с внесенными изменениями на 53-ей Генеральной

Ассамблее ВМА, Вашингтон, США, октябрь 2002 г.

2. Конституция РФ

3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года. № 5487–1 (с изменениями от 21 ноября 2011 года)

4. Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» (с изменениями от 2 января 2000 года; 30 декабря 2001 года), ст. 40 ч. 7 п. 2

5. Отраслевой стандарт ОСТ 42-51199 «Правила проведения качественных клинических испытаний в РФ» (утверждено МЗ РФ от 29 декабря 1998 года)

Для соблюдения выполнения этических норм при клинических испытаниях были созданы этические комитеты.

В нашей стране правовая база для создания этических комитетов появилась в 1993 г. с принятием Закона Российской Федерации "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", а именно его статьи 16 - "Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан".

Первый ее параграф гласит, что при органах государственной власти и управления, на предприятиях, в учреждениях, организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения могут создаваться комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан"; целями создания таких комитетов провозглашаются "защита прав человека и отдельных групп населения в этой области, участие в разработке норм медицинской этики и решение вопросов, связанных с их нарушением, подготовка рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской деятельности, решение иных вопросов в области охраны здоровья граждан".

Во втором параграфе отмечается, что в состав комитетов "входят лица, представляющие интересы общественности, включая специалистов по медицинской этике, юристов, деятелей науки и искусства, представителей духовенства, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов и других общественных объединений".

Наконец, в третьем, заключительном, параграфе этой статьи говорится о том, что

"Положение" о порядке создания и деятельности таких комитетов должно утверждаться высшим законодательным органом страны.

Выполнение биомедицинских исследований фармакологических препаратов, испытание медицинских инструментов, приборов, аппаратов требует обязательного предварительного определения их безопасности для человека путем организации доклинических испытаний и тестирований. Наиболее часто доклинические тестирования

осуществляется в опытах на лабораторных животных. Так же, некоторые виды доклинических исследований, к примеру при разработке и обосновании новых видов оперативных вмешательств, приходится моделировать и выполнять на трупах людей, органокомплексах или отдельных органах (анатомических препаратах). Эти виды исследований направлены прежде всего на расширение научной базы данных о норме и патологии развития человека, а так же на оценку безопасности, эффективности или полезности медицинского продукта, процедуры или воздействия.

Основываясь на необходимости использования биоматериалов и лабораторных животных для научно-исследовательской работы и учебного процесса, требуется соблюдение особых правил и условий, которые описаны в Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации

К основным положениям этого документа относятся следующие:

- При проведении биомедицинских исследований или при решении учебно-методических задач с использованием биологических объектов должны строго соблюдаться правовые и этические нормы;
- Эксперимент должен быть спланирован на основе углубленного изучения проблемы по данным литературы;
- Эксперимент должен быть тщательно обоснован и направлен на получение результатов, не достижимых другими методами.
- При вроведении экспериментов на животных должны были приняты меры, позволяющие избежать излишних физических страданий или повреждений;
- Эксперимент должен осуществляться квалифицированными специалистами, а обучение проводится под руководством квалифицированных преподавателей

За последние годы в нашей стране было сформировано множество законов, которые стали правовой основой для проведения опытов на биологическом материале и животных:

- Федереальный Закон (ФЗ) «Закон о погребении и похоронном деле», 1995Г;
- ФЗ «Семейный кодекс РФ», 1995г;
- ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», 1993;
- ФЗ «Закон РФ о трансплантации органов или тканей человека», 1992;
- Хельсинская Декларация, 2000г;
- Директивы Европейского Сообщества и т.д.

Заключение и выводы: Таким образом, в период с 1966 года была проделана титаническая работа, принесшая как результат нормативные документы регулирующие

деятельность исследователей. В Российской Федерации разработано и применяется законодательство, в достаточной степени отражающее основные положения международных документов, принятых по вопросам проведения биомедицинских исследований и экспериментов на человеке.

Список литературы

1. Биомедицинская этика / Отв. ред. В. И. Покровский. М.: Медицина, 1997

2. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Отв. ред. Б. Г. Юдин. М.: Эдиториал УРСС, 1998.

3. Введение в биоэтику / Отв. ред. Б. Г. Юдин. М.: Прогресс-Традиция, 1998.

4. Международные акты о правах человека. Сб. документов. М., 1999.

5.О.О.Гоглова, А.Ф.Богомолов, А.О.Бунин / Эксперименты на людях / Журнал Медицинское право и этика, 2003, N 4

6. Этическая экспертиза биомедицинских исследований / Практические рекомендации под общей рекомендацией член-корр. РАМН, проф. Ю.Б.Белоусова, 2005.

7. Levine R. J. / Ethics and Regulation of Clinical Research / Yale Univ. Press, New Haven and London // second edition 1988

УДК 378:316.628.5-057.875

Ю.Г. Филиппов

МОТИВАЦИЯ КАК СМЫСЛООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ПРИ ВЫБОРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

Научный руководитель - кандидат педагогических наук, доцент кафедры педагогики и психологии Л.В. Мурзагалина

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: выбор в качестве предмета деятельности медицины способствует тому, что медицина приобретает системное качество мотива будущей деятельности. Потребность в получении профессиональных знаний и навыков в данной области деятельности и мотивы трансформируются в учебные и профессиональные цели, планы на будущее и различные образовательные проекты. Планы приобретают более конкретные очертания, обучающиеся формулируют более четкие перспективы в ходе освоения профессии. Известно, что мотивы влияют на процесс обучения и будущую профессиональную деятельность, ее характер и эффективность опосредованно — через цели.

Ключевые слова: профессиональная мотивация, учебная мотивация, диагностика мотивации студентов.

Y.G.Filippov

MOTIVATION AS A KEY FACTOR WHEN SELECTING A MEDICAL PROFESSION

Scientific Advisor – Associate Professor in Pedagogy Murzagalina L.V

Department of Pedagogy and psychology Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The choice of medicine as a future profession confirms to the fact that medicine acquires a systemic quality of motivation for future activities. The need for obtaining professional knowledge and skills in this field of activity and motivation are transformed into educational and professional goals, future plans and various educational projects. Plans acquire more concrete outlines, students formulate clearer prospects in the course of mastering the profession. It is known that motives influence the learning process and future professional activity, its character and effectiveness indirectly – through the goals.

Keywords: professional motivation, educational motivation, diagnosis of student motivation.

Актуальность: формирование необходимого уровня профессиональной пригодности и, как следствие, достижение высокого уровня профессионализма предполагает развитие как

профессионализма, так и личности в целом. Особая роль отводится мотивационным факторам. Процесс учебы имеет больший успех при наличии у студентов устойчивой и сильной мотивации.

Правильно выбранная профессия, подкрепленная хорошей мотивацией, обязательно будет приносить удовольствие и пользу не только тому, кто ее выбрал, но и другим людям.

Очень важно, чтобы после окончания медицинского колледжа или университета выпускник был убежден в правильности сделанного выбора.

Профессия медика является самой благородной из всех, ведь ее предназначение - дарить людям жизнь и здоровье. Медицинские работники не имеют права подвергать риску жизнь пациентов. Именно поэтому важно формирование мотивов, придающих учебе значимый смысл.

Цель исследования: определить мотивы выбора профессии у первокурсников медиков.

Материалы и методы: нами была использована авторская методика А. П. Васильковой «Мотивация выбора профессии медицинского работника »

Инструкция к методике: вам предлагается 10 утверждений, означающих причины выбора медицинской профессии. Вы должны сравнить их попарно на специальных матрицах регистрационного бланка. В матрице записаны пары цифр, каждой цифре соответствует утверждение, которое стоит под этим номером в списке. В каждой сравниваемой паре Вы должны выбрать одно утверждение и обвести его в кружок. В последней клетке каждого столбца, который соответствует одному из утверждений, необходимо написать сумму сравнительных предпочтений данного утверждения по всем парам, а не только в данном столбце.

Результаты и обсуждения: Результаты показали, что: среди 30 опрошенных у 24-профессионально значимая мотивация (желание лечить людей, возможность облегчить страдания тяжелобольных, стариков и детей, желание решать научные медицинские проблемы); у 5-социально одобряемая мотивация (возможность заботиться о здоровье близких, семейные традиции и социальная значимость профессии); у 1-личностозначимая мотивация (возможность заботиться о своем здоровье, возможность оказать влияние на других людей, доступность медикаментов и материальная заинтересованность).

Заключение и выводы:

1) Мы сравнили наши результаты с результатами проведенного и опубликованного опроса в статье Кизликова И. Г., у большинства студентов мотив выбора медицинской

профессии опирается на возможность заботы о своем здоровье и здоровье близких, а также желание лечить людей и облегчить страдания тяжелобольных, что практически совпадает с полученными нами результатами.

2) Согласно А.Н. Леонтьеву, одни мотивы, побуждая деятельность, вместе с тем придают ей личностный смысл (смыслообразующие мотивы); другие сосуществующие с ними, выполняя роль побудительных факторов, лишены смыслообразующей функции (мотивы-стимулы). Несмотря на сочетание в структуре мотивации разных видов смысла, необходимо отметить преобладание смыслообразующих мотивов у обследованной группы студентов, что позволяет сделать выводы об усилении побудительной силы мотивов.

Список литературы:

1. Бушин А.И. Операционализация понятия «мотив» у студентов педагогических вузов. – Психология в вузе, 2008. №3, с.112.

2. Фитьмова А.А. Исследование мотивационной структуры личности будущих врачей.- Известия ВГТУ, №8 том 9,2010, с.62
Режим доступа http://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-motivatsionnoy-struktury-lichnosti-buduschih-vrachey

3. Жумалиева Ж.М. Проявление мотивационных факторов в старшем школьном возрасте в выборе профессии. – Иновационная наука №4-5, 2016, с.96.
Режим доступа http://cyberleninka.ru/article/n/proyavlenie-motivatsionnyh-faktorov-v-starshem-shkolnom-vozraste-v-vybore-professii

УДК 616-05

В.Р.Филиппова, Р.А.Сулейманова

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.Е.Липатова

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Пациенты имеют право на безопасность, исключающую возможность риска для жизни или причинения вреда их здоровью при медицинском вмешательстве. Безопасность пациентов является основополагающим принципом медицинской помощи.

Ключевые слова: безопасность пациента

V.R.Filippova, R.A.Suleymanova

PATIENT'S SAFETY IN THE HEALTH SYSTEM

Scientific Advisor – C.M.S., Docent E.E.Lipatova

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Patients have the right to safety, excluding the possibility of risk to life or harm to their health during medical intervention. The safety of patients is a fundamental principle of medical care.

Keywords: Patientsafety

Актуальность:Безопасность пациентов является основополагающим принципом медицинской помощи. Каждому этапу в процессе оказания помощи свойственна какая-то определенная небезопасность. Для улучшения безопасности пациентов необходимы комплексные усилия в рамках всей системы.

Цель исследования: сформировать четкое представление о понятии безопасности пациента, показать основные принципы безопасности пациента

Материалы и методы: работа с доступной литературой

Результаты и обсуждение: Целью программы ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов является координация, распространение и ускорение улучшений в области безопасности пациентов во всем мире. Безопасность пациентов - это основополагающий принцип медицинской помощи. Процесс оказания медицинской помощи сопровождается определенной небезопасностью, которая может наступать в результате каких-либо проблем, связанных с практикой, продуктами, процедурами или системами. По мнению ВОЗ для

улучшения безопасности пациентов необходимы комплексные усилия в рамках всей системы здравоохранения.

По данным ВОЗ ненадлежащая медицинская помощь приводит к большому числу заболеваемости и смертности во всем мире. Исследования показывают, что значительное число пациентов (3-16%) в развитых странах получили неблагоприятные последствия во время оказания медицинской помощи. В развивающихся странах сталкиваются с аналогичными проблемами в большем объеме.

Причинение вреда здоровью может возникнуть от частого медицинского вмешательства, поддельных препаратов и антисанитарии. Многие из этих неблагоприятных исходов для здоровья и жизни можно предотвратить.

По Проекту Федерального закона N 96700403-2 "О правах и безопасности пациентов в сфере здравоохранения" (ред., внесенная в ГД ФС РФ). Внесен депутатами Государственной Думы В.И. Илюхиным, Н.В. Кривельской. По разделу II. Статья 7. Право пациентов на безопасность в сфере здравоохранения.

Пациенты имеют право на безопасность, исключающую возможность причинения вреда их здоровью в процессе оказания медицинской и лекарственной помощи. Использование методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, а также лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники и программного обеспечения допускается только при наличии разрешения (лицензии) органов здравоохранения РФ.

Не допускается оказание медицинской помощи и связанных с ней услуг, осуществление иного медицинского воздействия, выпуск, закупка или продажа медицинской и фармацевтической продукции, не соответствующих стандартам качества или санитарным правилам. Запрещается использование не поддающихся стандартизации методов воздействия на организм человека, в том числе методов, основанных на биоэнергетике.

В экстренных случаях по жизненным показаниям медицинская или лекарственная помощь могут быть оказаны специалистом, не получившим лицензии, но имеющим диплом об окончании медицинского или фармацевтического образовательного учреждения.

Применение в экспериментальных целях новых, еще не разрешенных методов в медицинской практике может осуществляться только в интересах пациента при условии наличия разрешения на осуществление эксперимента, выданного органами здравоохранения Российской Федерации.

Ответственность за обеспечение безопасности пациентов, находящихся в учреждениях здравоохранения, несет администрация этого учреждения либо врач,

занимающийся частной практикой.

Запрещается:

- реклама и популяризация деятельности медицинских работников, целителей, предприятий сферы здравоохранения, не имеющих государственной лицензии либо действующих с нарушением ее условий; реклама и популяризация методов профилактики, лечения, лекарственных средств и др. не разрешенных к применению органом здравоохранения РФ;
- реклама о купле или продаже органов, тканей, крови и ее компонентов;
- популяризация и реклама разрешенных к применению лекарственных средств, которые, имеют серьезные побочные действия и должны применяться строго по назначению врача.

В целях обеспечения безопасности пациента запрещается незаконная продажа лекарственных средств, веществ и изделий медицинского назначения, в том числе продажа в неустановленных местах, без наличия лицензии на право продажи и сертификата, подтверждающего качество реализуемой продукции.

Нарушение норм, указанных в настоящей статье, влечет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Факторы, влияющие на безопасную медицинскую помощь:

1. Недостаточность количества квалифицированного медицинского персонала в мире. По глобальным оценкам в 57 странах мира существует дефицит в 2,4 млн. медперсонала.

2. Позитивная культура в организации за счет совершенствования коммуникаций, совместной работы, обмена знаниями между персоналом.

3. Большой объем работы и нагрузка, отсутствие или недостаточное время на отдых.

4. Организация общей безопасности в учреждении здравоохранения.

5. Проверки, аккредитации, лицензирование субъектов медицинской деятельности.

6. Человеческий фактор.

ВОЗ рекомендует основные подходы к управлению безопасностью:

1. Системный подход - состоит в заблаговременном формировании эффективной системы сил и средств. Составные элементы системы: распорядительные и нормативные документы. Устойчивость — за счет независимости от человеческого или технического фактора.

2. Технологический подход – предварительная научная выработка всех применяющихся технологических процессов, составление комплекта технологической документации, материальное оснащение, подготовка персонала. Деятельность работников, направленная на безопасность пациентов, отражена в приказах, положениях, инструкциях,

памятках, справочных пособиях.

3. Творческий подход - состоит в принятии нестандартных, но эффективных решений, обусловленных конкретной обстановкой. Рекомендация по применению - свободное принятие решения без оглядки на начальство или общественное мнение.

Заключение и выводы:

Таким образом, по данным ВОЗ основные последствия небезопасной медицинской помощи – это смерти людей. Такие последствия наступают из-за сочетания факторов, происходящих на разных уровнях системы, и могут включать в себя скрытые отказы в предоставлении медицинской помощи или ненадлежащее ее осуществление. Многие из неблагоприятных исходов для здоровья и жизни можно предотвратить при соблюдении правильных подходов и методов по управлению безопасности, и ликвидации проблем по ее обеспечению.

Список литературы:

1. «КонсультантПлюс» - http://www.consultant.ru/
2. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ
3. Программа ВОЗ по безопасности пациентов 2004г.

УДК 616.89-008.44:379.8.092:004.77

К.К. Хазеева,А.И. Ахметов, И.Ф.Галяутдинов

ПРОБЛЕМА НАСИЛИЯ НАД ЛЮДЬМИ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Научный руководитель -Граница А.С., асс
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,лечебный факультет г. Казань, Россия

Резюме: *Проследить влияние виртуальности на сознание человека и формирования у него аддиктивного поведения и изучить сам феномен зависимого поведения и количественного его обозначить у студентов медиков КГМУ.*
В статье изучена проблема интернет-зависимости и последующего паразитирования варваров, преступников на людях с аддиктивном поведением. Рассмотрены первопричины этого психологического явления в контексте интернет-насилия. Представлены результаты измерения степени выраженности аддективного поведения у студентов КГМУ. Изучено происхождение и специфика насилия над аддиктивными личностями.

Ключевые слова: психология, аддиктивное поведение, насилие, интернет-варварство

Khazeeva K. K., A. I. Akhmetov, I. F. Galyautdinov

THE PROBLEM OF VIOLENCE AGAINST PEOPLE WITH ADDICTIVE BEHAVIOUR

Scientific supervisor -Granitsa Al. S., ass
Of the Kazan state medical University Ministry of healthcare of the Russian Federation medical faculty of Kazan, Russia

Summary: to Trace the influence of virtuality on human consciousness and the formation of his addictive behavior and to study the phenomenon of addictive behavior and quantitative labeling of students of KSMU.

In the article the problem of Internet addiction and subsequent parasitism of the barbarians, criminals, people with addictive behaviour. Considered the root causes of this psychological phenomenon in the context of Internet violence. The measurement of the severity of addictive behaviour among students of KSMU. Studied the origin and specifics of the abuse of addictive personalities.

Key words: psychology, addictive behavior, violence, Internet barbarism

Актуальность: Аддиктивное поведение – одна из форм девиантного поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенной деятельности

Цель.Проследить влияние виртуальности на сознание человека и формирования у него аддиктивного поведения и изучить сам феномен зависимого поведения и количественного его обозначить у студентов медиков КГМУ.
Методы. Использованы историко-компоративистский подход, проведено анкетирование.

Рассмотрим основные термины. Аддиктивное поведение – одна из форм девиантного поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенной деятельности. Оно может иметь совершенно разные проявления, начиная безобидными творческими увлечениями, способствующими духовному развитию личности, и заканчивая аутодеструктивными формами поведения[7]. Интернет - это среда, где предоставлены условия для компенсации действительной невозможности удовлетворения желаний[3], в силу чего повышается интерес к виртуальному миру. Но постоянная фиксация на интернете ведет к возникновению интернет-зависимостиу людей, как следствие - они теряют свое психологическое благополучие[13], что негативно влияет на психологическое здоровье[5], у них снижается критичность к негативным последствиям своего мышления [6], итог – отсутствие компетентности в управлении повседневными делами. Более того, знаменитый психиатр и философ, Зигмунд Фрейд, считал, что человек с аддиктивным поведением регрессирует на более ранние стадии развития, избегая таким образом решения существующих конфликтов. Т.е. человек не только теряет свое психологическое здоровье, но и становится подвержен влиянию извне в силу перехода к более простому способу мышления.

Интернет-зависимость, наравне с алкогольной, никотиновой и другими видами, ухудшает качество жизни и здоровья, может приводить к летальному исходу, у людей появляется неорганизованность, безответственность, понижается стрессоустойчивость и начинает формироваться депрессия [11]. В силу сродности этих трех видов зависимостей и их единого изначального источника, мы решили изучить степень выраженности алкогольной и наркотической зависимости для последующей общей оценки аддиктивного поведения.

Характеристика исследуемой группы и методы исследования: **1.** Было проведено анкетирование студентов ГБОУ ВПО Казанского ГМУ в количестве 91 человек. Первый курс: 6 юношей и 7 девушек, четвертый курс: 5 юношей и 16 девушек, пятый курс: 9 юношей и 22 девушки, 10 юношей и 16 девушек. **2.**Для статистической обработки полученных данных использовались: среднее арифметическое, мода, коэффициенты корреляции Пирсона, Спирмена, *U-критерий Манна*-Уитни, MSOfficeExel 2007. Использовался опросник «Склонность к зависимому поведению» В.Д. Менделевича, в котором определялись два параметра: «Алкогольная зависимость» и «Наркотическая зависимость». Оба параметра градировались по степеням, в зависимости от количества баллов. Наркотическая зависимость: признаки тенденции – 98 баллов, признаки повышенной вероятности – 107 баллов, признаки высокой вероятности – 116 баллов, в соответствие с ключом к тесту-опроснику.

Алкогольная зависимость: признаки тенденции – 99 баллов, признаки повышенной вероятности – 105 баллов, признаки высокой вероятности – 111 баллов, в соответствие с ключом к тесту-опроснику.

Результаты и их обсуждение

Количество человек в группе с первого курса: 6 юношей и 7 девушек	Средние показатели склонности к алкогольной зависимости: 98,6 у юношей и 108,3 у девушек	Средние показатели склонности к нарко-зависимости: 124,5 у юношей и 120,3 у девушек
Количество человек в группе с четвертого курса: 5 юношей и 16 девушек	Средние показатели склонности к алкогольной зависимости: 94,5 у юношей и 102,5 у девушек	Средние показатели склонности к нарко-зависимости: 114 у юношей и 114,6 у девушек
Количество человек в группе с пятого курса: 9 юношей и 22 девушки	Средние показатели склонности к алкогольной зависимости: 97,75 у юношей и 97,71 у девушек	Средние показатели склонности к нарко-зависимости: 110,75 у юношей и 111,19 у девушек
Количество человек в группе с шестого курса: 10	Средние показатели склонности к алкогольной зависимости: 99,6 у юношей и	Средние показатели склонности к нарко-зависимости: 115,4 у юношей и

юношей и 16 девушек	101,2 у девушек	118,25 у девушек

Таким образом, наибольшая выраженность склонности к аддиктивному поведению относительно наркотиков и алкоголя наблюдается среди первого курса. В среднем, по общей выборке, среди юношей, склонность к алкогольной зависимости составила 96,67 баллов, к наркотической зависимости - 116,6 баллов. Среди девушек склонность к алкогольной зависимости 102,43 балла, к наркотической зависимости – 116,08 баллов.

Относительно высокая степень аддиктивности наблюдается не только в нашем исследовании. В России наблюдается - 4% - 6% [13] или же 2,24-3,36 млн. зависимых людей. Исходя из таких больших количественных значений, нетрудно предположить, что вариации видов насилия в интернете многочисленны: интернет-троллинг, флейминг, кибер-преследования, хеппи-слепинг, кибер-пиратство, интернет-терроризм и т.д. [3].

Почему же так велико количество видов манипулирования в интернете? Чтобы понять это, разберем термин и происхождение насилия. Это преднамеренные действия /…/, результатами которых являются телесные повреждения, смерть или различного рода ущерб[2]. В социальных сетях некоторые люди смеются над видеороликами, где демонстрируется физическое насилия в комическом свете, что свидетельствует о жестокости человеческой натуры, которая не покидает нас с древних времен[10]. В силу того, что даже дети, проводя время в интернете, видят насилие, ведет к появлению все большего количества его последователей , так как детская психика наиболее восприимчива ко внешнему влиянию[8].

Чтобы найти пути решения этой проблемы, обратиться к высказываниям философов. Например, Ф.Ницще обосновывал идею необходимости и даже полезности насилия, потому что оно может изгонять лень, нигилизм, может является стимулом в развитии общества и личности.[9]. По мнению Э.Фрома, вся культура есть продуктдеятельности первоначально направленный на выживание, падение в варварство - не биологическое явление, а заложенное в экзистенциальной природе человека. Следовательно, насилие есть «кризис экзистенции», проявление незрелости культуры[12].

Безусловно, насилие и его субъекты всегда будут в нашем мире, в том числе и в виде интернет-насилия. Но задача каждого человека - это уметь искать опору в себе и не делать себя «рабом технологий». В перспективах человека либо поработит «машина», либо он выстроит, упорядочит существующую хаотичную систему и виртуальные технологии не будут приносить ущерб человечеству в глобальных масштабах.

Заключение и выводы. Насилие было присуще человеку с самого зарождения человеческого рода. С тысячелетиями происходила адаптация насилия в условиях новый среды, и сейчас мывидим одну из его форм, проявляющегося насилием в интернете, субъектами которого чаще являются люди с аддиктивным поведением. Злободневность этой проблемы доказывают наши результаты: высокая вероятность появления зависимости, в частности, наркотической, у студентов медиков мужского и женских полов, наблюдаются так же и тенденции к алкогольной зависимости у женского пола. Рассматривая эти два показателя как общую характеристику силы развития аддиктивного поведения, мы приходим к предположению: чем выраженнее степень развития зависимости, тем вероятнее все большее распространение насилия.

Список литературы:

[1] Акулич М.М. Интернет-троллинг: понятие, содержание и формы // Вестник Тюменского государственного университета. Сер.: Социально-экономические и правовые исследования. 2012. №8. С. 47 - 53.

[2] Всемирная организация здравоохранения. Электронный источник URL: https://www.turkaramamotoru.com/ru/Насилие-180947.html(дата обращения: 10.03.2017)

[3] Гаязова С.Р. Браузерная онлайн игра как форма социальной коммуникации Социальные коммуникации: оффлайн и онлайн контексты. Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием, Самарский государственный университет. 2013. С.50 — 60.

[4]Еремина Е. А. , Калинина Ю. В. , Заплатина Е. А. , Лопатин Д. В. // Информационные угрозы коммуникативного характера. Тамбов. Психолого-педагогический журнал. 2013. No2. С.124-125.

[5] Журавлев А.Л., Тарабрина Н.В. Психологическая безопасность: на пути к комплексным, междисциплинарным исследованиям (вместо предисловия) // Проблемы психологической безопасности. М.: Институт психологии РАН. 2012. С. 133-159

[6]Завалишина О.В. Моделирование педагогической поддержки подростков, склонных к проявлению интернет-зависимости // Научный журнал КубГАУ. 2001. № 70(06). С. 5.

[7] Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. М.: МЕДпресс, 2001. 592 с.

[8] Кубякин Е.О. Тенденции развития молодежного экстремизма в условиях прогресса информационно-компьютерных технологий// Журнал Вестник МГИМО Университета. 2013.

[9] Ницше Ф. В. По ту сторону добра и зла. Прелюдия к философии будущего. М.: Азбука-классика. 2006. С.13, 23,51,63,67-68

[10] Пьянкова Н.Г., Матвиюк В.М. Влияние глобальной сети интернет на психику подростков// Журнал Концепт. 2014. № 30. С.1-6

[11]Сундиев И.Ю. Информационные технологии в экстремистской деятельности молодежных объединений // Научный портал МВД России. 2010. № 10 с. 6–11

[12]Фромм Э.З. Душа человека, ее способность к добру и злу. М.: Республика, 1992. С. 13-108

[13]Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности // Психологическая диагностика. - 2005. - № 3. - С. 95-129

УДК 616.89-008.44:379.8.092:004.77

К.К. Хазеева,А.И. Ахметов , И.Ф.Галяутдинов

ПРОБЛЕМА МАНИПУЛИРОВАНИЯ ИНТЕРЕНТ- ЗАВИСИВЫМИ ЛИЧНОСТЯМИ

Научный руководитель - ГаязоваС.Р,дфн

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, лечебный факультет г. Казань, Россия

Резюме: В статье изучена проблема интернет-зависимости и последующего паразитирования варваров, преступников на людях с аддиктивном поведением. Рассмотрены первопричины этого психологического явления в контексте интернет-насилия. Представлены основные формы его реализации в интернет-среде и их последствия. Приведены основные философские концепции относительно аддиктивного поведения и насилия.

Ключевые слова: философия, аддиктивное поведение, насилие, интернет-варварство

K. K.Khazeeva, A. I. Akhmetov , I. F.Galyautdinov

THE PROBLEM OF MANIPULATING THE INTERNET ZAVISIMYE PERSONALITIES

Supervisor - Gasous.R,dfn,

Of the "Kazan state medical University" Ministry of healthcare of the Russian Federation, medical faculty of Kazan, Russia

Summary: In the article the problem of Internet addiction and subsequent parasitism of the barbarians, criminals, people with addictive behaviour. Considered the root causes of this psychological phenomenon in the context of Internet violence. Presents the main forms of its realization in the Internet environment and their consequences. The basic philosophical concepts regarding addictive behavior and violence.

Key words: philosophy, addictive behavior, violence, Internet barbarism

Актуальность: « Интернет - это зона, где каждое «Я» свободно от предрассудков. Так, если в реальности некто желает, однако опасается озвучить некоторые свои интересы, то виртуальность может предоставить условия для компенсации действительной невозможности удовлетворения желаний» [3]

Цель. Проследить влияние виртуальности как особой реальности на сознание человека и выявить насколько человек становиться зависимым от той особой интернет реальности, которую социум создает в виртуальном пространстве.

Методы. Использованы историко-компоративистский, синергетический подход, неклассический и неоклассический подход.

В силу этих обстоятельств повышается интерес к виртуальному миру. Но постоянная фиксация на определенном виде деятельности, в нашем случае – интернете, с уходом человека от

реальности определяется как интернет-зависимость, которой подвержены 10% интернет-пользователей всего мира, в России - 4% - 6% или же 2,24-3,36 млн. людей. Интернет-зависимость, наравне с алкогольной, никотиновой и другими видами, ухудшает качество жизни и здоровья, может приводить к летальному исходу, у людей появляется неорганизованность, безответственность, понижается стрессоустойчивость и начинает формироваться депрессия [13].

Находясь длительно в интернет среде, человек с аддиктивным поведением теряет свое психологическое благополучие[15]. У него снижается критичность к негативным последствиям своего мышления [7]. Более того Зигмунд Фрейд считал, что человек с аддиктивным поведением регрессирует на более ранние стадии развития, избегая таким образом, решения существующих конфликтов. Т.е. человек не только теряет свое психологическое здоровье, но и становится подвержен влиянию извне в силу перехода к более простому способу мышления. Рассмотрим разные виды насилия в интернет-среде.

1. Интернет-терроризм. Сундиев подмечает, что именно через интернет осуществляется активная вербовка людей [13] в виде онлайн-рекрутинга - специально разработанной системы мер по выявлению и привлечению в различных группах людей к активной поддержке взглядов и действий членов экстремистских и террористических организаций [5].
2. Интернет-троллинг - это сообщение, несущее провокационную смысловую нагрузку, которое может вызвать конфликт, спровоцировать на оскорбления. Здесь"тролль" - это человек с некоторыми психическими осложнениями, проявляющие свое агрессивное поведение с целью получения положительных эмоций [1].
3. Флейминг - это диалог между несколькими людьми, постепенно перетекающий в конфликт.
4. Кибер-преследования, суть которых в травле одним человеком (людьми) другого человека (людей).
5. Хеппи-слепинг – это видеоролики, в которых имеются сцены реального насилия, просмотр которых доступен всем. Следствие этого - зрители повторяют сцены насилия, а участники способны изводить себя до суицида[5].
6. Кибер пиратство - самая опасная форма буллинга. Это нарушение авторских прав, карающееся Российским законодательством, когда правообладатели теряют как средства так и желание работать.

Почему же так велико количество вариаций манипулирования в интернете? Почему бы более сильным и авторитарным личностям не взять шефствование над ними и не помочь им выйти из крайних форм зависимости, а не загонять их в грубое подчинение? Чтобы ответить на эти вопросы, давайте разберемся в понятии слово «насилие» и его значении в жизни людей. Насилие – это преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются телесные повреждения, смерть или различного рода ущерб[3]. Несмотря на то, что в религиозных писаниях сказано: «возлюби ближнего своего как самого себя»[2], история

человечества, если рассматривать его в контексте Библии, началась именно с братоубийства, что само по себе является высшим проявлением насилия. И в этом есть парадокс человеческой природы[8].

Источниками насилия считают: культуру либо биологическую природу человека, проявление которых может быть более жестоким, чем у животных. Говоря о подмене истинного смысла культуры в виртуальной реальности, мы можем провести параллель между нашим современным миром и более поздними временами. Если раньше Римский Колизей собирал тысячи зрителей, и люди находили это весьма забавным, то теперь такую картину зачастую можно наблюдать в различных социальных сетях, когда люди смеются над видеороликами, где действующие лица получают физические увечья по разным причинам. И подобный контент является невероятно популярным как у взрослых, так и у детей. Вместо того, чтобы испытывать чувство сострадания, люди высмеют других индивидуумов, что свидетельствует о жестокости человеческой натуры, которая не покидает нас с древних времен[12]. Более того, через такого рода видео-ролики люди выручают материальную выгоду[10].Итог – появления все большего количества последователей насилия[9].

Чтобы найти пути решения этой проблемы, обратиться к высказываниям философов. Например, Ф.Ницще обосновывал идею необходимости и даже полезности насилия в человеческом обществе, как в международных масштабах (в форме войн), так и в межличностных отношениях, и даже насилие каждого человека к самому себе, изгоняющее лень, нигилизм и другие собственные психологические пороки. Сама жизнь, по мнению Ф. Ницше, в сущности «в основных своих проявлениях действует путем насилия и не может быть вовсе мыслима помимо этого характера», т.к. оно является стимулом в развитии общества и личности, но в принципе, позиция этого автора весьма сомнительна[11].

По мнению Эриха Фрома вся культура есть продукт деятельности первоначально направленный на выживание, отсюда вытекает сущность человека – «транс утилитарная». Падение в варварство - не биологическое явление, а заложенное в экзистенциальной природе человека. Следовательно, насилие есть «кризис экзистенции», проявление незрелости культуры[14].

Безусловно, насилие и его субъекты всегда будут в нашем мире, в том числе и в виде интернет-насилия. Но задача каждого человека - это уметь искать опору в себе и не делать себя «рабом технологий».В перспективах человека либо поработит «машина», либо он выстроит, упорядочит существующую хаотичную систему и виртуальные технологии не будут приносить ущерб человечеству в глобальных масштабах.

Заключение и выводы. Насилие было присуще человеку с самого зарождения человеческого рода. С тысячелетиями происходила адаптация насилия в условиях новый среды, и сейчас мы видим одну из его форм, проявляющегося в насилии в интернете. В большинстве случаев субъектами этого процесса являются люди с аддиктивным поведением, характеристику которого надо знать, дабы

предотвратить увеличения количества интернет-зависимых и последующего распространения в нем насилия.

Список литературы:

[1]Акулич М.М. Интернет-троллинг: понятие, содержание и формы // Вестник Тюменского государственного университета. Сер.: Социально-экономические и правовые исследования. 2012. №8. С. 47 - 53.

[2] Библия, Книги священного писания. М.: GBV, 1926. С. 104 (книга Левит 19)

[3]Всемирная организация здравоохранения. Электронный источник URL: https://www.turkaramamotoru.com/ru/Насилие-180947.html (дата обращения: 10.03.2017)

[4] Гаязова С.Р. Браузерная онлайн игра как форма социальной коммуникации Социальные коммуникации: оффлайн и онлайн контексты. Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием, Самарский государственный университет. 2013. С.50 — 60.

[5]Еремина Е. А. , Калинина Ю. В. , Заплатина Е. А. , Лопатин Д. В. // Информационные угрозы коммуникативного характера. Тамбов. Психолого-педагогический журнал. 2013. №2. С.124-125.

[6] Журавлев А.Л., Тарабрина Н.В. Психологическая безопасность: на пути к комплексным, междисциплинарным исследованиям (вместо предисловия) // Проблемы психологической безопасности. М.: Институт психологии РАН. 2012. С. 133-159.

[7]Завалишина О.В. Моделирование педагогической поддержки подростков, склонных к проявлению интернет-зависимости // Научный журнал КубГАУ. 2001. № 70(06). С. 5.

[8]Иванова Л.В. Древнегреческая трагедия о нравственной природе человека//Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2011. № 1. том 2. С.151-158.

[9]Калинина Ю.В, Заплатина Е.А, Еремина Е.А, Лопатин Д.В Интернет зависимость- болезнь нового поколения// Журнал Гаудеамус. 2012. № 20. том 2 . С. 129 – 132.

[10]Кубякин Е.О. Тенденции развития молодежного экстремизма в условиях прогресса информационно-компьютерных технологий// Журнал Вестник МГИМО Университета. 2013. № 3 (30). С.199-204

[11]Ницше Ф. В. По ту сторону добра и зла. Прелюдия к философии будущего. М.: Азбука-классика. 2006. С.13, 23,51,63,67-68

[12]Пьянкова Н.Г., Матвиюк В.М. Влияние глобальной сети интернет на психику подростков// Журнал Концепт. 2014. № 30. С.1-6

[13]Сундиев И.Ю. Информационные технологии в экстремистской деятельности молодежных объединений // Научный портал МВД России. 2010. № 10. С. 6–11

[14] Фромм Э.З. Душа человека, ее способность к добру и злу. М.: Республика, 1992. С. 13-108

[15] Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) // Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 95-129

УДК: 159.97:233-536:930.85

К.К.Хазеева

РИТУАЛЫ КРОВИ И ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ В КУЛЬТУРЕ XIX-XXI ВЕКА

Научный руководитель Щербаков В.А., асс.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, лечебный факультет г. Казань, Россия

Резюме: В статье приведены исторические документы, в которых раскрываются личности и группы людей, формирующих понятие «ритуалы крови» в социуме в разные столетия путем совершения этих обрядов и кровавых убийств, начиная с 2000 года до н.э.. Особое внимание уделено мотивам этих индивидуумов, детерминации их желания совершать такого рода действия. Для этого были подробно исследована смысловая нагрузка приведенных в статье ритуалов крови. Выдвинуты предположительные психопатические сценарии серийных убийц и маньяков, построенных на взаимосвязи исторических событий, взаимовлиянии их друг на друга и как следствие – формирование определенной модели поведения.

Ключевые слова: Ритуалы крови, исторические аспекты в формировании мотивов убийц, история медицины.

K. K. Khaseeva

RITUALS OF BLOOD AND PSYCHOTIC SCENARIOS IN THE CULTURE OF XIX-XXI CENTURY

Scientific Director Shcherbakov V. A., ass.

Of the "Kazan state medical University" Ministry of healthcare of the Russian Federation, medical faculty of Kazan, Russia

Summary: the article contains historical documents, which describes the individuals and groups of people that form the concept of "rituals of blood" in the society in different centuries by performing these rites and bloody murder, from 2000 BC. Special attention is paid to the motives of these individuals, the determination of their desire to commit such acts. This was investigated in detail meaning given in article rituals of blood. An extended hypothetical scenario, psychopathic serial killers and maniacs, is built on the relationship of historical events, their mutual influence on each other and as a consequence – the formation of certain behaviors.

Key words: blood ritual, historical aspects in the formation of the motives of the killers, the history of medicine.

Актуальность: Каковы психопатические сценарии маньяков и серийных убийц, чьи чудом выжившие жертвы врачи излечивают год за годом? Каково место культа крови? Чтобы разобраться в этом, обратимся к истокам.
Цель. Охарактеризовать основные этапы становления и развития ритуалов крови и психопатических сценариев в культуре XIX – XXI века

Методы. Использован сравнительно-исторический анализ

Издревле кровь была источником жертвоприношений в древних цивилизациях как подношение богам благ и своих просьб. Например, племена Майя, по описаниям францисканского миссионера Диего де Ланды [6] в качестве посланников подносили людей, души которых через пролитую жертвенную кровь отправлялась с прошениями к богам. Жертвы в этом обряде погибали, однако к ним до и после их смерти выражалось глубокое почтение как спасителям народа. Здесь кровь – вместилище души человека, именно душа могла «общаться» с богами.

Кровь у племен майя играла роль объединения: мужчины одного рода собирались в храме и, протыкая шипом свои половые органы, протаскивали длинный шнур, объединяя друг друга «одной» кровью; женщины, правительницы майя, проделывали аналогичный обряд, пропуская верёвку через свои языки (преимущественно в классическом периоде майя). Первые изображения таких веревок появляются на ольмекских алтарях в I тыс. до н. э., обозначая связь правителей со своими божественными предками [8].
В противовес племенам майя можно привести ацтеков. Онипроводили обряды кровопускания без летального исходас целью войти в измененное состояние сознания: при потере крови в ходе ритуала мозг вырабатывает вещества, стимулирующие появление галлюцинаторных видений. Древние мексиканские шаманы – «видящие» – достигали этого эффекта намеренно. Однако были и у них кровавые жертвоприношения молодых женщин и девочек богиням Коатликуэи Тоси, итог которых – одевание жрецами кожи этих жертв на свои тела, в которойони ассоциировали себя с эмбрионом, находящимся в лоне матери [15]. Таким образом они пытались достичь состояния блаженства в материнском теле, которое испытывает эмбрион, стремились к единению с великой матерью-прародительницей. Кровавые ритуалы были и других народов: Древней Греции (подношение ионийской Артемиде девушек и юношей) [4], в Древнем Китае (подношение невесты речному духу Хэ-бо) [17], в Японии (погребение девушек заживо для бога поля) [11] и у других. Можно

проводить ещё множество других примеров, но лучше прорезюмировать уже имеющиеся: древние племена использовали кровь для общения с богами, для единения с ними с целью получения блаженства. Кровь была «посредником», через которую сам жрец или погибший на жертвеннике могли взаимодействовать с божествами.

В дальнейшем кровавые жертвоприношения переходят из ритуалов язычников в обряды религиозных конфессий. В них приближение себя к Богу происходит через обряды очищения своих согрешений путем пролития крови, а не взаимодействия с органами, тканями жертвы и испития её крови. В священных писаниях можно найти такие высказывания: «Если кто из дома Израилева и из пришельцев, которые живут между вами, будет есть какую-нибудь кровь, то обращу лице Мое на душу того, кто будет есть кровь, и истреблю ее из народа ее, потому что душа тела в крови, и Я назначил ее вам для жертвенника, чтобы очищать души ваши, ибо кровь сия душу очищает» [3]; Шива, один из богов индуизма, велит приносить человеческие жертвоприношения для ублажения его жены – богини Деви [9]. Заметим, что в более поздних религиозных писаниях мы видим уменьшение количества кровавых жертвоприношений и, в конце концов, их порицание. Они замещаются обращением инакомыслящих в свою религию [2, 13, 14]; кровопускание переходит в форму лечения [12], а кровопролитие в ритуальных обрядах и убийствах становится преступлением [16]. Редкие случаи разрешенного кровопролития: для обращения в свою веру, наказания перешедших религиозный закон [2, 13, 14]. Казалось бы, и члены социума должны были отойти вслед за религиями от такого рода ритуалов, однако дела обстояли иначе. Мы наблюдаем появление убийц и маньяков, среди которых много мужчин и малое количество женщин, видящих в совершении убийств религиозный и мифический подтекст. Что самое страшное, муки совести и вины им не знакомы – они уверены, что совершают благое, убивая людей через придуманные ими или заимствованные ритуалы. Безусловно, большая часть из них – люди с психическими отклонениями. Приведем их высказывания из допросов и интервью журналистам, явно транслирующие их отклонения. Сержант Бертран «…Я покрыл его поцелуями и бешено прижимал его к сердцу. Все, что можно испытать при сношении с живой женщиной, ничто в сравнении с полученным мною наслаждением. Через четверть часа после этого я по обыкновению рассек тело на куски, вынул внутренности, а затем опять закопал труп…» [5, 18]. Н. Джумагалиев: «прочитал в одной книжке, что свежая кровь очищает душу. Вот и решил очиститься…», из уголовного дела: «Дождался, когда она поравняется с ним, выскочил и нанес удар ножом в шею. Здесь он напился крови, потом отволок мертвую женщину на свалку и надругался над ней. Затем

расчленил тело, часть останков закопал, часть забрал с собой...» [10]. Ричард Рамирес, он же «ночной сталкер»: «Я буду мстить» , «Я за пределами вашего опыта. Я за гранью добра и зла ...» [21]. Матедиос объяснял, что он положил соли во внутренние органы девочки, чтобы лишить ее колдовской силы, так как видел по телевидению, что именно так надо делать, чтобы убить манангал [22]. Однако стоит упомянуть людей, совершавших убийства и с сохранной психикой [13].

Результаты и обсуждение:Рассматривая все вышеприведенные случаи, можно ли предположить, что эти маньяки и убийцы, совершая кровавые ритуалы, чувствовали такое же блаженство или ощущение единения с божествами, как и древние жрецы племен Майя, ацтеков и других? Может, они получали особый вид удовольствия, остальным людям неведомый? Но это уже скорее относится к околонаучным областям исследований. Вернемся к медицинской антропологии: в обществе раз за разом проводилось отсечение аморальных, по современным меркам, ритуалов. Но выведение такого рода жертвоприношений из общественных практик не повлекло за собой их последующее исключение из жизни отдельных индивидуумов. Теперь мы наблюдаем такого же рода ритуалы крови, но сейчас они входят в разряд уголовных преступлений. Смысловая нагрузка так же претерпела изменения: желание слиться с божественным у ацтеков и «кровь очищает душу» у Джумагалиева, «злые духи» у тех же и «манангал» Марседоса и так далее [19].

Заключение и выводы: криминологи выделяют социальные и личностные детерминанты преступного поведения [7], мы же хотим отметить роль естественноисторического аспекта: вероятно, многими веками назад вытесненные традиции кровавого жертвоприношения так и остались в сознании и подсознании людей, проявляясь в кровавых ритуалах-преступлениях современного мира. Основные предпосылки формирования личности преступника: верования преступника в благотворность его деяний либо психиатрические патологии.Мы предполагаем, что эти данные могут помочь в лечении этих патологий и их последующем предупреждении.Исторический аспект совместно с психологическим и социальным формирует личность и мотивы поведений совершавших кровавые жертвы и ритуалы.

Список литературы:

1. Березкин Ю.Е. Тематическая классификация и распределение фольклорно мифологических мотивов по ареалам. – Аналитический каталог URL:http://www.ruthenia.ru/folklore/berezkin/ (дата обращения: 15.03.2017)
2. Библия, Книги священного писания. М.: GBV, 1926. С. 103 (книга Левит 17:10-11)
3. Библия, Книги священного писания. М.: GBV,1926. С. 65 (книга Исход 20:13)
4. Боровский Я. М., Ботвинник М. Н., Брагинская Н. В., Гаспаров М. Л. и др. Плутарх. Застольные беседы. М.: Наука, Ленинград, 1990. С.40
5. Гринева В. Вампир с Монпарнаса // 5 Республика/ 2016. Электронный архив журнала URL: http://5respublika.com/parizh/vampire-de-montparnasse.html (дата обращения: 15.03.2017)
6. де Ландо Д . Сообщение о делах в Юкатане. М.: Академии наук СССР, 1955. С. 28
7. Долгова А. И. Криминология, 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма, 2005. С.364-367
8. Ершова Г. Кровавая жертва или воззвание к небесам?// Вокруг Света. 2006. Электронный архив журнала URL:http://www.vokrugsveta.ru/vs/article/2566/ (дата обращения: 15.03.2017)
9. Кашин В.П. В храме богини Кали // Азия и Африка сегодня, 2010. N 11. С.61
10. Колесник А. А. Бандитский СССР. Самые яркие уголовные дела. М.: Эксмо, 2012. С.23
11. Маркарьян С. Б., Молодякова Э. В. Праздники в Японии. М.: Наука, 1990. С.95 .
12. Мулен Л. Повседневная жизнь средневековых монахов Западной Европы (X – XV вв.). М.: Молодая гвардия, 2002. С. 68
13. Пранаитиса І. Е. экспертиза «Тайна крови» у евреев. – М.: Русский Народный Союз имени Михаила Архангела, С.-Петербург, 1913 г. С.20
14. Тантив М.С. Тафсир Корана (Аль-Мунтахаб) . – М.: Академия познания, 2012. С.311
15. Тэйлор Э. Б. Первобытная культура. М.: Соцэкономиздат, 1939. С.58 , С.406, 553–554
16. Уголовный кодекс Российской Федерации, Статья 105 URL:http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/5b3e04338020a09b25fe98ea83bc9362c8bc5a76/ (дата обращения: 15.03.2017)
17. Юань, Кэ. Мифы Древнего Китая. М.: Наука, 1987. С. 149
18. Cheney, V. T. The Sex Offenses and their Treatments: The Problem – The Solution – Commentary / Victor T. Cheney. AuthorHouse, 2004. – 255 p.

19. Cuyos J. M. P. I was killing a mananangal . CebuDailyNews, 2011 URL: http://newsinfo.inquirer.net/9057/‘i-was-killing-a-mananangga l’ (дата обращения: 15.03.2017)
20. Mayol A.V. Uncle faces murder charge for killing niece and acting like a cannibal. CebuDailyNews, 2011 URL: https://cebudailynews.wordpress.com/2011/05/25/uncle-faces-murder-charge-for-killing-niece-and-acting-like-a-cannibal/ (дата обращения: 15.03.2017)
21. Ramirez Richard:“¡Legiones de la noche!, ¡Razas de la noche!, no repitáisloserrores del Night Stalker y no concedáisclemenciaalguna... Yoserévengado. Lucifer está con nosotros”; “No me entienden. Tal y comosuponía, no son capaces de hacerlo. Yoestoy mas allá de suexperiencia. Estoymasallá del bien y del mal...” Frases y Citas URL: http://akifrases.com (дата обращения: 15.03.2017)
22. Weiur J. The ghoul of Montparnasse / Jethir Weiur. ChicagoTribune, 1874. – 12p. URL: http://archives.chicagotribune.com/1874/06/21/page/12/article/the-ghoul-of-montparnasse/index.html (дата обращения: 15.03.2017)

УДК 377

А.С. Хажин

ИНТЕГРАТИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЫ

Научный руководитель – д-р.пед.наук., профессор А.Ф. Амиров

Медицинский колледж, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа.

Резюме: Актуальность проблем совершенствования сестринского образования и сестринского дела в целом исходит из социального заказа общества, который требует обеспечения высокого уровня профессиональной подготовки специалистов сестринского дела. Такой уровень подготовки медицинских сестер возможен на основе реализации интегративно-деятельностного подхода.

Ключевые слова: интеграция, деятельность, интегративно-деятельностный, компетентность, сестринское дело, специалист, учебный процесс.

A. S. Khazhyn

INTEGRATIVE-ACTIVE APPROACH IN THE SYSTEM OF SECONDARY PROFESSIONAL EDUCATION OF SPECIALISTS IN MEDICAL SPHERE

Scientific Director – Dr. of PED.Sciences., Professor A. F. Amirov

Medical College, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: Actuality of problems of improvement of nursing education and nursing as a whole comes from the social order of society, which requires providing a high level of professional training of nursing. This level of nursing possible through the implementation of integrative and active approach.

Keywords: integration, activity, integrative and activity, competence, nursing, specialist, educational process.

Актуальность. Подготовка компетентных медицинских сестер.

Цель исследования. Формирование компетенций специалиста сестринского дела.

Материалы и методы.

- Теоретические (анализ философской, психолого-педагогической литературы);
- Эмпирические и диагностические (изучение педагогического опыта).

Результаты и обсуждения.

В современном информационном обществе происходит превращение интеллекта, компетентностного потенциала человека в ведущий фактор экономического роста и инновационного развития. В этих условиях актуальной образовательной задачей становится реализация интегративно-деятельностного подхода к подготовке специалистов сестринского дела в учебном процессе медицинского колледжа, обеспечивающей их интеллектуальное и творческое развитие. Именно этот подход существенно расширяет возможности для организации активной познавательной деятельности обучающихся медицинских колледжей, и ориентации образовательного процесса, на практическую медицинскую деятельность. Мы исследовали возможные схемы построения концепции формирования общих и профессиональных компетенций обучающихся медицинского колледжа в опыте других исследователей и пришли к выводу, что реализация интегративно-деятельностного подхода в обучении обладает наибольшими возможностями.

В представленном свете интегративно-деятельностный подход - это методологическая и содержательно-технологическая ориентация исследования, позволяющая изучить образовательный процесс с позиции интеграции содержания и деятельности его субъектов. Интегративно-деятельностный подход позволяет исследовать интегративные характеристики деятельности субъектов образовательного процесса с учетом принципа дополнительности всех видов деятельности и их единства при рассмотрении формирования сложных (интегративных) личностных новообразований. Представим методологические ориентиры интегративно-деятельностного подхода применительно к формированию общих и профессиональных компетенций обучающихся. Во-первых важно в образовательных организациях создавать условия для роста квалификации и профессионального мастерства преподавательского состава, поскольку сложившиеся условия современного мира труда обуславливают спрос на высокий уровень компетенции преподавателя для передачи знаний и опыта обучающимся в сфере медицинской деятельности [5]. Принятие ФГОС СПО модернизация образования в основе которых лежит компетентностный подход, исследование ключевых компетенций обучающихся приобретают сегодня особую значимость [2].В научных исследованиях по обучению и подготовке будущих специалистов сестринского дела рассматриваются отдельно и в совокупности системный, аксиологический, компетентностный и другие подходы. Интегративно-деятельностный подход объединяет системный, аксиологический, компетентностный, деятельностный и интегративный подходы, целостный комплекс которых позволяет наиболее полно отразить всю сложность и многоаспектность рассматриваемой темы. Другой важной характеристикой современного

специалиста, выпускника медицинского образовательного учреждения является его мобильность. В наше время, чтобы быть успешным и востребованным на рынке труда, нужно владеть определенными личностными качествами: быть готовым к любым изменениям, уметь быстро и эффективно адаптироваться к новым условиям, т.е. быть мобильным. На основе интегративно-деятельностного подхода построены модели сетевого взаимодействия общего, дополнительного и профессионального образования, которые детерминированы внешними и внутренними факторами[4].

Новая социально-экономическую реальность повышает требования работодателя к уровню подготовки профессионально мобильного специалиста, приводит к росту востребованности медицинских работников, которые способны выполнять практические задачи, работать по простому и сложному алгоритму одновременно, создавать инновационные продукты профессиональной деятельности. Качественное изменение деятельности работника среднего звена связано с широким внедрением в его деятельность современной техники, новых материалов, информационных технологий, с применением социальных и специальных компетенций.

Большой интерес к темам анализа сущностно-категориальных характеристик интеграции уделяется учеными, работающими в области профессиональной педагогики. Так, С.А.Шапоринский дает следующее определение дифференциации и интеграции: «Дифференциация науки выражается в том, - отмечает он, - что разделы уже существующих наук становятся самостоятельными, на стыке нескольких наук появляются новые..., которые по масштабам исследований часто опережают давно существующие». Для интеграции же «..характерно, прежде всего, более глубокое проникновение в сущность явлений и поиски общих закономерностей, широкое использование универсальных методов и средств научного исследования» [6]. Данное определение относится к организации научного исследования, что также для нас важно. Однако применительно к организации образовательного процесса нас заинтересовала следующая точка зрения. Так, В.Д.Лобашев выделяет следующие качественные признаки интеграции: - она определяется как упорядочивание, соорганизация в соподчинении, наложение и разделение областей новизны в процессах создания целостных элементов, наделяемых качественно новыми системными свойствами.

Это свойство интеграции предполагает, что подготовка специалиста высокого уровня обученности должно производиться средствами, интегрирующими профессиональные знания со знаниями общих законов функционирования различных систем, а в процессе

обучения формирует специфические когнитивные структуры, создаваемые качественно новым единением знаний, умений и навыков, представляемых в виде их психологического эквивалента [3]. Этим психологическим эквивалентом выступает компетенции.

Интегративно-деятельностный подход способствует ориентации целостного знания о профессиональной подготовке медицинских сестер на принципы интеграции психолого-медико-педагогических дисциплин, исключающих дискретность и дублирование их содержания, раскрытию целостности этих знаний, выявление интегративно-функционального содержания учебных дисциплин, способствующего формированию целостного восприятия профессиональной деятельности медицинской сестры, личности в этом процессе и сведения их в теоретическую концепцию.

Важнейшими свойствами любой деятельности является нормативность и вариативность. Нормативность представляет собой реализацию тенденции к сохранению всего полезного, что приобретено в деятельности. В процессе профессиональной подготовки специалистов по сестринскому делу нормативность отражается в стандартах, учебных планах и учебных дисциплинах. Реализация интегративно-деятельностного подхода полагает, что важным условием становится не усвоение каждого норматива в единственном числе, а изучение и конкретизация в обучении возможных и целесообразных вариантов каждого норматива. Такая интеграция нормативов в учебной деятельности позволяет сформировать вариативные, гибкие структуры умений [1], что является необходимым условием профессиональной деятельности специалистов в области сестринского дела.

Заключения и выводы.

Интегративно-деятельностный подход позволяет:

- изучить профессиональную подготовку медицинских сестер как систему с характерными признаками целостности и связей;

- определить возможности использования аксиологического подхода в профессиональной подготовке медицинских сестер;

- раскрыть сущность профессиональных компетенций и компетентностей медицинской сестры;

- проанализировать содержание учебных дисциплин согласно ФГОС СПО и выявить возможности интегративно-функциональных учебных дисциплин, что позволяет рассматривать профессиональную подготовку специалистов сестринского дела как процесс;

- выявить формы, методы и средства, позволяющий реализовать целостный процесс профессиональной подготовки медицинских сестер.

Список литературы:

1.Галагузова, М. А. Интегративно-деятельностная подготовка медицинских сестер в профессиональном образовании / М. А. Галагузова, С. И. Глухих // Педагогическое образование и наука. - 2012. — № 6. — С. 35

2.Золотаревой А.В. Реализация вариативных моделей сетевого взаимодействия общего, дополнительного и профессионального образования в рамках организации внеурочной деятельности [Текст] : методические рекомендации / Под ред.– Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2011.-С.73.

3.Лобашёв, В. Д. Интеграция в системах профессионального обучения [Текст] / В. Д. Лобашёв // Интеграция образования. - 2010. - № 4. - С. 49.

4. Никитина Н.И., Галкина Т.Э., Молчанова А.В. Теоретикометодические основы интеграции общего и дополнительного образования детей [Текст]: научно-методическое пособие. – М.: Просвещение , 2013.-С.104.

5.Оскарссон Б. Базовые навыки как обязательный компонент высококачественного профессионального образования / Б. Оскарссон // Оценка качества профессионального образования. Доклад ; под общ. ред. В. И. Байденко, Дж. В. Зантворта. – Европейский фонд подготовки кадров; Проект ДЕЛФИ. М., 2001.-С.82.

6.Шапоринский, С. А. Обучение и научное познание [Текст] / С. А. Шапоринский. - М.: Педагогика, 2011. - 208 с.

1. Galiguzova, M. A. Integrative and activity nurses training in vocational education / M. A. Galiguzova, S. I. Deaf // Pedagogical education and science. - 2012. — No. 6. — P. 35

2.Zolotareva A. V. Realization of variable models of network interaction of General, further and professional education through the organization of extracurricular activities [Text] : methodical recommendations / Under red.– Yaroslavl: publishing house of AGPU, 2011.-P. 73.

3. Lobashev, V. D. Integration into the system of professional education [Text] / D. V. Lobashev // Integration of education. - 2010. - No. 4. - P. 49.

4. Nikitina N. And. Galkina T. E., Molchanov A. V. Teoreticheskie basis of integration of General and additional education of children [Text]: scientific and methodological manual. – M.: Education , 2013.-P. 104.

5.Oskarsson B. Basic skills as a mandatory component of high quality professional education / B. Oskarsson // Evaluation of quality of professional education. Report ; under the General editorship of baidenko, John. V. Santvoort. European training Foundation; Project DELPHI. M., 2001.-P. 82.

УДК 159.937.7

Э.Р. Хазиахметова

СИНЕСТЕЗИЯ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ, ГИПОТЕЗЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКИ

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Р.И. Девяткина

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Данная статья посвящена теоретическому обзору психологического и физиологического феномена синестезии, определяемого в целом как возникновение ощущений одной модальности при стимулировании другой модальности. Рассматриваются типы синестезий, гипотезы их возникновения, а также характеристики синестезий, личностные особенности их обладателей.

Ключевые слова: синестезия, нейрофизиологические феномены, модель осциляционно-резонансного соответствия, синестеты.

E.R. KHAZIAKHMETOVA

SYNAESTHESIA: PHENOMENOLOGY, HYPOTHESES OF EMERGENCE, CHARACTERISTIC

Scientific Advisor – Ph.D., Assoc. Prof. R.I. Devyatkina

Department of philosophy and social and humanitarian disciplines with a course of social work, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: This article is devoted to the theoretical review of the psychological and physiological phenomenon of synaesthesia defined in general as emergence of feelings of one modality at stimulation of other modality. Types of synaesthesia, hypotheses of their emergence, and the characteristic of synaesthesia, personal features of their owners are considered.

Keywords: synaesthesia, neurophysiological phenomena, Oscillatory Supervenience Model, synaesthetes.

Актуальность: современные исследователи считают, что изучение феномена синестезии, анализ механизмов реакций этого явления позволят раскрыть особенности когнитивной переработки информации в сознании, а именно более четко удастся изучить возможности человеческой памяти и особенности субъективного мировосприятия человека. [3]

Цель исследования: теоретическое изучение феномена синестезии и гипотез происхождения этого явления; узнать, в каком направлении сейчас ведутся исследования феномена и возможности применения знаний о синестезии на практике.

Материалы и методы: был проведен теоретический анализ современной научной литературы по вопросам феномена синестезии, механизмов ее возникновения, классификации.

Результаты и обсуждения: синестезию в общих случаях определяют, как возникновение ощущений одной модальности при стимуляции другой модальности. Автор первой фундаментальной книги о синестезии Ричард Сайтовик, профессор нейрофизиологии в Медицинском Центре Вашингтонского Университета, определяет ее как «ненамеренный физический опыт межчувственной ассоциации. При этом феноменологию следует отличать от метафор, литературных тропов, звуковой символики и преднамеренных артистических познаний». [9]

Первой научной публикацией принято считать статью Ф. Гальтона в журнале «Nature» в 1880 г., хотя известно, что до него, в 1812 г., была опубликована диссертационная работа австрийца Георга Сакса, отдельная глава, в которой была посвящена синестезии. «Официальный статус» синестезия получила в 1890 г., когда интернациональный психофизиологический конгресс санкционировал выражение «цветной слух» в качестве общего названия явлений устойчивой связи между ощущениями различных органов чувств. [2]

Сегодня отсутствует единство мнений в вопросе о возникновении и механизмах действия синестезии. Наиболее известны четыре гипотезы, однако до сих пор ни одну из них нельзя назвать истинной. [8]

1. *Гипотеза неполной миелинизации* - из-за истонченного слоя миелиновой «изоляции» нейроны начинают непреднамеренно обмениваться электрическими возбуждениями, вызывая фантомные синестетические образы цветов, запахов и т.д.

2. *Гипотеза рудиментов прунинга*- в мозге синестетов с раннего детства сохраняются определенные «нейронные мостики», способствующие связям между органами чувств (это – так называемая гипотеза «рудиментов синаптического прунинга»).

3. *Теория «кросс-активации»*- утверждает, что сенсорные области, отвечающие за обработку реальности и синестетической информации, как правило, являются соседними участками мозга.

4. *Модель осциляционно-резонансного соответствия (ОРС)* – предложена в 2009 г. А. Сидоровым-Дорсо, российским исследователем синестетического восприятия. По словам автора, «ОРС указывает на особенность нелинейного взаимодействия функциональных систем мозга». [6] Согласно этой модели, синестезия – это непроизвольное сенсорное проявление особой нейрокогнитивной стратегии. Такую стратегию можно описать как избыточную реакцию на стимулы определенного рода, для «обработки» которых необходимо одновременное совмещение двух навыков: индивидуального выделения из определенной группы (например, распознавание конкретной буквы как таковой) и включения в значимую последовательность (слова, предложения и т.д.). Базальные ганглии, посредством которых реализуется двойной навык «узнавания-включения», анатомически сопряжены с таламусом, который придаёт переживаниям сенсорное качество. Таламус принимает эту избыточную реакцию на себя, а целостная система мозга интерпретирует это как дополнительное ощущение, которое соответствует тем или иным «сигналам», исходящим извне от органов чувств. Происходит это не посредством линейных синаптических разрядов отдельных нейронов, а совокупным резонансным захватом - как бы «общей волной» - одних больших скоплений нейронов, распределенных по многим зонам мозга, другими нейронными группами. [8]

Анализ экспериментальных данных позволил ученым выявить общие характеристики синестезии [4,7]:

1. Для каждого синестета стимул или набор стимулов, который вызывает у него синестетические переживания, является уникальным. Однако синестетическая реакция не является уникальной.

2. Исследователи утверждают, что интермодальность восприятия и наличие в головном мозге кросс-модальных переходов сенсорных путей является скорее правилом, чем исключением в жизни субъекта.

3. Синестетический опыт является иррациональным, в большинстве случаев не осознаваемым и не поддающимся контролю сознания.

4. Характер синестетических переживаний по типу функционирования в большей части повторяет процесс восприятия, именно поэтому синестеты иногда не отдают себе отчет в том, что их восприятие себя и окружающего мира отличается от восприятия других людей.

5. Личностные особенности синестетов значимо не отличаются от людей, не обладающих синестетическими особенностями восприятия. В целом, ученые сходятся во мнении, что синестетам свойственны гибкость и пластичность ума, творческое и

неординарное мышление, им лучше удается создавать ассоциативные метафоры и символические связи.

6. Исследователи документально засвидетельствовали обстоятельства, способствующие появлению синестезии при шизофрении, при употреблении лекарственных препаратов.

В зависимости от особенностей формирования в онтогенезе человека в синестезии выделяют два типа - эксплицитный и имплицитный (Э. Ландау, В. Мабри, К. Тан, Л. Маркс, Р. Сайтовик, П. Мартин и др.). Оба типа синестезии имеют общий механизм образования – многократное переживание в субъективном опыте человека связей между различными категориями (категориальная чувственно-перцептивная интеграция). [4] Эксплицитная (врожденная, явная) синестезия - непроизвольна и четко закономерна. Ее обладателей и принято называть синестетами. Имплицитная (потенциальная, творческая) пока известна лишь по описаниям, поэтому и разногласия о ней масштабны и субъективны; этот тип считается универсальным свойством психики человека. [1]

Что касается выделения видов синестезии, то в науке нет единого типологического рассмотрения. Ученые выделяют несколько критериев выделения разных видов синестезий: по характеру возникающих явлений, по типу сенсорной связи между органами чувств, по характеру проявлений в психике и сознании субъекта, синестезии по содержанию и др. По характеру возникающих дополнительных ощущений выделяют следующие виды синестетических ощущений [5]: *фотизмы* (вызов оптического ощущения акустическим раздражителем); *хроматизмы* (возникновение окрашенных в цвет, принимающих определенную графическую форму зрительных образов); *фонизмы* (возникновение определенных слуховых представлений в результате оптических и других, не акустических, впечатлений); *вкусовые интермодальные ощущения* (восприятие вкусовых свойств какого-либо предмета при воздействии раздражителя другой модальности); *осязательные синестетические образы* (восприятие прикосновений различных предметов или к различным предметам при их визуализации, в процессе воображаемых представлений); *графемная синестезия* (восприятие цвета при зрительном наблюдении определенных, для каждого субъекта индивидуальных, букв и цифр).

Изучением этого нейрофизиологического, психологического явления в XX веке занимался А.Р. Лурия, советский психолог, основатель отечественной нейропсихологии. На протяжении тридцати лет он работал с обладателем феноменальной памяти, профессиональным мнемонистом Соломоном Шерешевским. Результатом проведенной

работы стал труд "Маленькая книжка о большой памяти (Ум мнемониста)". [7] С развитием науки и техники появилась возможность исследовать активность головного мозга (ЭЭГ), а также изменения метаболизма, которые происходят в задействованных в синестетическом переживании зонах мозга (ПЭТ-сканирование, МРИ-сканирование).

Заключение и выводы: современные ученые-нейрофизиологи, психологи-когнитивисты, философы активно ведут работы, эмпирически доказывающие гипотезы происхождения синестезии. Уникальность явления в том, что оно открывает новые возможности изучения разума человека, знание закономерностей феномена позволяет воздействовать на механизм переработки информации человеком, управлять развитием когнитивных способностей, развивать в человеке уникальные личностные качества.

Списоклитературы:

1. Галеев Б.М., Ванечкина И.Л. «Цветной слух»: чудо или юдо? // Человек. – 2000. - №4 [Электронный ресурс]. – URL: http://vivovoco.astronet.ru/VV/PAPERS/MEN/COLOR.htm
2. Герлах Е.Ю. Интерпретация феномена синестезии в психологии. // Europeansciencereview. - 2014. - №3-4. - С. 19 – 22.
3. Заиченко А.А. Особенности ритмической активности головного мозга при разных синестетических переживаниях. // Известия Южного федерального университета. Технические науки. - 2011. - №10. - С. 167 – 174.
4. Заиченко А.А., Картавенко М.В. Синестезия – феноменология, виды, классификации. // Информатика, вычислительная техника и инженерное образование. - 2011. - №3 (5). - 12 с.
5. Кравков С.В. Взаимодействие органов чувств – М.: Изд-во АН СССР, 1948, 117 с.
6. Кисточка для окраски звуков. Интервью А. Сидорова-Дорсо [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.znanie-sila.su/?issue=zsrf/issue_3.html&r=1. – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 06.04.2017)
7. Лурия А.Р. Маленькая книжка о большой памяти – М.: Изд-во МГУ, 1968, 88 с.
8. http://www.synaesthesia.ru Сайт российского синестетического сообщества.
9. Ward, J. and J.B. Mottingley. Synaesthesia: An Overview of Contemporory Findings and Controversiaes. Cortex. 42, no. 2(2006):119-36.

УДК 373

И.З. Халилова

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЙ В РОССИЙСКОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Научный руководитель — к.ф.н., доцент Р.И. Девяткина

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье описываются и анализируются основные образовательные программы, используемые в системе российского начального образования

Ключевые слова: образовательная система, российское образование, система Д.В. Эльконина – В.В. Давыдова, система Л.В. Занкова, проблема образования.

I.Z. Khalilova

Characteristics of pedagogical concepts in the Russian educational space

Scientific Advisor —Ph.D., Associate Professor R.I. Devyatkina

Department of Philosophy and Socio-Humanitarian Disciplines with a course of social work, Bashkir state medical university, Ufa

Summary: The article describes and analyzes the main educational programs used in the system of Russian primary education

Keywords:educational system, Russian education, D.V. Elkonin - V.V. Davydov's system, L.V. Zankov's system, the problem of education.

Актуальность. Будущее человека и общества во многом зависит от качества среднего и высшего образования, а именно от тех знаний и умений которые будут при этом получены. Вопрос о том, как будут предоставляться и усваиваться эти знания волнуют практически каждого человека: старших, родителей, чьи дети пойдут в первый класс, и молодых, учащихся, то есть абитуриентов, которые выбирают свой профессиональный путь, в частности в какой ВУЗ поступить. Сейчас в российском школьном образовании используются развивающие или так называемые, авторские, и традиционная программы. Какая из этих программ является более эффективной – этот вопрос является животрепещущим для современного российского общества.

На сегодня начальная школа работает по трем системам: развивающая система Занкова, развивающая система Эльконина-Давыдова и традиционная [3]. Каждая из систем предназначена для определенного склада ума, способа апперцепции учеником информации.

Индивидуальность данных процессов неоспоримы. Рассмотрим некоторые особенности этих образовательных систем.

Образовательная система Л.В. Занкова была внедрена в государственное образование с 1995-1996 гг. Обучение ориентировано на каждого конкретного ученика, а не на класс в целом. В отличие от традиционной системы здесь основным является индуктивный подход: не от теории к практике, а наоборот: сначала даются примеры, а потом ученики самостоятельно делают теоретические выводы. Контрольными работами и отметками проверяются остаточные знания учеников [4]. Дидактические принципы системы Занкова:

1. Учебный материал изучается в ускоренном режиме. Истинное познание, по мнению автора системы, достигается только тогда, когда обучающейся одновременно познает другие, последующие элементы изучаемого предмета, и осознает единое целое.
2. Внимание на общее развитие каждого ребенка, в том числе и «слабых».
3. Ученик учится думать при письме: учитель не исправляет ошибку в письменной работе ученика, а подчеркивает все слово и выносит значок «1» на поля тетради. Данный прием учит распознавать орфограммы в словах, приобщая ребенка работать самостоятельно
4. Трудности являются стимулом к усвоению учебного предмета: отталкиваясь от сложного, коллективно работая в классе для поиска путей разрешения незнакомых задач, ученик, удивляясь противоречиям, которые возникают в процессе, с большим желанием продолжает тянуться к знаниям.
5. Ошибки не должны являться «жупелом». В учебном классе создается атмосфера доверия, задаются вопросы, высказываются мнения, точки зрения, в итоге урок проходит увлекательно и школьники учатся учиться.

Образовательная система Эльконина-Давыдова. Система, разработанная группой ученых под общим руководством Д.Б. Эльконина, а позже и В.В. Давыдова, внедрена в государственную систему образования в 1996 году. В отличие от системы Занкова, в этой системе понадобится внимание к мелочам, основательность, способность обобщать. Основной принцип этой системы – научить детей получать знания, искать их самостоятельно, а не заучивать школьные истины [1].

В системе Эльконина-Давыдова нет отметок, и это не значит, что учителя равнодушны к успехам учеников и не сообщают о них родителям. Вместо обычного дневника у учеников есть «творческий» дневник. Дидактические принципы системы Эльконина-Давыдова:

1. Уровень преподаваемых предметов в программе Эльконина и Давыдова – очень высокий и сложный.

2. Программа развивает критическое мышление, путем выбора критериев оценки сделанных заданий и в последующем самооценки.

3. Отсутствие классической пятибалльной системы оценивания, учитель собирает своего рода портфолио, «дело» творческих работ каждого ученика.

4. По этой системе уже с 1-го класса изучают детерминационные связи в языках и математике. Понимание подобных причинно-следственных связей помогает при заучивании правил, новых терминов, определений, понятий.

5. Ученики учатся навыкам самостоятельной и групповой исследовательской работы с последующим обсуждением вместе с учителем. Важным моментом является умение делать общий вывод в итоге исследования [5,6].

«Традиционная система обучения разработана крупнейшим чешским ученым и педагогом Яном Амосом Коменским во второй половине XVII века. Он впервые обосновал идею всеобщего обучения на родном языке, создал стройную систему всеобщего образования, разработал классно-урочную систему обучения, которая способствовала развитию у школьников тех качеств, которые были необходимы для достойной жизни в условиях ремесленного производства: полное послушание учеником, умение повторить действия учителя (мастера)» [2].

Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов контроля знаний учеников, обучавшихся по этим указанным системам с целью определения их эффективности.

Материалы и методы. Объектом исследования явились ученики 2-ых классов начальной школы в селе Буздяк. Общее количество учащихся 87 человек. Каждый класс обучался по разным образовательным системам: один класс по системе Занкова, два класса по системе Эльконина-Давыдова и один класс по традиционной системе. Предметом исследования явились результаты итоговой контрольной работы за год по математике и русскому языку.

Методы исследования: эксперимент, наблюдение, измерение, сравнительный анализ.

Результаты и обсуждение. По итогам анализа выявились следующие результаты (Табл.1,2). Для удобства сравнения разделим системы на авторскую и традиционную:

Таблица 1

Успеваемость учеников 2-ых классов по математике

Успеваемость, % / Системы Обучения	I четверть	II четверть	III четверть	IV четверть	Итог
Авторская	79	77	84	75	79
Традиционная	45	50	90	80	66

Таблица 2

Успеваемость учеников 2-ых классов по русскому языку

Успеваемость, % / Системы Обучения	I четверть	II четверть	III четверть	IV четверть	Итог
Авторская	86	90	78	82	84
Традиционная	60	30	75	85	63

Заключение и выводы:

Исследование показало, что обучающиеся в младших классах по авторским методикам имеют лучшие результаты успеваемости по математике и русскому языку. Качество работ учеников прошедших годовой курс обучения математике по авторской системе на 13% превышает качество работ традиционного класса, русскому языку – на 21%, говорит о преимуществах развивающего обучения над традиционным.

В заключении следует отметить, что наличие нескольких альтернативных образовательных систем является положительным фактором образования, так как позволяет в зависимости от индивидуальных способностей ученика подобрать более подходящую ему модель обучения. Авторские образовательные системы более эффективны, но в виду их сложности они рекомендуется для детей с высокой мотивацией обучения и признаками одаренности. Традиционная система с выраженными патерналистическими компонентами

также является востребованной, так как эффективна при низкой мотивации к обучению у учащихся.

Список литературы:

1. Вохминова, Л. В. Проблемы качества начального образования / Л. В. Вохминова, А. П. Савченко // Вестник Северного (Арктического) федерального университета.— 2014.— № 5. — С. 148–156.
2. Долгова В. И. Влияние системы обучения младших школьников на формирование межличностной рефлексии в подростковом возрасте / В. И. Долгова, Н. В. Цветкова // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. — 2014.— № 7. — С. 89–98.
3. Об утверждении федеральных перечней учебников, рекомендованных (допущенных) к использованию в образовательном процессе в образовательных учреждениях, реализующих образовательные программы общего образования [Электронный ресурс]: приказ Минобрнауки РФ от 21.10.2004 г. № 93. – Режим доступа: КонсультантПлюс
4. Образцов, П.И. Развивающее начальное обучение в контексте новых образовательных систем / П. И. Образцов, Т. И. Смагина // Ученые записки Орловского государственного университета.— 2015.— № 3. — С. 249-253.
5. Образовательная программа Д.Б. Эльконина и В.В. Давыдова для начальных классов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.shkola-dlya-vseh.ru.– Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 27.03.2017).
6. Система Д.Б. Эльконина-В.В. Давыдова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.7ya.ru.– Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 27.03.2017).

УДК 159.9.072.43

А. Ф. Шайбакова

ПРОЯВЛЕНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Научный руководитель – старший преподаватель А. В. Бехтерева
Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье рассматривается проблема стрессоустойчивости студентов фармацевтического факультета и предлагаются способы их урегулирования

Ключевые слова: стрессоустойчивость, стрессовые состояния, стрессовые ситуации

A. F. Shaybakova

THE MANIFESTATION OF STRESS RESISTANCE OF STUDENTS OF PHARMACEUTICAL FACULTY/

Scientific Advisor – senior lecturer A. V. Bechtereva
Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The article discusses the problem of stress resistance of students of pharmaceutical faculty and suggests ways to resolve them

Keywords: stress resistance, stress condition, stressful situation

Актуальность:Понятие «стресс» рассматривается в рамках теории эмоций. Стресс является наиболее распространенным аффектом, который оказывает значительное влияние не только на психологическое состояние человека, но и на его физическое здоровье.

В студенческой среде особенно распространены стрессовые ситуации. В зависимости от времени обучения, студенты постепенно адаптируются. Для оптимизации учебно-познавательной деятельности студента в условиях процесс обучения особое значение имеет правильное использование принципа психологической регуляции. (Губачев Ю.М., Иевлев Б.В., Карвасарский Б.Д. и др). Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии. В целях конкретизации психологического содержания принципа психологической регуляции учебного процесса, необходимо исследование социально-психологических и общепсихологических факторов.

Психологическая регуляция познавательной деятельности осуществляется специально организованными социально-психологическими и общепсихологическими факторами, общением и знанием как существенными детерминантами процесса обучения. Таким образом, суть нашего исследования заключается в изучении стресса и его регуляторов.

Сама по себе проблема не нова, но по результатам ознакомления с трудами известных отечественных и зарубежных специалистов становится очевидным, что в современных условиях она требует более детального подхода при изучении. Стресс происходит от английского слова, что дословно означает «напряжение». Таким образом, состояние стресса всегда связано с напряжением физических или психических сил.

В небольших количествах – стрессовые ситуации необходимы человеку, поскольку мы имеем эмоциональные реакции, обуславливающие наше поведение в обществе. Но если стрессовые ситуации постоянны для человека, то они ведут к нарушениям как физических, так и психологических особенностей личности.

Существует большое количество подтверждений тому, что хронический стресс - спутник студенческой жизни. Стресс, испытываемый студентами, может сказываться на обучении (приобретении, применении и переработке знаний), что препятствует академической успеваемости. Трудности с успеваемостью в свою очередь также создают дискомфорт, в результате чего общий стресс усиливается. Некоторые исследователи отметили у студентов и проблемы с финансами, жильем, безопасностью и весом.

Студенту необходимо преодолеть переходные трудности, освоить новые роли и модифицировать старые, в результате чего они также могут испытывать стресс. (Постовалова, Г.И. Психологические и социально-психологические особенности адаптации студентов, 1993) Данной проблемой занимались следующие психологи: У. Кэннон, Г. Селье, Л. А. Китаев-Смык, Ю. В. Щербатых, Д. Майерс, Ю. И. Александров и пр. (Китаев-Смык Л.А., 1983, Майерс Д., 2006, Щербатых Ю.В., 2006)

Таким образом, можно сказать, что проблема стресса и стрессоустойчивости волновала многих исследователей с давних времен, но до сих пор остается открытым вопрос о специфике проявления стрессоустойчивости у студентов ВУЗа.
Не нашла своего достаточного отражения в изученной нами литературе проблема особенностей проявления стресса и стрессоустойчивости у студентов в период сессии и экзаменационного периода. Между тем, именно структура стрессоустойчивости обуславливает эмоциональное проявление в рамках учебной и повседневной деятельности студентов. Фрагментарность имеющихся исследований и значимость проявления стрессоустойчивости у студентов позволяют определить выбранную нами тему исследования как актуальную.

Цель исследования: определение особенностей проявления стрессоустойчивости у студентов фармацевтического факультета и разработка практических рекомендаций.

Материалы и методы: для достижения цели нами были использованы теоретические и практические методы: обзорно-аналитическое исследование психолого-педагогической и специальной психологической литературы, эмпирические методы, математическая обработка.

Результаты и обсуждение: Стресс - это неотъемлемая часть повседневной жизни каждого студента. Реакция на стресс, как и начало трудового дня, режим питания, двигательная активность, качество отдыха и сна, взаимоотношения с окружающими, являются составными частями образа жизни. От самого студента зависит, каким будет его образ жизни - здоровым, активным или же нездоровым, пассивным, а, следовательно, как часто и продолжительно он будет находиться в стрессовом состоянии.

Заключение и выводы: В результате нашего исследования мы выяснили, что основными причинами появления стресса у студентов являются большие учебные нагрузки, которые появляются из-за большого количества заданий по разным учебным дисциплинам. Все это приводит к спешке и постоянной нехватке времени. Чаще всего студенты восстанавливают силы крепким сном и общением с друзьями и близкими людьми.

Список литературы:

Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. - М.: ПЕР СЭ. - 2006. - с.528

Губачев Ю.М., Иевлев Б.В., Карвасарский Б.Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии. Л.: Медицина, 1996, 224 с.

Котова И.Б. Общая психология: учеб. пособие / И.Б. Котова, О.С. Ка-наркевич. - М.: Дашков и К, 2009. - 479 с.

Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. - СПб.: Пи-тер, 2006. - с.256

Годфруа, Ж. Что такое психология: В 2-х т. Т.2: Пер. с франц. – М.: Мир, 1992. – 376 с.

Майерс, Д. Психология / Д. Майерс; пер. с англ. И.А. Карпиков, В.А. Старовойтова. - 2-е изд. - Мн.: "Попурри", 2006. - с.848

ПЕДИАТРИЯ

Оглавление

Д. А. Абдуллина, Н.А. Аиткулова 268

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ

К.В. Андрощук, Я.Д. Фризен 273

ОСОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Ф. М. Ахмедова,Л.Б.Худойбергенова 279

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СОСУДОВ И ТОЛЩИНЫ ИНТИМЫ-МЕДИА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Г.М. Байрамгалина, Г.Р. Ахмадуллина 283

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ ИПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Н.Р.Биктимерова 289

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ИНСТУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВЕГЕТО-ВИСЦЕРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Д.З. Бузуева, К.И. Журавлёва, Е.А. Чуйкова, Е.А. Ленец 292

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Д.М. Габдракипова 297

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АСИТ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

А.Р. Габдулвалеева, А.К. Османович, М.А. Гордеева 303

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ФОРМИРОВАНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

А.А. Двулит 307

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ ФЕТАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

И.Т. Дорошенко, А.И. Заремба, К.В. Кулеш 312

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

И.Т. Дорошенко, А.И. Заремба, К.В. Кулеш 317

ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ С АНЕМИЯМИ

Л.В. Ефимова 321

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

А.И. Имануилова, Э.И. Ильясова 324

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

А. О. Исламова, К. Р. Габдюшева 330

ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА, КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКОВЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

М. В. Куршина 335

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

Д.Р. Мавлютова 341

РЕЧЬ-ГЕНЕРИРУЮЩИЕ УСТРОЙСТВА: АЛЬТЕРНАТИВА В ОБУЧЕНИИ ВОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Л. Р. Мардамшина, Г. Ф. Биктимирова 343

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ Г. УФЫ С ПОМОЩЬЮ МОДИФИЦИРОВАННОГО ОПРОСНИКА

А.Э. Мулдашева, П.А. Тусупкалиева, Б.А. Манарбеков 348

КОРРЕГИРОВАНИЕ ДЕФИЦИТА МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПО ДАННЫМ ГОРОДА АКТОБЕ.

Л.И. Мунасыпова, В.Д. Ломакина, О.В. Васильева 353

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В САНАТОРИИ “САЛЮТ”

Л. Ш. Назарова, А. Ж. Нуриахметова, Р. А. Бикбулатова, Е. Д. Шакирьянова, Я. С. Слесаренко 358

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО ЛОКУСА -511C>T ГЕНА IL1BC ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕТОТРЕКСАТА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРОНЕГАТИВНЫМ ПОЛИАРТИКУЛЯРНЫМ ВАРИАНТОМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

А.А. Салимова, А.Ф. Фабарисова, А.А. Нурумбаева, Г.М. Ильясова, А.Ф. Муртазина 361

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ГЕРПЕС – ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Л.Р. Сахаутдинова, Э.В. Якупова, Т.Н. Красавцева, Р.Р. Байрамгулов, Э.Ф. Амирова 366

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.

Ю.А. Степанова 371

ЧАСТОТА РЕАЛИЗАЦИИ «АТОПИЧЕСКОГО МАРША» У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

А.Г. Тимофеева, В.А. Волкова 375

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН С «БЛЕДНЫМИ» ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Л. И. Хамитова 380

ЗАВИСИМОСТЬ НАЧАЛА МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ ОТ ЧАСТОТЫ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

А.И. Хусаинова 383

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА PEDSQL

А.Т. Шабанова, Л.А. Байрамалова, И.И. Ганиева, Д.С. Каримова 388

ИЗУЧЕНИЕ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА НА ОСНОВЕ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ И АНАЛИЗ РАЗЛИЧИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА У ДЕТЕЙ 15-17 ЛЕТ

Г.И. Гарифуллина, Е.Р. Галиева, А.С. Абдуллина, Н.Ф. Тимерханова 393

ИЗУЧЕНИЕПЛОСКОСТОПИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ

И.Ф.Кадаев, Д.Б.Байрамгулов., С-М.С.Бацаев 398

ОСТРЫЕ ПАРАПРОКТИТЫ У ДЕТЕЙ

УДК 616-01

Д. А. Абдуллина, Н.А. Аиткулова

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.С. Муслюмова

Кафедра терапии и сестринского дела с уходом за больными, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме:*В данной статье рассмотрена роль медицинской сестры в организации и осуществлении ухода за больными. Особое внимание обращается на соблюдение этики и деонтологии в работе медицинской сестры, подробно рассматриваются пути решения конфликтных ситуаций, которые могут возникнуть в ходе ее профессиональной деятельности.*

Ключевые слова: *уход за больными, медицинская этика, деонтология, конфликт.*

D.A. Abdullina, N.A. Aitkulova

NURSE'S ROLE IN THE ORGANIZATION AND REALIZATION OF PATIENT CARE

Scientific Advisor – D.Sc. in Medicine, associate professor S.S. Muslumova

Department of therapy and nursing with patient care, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The article is about nurse's role in the organization and realization of patient care. A special attention is paid to observance of ethics and deontology in the nurse's work. The ways of resolving conflict situations that may arise during her professional activity are examined in detail.

Keywords: patient care, medical ethics, deontology, conflict.

Актуальность: Ежегодно увеличивается число больных детей, нуждающихся в квалифицированном медицинском уходе, качество которого зависит от профессионализма медицинской сестры, соблюдения ею медицинской этики и деонтологии, умения правильно выходить из конфликтных ситуаций

Цель исследования: определить морально-этические принципы профессионального сестринского поведения в организации и осуществлении ухода за больными детьми.

Материалы и методы: Объектом исследования является уход за больными детьми. Предметом исследования являются медицинская этика; деонтология; конфликтные ситуации, возникающие при уходе за больными детьми

Результаты и обсуждение: Уход за больными – это комплекс мероприятий, обеспечивающих всестороннее обслуживание больного, выполнение врачебных назначений, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни, быстрейшему выздоровлению, облегчению его страданий и предотвращению осложнений.

Виды ухода за больными:

1) Общий, применяемый ко всем типам больных в независимости от тяжести их состояния, возраста, других особенностей.

2) Специальный, применяемый к больным определенного типа, например, уход за хирургическими больными.

Под общим уходом за больными понимают:

1) создание и поддержание санитарно-гигиенической обстановки в палате;

2) устройство удобной постели и содержание ее в чистоте;

3) проведение мероприятий личной гигиены;

4) оказание помощи тяжелобольным во время туалета, приема пищи, физиологических отправлениях и т. д.;

5) выполнение врачебных назначений;

6) ведение медицинской документации;

7) санитарно-просветительная работа;

Уход за больными наиболее продуктивен, при проведении его в рамках сестринского процесса, который подразумевает системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребности пациента.

Для квалифицированного ухода за больными медицинской сестре необходимо знать основные принципы медицинской этики и деонтологии.

Деонтология - медицинская, профессиональная этика медицинских работников, принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения.

Медицинская этика – совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей.

Виды медицинской этики

1) Научная – раздел медицинской науки, изучающий этические и нравственные аспекты деятельности медицинских работников.
2) Практическая – область медицинской практики, задачами которой являются формирование и применение этических норм и правил в профессиональной медицинской деятельности.
Медицинская этика изучает и определяет решение различных проблем межличностных взаимоотношений по трем основным направлениям:
1) медицинский работник – пациент
2) медицинский работник – родственники пациента
3) медицинский работник – медицинский работник

Отношения "медсестра - пациент"
1) Медицинская сестра обязана быть выдержанной и приветливой в общении с пациентом. Недопустимыми, как фамильярность и панибратство, так и чрезмерная сухость и официальность. Обращаться к больным следует на «Вы» и по имени и отчеству.
2) Нельзя в присутствии больных обсуждать поставленный диагноз, план лечения, говорить о заболеваниях соседей по палате. Запрещается подвергать сомнению правильность проводимого лечения в присутствии больного.
3) Перед тяжелыми и болезненными процедурами медсестра должна разъяснить в доступной форме значение, смысл и необходимость их для успешного лечения и снять психоэмоциональное напряжение.

Отношения "медсестра - родственники пациента"
1) Необходимо сохранять сдержанность, спокойствие и тактичность;
2) Лицам, ухаживающим за тяжелобольными разъяснять правильность выполнения процедур и манипуляций;
3) Беседовать только в пределах своей компетенции (не имеет право рассказывать о симптомах, о прогнозе заболевания, а должна направить к лечащему врачу);
4) Отвечать на вопросы спокойно, неторопливо, обучать правильному уходу за тяжелобольными.

Отношения "медсестра - медсестра"
1) Недопустима грубость и неуважительное отношение к коллегам;
2) Замечания должны делаться тактично и в отсутствии больного;
3) Опытные медсестры должны делиться с молодыми своим опытом;

4) В сложных ситуациях должны помогать друг другу.

Отношения "медсестра - младший медперсонал"

1) Соблюдать взаимоуважение;

2) Контролировать тактично, ненавязчиво деятельность младшего медперсонала;

3) Недопустимы: грубость, фамильярность, высокомерие;

4) Недопустимо делать замечания в присутствии больных и посетителей.

Отношения "медсестра - врач"

1) Недопустимы: грубость, неуважительное отношение в общении;

2) Исполнять врачебные назначения своевременно, четко и профессионально;

3) Срочно информировать врача о внезапных изменениях в состоянии больного;

4) При возникновении сомнений в процессе выполнения врачебных назначений в тактичной форме выяснить все нюансы с врачом в отсутствии больного.

Даже при соблюдении всех принципов медицинской этики и деонтологии медицинская сестра не застрахована от возникновения конфликтных ситуаций. Поэтому она должна знать, как нужно правильно из них выходить.

Конфликт – одновременное столкновение разнонаправленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов субъектов взаимодействия, фиксируемых ими в жесткой форме.
Чего нельзя делать в конфликте с пациентом:

1) Безразлично относиться к проблеме пациента;

2) Обращаться на "ты"(исключение - дети до 15 лет);

3) Выражать свое превосходство, вести себя высокомерно;

4) Оценивать поведение и эмоции пациента словами, выражением лица;

5) Заставлять пациента долго ждать.

Заключение и выводы. Медицинская сестра является ответственным лицом, котором лежит большая часть обязанностей по организации и осуществлению ухода за больными детьми в лечебно-профилактическом учреждении. Анализ принципов медицинской этики и деонтологии позволяет сделать вывод, что медицинская сестра должна обладать следующими качествами: вежливостью, терпимостью, добротой, душевностью, стремлением помогать пациентам.

Список использованных источников:

1) Петровский Б.В. Популярная медицинская энциклопедия. М.: «Советская энциклопедия» 1979. 704с.

2) http://www.sisterflo.ru – сайт для медицинских сестер. Этика и деонтология сестринского дела.

3) http://www.premium-a.ru. Правила поведения в клинике или как избежать конфликта с пациентами

УДК 161.6

К.В. Андрощук, Я.Д. Фризен

ОСОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Е.А. Горева

Кафедра факультетской педиатрии имени профессора Н.С. Тюриной,

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Резюме:*Проведен анализ историй болезней детей в возрасте до 5 лет, получавших лечение в детское аллергологическое отделение МАУЗ ОТКЗ ЧГКБ №1 г. Челябинска с синдромом бронхиальной обструкции. Большинство из поступивших составили мальчики (78,4%) в возрасте от года до трех лет (47%). Триггерные факторы обструкции – респираторные заболевания, микроэкологическое неблагополучие в окружении ребенка, сопутствующая патология лор-органов. Клинические проявления обструкции у детей до года проявлялись симптомами бронхосекреции, у детей старше года – бронхоконстрикцией.*

Ключевые слова*: дети, обструктивный синдром, обструктивный бронхит, астма.*

Androschuk K.V., Frizen Ya.D.

SPECIAL FEATURES OF BRONKHOOBSTRUKTIVNOGO SYNDROME THE CHILDREN OF LOW-ORDER AGE

The scientific adviser – D.Sc. in Medicine, assistant E.A.Goreva

Department of Faculty Pediatrics named after Professor N.S. Tyurina, South Ural State Medical University, Chelyabinsk

Resumes: Is carried out the analysis of the histories of the diseases of children in the age of up to 5 years, which obtained treatment into the children's allergological department MAUZ OTKZ CHGKB №1 g. Chelyabinsk with the syndrome of bronchial obstruction. Boys at the age from the year (78,4%) to three years composed majorities of those entered (47%). Trigger factors of obstruction – respiratory diseases, micro-ecological trouble in the environment of child, the associated pathology of ENT organs. The clinical manifestations of obstruction in children up to the year were manifested by the symptoms of bronkhosekretsii, in children it is older than the year – of bronkhokonstriktsiey.

Keywords: children, obstructive syndrome, obstructive bronchitis, asthma.

Актуальность: Бронхообструктивный синдром (БОС) является особенно актуальной проблемой в практике врача педиатра, являясь ведущей патологией органов дыхания у детей. Согласно современным представлениям БОС– это комплекс симптомов, встречающихся в клинике различных врожденных и приобретенных, инфекционных и неинфекционных, аллергических и неаллергических заболеваний раннего детского возраста как одно из проявлений дыхательной недостаточности (ДН), который обусловлен обструкцией мелких бронхов и бронхиол за счёт гиперсекреции, отёка слизистой и/или бронхоспазма.

Цель исследования: изучить особенности клинической картины и течения БОС у детей младшего возраста (от 0 до 5 лет).

Материалы и методы: Ретроспективный анализ истории болезней детей методом поперечного среза. Критерии включения: дети в возрасте от 0 до 5 лет, прошедшие обследование в ГКБ №1 г. Челябинска в аллергологическом отделении за период с 01.08.2015 г. по 31.12.2016 г.

Результаты и обсуждение. Всего проанализирована 51 история болезни. Из обследованных детей 40 пациентов (78.4%) были мальчики и 11 пациентов (21.6%) – девочки. Возрастной состав: до 1 года 6 детей (11.8%), 24 ребенка (47%) от года до 3 лет и 21 ребенок (41.2%) от 3 до 5 лет. Наиболее часто синдром бронхиальной обструкции развивается у детей первых трех лет жизни, что связано с анатомо-физиологическими особенностями детского организма - относительно узкие дыхательные пути, гиперплазированная железистая ткань, особенности строения диафрагмы, образование более вязкой мокроты, слабый местный иммунитет.

Впервые бронхиальная обструкция на первом году жизни была выявлена у 27% детей, от года до трех лет у – 73%. При изучении акушерского анамнеза и анамнеза раннего неонатального периода было выявлено, что четверо детей (7,8%) рождены недоношенными, в том числе двум из них (3.9%) проводились реанимационные пособия (искусственная вентиляция легких). Доношенными родились 47 детей (92.2%). По литературным данным у детей с отягощенным семейным аллергоанамнезом бронхообструктивный синдром развивается в 30-50% случаев. По нашим данным у 67% детей были признаки пищевой аллергии или лекарственной. У 73% пациентов отмечен отягощенный семейный анамнез. В основном у родственников таких детей в анамнезе были такие заболевания, как бронхиальная астма, крапивница, аллергический ринит, атопический дерматит. Наследственность по данным исследования не была отягощена у 14 детей (27.5%). Бронхиальная астма наблюдалась у родственников первой линии родства 12-ти детей

(23.5%).

Определенное значение в развитии бронхообструктивного синдрома придается неблагоприятному микроэкологическому окружению в семье. Так выявлено, что у 27% детей дома имеются домашние животные, 12% детей проживают в неблагоприятных бытовых условиях (общежитие, коммунальная квартира, наличие ковров и шерстяных вещей в окружении ребенка). Серьезным фактором в развитии бронхообструктивного синдрома является пассивное курение, так как влияние табачного дыма приводит к гипертрофии бронхиальных слизистых желез, нарушению мукоцилиарного клиренса, деструкции эпителия бронхов, уменьшению фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов, повышению синтеза иммуноглобулинов Е. Детей, у которых кто-то из родителей курит, оказалось 22%. Анализ показал, что основная масса детей не посещают такие коллективы – 34 ребенка (67%), организованных в два раза меньше - 17 детей (33%). При анализе данного показателя необходимо учитывать возрастной состав детей, посещающих дошкольные организации: 16 детей входят в возрастную группу от трех до пяти лет и только один ребёнок в группу от года до трех. На вопрос как, часто болеют данные дети в пределах года, было выяснено, что 47% (24) детей болеют в год от 4 до 6 раз, до десяти раз - 49% (25) , а два ребенка (4%) переносят более десяти заболеваний в течение года. Первое вирусное заболевание в возрасте до 1 года регистрировалось у 35 (68.6%) детей, из них 8 (22,9%) девочек, 27 (77.1%) мальчиков. После года впервые респираторной инфекцией заболело 16 (31.4%)детей , из которых на долю девочек приходилось 3 (18.8%) ребенка, а на долю мальчиков 13 (81.2%) детей.

Анализ сезонности возникновения БОС показал, что наиболее частая обращаемость в стационар приходится на осенне-зимний период, что может быть связано с предшествующими острыми респираторными заболеваниями. При распределении детей по группам здоровья, получены такие значения: больше всего детей были отнесены к 3 группе здоровья - это 68.6% (35 чел.), ко 2 группе отнесли 29.4% (15 человек). В диагностике БОС немаловажное значение имеет клиническая симптоматика, которая у пациентов может быть выражена в разной степени, учитывая анамнез заболевания и жизни ребенка. Принято считать, что БОС проявляется экспираторной одышкой, шумным свистящим дыханием, рассеянными сухими и разнокалиберными влажными хрипами в легких. При анализе историй болезней выявлено, что у детей в возрасте до года во время приступа чаще наблюдались сухой кашель и одышка (50%), у 33% были влажные хрипы. В возрастной группе от года до трех лет преобладали такие симптомы, как: сухой кашель (у 54%) ,

удлинение выдоха (у 37,5%), сухие и влажные хрипы (29%). У детей в возрасте от 3 до 5 лет так же преобладал сухой кашель (52%), удлинение выдоха (48%), сухие хрипы (38%) и одышка (33%). В возрастных группах от года до трех лет и от 3 до 5 лет отмечались случаи возникновения приступа на фоне ОРВИ. Специфика аллергологического отделения и самого БОС включала проведение следующих дополнительных методов обследования: иммунологическое исследование, риноцитограмма, исследование мазков из зева и носа на флору, по результатам, которых была составлена ниже представленная таблица.

Таблица № 1

Данные лабораторного обследования

Лабораторный признак	Возрастная группа					
	До 1 года (n-6)		От 1 до 3 лет (n-24)		От 3 до 5лет (n-21)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Повышение IgE	2	33	7	29	4	19
Недостаточность IgA			3	12,5	5	24
Патогенная флора из зева						
Candida tropicalis					1	5
Candida albicans	1	17	3	12,5	1	5
α-гемолитический стрептококк	2	33	5	21	3	14
Pseudomonas aeruginosa			3	12,5		
St. Aureus	4	67	5	21	4	19
Патогенная флора из носа						
Pseudomonas aeruginosa	1	17	1	4		
St. Aureus	1	17	5	21	8	38
α-гемолитический					1	5

стрептококк						
St. saprophyticus			1	4		
St. puogenus					1	5
Str. pneumoniae					2	9,5
Риноцитограмма						
Эозинофилия			2	8	6	29
Кокки	1	17	10	42	6	29
Палочки	1	17	6	25	2	9,5
Нейтрофилез	4	17	10	42	11	46
Пласты эпителия	3	50	16	67	7	33
Слизь-значительно	3	50	13	54	9	43

БОС часто сопровождается снижением относительной продукции Ig класса А В-лимфоцитами, что свидетельствует о истощении гуморального иммунитета. По данным таблицы видно, что иммунологическим исследованием у трех детей в возрасте от года до 3 лет и у пяти детей в группе от 3 до 5 лет была выявлена недостаточность IgA, что косвенно свидетельствует о снижение функции защитных барьеров слизистых, первой сталкивающейся с патогенными агентами. Повышение уровня IgE отмечено у двух детей до года, семи детей от года до 3 лет и у четырех детей в возрасте от 3 до 5 лет.

Несомненное влияние на развитие, течение и лечение БОС оказывает наличие атипичной флоры в отделах респираторного тракта. При исследовании мазка на флору из зева во всех возрастных группах и примерно с одинаковой частотой был выделен золотистый стафилококк (St. Aureus). Грибы рода Candida: Candida tropicalis встретилась однократно у ребёнка четырех лет, а Candida albicans получила более широкое распространение, она выделялась в мазках всех возрастных групп-до года и от 3 до 5 лет была обнаружена однократно, а в возрастной группе детей от года до 3 лет трижды. Альфа-гемолитический стрептококк также присутствовал в мазках всех групп детей по возрасту с разной частотой – чаще всего у детей в возрасте от года до 3 лет. Pseudomonas aeruginosa наблюдалась у трех лиц одного возраста – это дети от года до 3 лет.

При исследовании мазка на флору из носа, также как и из зева во всех возрастных группах с

разной частотой выделялся золотистый стафилококк, больше всего таких случаев среди детей от 3 до 5 лет. St. Puogenus и St. Saprophyticus были выявлены однократно в разных возрастных группах, от 3 до 5 лет и от года до 3 лет соответственно (таб. 1).

Во всех возрастных группах наиболее часто для купирования приступа бронхообструкции применялся беродуал. На втором месте по частоте применения – пульмикорт. Эффект от применяемых препаратов во всех случаях был положительный.

Заключение и выводы. 1.Анализ заболеваемости бронхообструктивным синдромом среди детей младшего возраста показал, что чаще страдают мальчики (78,4%) и дети от года до трех лет (47%). 2. К предрасполагающим факторам относятся: аллергические заболевания, наследственность, отягощенный акушерский анамнез, экологическое окружение ребенка и пассивное курение, сопутствующая патология лор-органов. 3. Среди детей 53% относятся к группе часто болеющих (больше 6 раз в год), при этом у 68,6% первое вирусное заболевание проявлялось на первом году жизни. 4. При анализе клинической симптоматики отмечено, что приступ бронхообструкции проявлялся, в основном, одышкой (47%) и сухими и влажными хрипами (71%). При этом примерно равное число случаев, когда для купирования приступа применялся беродуал (65%) и совместно с пульмикортом (55%).

Список литературы:

1 Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» - 4-е изд., перераб. И доп. - Москва: Оригинал-макет, 2014. - 182с.
2 Часто болеющие дети: причины недостаточной эффективности оздоровления и резервы иммунопрофилактики / Заплатников А.Л., Гирина А.А., Коровина Н.А., Лазарева С.И., Сугян Н.Г. // РМЖ. 2015. №3. С. 178.

УДК: 616.12-008.331.1 – 053.2 – 542.231.2

Ф. М. Ахмедова,Л.Б.Худойбергенова

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СОСУДОВ И ТОЛЩИНЫ ИНТИМЫ-МЕДИА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ш. А. Агзамова

Кафедра амбулаторной медицины, лучевой диагностики и терапии

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Резюме: изучены показателиэндотелий-зависимойвазодилятации плечевой артерии, толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий и оценен их вклад на развитие эссенциальной артериальной гипертензии у 57 детей 13-15 лет с нормальным артериальным давлением, высоким нормальным и артериальной гипертензией

Ключевые слова: *эндотелиальная функция, плечевая артерия,толщина комплекса интима-медиа общих сонных артерий, дети, эссенциальная артериальная гипертензия*

F. M. Akhmedova, L. B.Hudoybergenova

THE FEATURES OF ENDOTHELIAL FUNCTION OF VESSELS AND THICKNESS OF INTIMA MEDIA IN CHILDREN WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Scientific Advisor – Ph.D. in Medicine, Full professor Sh. A. Agzamova

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent

*Abstract:*the values of endothelium dependant vasodilation of brachial artery and the thickness of intima-media complex of common carotid arteries were studied in 57 children 13-15 years old with normal arterial pressure, high normal AP, and essential arterial hypertension (EAH); and its impact on the development of EAH in children was estimated.

Key words: endothelial function, brachial artery, thickness of intima-media complex of common carotid arteries, children, essential arterial hypertension

Актуальность: в структуре ССЗ первое место по распространенности по-прежнему занимает артериальная гипертензия (АГ). При этом отмечается рост заболеваемости АГ у детей, подростков и лиц молодого возраста. Распространенность АГ среди них составляет по данным различных авторов от 6 до 18%. При этом прогнозируется еще большее ухудшение медико-демографической ситуации в будущем, если не удастся преодолеть складывающиеся угрожающие тенденции роста и распространенности сердечно-сосудистой патологии. АГ это мультифакторное заболевание с полигенным типом наследования. Но, не смотря на обилие предложенных теорий патогенеза АГ, в настоящее время одним из основных механизмов ее

становления рассматривают эндотелиальную дисфункцию (ЭД), которая формируется в результате действия нескольких звеньев патогенеза, тесно взаимосвязанных между собой: оксид-азота–зависимого расслабления сосудов, избыточного образования свободных радикалов, нарушающих эндотелий–зависимое расслабление сосудов и усиливающих сократительные реакции гладкой мышцы [1, 3, 4, 7]. В современной литературе обсуждаются вопросы поиска ранних признаков АГ, роли ЭД в ее становлении и прогрессировании, развитии осложнений, но однозначных результатов в этом вопросе пока не достигнуто [2, 5, 6, 8]. В связи с этим, исследование дисфункции эндотелия у детей с высоким нормальным артериальным давлением и АГ в различных возрастных группах позволит определить наиболее значимые ранние диагностические маркеры становления гипертензии и критерии, характеризующие течение заболевания.

Цель исследования: изучить показателиэндотелий-зависимойвазодилятации (ЭЗВД) плечевой артерии (ПА), толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ТКИМ ОСА) и оценить их влияние на развитие эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) у детей 13-15 лет.

Материалы и методы:обследованы 57 детей 13-15 лет (средний возраст 13,8±0.46). Среди них с нормальным артериальным давлением (АД) (контрольная -1я группа) - 20 детей, с высоким нормальным АД (ВНАД) – 18 (сравнительная – 2я группа), с АГ – 19 (основная).Измерения диаметра ПА и скоростных показателей функции эндотелия, а также толщины КИМ ОСА проводились на аппарате Sonospape SSI-500, Mindray DR 6900, HD3 (Голландия) с линейным датчиком 5,5-7,0 МГц.ЭЗВД и скоростные показатели ПА в обследованных группах изучались за 30 секунд до освобождения воздуха из манжеты и через 60, 90, 180 секунд после момента декомпрессии. ТКИМ ОСА была измерена за 1 см от начала каротидной бифуркации по задней стенке общей сонной артерии (ультразвуковая граница интима – просвет - место внутреннего замера в мм; ультразвуковая граница медия – адвентиция - место внутреннего замера в мм). Измерение проводилось трижды на каждой стороне, вычислено среднее для правой и левой сонных артерий и общее среднее 6 измерений (в мм).

Результаты и обсуждение:установлено, что в покое средний диаметр ПА у детей с АГ составил 2,45±0,11мм, что несколько меньше, чем у детей 1 и 2 групп (2,56±0,13 и 2,53±0,17 мм, соответственно).Анализ динамики диаметра ПА и линейной скорости кровотока при пробе с ЭЗВД в анализируемых группах показал, что максимальные значения указанных параметров наблюдается на точке – 60 сек после декомпрессии. При этом, было отмечено увеличение диаметра ПА до 2,86±0,19 мм у детей с АГ, что на 1,2 и 1,1 раза меньше по

сравнению с 1 и 2 группами. Самый высокий прирост диаметра ПА оказался у детей 1й группы – 26,7±2,13% по сравнению с детьми с АГ (15,6±1,41%, p<0,001). Исходная максимальная скорость кровотока в среднем составила 60,3±6,0 и 55,34±5,3см/сек у детей 1 и основной групп, соответственно (p>0,05). Динамика скорости кровотока в ответ на временную окклюзию сосуда также статистически не отличалась между данными группами (p>0,05).

При цветовом дуплексном сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий у детей основной группы выявлено достоверное увеличение толщины комплекса интима-медиа правой общей сонной артерии до 0,47±0,03 мм при первом измерении, относительно контрольной группы (0,34±0,016 мм; p<0,05). Усредненные значения ТКИМ правой ОСА основной группы (0,44±0,033 мм), также превышали показатели детей 1 (0,36±0,018) мм и 2 (0,41±0,032 мм) групп. Но достоверное различие установлено только относительно контрольной группы (p<0,05). Аналогичная тенденция увеличения ТКИМ отмечается и по левой ОСА, без достоверных отличительных черт. Установлено статистически значимое утолщение ТКИМ ОСА у детей основной группы по значению общей средней 6 измерений (0,43±0,028 мм), против контроля (0,36±0,018 мм; p<0,05).

Известно, что процесс ремоделирования сосудов включает стадии функциональных и морфологических изменений, приводящих к нарушению основных сосудистых функций – снижению показателей ЭЗВД, увеличению ТКИМ сонной артерии и снижению эластичности артерии. Структурные изменения средней оболочки сонной артерии (медии) находятся в прямой зависимости от повышения уровня эндотелина в плазме крови, что подтверждает роль ЭД в формировании и прогрессировании процессов ремоделирования сосудистого русла [3, 5, 6]. Под воздействием сопоставимого увеличения кровотока детей в группах с АГ и ВНАД реагировали меньшим приростом диаметра ПА, чем детей контрольной группы. Причем, изменения наблюдались в группе детей с ВНАД. Аналогичная закономерность прослеживается и относительно ТКИМ ОСА. Исследование ТКИМ даёт возможность оценить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Согласно результатам нашего исследования, у детей с ВНАД средняя ТКИМ ОСА превышало на 1,13% пределы нормы, а у детей с АГ отмечалось достоверное увеличение данного значения. По-видимому, это свидетельствует о том, что данные маркеры нарушения сосудодвигательной функции и ТКИМ ОСА проявляются гораздо раньше в развитие АГ по сравнению с другими параметрами.

Заключение и выводы: нарушение вазодилятирующей функции эндотелия и толщины интимы-медиа могут иметь прогностические значение в развитии ЭАГ у детей. Исследования последних лет убедительно свидетельствуют о том, что дисфункция сосудистых эндотелиальных клеток играет ведущую роль в нарушениях сосудистого тонуса и развитии атеросклеротических поражений артерий при АГ.В связи с чем, эндотелий, его функции и коррекция их нарушений может стать целью профилактики ЭАГ у детей.

Список литературы**:**

1. Бугун О.В. Значение пробы с реактивной гиперемией в качестве дополнительного критерия диагностики артериальной гипертензии // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – Иркутск. – 2006. - №3. – С. 171-181.

2. Маянская С. Д., Попова А. А., Гребенкина И. А., и др. Состояние вазомоторной функции эндотелия у молодых лиц с отягощенным по артериальной гипертонии анамнезом // Практическая медицина. – 2011. – № 52. – С. 37–41.

3. Остроумова О.Д., Жукова О.В., Ерофеева А.Г. Толщина комплекса интима-медиа сонных артерий у больных АГ – возможности фиксированной комбинации Логимакс // Рос. Мед.журн. – 2009. - №8. – С. 548-562

4. Попова А. А. Березикова Е. Н., Маянская С. Д. Эндотелиальная дисфункция и механизмы её формирования / А. А. Попова, //Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – Т. 64, № 4. – С. 7–11.

5. Шишкин А.Н., Лындина М.Л. Эндотелиальная дисфункция и артериальная гипертензия // Артериальная гипертензия. – 2008. – Т.14, №4. – С.315-319.

6. Heitsch H, Brovkovych S, Malinski T, Wiemer G. Angiotensin–(1–7)–Stimulated Nitric Oxide and Superoxide Release From Endothelial Cells. Hypertension 2001; 37:72–76.

7. Perticone F, Ceravolo R, Pujia A, et al. Prognostic Significance of Endothelial Dysfunction in Hypertensive Patients. Circulation 2001; 104:191.

8. Su T-C, Jeng J-S, Chien K-L, et al. Hypertension Status Is the Major Determinant of Carotid Atherosclerosis. Community - Based Study in Taiwan. Stroke 2001; 32:2265.

УДК: [616.155.194.8-06:616.24-008.4-022:616.233-002:616.28-002:616.322-031.63-002.3]-053.2

Г.М. Байрамгалина, Г.Р. Ахмадуллина

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ ИПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Научный руководитель - д.м.н., профессор Л.Ф.Латыпова
Кафедра Факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Дефицит железа является актуальной проблемой медицинской клинической практике в связи с высокой ее распространенностью. Результаты исследования показали, что респираторная патология при железодефицитной анемии выявляется чаще у детей раннего возраста, а патология ЛОР - органов чаще диагностируется у детей школьного возраста. ЖДА у детей с респираторной и ЛОР патологией определяет сроки возникновения и частоту болезни, осложняет течение и ухудшает прогноз заболевания.*

Ключевые слова: *дети, железодефицитная анемия (ЖДА), острые респираторные заболевания, патология ЛОР – органов.*

G.M. Bayramgalina, G.R. Ahmadullina

CHARACTERISTICS OF RESPIRATORY PATHOLOGY AND PATHOLOGIES OF ENT-ORGANS IN CHILDREN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA

Scientific Advisor – Ph.D.in Medicine, Full professor L. F. Latypova
Department of faculty Pediatrics with the course of Pediatrics, neonatology and simulation center IDPO
Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: Iron Deficiency is an important problem of medical clinical practice due to its high prevalence..The results of the study showed that respiratory pathology in iron deficiency anemia detected more often in children of early age, and pathology of ENT - organs is more frequently diagnosed in school-age children. IDA in children with respiratory and ENT pathology determines the time of occurrence and the frequency of the disease complicates the course and worsens the prognosis of the disease.

Keywords: children, iron deficiency anemia (IDA), acute respiratory diseases, pathology of ENT – organs.

Актуальность. Железодефицитные анемии приобретают все большее значение в современной педиатрии. Интерес к ним связан с увеличением частоты легких форм болезни с затяжным течением, обуславливающим снижение защитных сил организма ребенка, нарушение функции многих органов и систем. Частота анемий среди детей колеблется в отдельных регионах от 30 до 70 % и не имеет тенденции к снижению [Л.И.Дворецкий,2012; А.В.Струтынский, 2013; Л.Ф.Латыпова,2017]. В связи с этим изучение протективной роли ЖДА в развитии заболеваний различных органов и систем и их прогнозе представляет значительный интерес.

Цель исследования: Оценить значимость железодефицитной анемии (ЖДА) в развитии и прогнозе респираторной и патологии ЛОР - органов у детей.

Материалы и методы: Под наблюдением были 153 больной госпитализированный в педиатрическое отделение больницы скорой медицинской помощи (БСМП) №22 и оториноларингологическое (ЛОР) отделение Республиканской детской клинической больницы (РДКБ) г. Уфы с респираторной и патологией ЛОР-органов в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Из них основную группу составили 74(48,36%) детей с респираторной, ЛОР - патологией и железодефицитной анемией, в том числе: у 35(47,2%) мальчиков и 39(52,8%) девочек. В группу сравнения вошли 79(51,64%) ребенка с респираторной и ЛОР - патологией без ЖДА, в том числе 38(48,1%) девочек и 41(51,9%) мальчиков. Удельный вес детей с респираторной и ЛОР патологией, страдающих ЖДА, в возрасте до 1 года составил 14 детей (18,93%) , с 1 до 3 лет - 21(28,37%), старшего возраста - 39(52,7%). В группе сравнения удельный вес детей до 1 года был равен 16(20,2%), от 1 до 3-х лет- 35(44,30%), старшего возраста - 28(35,44%).

Исследование проводилось в педиатрическом отделении БСМП №22 (заведующая И.В. Казакова, главный врач И.М.Карамова) и ЛОР отделении РДКБ г. Уфы (заведующий А.Р. Сыртланов, главный врач Р.З. Ахметшин). В процессе исследования изучены истории болезни (ф. 003/у), на основании которых оценены анамнез жизни и болезни, объективный статус детей. Для изучения частоты ЖДА среди госпитализированных детей использованы принципы аналитической и описательнойэпидемиологии (И.С.Случанко, В.П.Стоногина, 1979). Проведен ретроспективный анализ медицинской документации педиатрического отделения БСМП и ЛОР - отделения РДКБ г. Уфы. У всех детей исследованы показатели периферической крови: подсчет числа эритроцитов проведен в камере Горяева, уровень гемоглобина - гемоглобинцианидным методом на аппарате ФЭК-56, лейкоцитов-унифицированным методом на автоматическом счетчике СЛФ-ЭЦ-11-01. Статистическая обработка результатов исследования выполнена на персональном компьютере “ASUS” с

использованием прикладных статистических программ «Statistika», включающих определение средних величин (M), ошибок средней арифметической (m) и критерия Стьюдента (t) для оценки достоверности (p) различия при парных изменениях показателя.

Результаты и обсуждение.

Исследованием выявлено, что дети с ЖДА страдали: острой респираторной патологией верхних дыхательных путей (ВДП)-11(14,86%), бронхитом-14(18,91%), пневмонией-8(10,81%), респираторными аллергозами - 4(5,5%). У детей патология ЛОР - органов диагностирована: аденоиды у 22(29,72%) и гипертрофия небных миндалин - 15(20,20%).

Среди них дети раннего возраста болели острой респираторной патологией ВДП-4(36,37%), бронхитом- 6(37,50%), пневмонией - 1(16,67%), респираторные аллергозы 1(25,0%). У детей дошкольного возраста выставлен диагноз острая респираторная патология ВДП - 5(45,45%), бронхит у 8(50,0%), пневмония у 4(66,66%), респираторные аллергозы у 1(25,0%), аденоиды у 4(18,18%), гипертрофия небных миндалин - у 2(13,33%). Детям школьного возраста выставляется диагноз острая респираторная патология ВДП - у 2(18,18%), бронхит - у 2(12,50%), пневмония- у 1(16,67%), респираторные аллергозы - у 2(50,0%), аденоиды диагностированы у 18(81,82), гипертрофия небных миндалин у - 13(86,67%).

Исследование показало, что острая респираторная патология ВДП и бронхит чаще диагностируется у детей в возрасте до 3-х лет, чем у детей старшего возраста (81,82% и 87,5%, против 18,18% и 12,50% соответственно); пневмонии чаще диагностировались у детей в возрастной группе от 1 года до 3-х лет, чем у детей до 1 года и старшего возраста(66,66% против 16,67% и 16,67% соответственно). Аденоиды и гипертрофия небных миндалин чаще выявлялись у детей старшего возраста, чем у детей из возрастной группы до 1 года и от 1 до 3-х лет (81,82 и 86,67, против 18,18 и 13,33 соответственно).

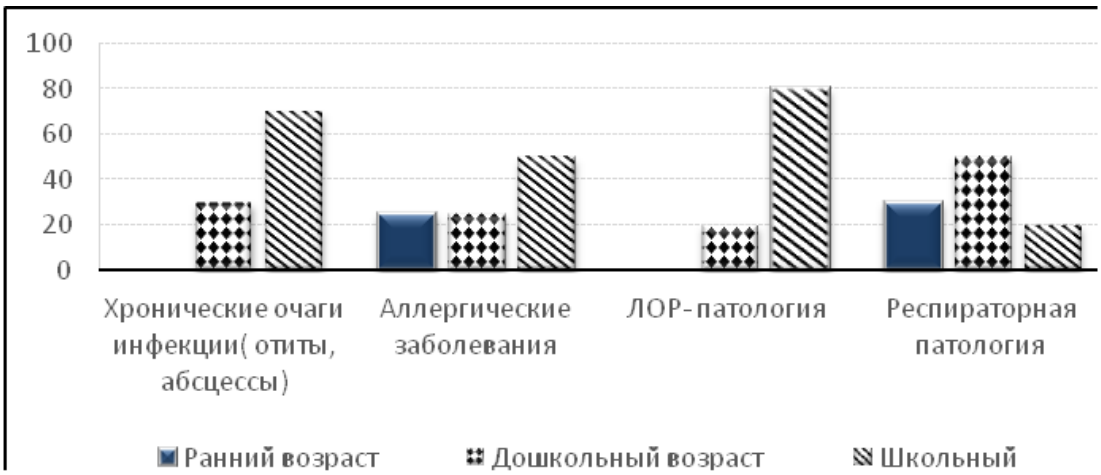


Рис.1. Частота респираторных заболеваний среди госпитализированных детей с ЖДА в зависимости от возраста

Осложнения респираторной патологии у детей с ЖДА в виде развития отитов, синуситов и паратонзиллярного абсцесса выявлены у 14(18,91%) детей. Удельный вес детей с осложнениями респираторной патологии в возрасте от 1 до 3-х лет составили 9(64,28%) детей; дети старшего возраста - 5(35,72%). Среди них девочек от 1 до 3-х лет было 4(44,44%), мальчиков- 5(55,56%); старшего возраста 2(40,0%) девочки и 3(60,0%) мальчика.

В контрольной группе, дети с острой респираторной патологией верхних дыхательных путей, составили- 9(11,4%), бронхитом- 12(15,2%), пневмонией- 7(8,86%), респираторные аллергозы - 6(7,59%), аденоиды - 29(36,7%), гипертрофия небных миндалин выставлена у 16(20,25%). Среди них дети раннего возраста с острой респираторной патологией верхних дыхательных путей составили 2(22,22%), бронхитом-1(8,34%), пневмонией- 2(28,57%).

Дети раннего возраста с острой респираторной патологией верхних дыхательных путей составили 5(55,56%), бронхитом- 7(58,33%), пневмонией- 3(42,86%), респираторные аллергозы- 1(16,66%), аденоиды- 7(24,14%), гипертрофия небных миндалин у 4(25,0%); дети старшего возраста с ОРВИ -2(22,22%), бронхитом- 4(33,33%), пневмонией -2(28,57%), респираторные аллергозы- 5(83,34%), аденоидами- 22(75,86%), гипертрофией небных миндалин- 12(75%).

Исследования показали, что острой респираторной патологией ВДП чаще диагностировалась у детей с 1 года до 3-х лет, чем в группе до 1 года и старшего возраста(55,56% против 22,22% и 22,22% соответственно). Бронхиты преобладают в

возрастной категории от 1 года до 3-х лет, чем у детей до 1 года и старшего возраста (58,33% против 8,34% и 33,33% соответственно). Пневмония чаще встречается у детей от 1 года до 3-х лет, чем у детей до 1 года и старшего возраста (42,86% против 28,57% и 28,57% соответственно). Преобладание аллергического компонента болезни чаще встречается у детей старшего возраста, чем у детей раннего возраста (83,34% против 16,66%).Аденоиды чаще выявляются у детей старшего возраста, чем у детей до 1 года и от 1 года до 3-х лет (75,86% , против 24,14%). Гипертрофия небных миндалин чаще диагностируется у детей старшего возраста, чем у детей раннего возраста (75%, против 25%).

Осложнения респираторной патологии у детей с ЖДА в виде отитов и паратонзиллярного абсцесса чаще диагностируются у детей в возрастной категории от 1 до 3-х лет, чем у детей старшего возраста (64,28%, против 35,72%).

Исследованием выявлено, что ЖДА легкой степени тяжести установлена у 54(72,97%) детей, средней - у 12(16,22%), тяжелой степени- у 8(10,81%). Причем у детей до 1 года чаще встречается анемия легкой степени тяжести- 24(80,0%), в возрасте от 1 до 3-х лет ЖДА легкой степени обнаружена у 17(68,0%), у детей старшего возраста анемия легкой степени установлена у 13(68,44%), средней степени - у 6(31,57%), ЖДА тяжелой степени не обнаружена.

Результаты изучения анамнеза жизни больных ЖДА показали более высокую частоту неблагоприятного течения беременности и родов у матерей такие как: угроза прерывания беременности (16,21% против 10,37% в контроле), преждевременные роды (8,10% против 3,68% в контроле), гестозы (5,41% против 2,94% в контроле), нефропатия (5,41 против 0% в контроле), хроническая фетоплацентарная недостаточность (5,41% против 0% в контроле).

Исследованием обнаружено, что 8 (21,62%) детей грудного возраста с ЖДА находились на искусственном или раннем смешанном вскармливании, что в контроле составляло 14(41,18%). 22 (59,46%) ребенка с ЖДА старше одного года страдали повторными респираторными заболеваниями.

Таким образом, исследованием установлено, что респираторная патология у детей с железодефицитной анемией выявляется чаще у детей раннего возраста, а патология ЛОР - органов чаще диагностируется у детей школьного возраста и характеризуется осложнением течением болезни, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии дефицита железа на характер течения и исход болезни.

Заключение и выводы.1.Результаты исследования показали, что к факторам риска развития ЖДА у госпитализированных детей с респираторной и ЛОР - патологией относятся:

неблагоприятное течение беременности и родов, алиментарные нарушения, высокая частота перенесенных заболеваний, наличие хронических очагов инфекции.

2.Острая респираторная инфекция верхних дыхательных путей у больных с ЖДА чаще выявляется у детей раннего возраста, бронхит и пневмония - у детей дошкольного возраста.

3.Осложнения острой респираторной инфекции в виде отитов, синуситов и паратонзиллярного абсцесса чаще диагностируется у детей школьного возраста.

4.Хронические очаги ЛОР - органов превалируют в школьном периоде.

5.Наличие ЖДА у детей с респираторной патологией определяет сроки возникновения, частоту болезни, характер течения и прогноз болезни.

Список литературы:

1.Захарова И.Н., Горяйнова А.Н., Мачнева Е.Б., Дмитриева Ю.А., Мозжухина М.В. Дефицит железа у детей раннего возраста и способы его коррекции// Вопросы современной педиатрии.2013;12(2):С.2-58.

2.Колосова Н.Г.Кафедра детских болезней ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова Минздрав России. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста.//Медицинский журнал Педиатрия-2013-04.С.1-3

3.Жарикова Л.И.., Дронов И.А.Железодефицитная анемия у детей: актуальные вопросы диагностики и лечения.//Медицинский журнал Педиатрия.2014;4-С.14-18.

4. Сельчук В.Ю., Чистяков С.С., Толконов Б.О., Мазнюк Л.В., Никулин П.В., Юрьева Т.В., Кононец П.В., Титова Г.В. Железодефицтиная анемия: современное состояние проблемы//РМЖ №1,2012. С.1-3

5.Шабалов Н.П. Детские болезни: Учебник для вузов, 6-е изд. Т-1 – С.282-291.

УДК 616.839

Н.Р.Биктимерова

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ИНСТУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВЕГЕТО-ВИСЦЕРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Научный руководитель – профессор, д.м.н. Степанов О.Г

Кафедра факультетской педиатрии

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г.Челябинск

Резюме:*в данной работе, выявлялись клинические особенности ВВН у новорожденных с ПП ЦНС. Проводился анализ полученных данных. Были найдены дополнительные клинико-диагностические критерии ВВН для оценки их тяжести.*

Ключевые слова: *Вегето-висцеральные нарушения (ВВН), перинатальные поражения центральной нервной системы (ПП ЦНС)*

N.R.BIKTIMEROVA

CLINICAL MANIFESTATIONS AND INSTRUMENTALNYE METHODS DIAGNOSIS OF VEGETATIVE-VISCERAL DISORDERS IN NEWBORNS WITH PERINATAL CNS DAMAGE

ScientificAdvisor –Ph. D. in Medicine, Full professor Stepanov O. G

the Department of faculty Pediatrics

Of the South Ural state medical University, Chelyabinsk

Summary: in this work, we identified the clinical features of BBH in newborns with CNS PP. Analysis of the obtained data. Were found for more clinical diagnostic criteria VVN to assess their severity.

Key words: Vegetative-visceral disorders (BBH), perinatal lesions of the Central nervous system (PP CNS)

Актуальность.Клинические последствия перинатальных поражений ЦНС являются темой острых дискуссий педиатров, неонатологов и неврологов на протяжении многих десятилетий. Вегето-висцеральные нарушения (ВВН) определяют клиническую репрезентацию отдаленных последствий перинатальных поражений центральной нервной системы (ПП ЦНС) еще долгое время после купирования острого периода, но трактовка их затруднена в виду низкой специфичности.

Цель исследования. Выявить клинические особенности ВВН у новорожденных с ПП ЦНС. Провести анализ полученных данных. Найти дополнительные клинико-диагностические критерии ВВН для оценки их тяжести .

Материалы и методы. Работа проводилась на базе ДГКБ № 1. Объектом исследования явились 37 новорожденных находящихся в отделении новорожденных с октября по февраль с диагнозом: Гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы 1 степени, синдром угнетения, вегето-висцеральные нарушения. Все дети, находившиеся на лечении, были обследованы по единой программе. Проводилось: общеклинические, биохимические анализы. ЭхоЭС, НСГ,ЭКГ. В качестве группы сравнения было обследовано 9 новорожденных с синдромом желтухи легкой степени тяжести, без признаков ПП ЦНС с помощью изучения сигналов кистей новорожденных. Для групп сравнения, использовалось пакет статистических программ Microsoft Excel. Для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего исследователя эффекта - критерий Фишера.

Результаты и обсуждение. Клинические симптомы, которые наблюдались у новорожденных в группе обследуемых: акроцианоз, дермографизм, лабильность сердечного ритма, «мраморность» кожных покровов, нарушение ритма дыхания, термолабильность, частые икота/чихание.

Выраженный акроцианоз наблюдалось у 8(22%), акроцианоз 24(65%), акроцианоз не наблюдался у 5(13%). Дермографизм: смешанный 2(5%),белый 4(11%),красный 31(84%).Лабильность сердечного ритма- зарегестрирована 8(22%),у 29 (78%)не наблюдалось. «Мраморный» рисунок кожи: у 20(54%) «мраморный» рисунок кожи, выраженная мраморность 10(27%), не выявлено у 7(19%). Нарушение ритма дыхания: зарегестрировано у 7(19%),не зарегестрировано 30(81%).Термолабильность: зарегестрировано 14(38%),не зарегестрировано 23(62%). Частые икота/чихание: зарегестрировано 3(8%), не зарегестрировано 34(92%). Группа сравнения:акроцианоз-2(22%), мраморный» рисунок кожи-3(33%),термолабильность-2(22%),нарушение ритмы дыхания-1(11%),лабильность сердечного ритма-1(11%),частые икота/чихание(0%).При сравнительном анализе группы наблюдения и группы сравнения по критерию Фишера по акроцианозу составило < 0,05 мраморность кожных покровов =0,07

По данным НСГ морфофункциональная незрелость головного мозга встречалась у 27% обследованных новорожденных, хотя все они доношенные и без проявлений ЗВУР

При анализе полученных данных была обнаружена прямая корреляционная связь между морфофункциональной незрелостью головного мозга (по данным НСГ) со степенью выраженности акроцианоза и ячеистости кожи (r=+0,43)..А также именно у новорожденных

с МФН головного мозга (по данным НСГ) чаще клинически присутствовала термолабильность. Перспективное использование сигналов кистевого языка как фактора стандартизации стрессового воздействия при синдроме вегето-висцеральных нарушений в разных группах.

Заключение ивыводы. У новорожденных с ПП ЦНС отмечено большая выраженность отдельных симптомов ВВН в сравнении с контролем.

Список литературы:

1.Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребёнком. Как? –М.:АСТ,1994-2008.

2.Мазурин А.В., Воронцов И.М.Пропедевтика детских болезней.- СПб.:ИКФ «Фолиант»,1999.

3.Степанов О.Быть с ребенком. Практикум по общению.-М.:Независимая фирма «Класс», 2016.

4. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебное пособие в 2 т./ Н.П.Шабалов.- Т.1.- 3-е изд.,испр.и доп.- М.:МЕД- пресс-информ, 2004.

УДК 616.24-002

Д.З. Бузуева, К.И. Журавлёва, Е.А. Чуйкова, Е.А. Ленец

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Научные руководители – к.м.н. Л.В. Медведева, к.м.н. Е.Е. Минина

Кафедра факультетской педиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Резюме. Проведен ретроспективный анализ 136 историй развития детей от 1 месяца до 16 лет, которым был выставлен диагноз внебольничная пневмония. Выявлено, что наиболее часто назначались цефалоспорины II и III поколения (более половины случаев); не соблюдался принцип ступенчатости; при назначении в качестве стартового антибиотика незащищенных пенициллинов потребовалась смена препарата в 50% случаев.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, антибактериальная терапия, дети.

D.Z. Buzueva, K.I. Zhuravlyeva, E.A. Chuykova, E.A. Lenetc

FEATURE OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN CHILDREN'S GROUP WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE PEDIATRIC SECTION

Supervisors of studies – D.Sc. in Medicine Medvedeva L.V., PhD in Medicine Minina E.E.

Departament of faculty pediatrics, South Ural State Medical University, Chelyabinsk

Annotation. 136 outpatient card (form 112) were analyzed of children aged 1 month up to 16 years, which in the last year was diagnosed with community-acquired pneumonia. It's revealed the cephalosporins II and III generations is the most prescribe antibiotics (more than half of cases; was not respected the principle "step down" and "step up". If starting an antibiotic was unprotected penicillin, then the required change of drug in 50 cases.

Key words: community-acquired pneumonia, antibiotic therapy, children

Актуальность.Внебольничная пневмония (ВП) являются актуальной проблемой для педиатрической практики. В последние годы отмечается рост заболеваемости ВП у детей, относительно высокой остается смертность от этого заболевания. В реальной практике, особенно в амбулаторных условиях, серьезными проблемами являются ранняя диагностика и рациональная терапия пневмонии у детей. [1,3]

Цель исследования. Изучить особенности назначения антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии у детей в условиях поликлиники в г. Челябинск.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование по типу поперечного среза. Метод выборки – сплошной. Проанализировано 136 историй развития ребенка (форма 112/у) детей от 1 месяца до 16 лет, которым в течение последнего года был выставлен диагноз «Внебольничная пневмония». В исследовании принимали участие 11 поликлиник г. Челябинска.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст детей составил 5,6 лет. Антибактериальная терапия оказывает решающее влияние на прогноз пневмонии, поэтому при достоверном диагнозе или у больного в тяжелом состоянием с вероятным диагнозом ее следует начинать незамедлительно. Назначение антибиотика проводится эмпирически, так как по клинической картине и рентгенологическим данным определить этиологию пневмонии не представляется возможным [2]. Согласно нашему исследованию, антибактериальная терапия назначалась детям во всех случаях, причем в первые три дня от первичного обращения 70% детей. Назначаемые антибактериальные препараты распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Назначаемые антибактериальные препараты (эмпирический выбор)

Группа антибактериальных препаратов	Количество назначений, n=136	
	Абс.	%
Незащищенные пенициллины	12	8,8%
Защищенные пенициллины	25	18,4%
Макролиды	22	16,2%
Цефалоспорины I поколения	6	4,4%
Цефалоспорины II и III поколений	71	52,2%
Аминогликозиды (вторым препаратом к ЦФ II, III)	2	1,4%

Препаратами выбора для лечения ВП у детей, согласно Научно-практической программе, 2015 г [1], в первую очередь являются β-лактамы, в том числе «защищенные», а также могут быть назначены цефалоспорины II и III поколений, в связи с тем, что преимущественным этиологическим фактором является S.pneumoniae. Согласно полученным данным, пенициллины составили лишь 27,2% назначений, а цефалоспорины II и III

поколений оказались на первом месте и были назначены более чем половине детей. Следует отметить, что у нескольких детей (4,4%) были использованы цефалоспорины I поколения, которые не должны использоваться при данном заболевании в виду их низкой эффективности.

Назначаемые цефалоспорины II и III поколений представлены в табл.2.

Таблица 2

Назначаемые антибактериальные препараты – цефалоспорины II и III поколений

Действующее вещество	Количество назначений, n=71	
	Абс.	%
цефуроксим	30	42,3%
цефтриаксон	28	39,4%
цефотаксим	7	9,9%
цефиксим	3	4,2%
цефтибутен	1	1,4%
цефтазидим	1	1,4%
цефоперазон/сульбактам	1	1,4%

Обращает на себя внимание, что более, чем в 50% случаев антибактериальные препараты назначались парентерально (внутримышечно) - данные представлены в табл. №3.

Таблица 3.

Способ введения антибактериальных препаратов (эмпирическая терапия)

Способ введения	Количество назначений, n=136	
	Абс.	%

перорально	67	49,3%
внутримышечно	59	43,4%
ступенчато	10	7,4%

Согласно Научно-практической программе, 2015 [1], антибактериальные препараты должны назначаться преимущественно внутрь, что является безопасным и эффективным у детей с ВП. В стационаре при тяжелых формах ВП или если ребенок не способен принимать препараты внутрь (например, из-за рвоты), они должны назначаться только внутривенно с переходом на пероральный прием при улучшении состояния (ступенчатая терапия). Анализ полученных данных показал, что принцип ступенчатости соблюдался достаточно редко, а преимущественным парентеральным способом введения был внутримышечный.

Заключение и выводы.

1. Выявлено, что антибактериальные препараты группы пенициллинов, которым должно отдаваться предпочтение при эмпирическом выборе антибиотикотерапии, назначались всего в 27,2% случаев.
2. Первое место по числу назначений занимают цефалоспорины II и III поколений (52,2%); в 4,4% случаев использовались цефалоспорины I поколения, которые не показаны при внебольничной пневмонии у детей.
3. У 43.4 % детей антибактериальные препараты были назначены внутримышечно, хотя предпочтение должно отдаваться пероральному приему либо внутривенному введению (при тяжелом состоянии или невозможности перорального приема).

Список литературы.

1. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. — Москва: Оригинал-макет, 2015. — 64 с.
2. Мизерницкий Ю.Л. Внебольничные пневмонии у детей: оптимальный выбор антибактериальной терапии в современных условиях. Медицинский Совет. 2013;(1-1):50-54.
3. Минина Е.Е. Внебольничная пневмония на педиатрическом участке. Клинико-лабораторные особенности /Е.Е. Минина, Л.В. Медведева, Я.И. Жаков, Ю.Л. Мизерницкий //

Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – Т. 61, №4. – С. 242-243. – Прил. Тезисы XV Российского конгресса “Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии” с международным участием.

УДК 616. 211

Д.М. Габдракипова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АСИТ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ширяева Г.П.

Кафедра педиатрии ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа

Резюме: В статье рассматривается проблема аллергического ринита у детей и эффективность проводимой АСИТ. Приведены клинико-анамнестические особенности пациентов с аллергическим ринитом в возрасте от 6 до 18 лет, получавших АСИТ в аллергологическом отделении ГБУЗ РДКБ г. Уфа с ноября по декабрь 2016 года. Полученные результаты исследования описывают характерные различия сравниваемых групп детей в зависимости от курса проводимой АСИТ.

Ключевые слова: аллергический ринит, АСИТ у детей с аллергическим ринитом, базисная терапия аллергичского ринита.

D.M. GABDRAKIPOVA

THE EFFECTIVENESS OF ASIT IN CHILDREN WITH ALLERGIC RHINITIS

Supervisor – Ph. D. in Medicine, full professor Shiryaeva G.

Department of pediatrics IEPE,Bashkir State Medical University, Ufa

Republican Children's Clinical Hospital, Ufa

Summary: The article deals with the problem of allergic rhinitis in children and the effectiveness of the ASIT. Results clinicoanamnestic features of patients with allergic rhinitis in age from 5 to 18 years who received ASIT allergy department at GBUZ RDKB Ufa from November to December 2016. These findings describe the characteristic differences of the compared groups of children depending on the course pursued by ASIT.

Key words: allergic rhinitis, ASIT in children with allergic rhinitis, rhinitis allergichskogo basic therapy.

Актуальность: Аллергический ринит занимает одно из ведущих мест в структуре аллергических заболеваний. По данным эпидемиологических исследований его распространенность в экономически развитых странах стремительно растет [1,3,4,5].

Аллергический ринит (АР) не относится к тяжелым и угрожающим жизни заболеваниям, но его медико-социальное значение определяется высокой распространенностью среди детей, подростков и трудоспособного населения, существенным снижением качества жизни больных, ограничением, связанным с обучением и профессиональной деятельностью [1,3,4].

Цель работы: оценить эффективность проводимой АСИТ у детей с аллергическим ринитом.

Материалы и методы. При выполнении данной работы использовались методы из группы эмпирических исследований: анализ медицинских документов и опрос. Опрос был проведен среди 47 детей с аллергическим ринитом, проходивших лечение в аллергологическом отделении РДКБ г. Уфы в период с 1 ноября по 31 декабря 2016 года. Клиническое обследование пациентов было проведено врачами аллергологического отделения РДКБ согласно Федеральным клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи детям с аллергическим ринитом [5].

Опрос был проведен как среди детей, поступивших для проведения АСИТ повторно, так и среди впервые получающих данный вид лечения. На 1 курс АСИТ поступило 10 человек (21,3%), на повторные курсы- 37 человек (78,7%), из них на 2 курс - 9 человек (19,1%), на 3 курс - 11 человек (23,4%), на 4 курс - 8 человек(17,1%) и на 5 курс - 9 человек (19,1%). Из числа опрошенных пациентов лица мужского пола составили 48,9% (n=23), женского пола- 51,1% (n=24).

Рекомендуемый возраст начала АСИТ - старше 5 лет. Младшую возрастную группу (5 -10 лет) составили 15 человек (31,9%), среднюю группу (11-15 лет) - 22 человека (46,8%), старшую возрастную группу (старше 15 лет) - 10 человек (21,3%).

Подобно многочисленным исследованиям по оценке эффективности базисной терапии АР [1], нами была составлена анкета для проверки эффективности АСИТ у детей с аллергическим ринитом.

Анкета

Оценка эффективности проводимой АСИТ (1-5 курс)

1. Наличие симптомов (ринорея, заложенность носа, зуд, чихание):

Сохраняются	Сохраняются частично	Нет
2. Влияние АР на качество жизни (влияние на дневную активность- учеба, занятия в свободное время):		
Нет нарушений дневной активности	Имеется нарушение дневной активности	
3. Влияние АР на сон:		
Нет нарушений сна	Имеется нарушение сна	
4. Имеется ли потребность в деконгестантах (сосудосуживающих средствах):		
Да	Нет	
5. Частота обострений АР в течение года:		
Снизилась	Не изменилась	Повысилась
6.Отмечаете ли вы уменьшение интенсивности проявлений АР в период обострения?		
Да	Нет	

Результаты и обсуждение: Из числа опрошенных детей семейная отягощенность аллергологического анамнеза была выявлена у 89,3% детей (n=42), а 10,7% (n=5) пациентов не имели сведений о наличии аллергических заболеваний у близких родственников. Полученные результаты коррелируют с литературными данными и говорят об общепризнанной роли наследственности при развитии аллергической патологии [1-5].

У 24 детей (51,1%) была выявлена сопутствующая патология в виде бронхиальной астмы (42,6%), либо атопического дерматита (8,5%). Соответственно, 23 опрошенных ребенка не имели сопутствующие аллергические заболевания (48,9%). По данным ряда исследований, приблизительно у 5% больных АтД впоследствии развивается бронхиальная астма, у 30–40% – аллергический ринит [2].

При сборе анамнеза у детей учитывались сведения о наличии диатеза в раннем возрасте. У 55,3% детей (n=26) имелись данные о проявлениях диатеза в возрасте до 3-х лет, у 44,7% детей (n=21) признаки диатеза не отмечались. Общепризнано, что ранняя пищевая и кожная сенсибилизация у детей с АтД предшествует сенсибилизации дыхательных путей,

существенно повышая риск развития респираторных аллергических заболеваний [2]. В современных отечественных и зарубежных рекомендациях четко обозначена концепция атопического марша и первоочередная роль АтД. Далее, как правило, аллергический ринит предшествует развитию бронхиальной астмы, поэтому при обследовании пациентов эти вопросы нужно обязательно уточнять.

Согласно опросу об отсутствии ранее проводимой базисной терапии сообщили 14,9% (n=7) пациентов, 85,1% анкетируемых (n=40) заявили о приеме противоаллергических препаратов.

Из числа опрошенных за данный период времени (ноябрь – декабрь 2016 года) 76,6 % детей (n=36) получали АСИТ с пыльцевыми аллергенами, 23,4% (n=11) детей - АСИТ с бытовыми аллергенами.

Анализ данных анкетирования выявил следующие результаты.

О наличии симптомов АР (ринорея, заложенность носа, зуд, чихание) после проведенной базисной терапии либо без нее сообщили 100% детей (n=10), поступивших на 1 курс АСИТ.

Среди детей, получавших повторные курсы АСИТ симптомы АР сохранялись у 12 человек (32,4%), частичное наличие симптомов было отмечено у 22 детей (59,5%), отсутствие симптомов - у 3 детей (8,1%).

Влияние аллергического ринита на качество жизни. Из числа детей, поступивших на 1 курс АСИТ 50% (n=5) испытывали дискомфорт в дневное время из-за симптомов АР, у 50% (n=5) подобное явление не отмечалось.

Среди детей, получавших АСИТ повторно, 20 человек (54%) отмечали отсутствие нарушений дневной активности при обострении аллергического ринита, 17 детей (46%) говорили о существенном влиянии АР на их дневную активность.

Влияние АР на сон. Симптомы АР в период обострения вызывали нарушения сна у 8 детей (21,6%), получавших СИТ повторно, у остальных 29 участников опроса (78,4%) проблемы со сном не отмечались. Среди детей, впервые получавших АСИТ, нарушения сна отсутствовали у 80% респондентов.

Потребность в деконгестантах. Среди детей, получавших СИТ впервые, 70% детей (n=7) заявляли об использовании деконгестантов в период обострения, 30% (n=3) не испытывают необходимости в данной группе препаратов.

У большинства детей 67,6%, (n=25), получавших АСИТ ранее, сохранялась потребность в деконгестантах. 32,4% опрошенных (n=12) не использовали сосудосуживающие средства в период обострений АР.

Частота обострений в течение года. После проведенного курса АСИТ частота обострений АР в течение года снизилась у 64,9% опрошенных (n=24). У 35,1% детей (n=13) частота обострений АР в течение года осталась на прежнем уровне.

Интенсивность проявлений АР в период обострений. Об уменьшении интенсивности проявлений АР сообщали 91,9% респондентов, получивших хотя бы 1 курс АСИТ (n=34), у 8,1% опрошенных (n=3) интенсивность симптомов АР в период обострения осталась сохранной.

Заключение и выводы**:** Согласно полученным результатам семейная отягощенность аллергологического анамнеза отмечалась у 89,3% детей. Среди 55,3% участников опроса диатез стал первой ступенью в формировании атопического марша, последующими этапами которого наряду с АР стали атопический дерматит (8,5%) и бронхиальная астма (42,6%).

Если у всех детей, поступивших на 1 курс АСИТ отмечалось наличие симптомов АР, то у 8,1% опрошенных, получавших АСИТ, признаки заболевания нивелировались, а у 59,5% - частично снизились.

Среди детей после проведения нескольких курсов АСИТ уже 54% отмечают отсутствие дискомфорта во время дневной активности, нарушения сна исчезли у 78,4% респондентов, частота обострений АР в течение года снизилась у 64,9% опрошенных. Кроме того, потребность в деконгестантах среди детей получавших АСИТ ранее снизилась до 67,6% случаев.

Об уменьшении интенсивности проявлений АР сообщали 91,9% респондентов, что говорит о высокой степени эффективности проводимого лечения. Одной из причин отсутствия достижения полной ремиссии является сопутствующая сенсибилизация пищевыми и бытовыми аллергенами, требующая тщательного соблюдения гипоаллергенной диеты, организации элиминационных мероприятий в быту и дополнительных курсов АСИТ с бытовыми аллергенами.

Несмотря на то, что полной ремиссии при лечении аллергических заболеваний достичь не удается, АСИТ является одним из эффективных методов лечения, позволяющим существенно снизить интенсивность проявлений АР, а так же частоту обострений в течение года, что положительно сказывается на качестве жизни пациентов с данной патологией.

Список литературы:

1. Ненашева Н.М. Достижение контроля аллергического ринита с помощью ступенчатой терапии / Н.М. Ненашева // ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Пульмонология и оториноларингология. – 2015. – № 1 (29). – С.14-21.
2. Ненашева Н.М. Современная терапия атопического дерматита: роль эмолентов и антигистаминных препаратов / Н.М. Ненашева // Эффективная фармакотерапия. Аллергология и иммунология. – 2016. – №1 (6). – С. 16-24.
3. Овчинников А.Ю. Аллергический ринит: новое решение старой проблемы. XIX съезд оториноларингологов России / А.Ю. Овчинников // ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Пульмонология и оториноларингология. – 2016. – № 1 (20). – С.38-39.
4. Терехова Е.П. Профилактическая эффективность аллергенспецифической иммунотерапии / Е.П.Терехова // ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Аллергология и иммунология. 2016. – №1(6). – С.
5. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с аллергическим ринитом. – М., 2014 - 19с.

УДК 616-053.1

А.Р. Габдулвалеева, А.К. Османович, М.А. Гордеева

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ФОРМИРОВАНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Научный руководитель - д.м.н., профессор Т.Б. Хайретдинова
Кафедра пропедевтики детских болезней, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Проведен статистический анализ распространенности факторов риска и врожденных пороков развития сердца по данным ГБУЗ РКЦ РБ (2017г.). Выявлены закономерности и относительные риски, даны рекомендации по профилактике.

Ключевые слова: врожденные пороки развития сердца, факторы риска

A.R. GABDULVALEEVA, A.K. OSMANOVICH, M.A. GORDEEVA

ANAMNESTIC FEATURES IN CONGENITAL HEART DEFECT

Scientific Advisor - Ph.D. in Medicine, Full Professor T.B. Khairetdinova
Department of propaedeutics of childhood diseases, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Statistical analysis of congenital heart defect and risk factors's prevalence was performed based on SBHO RCC RB data (2017 year). Regularities and relative risks are identified, recommendations for prophylaxis are given.

Keywords: congenital heart defect, risk factors

Актуальность: По данным ВОЗ среди новорожденных дети с пороками сердца и магистральных сосудов составляют около 1%(в развитых странах это около 50 тыс. детей). [1]

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из самых главных и часто встречающихся аномалий развития у детей. Врожденные пороки сердца нуждаются в ранней хирургической коррекции, так как у детей наблюдаются значительные нарушения здоровья и ухудшение качества жизни. В настоящее время с увеличением частоты заболеваемости детей отмечается также тенденция к увеличению более тяжелых, комбинированных ВПС с неблагоприятным исходом уже в первые месяцы жизни. Следует отметить, что при аномалиях развития половина всех детей умирает от врожденных пороков сердца, без хирургического лечения. [2]

Материалы и методы: Нами было обработано 80 историй болезни ГБУЗ РКЦ РБ. Статистическая обработка проводилась с помощью программы MSExcel, использовались такие показатели, как: отношение шансов, 95% доверительный интервал, относительный риск.

Результаты и обсуждения: Изучались следующие показатели (в скобках дано абсолютное количество и процентное соотношение) - наличие в диагнозе: дефекта межжелудочковой перегородки (44 - 55%), дефекта межпредсердной перегородки (24 - 30%), открытого артериального протока (30 - 37,5%), стеноза легочного ствола (15 - 18,8%), тетрады Фалло (12 - 15%), открытого овального окна (11 - 13,8%), транспозиции магистральных сосудов (6 - 7,5%), стеноза аорты (2 - 2,5%; наличие в прогенезе: абортов (26 - 32,5%), осложненного акушерского анамнеза (18 - 22,5%), инфекций урогенитальной сферы (9 - 11,3%), экстрагенитальных заболеваний (14 - 17,5%); наличие в антенатальном периоде: анемии беременных (21 - 26,3%), гестозов (12 - 15%), острых респираторных заболеваний (20 - 25%), факт первой беременности (12 - 15%), маловодие (12 - 15%); в наличие в интранатальном периоде: нарушения родовой деятельности (20 - 25%), предлежание плода (12 - 15%); наличие в постнатальном периоде: гипоксия (62 - 77,5%), нарушения ЦНС (57 - 71,3%).

Мы сопоставили факторы риска с пороками развития (66 сопоставлений) и выявили следующие 6 статистически значимых закономерностей:

Таблица 1.

Влияние факторов риска на пороки развития (n=80)

Порок развития	Фактор риска	Относительный риск	Отношение шансов (95% доверительный интервал)
Дефект межпредсердной перегородки	Предшествующие аборты	2,07	3 (1,1 - 8,2)

Дефект межпредсердной перегородки	Отягощенный акушерский анамнез	2,06	3,13 (1,1 - 9,3)
Дефект межпредсердной перегородки	Инфекции урогенитальной сферы в период прогенеза	3,95	27,5 (3,2 - 236,6)
Стеноз легочного ствола	Предшествующие аборты	8,31	14,6 (3,6 - 58,9)
Стеноз легочного ствола	Предлежание плода	3,77	6,5 (1,7 - 24,8)
Нарушения ЦНС	Предшествующие аборты	1,51	7,6 (1,6 - 35,7)

Заключение и выводы:Профилактика при ВПС может быть условно разделена на профилактику возникновения врожденных пороков сердца, профилактику неблагоприятного развития ВПС и профилактику осложнений врожденных пороков сердца.

Профилактика возникновения ВПС очень сложна и в большинстве случаев сводится к медико-генетическому консультированию и разъяснительной работе среди контингента повышенного риска заболевания.

Кроме этого, необходимо тщательное наблюдение и исследование женщин, имевших контакт с вирусом краснухи или имеющих сопутствующую патологию, способную привести к развитию врожденных пороков сердца. Профилактика неблагоприятного развития ВПС в основном сводится к своевременному установлению порока, обеспечению надлежащего ухода за ребенком и определения оптимального метода коррекции порока (чаще всего, это хирургическая коррекция ВПС). Обеспечение необходимого ухода - очень важная часть в лечении и профилактике неблагоприятного развития. Почти до половины случаев смерти детей до 1-го года, во многом были обусловлены недостаточно адекватным и грамотным уходом за больным ребенком.

Необходимо также отметить, что, за исключением критических случаев угрозы жизни ребенка, специальное лечение (в том числе, кардиохирургическое) должно проводиться не немедленно по выявлению порока, и не в самые ранние сроки, а в наиболее оптимальные сроки, которые зависят от естественного развития соответствующего порока и от возможностей кардиохирургического отделения.

На основании нашего исследования выявлено, что наиболее частым фактором риска развития врожденных пороков сердца являются аборты и выкидыши в анамнезе, так же отягощенный акушерский анамнез и инфекции урогенитальной сферы в период прогенеза.

Список литературы:

1. Т.В.Капитан - Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми.-5-е изд., доп.-М.: МЕДпресс-информ, 2009.-656с. : ил.

2. Hoffman JL, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *JAmCollCardiol.* 2002;39(12):1890-1900.

УДК 616.125.6

А.А. Двулит

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ ФЕТАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Научный руководитель – д.м.н., профессор О.Г. Степанов

Кафедра факультетской педиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Резюме: в статье освещаются аспекты актуальной проблемы современной педиатрии – функционирующие фетальные коммуникации. Описаны особенности периода ранней адаптации недоношенных детей с функционирующими фетальными коммуникациями, прослежена зависимость между гемодинамически значимыми нарушениями кровообращения и поражениями центральной нервной системы, представлена сравнительная характеристика состояния доношенных новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы.

Ключевые слова: функционирующие фетальные коммуникации, новорожденные, недоношенные.

A.A. DVULIT

ON THE SUBJECT OF SPECIAL CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF FUNCTIONING OF THE FETAL COMMUNICATIONS IN PREMATURE INFANTS

Scientific Director - *Ph. D. in Medicine, Full professor****O. G. Stepanov***

Department Faculty pediatrics, The South-Ural State Medical University, Chelyabinsk

Abstract: the article covers aspects of a topical issue of modern pediatrics, such as the fetal communications functioning. It describes peculiarities of early adaptation period in premature infants with the fetal communications functioning maintained. The study has followed and recorded the correlation between hemodynamically significant circulatory disorders and injuries of the central nervous system. By way of comparison, a description is also provided of the condition of term infants afflicted with perinatal injury of the central nervous system.

Keywords: fetal communications functioning, infants, premature

Актуальность.Установление новых медицинских критериев рождения, широкое использование препаратов сурфактанта существенно увеличило выживаемость

недоношенных детей с очень низкой массой (ОНМТ) тела и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) (так, по данным Росстата, в 2006 году количество недоношенных детей, родившихся живыми составляло 76,7 тыс.чел., а в 2014 году уже 111.1 тыс.чел [1].). Однако с этим возникли и новые проблемы, одна из которых - функционирующие фетальные коммуникации (в частности, открытый артериальный проток и открытое овальное окно). Частота встречаемости гемодинамически значимых функционирующих фетальных коммуникаций (ГЗ ФФК) находится в обратной зависимости от гестационного возраста, так, по данным A.A.Fanaroff, у новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ составляет от 13% у детей весом 1251-1500 г до 49% у новорожденных весом 501-750 г [2]. Широкий диапазон встречаемости обусловлен несовершенством диагностических подходов и отсутствием унифицированных методов диагностики, что составляет актуальность данного исследования.

Цель исследования. Определение особенностей течения периода ранней и поздней адаптации у новорожденных детей с ФФК и перинатальными поражениями центральной нервной системы (ППЦНС).

Материалы и методы. Работа проводилась на базе кафедры факультетской педиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России и базе отделения патологии новорожденных городской клинической больницы №1 города Челябинска. В работе представлены материалы наблюдения и обследования 40 недоношенных детей с ФФК. В группу сравнения вошли 13 доношенных новорожденных детей с ППЦНС. Была проведена статистическая обработка программы StatisticforWindows 6.0, оценка уровня достоверности критерием Фишера.

Результаты и обсуждение. Всего было обследовано 40 недоношенных детей с ФФК, из которых 58,3% (32 человека) составили мальчики, 41,7% (18 человек) — девочки.Частота встречаемости пороков с ФФК находится в прямой зависимости от срока гестации, так, среди рожденных на сроке 26-29 недель – 23 человека (57,5%), 32-35 недель – 10 человек (25%), 36-38 недель – 6 человек (15%), срок не известен был у 1 человека (2,5%). По данным эхокардиографического исследования (ЭхоКГ) у 17 человек (42,5%) имелось сочетание двух фетальных коммуникаций – открытого артериального протока (ОАП) и открытого овального окна (ООО), изолированный ОАП также у 17 человек (42,5%), изолированный ООО у 6 новорожденных (15%). При этом, диаметр ОАП от 1,5-2 мм был обнаружен у 10 детей (29%), 2,1-4 мм у 14 человек (42%), более 4 мм — 10 человек

(29%); диаметр ОООот 2мм до 3 мм зарегистрирован у подавляющего большинства обследуемых – 17 человек (74%), более 3 мм — 6 новорожденных (26%). Однако, недостаточность кровообращения I функционального класса была отмечена у 8 человек (20%), IIA степени у 17 человек (42,5%), отсутствовала у 15 детей (37,5%). В группу сравнениявошли 13 доношенных новорожденных с ППЦНС. Были использованы следующие параметры сравнения: нарушение сосудистого тонуса («мраморность», цианоз, акроцианоз), оценка дыхательной системы (уровень частоты дыхательных движений), оценка желудочно-кишечного тракта (симптом срыгивания), оценка сердечно-сосудистой системы (уровень частоты сердечных сокращений, аускультация сердца), инструментальные исследования (электрокардиография, нейросонография). При оценке кожных покрововбледные кожные покровы наблюдались у 6 человек из 40 осмотренных недоношенных новорожденных (15%), в группе сравнения — 3 человека (23%). Иктеричные кожные покровы — у 14 человек в основной группе (35%), 1 человека (7%) - в группе сравнения. Цианоз отмечался у 20 человек (50%), и 9 человек в группе сравнения (70%). Мраморность кожных покровов составила в основной группе у 20 человек (50%), в группе сравнения 9 человек (70%). Акроцианоз наблюдался у 16 недоношенных новорожденных с ФФК (40%), у детей с ППЦНС у 3 человек (23%).Частота дыхательных движений (ЧДД) не выходила за нормативные рамки и максимально составила 49-53 движения в минуту — у 3 человек (7%), 10 человек — в группе сравнения (75%); от 32 до 38 движений в минуту в обоих группах по 18%, 39-48 — в основной группе у 30 человек (75%), в группе сравнения 1 человек (7%).Симптом срыгивания обнаружен у 5 человек среди недоношенных новорожденных (12,5%), в группе сравнения — у 11 человек (85%). Частота сердечных сокращений в 180-190 ударов в минуту в основной группе у 3 человек (7%), в группе сравнения 25% (3 человека).140-159 ударов в минуту в основной группе выявлено у 12 человек (30%), в группе сравнения 25%; 160-179 ударов в минуту в основной группе 62,5%(25 человек), в группе сравнения 50% (6 человек). При аускультации был выявлен акцент второго тона над легочной артерией в основной группе 62,5% (25 человек); в группе сравнения 31% (4 человека). Анализ инструментальных методов показал, что на электрокардиографии (ЭКГ) были отмечены ишемические поражения миокарда и умеренная гипертрофия левого предсердия у недоношенных детей с ФФК у 8 человек (20%), а у доношенных новорожденных с ППЦНС у 12 человек (92%). Данные результаты могут свидетельствовать о компенсаторном изменении сердечно-сосудистой системы после

перенесенной гипоксии у детей с ППЦНС. В свою очередь, у большей части детей с ФФК не было обнаружено тенденций к изменению на ЭКГ, что говорит о компенсаторных возможностях сердца новорожденных. На нейросонографии (НСГ) морфофункциональные изменения были выявлены у 18 человек (45%) в основной группе, у 7 человек (54%) - в группе детей с ППЦНС. После получения данных, была проведена их статистическая обработка – оценка достоверности критерием Фишера (данные представлены в таблице 1).

Таблица 1

Оценка достоверности

Параметр исследования	Основная группа	Группа сравнения	Критерий Фишера
Иктеричность	14 (35%)	1 (7%)	p<0,05
Цианоз	20 (50%)	9 (70%)	-
Акроцианоз	16 (40%)	3 (23%)	-
ЧДД (39-48 д/мин)	30 (75%)	1 (7%)	p<0,05
ЧДД (49-53 д/мин)	3 (7,5%)	10 (75%)	p<0,05
ЧСС (160-179 уд/мин)	25 (62,5%)	7 (50%)	-
ЧСС (180-190 уд/мин)	3 (7,5%)	3 (25%)	-
Срыгивание	5 (12,5%)	11 (85%)	p<0,05
Акцент II тона над легочной артерией	25 (62,5%)	4 (31%)	p<0,05

ЭКГ	8 (20%)	12 (92%)	p<0,05
НСГ	18 (45%)	7 (54%)	-

Заключение и выводы. 1. Ранний период адаптации у недоношенных детей с ФФК протекает более напряжено, чем у доношенных, и характеризуется не только гемодинамически значимыми нарушениями кровообращения, но и поражениями центральной нервной системы. 2. В ходе исследования были получены достоверные результаты (p <0,05) изменения ЧДД, акцент II тона над легочной артерией, что свидетельствует о выраженных нарушениях гемодинамики. 3. Достоверные ЭКГ-признаки ишемического поражения миокарда могут свидетельствовать о компенсаторном изменении сердечно-сосудистой системы после перенесенной гипоксии у детей с ППЦНС. В тоже время, у значительной части недоношенных детей с ФФК не было обнаружено тенденций к изменению на ЭКГ, что говорит о компенсаторных возможностях сердца новорожденных и обусловливает динамическое обследование данной группы детей. 4.Однако, многие параметры исследования оказались не специфичными в верификации диагноза ФФК, что требует поиска дополнительных клинических и инструментальных эквивалентов и является перспективой для дальнейшего развития данной работы.

Список литературы:

1. Российский статистический ежегодник 2014/ электрон. текстовые дан. М.: Росстат, 2012. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare (дата обращения 15.03.2017); 2. Fanaroff A.A., et al. For the NICHD Neonatal Research Network. Am J Obstet Gynecol 2007; 196(2): 147: e1–8

УДК 616-036.82/.86-053.2-616.315-007.254

И.Т. Дорошенко, А.И. Заремба, К.В. Кулеш

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К ОГРАНИЧЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ, У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель – к.м.н. Голикова В.В.

Лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей, ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», Республика Беларусь

Резюме: На основе клинико-экспертного обследования 25 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, страдающих врожденными аномалиями челюстно-лицевой области, были изучены функциональные нарушения, приводящие к разной степени выраженности ограничения жизнедеятельности у детей с врожденными дефектами костей и мягких тканей лицевого скелета. У данной группы детей страдают функции приема и переработки пищи (жевания, сосания, глотания), что требует проведения таких реабилитационных мероприятий, как использование специальных средств (таких как обтураторы, специально изготовленные соски), носового дыхания и речи. Кроме того, эти пациенты нуждаются в специальной диете, зубопротезировании, проведении оперативного лечения, ортодонтической коррекции, психолого-педагогической коррекции, логопедической коррекции, формировании навыков общения.

Ключевые слова: дети-инвалиды, медико-социальная экспертиза, врожденная расщелина губы и неба, врожденный порок развития челюстно-лицевой области.

I.T. DOROSHENKO, A.I. ZAREMBO, K.V. KULESH

FUNCTIONAL VIOLATIONS CAUSING LIMITATION OF LIFETIME, IN CHILDREN WITH CONGENITAL ANOMALIES OF THE ORAL AND MAXILLOFACIAL AREAS

Scientific adviser – D.Sc. in Medicine. V.V. Golikova

Laboratory of Medical Assessment and Rehabilitation of Children, National Science and of Medical Expertise and Rehabilitation, Republic of Belarus

Abstract: Based on a clinical and expert examination of 25 children aged 2 months to 15 years suffering from congenital anomalies of the oral and maxillofacial areas, we have studiedfunctional abnormalitiesresulting in various degrees of disabilityin children with congenital defects of bones and soft tissues of the facial skeleton. This group of children suffer

from the functions of receiving and processing food (chewing, sucking, swallowing), which requires the carrying out of such rehabilitation measures as the use of special means (such as obturators, specially made nipples), nasal breathing and speech. In addition, these patients need a special diet, prosthetic dentistry, conducting surgery, orthodontic treatment, psychological and educational correction, speech therapy correction, the formation of communication skills.

Keywords: children with disabilities, medical and social expertise, congenital cleft lip and palate, congenital malformation of the oral and maxillofacial areas.

Актуальность: Врожденным аномалиям развития принадлежит лидирующие места в структуре инвалидности детского населения Республике Беларусь [1-3]. На врожденные расщелины верхней губы и неба приходится 88% врожденных пороков развития зубочелюстной системы [4]. За последние 10 лет, по данным национального генетического мониторинга наблюдается рост частоты рождения детей с врожденными дефектами костей лицевого скелета. Частота встречаемости расщелин равен 0,025 случая на 1000 живорождённых в год по литературным данным. Это означает, что в Беларуси каждые 10 лет следует ожидать увеличение частоты расщелин на 1000 живорождённых в среднем на 0,25 случая [5-6]. При пороках развития лица, из-за присутствия в области лицевого черепа органов различных функциональных систем организма, происходят комбинированные нарушения их функций, что приводит к тяжелой инвалидности [7].

Цель исследования: изучить функциональные нарушения, приводящие к разной степени выраженности ограничения жизнедеятельности, у детей с врожденными дефектами костей лицевого скелета.

Материалы и методы: Было осуществлено клинико-экспертное обследование 25 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, страдающих врожденными аномалиями челюстно-лицевой области.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel. Для описания вариационных рядов в случае нормального распределения признаков вычислялась средняя арифметическая величина. Для показателей, характеризующих качественные признаки учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (p), %, стандартная ошибка относительных величин (m_p). Различия считались достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и обсуждение: Среди детей с врожденными дефектами костей лицевого скелета достаточно большой удельный вес (56,0±10,1%) составили случаи сочетанной врожденной расщелины губы и неба. Врожденная расщелина неба была диагностирована в 24,0±8,7% случаев. Несколько реже (16,0±7,5%) причиной инвалидности явились наследственные синдромы: из них синдром Пьера-Робена (50,0%), Синдром Коэна (25,0%), гемицефальная микросомия (25,0%). Врожденная расщелина верхней губы встречалась только в 4,0±4,0% случаев.

Анализ возрастной структуры тематических пациентов показал, что средний возраст детей составил 3,8 лет, при этом у девочек – 2,3 года, а у мальчиков 5,5 лет. Оценивая принадлежность обследованных пациентов к возрастным группам в соответствии с общей периодизацией детского возраста, следует отметить, что чаще других были представлены дети грудного возраста (48,0±10,2%). Реже тематические дети являлись представителями группы дошкольного (16,0±7,5%), среднего школьного (16,0±7,5%) и преддошкольного (12,0±6,6%) возрастов. Дети младшего школьного и старшего школьного возраста были представлены в равной степени (в 4,0±4,0% случаев).

В ходе анализа установлено, что наиболее частой (16,0±7,5%) сопутствующей патологией был врожденный порок сердца. Достаточно большой удельный вес (8,0±5,5%) занимали последствия органического поражения центральной нервной системы. Это обусловлено тем, что периоды чувствительности при формировании лица, сердца и нервной системы развивающегося зародыша человека к повреждающим факторам имеют пересечения в процессе онтогенеза.

У 29,4±11,4% из 17 случаев сопутствующей патологии, имеющейся у 25 тематических пациентов составили заболевания, обусловленные несостоятельностью костей и мягких тканей лицевого скелетf.

В процессе исследования осуществлена оценка функциональных нарушений, встречающихся у детей с врожденными дефектами костей лицевого скелета. По результатам анализа полученных данных установлено, что у большинства детей (68,0±9,5%) отмечалось нарушение функции носового дыхания. У 64,0±9,8% детей отмечались нарушения функции глотания и речи. Кроме того у 56,0±10,1% пациентов было нарушение акта сосания, у 48,0±10,2% - жевания. Вышеперечисленные дефекты функционирования приводили к разной степени выраженности ограничения жизнедеятельности. В ходе исследования была проанализирована степень выраженности категорий ограничения жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, обучению, контролю своего поведения, ведущей

возрастной деятельности). По результатам исследования очевидно, что у данных детей патологический процесс затрагивал преимущественно такие категории как способность к самообслуживанию (в 96,0±4,0% случаев отмечалось ограничение данной способности), общению (в 48,0±10,2% случаев), обучению (в 8,0±5,5%) и ведущей возрастной деятельности (в 64,0±9,8%)

Развитие данных способностей до возрастных норм предполагает активное использование мероприятий медицинской реабилитации, от эффективности которых зависит реабилитационный потенциал и клинико-трудовой прогноз детей с врожденными дефектами костей лицевого скелета, что необходимо учитывать в процессе медико-социальной оценки ограничения жизнедеятельности данного контингента.

Как показали результаты исследования, почти половина (48,0±10,2%) детей нуждалась в психолого-педагогической коррекции (100,0% детей старше 2 лет), где основным психологически дезадаптирующим фактором являлись уродующие нарушения и гнусавая речь. Большинство (64,0±9,8%) детей нуждались в логопедической коррекции и в формирования навыков общения (48,0±10,2%), почти половине (48,0±10,2%) требовалось постоянное использование специальных средств (таких как обтураторы, специально изготовленные соски), 40,0±10,0% - формирование бытовых навыков и умений и постоянная специальная диета, чтобы предотвратить попадание пищи и жидкости в дыхательные пути и слуховые трубы, 32,0±9,5% - зубопротезирование, проведение оперативного лечения, ортодонтическая коррекция.

Анализ полученных результатов с учетом функциональных нарушений и нуждаемости детей с врожденными дефектами костей лицевого скелета в мероприятиях медицинской реабилитации, позволил определить степень утраты здоровья (СУЗ) у данного контингента.

В соответствии с нормативно-правовыми документами, в Республике Беларусь, всем детям, имеющим ограничение жизнедеятельности, устанавливается статус «ребенок-инвалид» и определяется СУЗ, которая в зависимости от степени выраженности ограничения жизнедеятельности дифференцируется на первую, вторую, третью или четвертую. СУЗ 1 соответствует легкому ограничению жизнедеятельности, СУЗ 2 – умеренному, СУЗ 3 – выраженному, СУЗ 4 – резко выраженному ограничению жизнедеятельности [8].

Результаты и выводы. Результаты клинико-экспертного обследования показали, что ограничения категорий жизнедеятельности позволили установить СУЗ 3 60,0±10,0%

данного контингента, СУЗ 1 - 20,0±8,2%, СУЗ 2 - 12,0±6,6%, СУЗ 4 - 4,0±4,0%. У 1 (4,0±4,0%) пациента незначительные нарушения функции носового дыхания и речи не приводили к ограничению жизнедеятельности и не позволяли установить ему статус ребенок-инвалид.

Заключение и выводы:Таким образом, у детей-инвалидов с врожденными дефектами костей лицевого скелета страдают функции приема и переработки пищи: жевания, сосания, глотания, носового дыхания и речи, что требует проведения таких реабилитационных мероприятий, как использование специальных средств (таких как обтураторы, специально изготовленные соски), специальная диета, зубопротезирование, проведение оперативного лечения, ортодонтическая коррекция, психолого-педагогическая коррекция (всем детям старше 2 лет), логопедическая коррекция, формирование навыков общения.

Список литературы:

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2015 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2016. — 281 с.

2. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2014 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2015. — 282 с.

3. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2013 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2014. — 280 с.

4. Игнатьева, О.В. Врожденные расщелины верхней губы и неба у детей в Чувашской Республике / О.В. Игнатьева. // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - № 3. - С. 1-8.

5. Врожденные расщелины верхней губы и неба: современные аспекты хирургического лечения / А.С. Артюшкевич [и др.] // Соврем.стоматология. – 2004. – №2. – С. 20–25.

6. Осведомленность врачей-специалистов г. Витебска в вопросах комплексной реабилитации пациентов с расщелиной верхней губы и нёба / С.А. Кабанова С.А. [и др.] // Вестник ВГМУ. – 2013. – Т.12. – №4. – С. 118-122.

7. Keeling, J.W. Fetal And Neonatal Pathology / J.W. Keeling, T.Y. Khong. - London: Springer, 2007. - 877 p.

8. Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья: утв.

УДК 616.41+616.155-022.252-036.86-053.2

И.Т. Дорошенко, А.И. Заремба, К.В. Кулеш

ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ С АНЕМИЯМИ

Научный руководитель – к.м.н. В.В. Голикова

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Республика Беларусь

Резюме: изучена экспертно-медицинская документация на 40 детей с *цитопеническим синдромом вследствие анемий, представлен анализ причин возникновения инвалидности у детей с анемическим синдромом.*

Ключевые слова: анемический синдром, ограничение жизнедеятельности,дети-инвалиды, медико-социальная экспертиза.

I.T. Doroshenko, A.I. Zarembo, K.V. Kulesh

CAUSES OF DISABILITY IN CHILDREN WITH ANEMIA

Scientific adviser – D.Sc. in Medicine. V.V. Golikova

Laboratory of Medical Assessment and Rehabilitation of Children, National Science and of Medical Expertise and Rehabilitation, Republic of Belarus

Abstract: we have studied the expert medical documentation for 40 children with the cytopenic syndrome due to anemia. The analysis of the causes of the disability in children with anemic syndrome is presented in article.

Keywords:anemic syndrome, disability, children with disabilities, medical and social expertise.

Актуальность:В структуре заболеваний детского возраста патология кроветворения занимает не последнее место. По данным статистической информации, в Республике Беларусь в 2015 году число зарегистрированных случаев болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм, достигало 646 на 100 тыс. детей [1]. Наряду с угрожающими жизни болезнями крови, такими как гемобластозы, данную группу патологических состояний формируют заболевания, характеризующиеся цитопеническим синдромом. Анемический синдром является наиболее частой цитопенией среди любой возрастной популяции. Если группа дефицитных анемий не представляет серьезной угрозы в плане отдаленных последствий для здоровья ребенка, то апластические и гемолитические анемии могут служить основой утраты некоторых важных функций и формирования ограничения жизнедеятельности, влекущего за собой установление статуса

«ребенок-инвалид». Чаще инвалидность вследствие патологии системы кроветворения наступает именно в детском возрасте, что обуславливает медико-социальную значимость и актуальность изучаемой проблемы.

Цель исследования: Проанализировать причины возникновения инвалидности у детей с анемическим синдромом.

Материалы и методы:Проведен анализ экспертно-медицинской документации на 40 детей с цитопеническим синдромом вследствие анемий, среди которых были 23 (57,5±7,8%) медицинские карты мальчиков и 17 (42,5±7,8%) – девочек.

В работе использован клинико-экспертный метод: оценка функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности.

Результаты и обсуждение:Анализ экспертно-медицинской документации на 40 детей с цитопеническим синдромом вследствие анемий предполагал детальное изучение клинико-функционального состояния пациентов, приводящего к ограничениям жизнедеятельности и степени утраты здоровья (СУЗ). Причиной для оценки ограничений жизнедеятельности послужил тот факт, что законные представители данных детей претендовали на установление инвалидности.

В экспертно-медицинской документации были отражены данные на 80,5±6,3% пациентов с гемолитическими анемиями, 20,0±6,3% – с апластическими. Следовательно, среди 40 детей с цитопеническим синдромом вследствие анемий основной удельный вес занимали гемолитические анемии.

Группа детей с гемолитическими анемии была представлена 45,0±7,9% случаями наследственных анемий, из которых 43,6±7,9% случаев – микросфероцитарная анемия Минковского-Шоффара; 22,5±6,6% случаями – талассемий и 12,5±5,2% – приобретенных гемолитических анемий.

На апластические анемии пришлось 20,5±6,5% случаев, 15,0±5,6% из которых составили приобретенные анемии и по 2,5±2,5% – наследственная и врожденная анемия.

Кроме анемического синдрома, 19(47,5±7,9%) пациентов имели сопутствующие заболевания, которые усугубляли инвалидизирующие нарушения. Наиболее частой (по 9,2±6,8% случаев) сопутствующей патологией былиболезни нервной системы, органов зрения и хроническая стрептококковая инфекция. Остальная патология (гипертрихоз, вегетативно-сосудистая дистония, белково-энергетическая недостаточность, общее недоразвитие речи и дизартрия, расстройство развития речи, малая аномалия развития сердца: пролапс митрального клапана без нарушения гемодинамики, синдром Жильбера, вторичный системный остеопороз, факоматоз, врожденная аномалия мочевой системы, субклинический гипотиреоз,

низкорослость, вторичная гипертрофическая кардиомиопатия, атопический дерматит) наблюдалась по 1 (4,6±4,6%) случаю.

На определение степени утраты здоровья у данных детей влияла степень тяжести анемического синдрома.

Среди 32 детей с гемолитическими анемиями только у 5 (15,6±6,4%) пациентов было тяжелое течение заболевания, а у 1 (3,1±3,1%) – средне тяжелое. У 2 (6,3±4,3%) детей наблюдалась клинико-гематологическая ремиссия после проведенной спленэктомии, у 1 (3,1±3,1%) – неполная клинико-гематологическая ремиссия. В остальных случаях наблюдалось легкое течение заболевания, однако хроническая гипоксемия и хронический гемолиз эритроцитов приводили к функциональным нарушениям организма и ограничению жизнедеятельности.

Среди 8 детей с апластической анемией наблюдалось 3 (37,5±18,3%) случая тяжелого течения, 3 (37,5±18,3%) – сверхтяжелого и 2 (25,0±16,4%) легкого. У 1 (12,5±12,5%) из данных детей наблюдалась клинико-гематологическая ремиссия, у 3 (37,5±18,3%) – неполная клинико-гематологическая ремиссия. 5 (62,5±18,3%) детей получали иммуносупрессивную терапию, 1 (12,5±12,5%) ребенок – заместительную гормональную терапию. Родственная трансплантация костного мозга была проведена 2 (25,0±16,4%) детям.

Согласно нормативно-правовым документам Республики Беларусь, детям, имеющим ограничения жизнедеятельности, определяется СУЗ [2].

Полученные данные позволили оценить у пациентов степень выраженности ограничений жизнедеятельности и, соответственно, СУЗ. Установлено, что 38 (95,0±3,4%) детей имели ограничения жизнедеятельности различной степени выраженности: 60,0±7,7% случаев приходилось на легкое ограничение жизнедеятельности (СУЗ 1), 17,5±6,0% – умеренное (СУЗ 2), 15,0±5,6% – выраженное (СУЗ 3), 2,5±2,5% – резко выраженное (СУЗ 4). У 2 (5,0±3,4%) пациентов незначительные нарушения функции кроветворения не приводили к ограничению жизнедеятельности.

Заключение и выводы: Анализ экспертно-медицинской документации на 40 детей с цитопеническим синдромом вследствие анемий позволил утверждать, что только 38 (95,0±3,4%) детей имели ограничения жизнедеятельности различной степени выраженности и, соответственно, являлись инвалидами. На дифференциацию степени выраженности ограничений жизнедеятельности и СУЗ у детей с анемическим синдромом влияли степень тяжести течения анемического синдрома, период заболевания, нуждаемость в длительной терапии сильнодействующими лекарственными средствами (глюкокортикостероидные

гормоны, цитостатики, иммуносупрессоры), сроки после проведения спленэктомии и трансплантации костного мозга.

Список литературы:

1. Статистический сборник «Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2016». – Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2016. – 524 с.

2. Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья: утв. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 25.10.07 № 97. – Минск, 2007. – 39 с.

УДК 616.24-002

Л.В. Ефимова

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Р.М. Файзуллина

Кафедра факультетской педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: *проведена оценка физического развития детей, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении ГБУЗ РБ ГДКБ №17 г. Уфа по поводу острого бронхита и внебольничной пневмонии. Установлено, что дети, болевшие острым бронхитом имеют более низкие показатели, чем дети, болевшие пневмонией.*

Ключевые слова: *дети,физическое развитие, бронхит, пневмония*

L.V. EFIMOVA

EVALUATION OF PHYSICAL DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH ACUTE BRONCHITIS AND PULMONARY PNEUMONIA

Scientific Advisor - Ph.D., professor R.M. Fayzullina

Department of Faculty Pediatrics, Neonatology and Simulation Center of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Summary: The physical development of children who were on inpatient treatment in the pediatric department of the State Sanitary-Epidemiological Service of the Republican Clinical Hospital No. 17 in Ufa for acute bronchitis and community-acquired pneumonia was assessed. It was found that children with acute bronchitis had lower rates than children who had pneumonia.

Key words: children, physical development, bronchitis, pneumonia

Актуальность: Физическое развитие детей является одним из информативных показателей их соматического здоровья (1, 2, 3) Оценка физического развития проводится регулярно педиатром во все периоды жизни ребенка. Особое внимание уделяется на физическое развитие грудного ребенка, однако его оценка имеет очень важное значение и в возрасте старше года. Так, В.М. Кранс (4), проводя анализ уровня развития дошкольного возраста, страдающих нефропатиями, выявил некоторые различия в сравнении со здоровыми детьми данной возрастной группы. Исходное ростовое запаздывание у таких детей

компенсируется впоследствии явлением «наверстывающего роста», что, вероятно, объясняется эффектом от проводимой терапии основного заболевания.

Негативные факторы внешней среды, организация питания, уход и организация бытовых условий, заболевания ребенка могут оказывать влияние на его физическое развитие. С другой стороны, при нарушении физического развития снижается иммунореактивность организма. В связи с этим, целью настоящей работы была оценка физического развития детей при острых заболеваниях нижних дыхательных путей.

Материалы и методы: под наблюдением находились 100 детей, поступивших в педиатрическое отделение ГДКБ №17 по причине острого бронхита и внебольничной пневмонии. Использовались методы выкопировки сведений из первичной медицинской документации (медицинской карты стационарного больного), общеклиническое исследование, антропометрический и центильный методы оценки физического развития и методы медицинской статистики. В ходе анализа было оценено физическое развитие детей, посчитано количество детей групп в каждом коридоре физического развития, вычислены доля детей, различия показателей.

Результаты и обсуждение:

Наблюдаемые нами дети были разделены на 2 группы: 1 группа (50 чел) – дети с бронхитом, 2 группа (50 чел) – дети с пневмонией. Средний возраст наших пациентов был равен 9,75 лет; среди детей 1 группы – 10 лет, среди детей 2 группы – 9,5 лет. У всех детей (100% случаев) с острым бронхитом заболевание было средней степени тяжести. Пневмония у 48 детей (96%) имела среднюю степень тяжести, а у 2 детей (4%) - тяжелую степень; по морфологии диагностирована сегментарная и полисегментарная пневмония, причем по локализации воспалительного процесса в 25 случаев (50%) - правосторонняя, в 20 (40%) - левосторонняя и в 5 (10%) – двусторонняя.

Анализ показателей физического развития у детей показал, что доля детей с физическим развитием в пределах средних величин была больше во 2-ой группе (36 и 42% соответственно), однако из них гармонично развитыми были 24%, а в 1-ой группе - 30%, причем дисгармоничность была связана с различиями в росте детей. Доля детей с показателями ниже средних величин была почти в 2 раза больше в 1-ой группе (38% и 20% соответственно). Полученные данные показали, что дети, заболевшие пневмонией имели несколько лучшие показатели физического развития, чем дети с бронхитами. Анализ же

анамнестических данных свидетельствовал, что дети 1-ой группы переносили более 3 эпизодов ОРВИ и бронхитов в год, а у детей 2-ой группы, заболевание было единичным эпизодом в жизни.

Заключение и выводы: полученные данные могут свидетельствовать о необходимости оценки физического развития при обосновании диагноза острых воспалительных заболеваний бронхо-легочной системы.

Список литературы:

1. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Фундаментальные и прикладные проблемы педиатрии на современном этапе// Рос. педиатр. журн. – 2005. -№3. – С.4-8.
2. Властовский В.Г. О комплексной оценке физического развития детских коллективов/ В.Г.Властовский // Гигиена и санитария. – 1966. - №11. – С.91.-94
3. Нагаева Е.В. Рост как критерий здоровья ребенка // Педиатрия им. Г.Н.Сперанского. - 2009. – Т.87, №3 – С. 58-63
4. Кранс В.М. Физическое развитие детей с почечной патологией//Педиатрия им. Г.Н.Сперанского. – 2007. –Т.86, №1 – С.73-79.

УДК:616.5-002-056.43-08

А.И. Имануилова, Э.И. Ильясова

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.А. Дружинина, к.м.н. З.А. Шангареева
Кафедра Педиатрии ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа

Резюме: В статье приведены клинико-анамнестические особенности пациентов с атопическим дерматитом в возрасте от 1 года до 16 лет (n=110), проходивших стационарное лечение в аллергологическом отделении ГБУЗ РДКБ г. Уфа с января по декабрь 2016 года. Полученные результаты исследования описывают характерные различия сравниваемых групп детей в зависимости от возрастного периода атопического дерматита.

Ключевые слова: атопический марш, атопический дерматит, бронхиальная астма, аллергический ринит.

A.I. IMANUILOVA, E.I. ILYASOVA

CLINICO-ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

SCIENTIFIC ADVISOR — PH. D. IN MEDICINE, FULL PROFESSOR N.A. DRUZGININA, M. D.IN MEDICINE Z.A. Shangareyeva
Department of Pediatrics IAVE
Bashkir State Medical University, Ufa
Republican Children's Clinical Hospital, Ufa

Summary: The article presents the clinical and medical history characteristics of patients with atopic dermatitis at the age from 1 year to 16 years (n = 110) held in-patient treatment in our hospital allergy department GBUZ Ufa from January to December 2016.These findings describe the characteristic differences of the compared groups of children depending on the age period of atopic dermatitis.

Key words: atopic march, atopic dermatitis, bronchial asthma, allergic rhinitis.

Актуальность: Атопический дерматит считается одной из сложных проблем современной дерматологии и аллергологии [1,2,3,4], что обусловлено существенным ростом

заболеваемости во всем мире, хроническим тяжелым течением и недостаточной эффективностью способов терапии [1,2,3,4]. Кроме того, АтД представляет медико-социальную проблему в силу высокого риска реализации атопического марша [3,5,6]. По данным ряда исследований, приблизительно у 5% больных АтД впоследствии развивается бронхиальная астма, у 30–40% – аллергический ринит [3].

Таким образом, неуклонный рост количества детей страдающих атопическим дерматитом, мультифакторный генез и наследственность заболевания, особенности диагностики и терапии позволяют отнести атопический дерматит к разряду актуальных проблем современной медицины.

Цель исследования: выявить клинико-анамнестические и лабораторно-иммунологические особенности у детей с атопическим дерматитом в возрастные периоды заболевания.

Материалы и методы: Были обследованы пациенты в возрасте от 1 года до 16 лет (n=110), находившиеся на стационарном лечении в аллергологическом отделении ГБУЗ РДКБ г. Уфа с января по декабрь 2016 года в период обострения (n=36) и неполной ремиссии (n=74). Клиническое обследование детей проведено врачами аллергологического отделения. Среди обследованных детей мальчики составили 48,2% (n=53), девочки 51,8% (n=57). Соответственно трем возрастным периодам заболевания дети с атопическим дерматитом были разделены на 3 группы: Младенческий (до 2 х лет) период – 16 детей (14,5%); Детский (2-12 лет) период – 64 ребенка (58,2%); Подростковый (>12 лет) период – 30 детей (27,3%).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью с пакета программы «Statistica 10,0». С учетом отсутствия нормальности распределения по критериям Колмогорова-Смирнова и Лиллиефорса, Шапиро-Уилка большинства переменных для оценки результатов исследования использовали непараметрические критерии ранговой корреляции Спирмена, Тау и Гамма, при сравнении групп между собой использовали критерий Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение: Число детей, обратившихся в 2016 году за медицинской помощью в аллергологическое отделение ГБУЗ РДКБ составило в январе - 1, феврале - 10, марте - 20, апреле - 13, мае - 6, июне - 7, июле- 5, августе - 3, сентябре - 10, октябре - 8, ноябре - 15, декабре - 12 детей, соответственно.

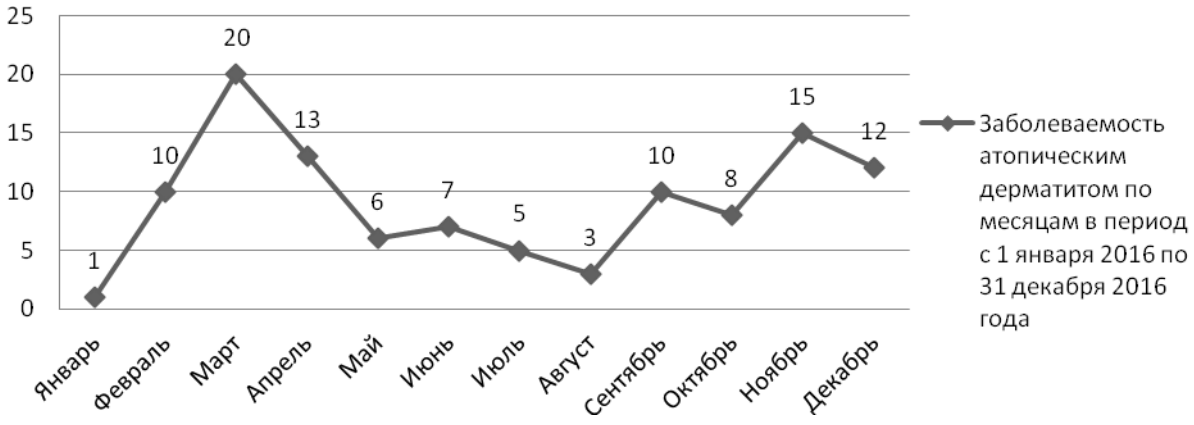


Рис.1 Заболеваемость детей атопическим дерматитом за 2016 календарный год

Как видно из графика максимальное количество детей с проявлениями атопического дерматита приходилось на март-апрель и ноябрь-декабрь 2016 года, что связано как с увеличением обращаемости в связи с обострением заболевания, так и с необходимостью стационарного лечения по поводу сопутствующих заболеваний (аллергический ринит, бронхиальная астма).

Оценка триггерных факторов и преморбидного фона у детей с атопическим дерматитом: Нами было выявлено 6 основных триггерных факторов, из которых пищевые отмечались у 58 детей, бытовые – у 52 детей, пыльцевые – у 37 детей, эпидермальные – у 14 детей, инсектные – у 4 детей, лекарственные – у 4 детей. У 12 детей триггерные факторы остались недиагностированными.Стоит отметить превалирование пищевых аллергенов 52,7% (58 детей) над остальными триггерами, доля которых сотавила 36,4% (40 детей).

Согласно оценке семейной отягощенности у всех обследованных детей (n=110) склонность к аллергическим заболеваниям была отмечена со стороны матери у 44 детей (40%), со стороны отца – у 37 детей (33,6%). Отягощенность по аллергическим заболеваниям родителей 29 детей (26,4%) не диагностирована.

Среди всех обследованных детей (n=110) в качестве сопутствующих заболеваний аллергический ринит был диагностирован у 81 ребенка, бронхиальная астама была выявлена у 43 детей, хронический гастродуоденит – у 21ребенка, ОРЗ – у 15 детей, цитомегаловирусная инфекция у – 6 детей, крапивница – у 4 детей, лямблии и первичный иммунодефицит – по 1 ребенку.

Оценка показателей лабораторно-иммунологических методов исследования:В группе детей с атопическим дерматитом (n=110) средние значения всех показателей гемограммы соответствовали возрастным нормам. При оценке лейкоформулы средние значения

эозинофилов умеренно превышали возрастные нормы до 5,18±0,44%, при этом показатель выше нормы отмечался у 35,5% детей (n=39).

При оценке показателей иммунограммы в трех сравниваемых группах детей (n=103) средние значения IgA, M, G и ЦИК укладывались в границы возрастных норм. Распределение результатов показателя IgA (n=103) было следующим: нормальный показатель выявлен у 91 ребенка (88,3%), выше нормы у 4 детей (3,9%), селективная недостаточность отмечалась у 8 детей (7,8%). При оценке результатов показателя IgM (n=103) нормальный уровень получен у 88 детей (85,5%), повышенный у 13 детей (12,6%), пониженный – у 2 детей (1,9%). Показатели IgG (n=103), соответствующие нормальному уровню были выявлены у 70 детей (68,0%), повышенному уровню - у 30 детей (29,1%), а пониженному уровню – у 3 детей (2,9%).Показатель уровня общего IgE в исследуемой группе оценивался у 54 детей. Среди них у 14 детей (25,9%) уровень общего JgE соответствовал возрастным нормам, у 40 детей (74,1%) данный показатель оказался выше нормы.

При оценке уровня антистрептолизина-О в исследуемой группе детей (n=28) среднее его значение составило 172,35±50,11 МЕ\мл. Нормальный показатель антистрептолизина-о был выявлен у 19 детей (67,9%), а показатель выше нормы у 9 детей (32,1%).

Из выявленных корреляционных взаимосвязей с применением методов оценки ранговой корреляции Спирмена, Тау и Гамма следует отметить наличие достоверной прямой связи возраста пациентов с развитием сопутствующей патологии (rs = 0,441993, p = 0,002666). Выявлена прямая корреляционная связь уровня сывороточного JgA (rs = 0,6040), JgM (rs = 0,2620) и JgG (rs = 0,5930), ЦИК крови (rs = 0,2688), АСЛО (rs = 0,4686) с возрастом пациентов.

Согласно непараметрическому критерию Манна-Уитни при по парном сравнении между собой групп с младенческим и детским периодами атопического дерматита во второй группе преобладали средние значения возраста пациентов (p=0,0000), уровня Ig A (p=0,0000), Ig G (p=0,0000), ЦИК (p=0,0103), АСЛО (p=0,0291) крови, содержания в периферической крови эритроцитов (p=0,0037), гемоглобина (p=0,000670), и эозинофилов (p=0,0034) и были меньше средние значения тромбоцитов (p=0,028)и лимфоцитов (p=0,0071) крови.

При по парных сравнениях между группами пациентов с детским и подростковым периодами атопического дерматита, в третьей группе также статистически значимо преобладали средние значения возраста пациентов (p=0,0000), уровня сывороточного Ig A

(p=0,0379), Ig G (p=0,0158), содержания в периферической крови гемоглобина (p=0,0053), нейтрофилов (p=0,0126) и были меньше средние значения тромбоцитов (p=0,0204)и лимфоцитов (p=0,0233) крови.

В свою очередь сравнение групп пациентов с младенческим и подростковым периодами заболевания продемонстрировало сходные различия.

В соответствии с критерием Колмогорова-Смирнова статистически значимые различия по всем выше описанным величинам были подтверждены.

Заключение и выводы: Среди обследованных детей с атопическим дерматитом было выявлено 6 основных триггерных факторов, из которых превалировали пищевые аллергены у 58 детей (52,7%), над остальными триггерными факторами.

Согласно оценке семейной отягощенности у обследованных детей склонность к аллергическим заболеваниям была отмечена со стороны матери у 44 детей (40%), со стороны отца – у 37 детей (33,6%). Среди опрошенных родителей также превалировали пищевые аллергены, над остальными триггерными факторами.

Коморбидный фон детей с атопическим дерматитом был осложнен проявлениями аллергического ринита у 81 ребенка, бронхиальной астмы у 43 детей, хронического гастродуоденита у 21 ребенка.

У 74,1% обследованных детей (n=40) развитие заболевания было обусловлено участием JgE опосредованного механизма, поскольку уровень общего JgE существенно превышал возрастные нормы.У 32,1% детей с атопическим дерматитом (n=9) повышение показателя антистрептолизина-О играло птогенетически значимую роль.

Из выявленных корреляционных взаимосвязей следует отметить наличие достоверной прямой зависимости возраста пациентов с развитием сопутствующей патологии (rs = 0,441993, p = 0,002666), с уровнем JgA (rs = 0,6040), JgM (rs = 0,26200), JgG (rs = 0,5930) в сыворотке крови, уровнем циркулирующих иммунных комплексов (rs = 0,2688), уровнем антител к стрептолизину –О (rs = 0,4686).

Непараметрические критерии Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова при по парных сравнениях между группами пациентов с младенческим, детским и подростковым периодами атопического дерматита отражают статистически значимые нарастания уровня IgA (p=0,0000), JgM (p=0,0281), IgG (p=0,0000), ЦИК (p=0,0062), АСЛО (p=0,0291) и эозинофилов (p=0,0248) крови у более старших детей при переходе от одного периода заболевания к другому.Таким образом, Среди всех возможных механизмов реализации атопического дерматита значимый вклад вносят повышение уровня JgE, ЦИК и антистрептолизина-О.

Список литературы:

1. Атопический дерматит: новое в европейских и американских рекомендациях / Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметология. – 2015. – № 1 (9). – С. 16-23.
2. Намазова-Баранова Л.С. Аллергия у детей: от теории – к практике. М.: Союз педиатров России, 2010-2011. – 668 с.
3. Ненашева Н.М. Современная терапия атопического дерматита: роль эмолентов и нтигистаминных препаратов / Эффективная фармакотерапия. Аллергология и иммунология. – 2016. – №1 (6). – С. 16-24.
4. Стероидочувствительные дерматозы: простые сложные пациенты / Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметологи. – 2015. – № 2 (33). – С. 18-24.
5. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с атопическим дерматитом – М.: Союз педиатров России. – 2015. – 32с.
6. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с пищевой аллергией. – М.: Союз педиатров России. – 2015. – 27 с.

УДК 618.3-06:616.152.21:618.33

А. О. Исламова, К. Р. Габдюшева

ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА, КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКОВЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Научный руководитель- к.м.н, доцент, зав. учебной частью кафедры факультетской педиатрии с курсом педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО А.Г.Крюкова

Кафедра факультетской педиатрии с курсом педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: проведено ретроспективное и проспективное исследование гестационного возраста и антропометрических данных 91 новорожденного. Статистический анализ оценки внутриутробной гипоксии плода как фактора риска декомпенсации дальнейшего внутриутробного развития плода показал: что в сравнении с контролем, среди пациенток, родивших детей недоношенными (ГВ 30±3,69 недель). *шансы встретить факторы риска внутриутробной гипоксии плода достоверно выше* (OR от 9,35 до 13,87, p<0,05)*, чем среди женщин, родивших в срок.*

Ключевые слова: плод, недоношенность, внутриутробная гипоксия, гестационный возраст

A. O. ISLAMOVA., K. R. GABDYUSHEVA.

INTRAUTERINE HYPOXIA AS A RISK FACTOR FOR PREMATURE BIRTH

Scientific Advisor - PhD, an Assistant Professor, a curriculum director at the Department of intermediate level pediatrics with a course of pediatrics, neonatology and a simulation center at the Institute of continuing professional education A.G. Kryukova.

Department of Pediatrics faculty with courses of pediatrics, neonatology and simulation centers IDPO, Bashkir state medical Universit, Ufa.

Abstract: There are results of the retrospective and prospective investigations at the gestational age of 91 infants (GA 30±3,69 weeks), depend on risk factors exposure of hypoxia during fetal period. There is evidence among women during they were pregnant of intrauterine fetal hypoxia, symptoms of chronic feto-placental insufficiency or pregnant women with extragenital diseases, with anemia,

with the pathology formation of the placenta functions were revealed authentically higher odds (OR 9,35 от 9 до 13,87, p<0,05) of premature birth and the birth of a premature babies.

Keywords: the fetus, prematurity, intrauterine hypoxia, gestational age

Актуальность: Гипоксические состояния в периоде беременности сопровождаются нарушением микроциркуляции и метаболизма в плацентарном комплексе и обусловливают развитие фетоплацентраной недостаточности (ФПН). Причиной развития гипоксической и тканевой гипоксии плода служат соматическая патология беременной: заболевания сердечно-сосудистой системы, врожденные и приобретенные пороки сердца с нарушением гемодинамики; заболевания дыхательной системы с нарушением газообмена: бронхиальная астма, пневмония. Метаболические и инфекционные изменения в плаценте ведут формированию хронической плацентарной недостаточности (ХФПН). Циркуляторная гипоксия угрожает плоду при патологии маточно-плацентарного и пуповинного кровотока: предлежание и/или отслойка плаценты, узлы и разрывы сосудов пуповины. Анемии во время беременности сопровождается снижением кислородной емкости крови, вследствие чего у плода развивается гемическая гипоксия. Гипоксемия, сопровождающая беременность в конечном итоге приводит к срыву адаптационно-гомеостатических реакций плаценты и с развитием декомпенсации. В этой связи актуальным представляется изучение влияния внутриутробной гипоксии на продолжительность гестационного возраста плода.

Цель исследования: определить значимость воздействия на плод внутриутробной гипоксии как фактора риска недоношенности.

Материалы и методы: На базе отделения новорожденных Клиники ФГБОУ ВО «БГМУ» МЗ РФ за период с 2015 по 2016 гг. проведен ретроспективный и проспективный анализ признаков, характеризующих внутриутробную гипоксию плода. Основную группу определили недоношенные новорожденные (n=51). Гестационный возраст (ГВ) новорожденных основной группы составил 31 ± 4 недели, масса тела 1585 ± 740 г, длина 39 ± 6 см.

Контрольную группу составили 40 доношенных детей с гестационным возрастом (ГВ) 40 ± 1 недель, массой тела 3274 ± 45 г, длиной тела 54 ± 2 см, с оценкой по шкале Апгар на 1 минуте 8 ± 1баллов.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на ПК с применением таблиц «Excel" и пакета «Медицинская статистика». Приведен расчет отношения шансов OR

(«контроль-случай») внутриутробной гипоксии плода как факторов риска невынашивания беременности. Результаты считались статистически значимыми при доверительном интервале 95%.

Результаты и обсуждение: На основании статистического анализа выявлено 97 случаев факторов риска, характеризующих внутриутробную гипоксию плода.

Среди факторов риска, определяющих гипоксическую и тканевую внутриутробную гипоксию плода, больше половины (58%) составила ХФПН (30 случаев). Исследование показало, что шансы встретить ХФПН среди пациенток, родивших детей недоношенными в 13 раза выше, чем среди женщин, родивших в срок.

В 25 случаях была выявлена соматическая патология у беременных: заболевания дыхательной системы (бронхит, пневмония, бронхиальная астма) – 31%, заболевания сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия) – 11%. При этом статистически подтверждено, что шансы встретить хроническую внутриутробную гипоксию плода в результате экстрагенитальной патологии матери, среди пациенток, родивших детей недоношенными в 9 раз выше, чем среди женщин, родивших в срок.

Анемия беременных легкой или умеренной степени установлена при лабораторных значениях эритроцитов и гемоглобина (3,21±0,16 *10^{12}/л и 94,20 ±7,50 г/л соответственно) в 20 случаях, достоверно выявлено, что шансы встретить анемию во время беременности среди пациенток, родивших детей недоношенными в 10 раз выше, чем среди женщин, родивших в срок. Патология плаценты выявлена на основании клинических данных и объективного осмотра беременной врачом акушером-гинекологом в 22 случаях и шансы плацентарных нарушений среди беременных, родивших детей недоношенными 12 раз выше, чем среди женщин, родивших в срок.

Таким образом, проведенный статистический анализ оценки внутриутробной гипоксии плода как фактора риска декомпенсации дальнейшего внутриутробного развития плода показал: что в сравнении с контролем, среди пациенток, родивших детей недоношеннымишансы встретить факторы риска внутриутробной гипоксии плода достоверно выше, чем среди женщин, родивших в срок (таблица 1). Наблюдаемая зависимость является статистически значимой, так как 95% CI не включает 1, значения его нижней и верхней границ больше 1.

Таблица 1.

Отношения шансов (OR) рождения новорожденного с низким гестационным возрастом в зависимости от факторов риска внутриутробной гипоксии плода

	Количество случаев фактора риска (абс.) среди:		OR	Достоверность различий с контролем
	Недоношенных	Доношенных		
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	22	3	9,35	p< 0,05
ХФПН	27	3	13,87	p< 0,05
Плацентарные нарушения	20	2	12.25	p< 0,05
Анемия беременной	18	2	10,34	p< 0,05

Анализ исследований показал, что факторы риска внутриутробной гипоксии влияют на дальнейшее обитание плода при различных сроках гестации. В сравнении с контрольной группой, у новорожденных основной группы гестационный возраст (ГВ 30±3,69 недель) и антропометрические характеристики были достоверно ниже показателей физического развития младенцев контрольной группы (p< 0,05). Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Показатели физического развития новорожденных основной группы

Гестационный возраст (недели)	Количество детей, n=51 (Абс.)	Масса тела (г)	Длина тела (см)	Окружность головы (см)	Окружность груди (см)
36±0,93*	11	2454±445,2*	46±4,40*	33±1,8*	32±1,91*
33±0,86*	14	1829±174,4*	42±1,37*	30±1,31*	29±1,44*
30±0,57*	5	1710±121,7*	39±1,52*	28±0,57*	27±0,57*
26±2*	21	831±133*	32±3*	24±3*	22±4*

*Достоверность различий с контрольной группой (p< 0,05).

Неблагоприятные последствия факторов риска внутриутробной гипоксии плода и преждевременных родов очевидны. Новорожденные основной группы были подвержены и интранатальной гипоксии, так оценка по шкале Апгар на 1 минуте составила 4 ± 1 балла и была достоверно ниже данного показателя у доношенных новорожденных контрольной группы (p< 0,05). При рождении 47 % недоношенным и детям с экстремально низкой массой

тела, при гестационном возрасте менее 30 недель потребовалось профилактическое введение «Куросурфа» в дозе 200 мг/кг. В первые сутки жизни 64,7 % младенцев основной группы нуждались в респираторной терапии.

Заключение и выводы: Таким образом, определена статистическая значимость влияния случаев внутриутробной гипоксии на продолжительность гестационного возраста.

Полученные результаты позволяют утверждать, что все виды внутриутробной гипоксии плода, а именно гипоксическая и тканевая, циркуляторная, гемическая гипоксии, достоверно служат факторами высокого риска декомпенсации в системе мать-плацента-плод, наступления преждевременных родов и рождения недоношенного ребенка.

Список литературы:

1. Александрович, Ю. С. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных: пособие для врачей / Ю. С. Александрович, К. В. Пшениснов. - 5-е изд., доп. и перераб. - СПб. : Типография "Адмирал", 2012. - 82 с.
2. Сидельникова В.М. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. / В.М. Сидельникова, А.Г. Антонов// – ГЭОТАР-Медиа. - 2006. – 448 с.

УДК616-036.1

М. В. Куршина

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

Научный руководитель — д. м. н., профессор Л.И. Мазур

Кафедра госпитальной педиатрии, Самарский государственный медицинский университет, г.Самара

Резюме: Изучены факторы, влияющие на здоровье детей, родившихся преждевременно и в срок, по данным реабилитационных карт на базах реабилитационных центров Самарской области. Выявлены статистически значимые преддикторы.

Ключевые слова: факторы, дети, недоношенные, реабилитационный центр

M.V.KURSHINA

ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING THE HEALTH OF CHILDREN BORN AT THE DIFFERENT TERMS OF GESTATION

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor -L.I. Mazur

Department of Hospital Pediatrics, Samara State Medical University, Samara

Summary: The factors affecting the health of children born prematurely and on time have been studied, according to the data from rehabilitation cards on the bases of rehabilitation centers in the Samara Region. Statistically significant predictors were identified.

Key words: factors, children, premature, rehabilitation center

Актуальность.Переход на классификацию родов, рекомендованную ВОЗ, и развитие интенсивной терапии и реанимации недоношенным новорожденным [1, 2, 3], привел к увеличению количества зарегистрированных преждевременных родов. Дети, родившиеся до завершения физиологического срока беременности, относятся к группе риска (риску возникновения патологии ЦНС, риску внутриутробного инфицирования и гнойно-воспалительных заболеваний, риску развития трофических нарушений, развития врожденных пороков органов и систем, а также социальному риску, т.е. по всем 5-ти группам риска) по нарушениям состояния здоровья в последующие периоды жизни [4].Вопросы охраны здоровья плода и новорожденного, поиск путей дальнейшегоулучшения данных показателей требуют углубленного исследования причин перинатальной патологии. В социальном аспекте особенно значима перинатальная заболеваемость, которая существенно сказывается на здоровье будущего поколения.

Цель исследования:изучение факторов, влияющих на здоровье детей, родившихся преждевременнои в срок, проведение сравнительного анализа между данными категориями детей.

Материалы и методы исследования.Проведен ретроспективный анализ реабилитационных карт с января 2013 года по август 2016 года на базах реабилитационных центров Самарской области: МКУ г.о. Новокуйбышевск СО «РЦДИ «Светлячок», ГКУ СО «РЦДИ», ГКУ СО «Клявлинский РЦДИ», ГКУ СО «РЦДИ «Виктория». Критериями включения явились: возраст ребенка на момент исследования – 5-7лет; гестационный возраст при рождении ребенка: для экспериментальной группы – <37 недель, для контрольной группы - ≥37 недель и ≤41 неделя; масса тела при рождении: для экспериментальной группы – 500-2499 г, для контрольной группы - 2500-4499 г; согласие родителей /опекунов. Общее количество детей, случайно распределенных и включенных в исследование - 354 детей. В зависимости от срока гестации выборка была разделена на группы: I группа – экспериментальная группа - дети старшего дошкольного возраста, родившиеся на сроке 22 (+0) - 36 (+6) неделях гестации, n=225.Данную группу мы поделили в зависимости от срока гестации: IA подгруппа – дети, рожденные на 22 (+0) – 31 (+6) неделях, n = 85; I B подгруппа - дети, рожденные на 32 (+0) - 33 (+6) неделях, n = 77; IC подгруппа - дети, рожденные на 34 (+0) – 36 (+6) неделях, n = 63;II группа - контрольная группа – дети старшего дошкольного возраста, родившиеся на сроке ≥37 и ≤41 недель гестации с массой тела при рождении 2500-4500 г, n=129.Данные были проанализированы с помощью SPSS версия 20.0. и вручную с использованием программы MicrosoftExcel 2010.

Результаты и обсуждение.Как показали результаты проведенного исследования, по процентному содержанию в контрольной группе преобладали дети 7 лет (52,75%); дети 6 лет – в группе детей, рожденных на 22(+0)-31 (+6) недели гестации (27,84%), дети 5 лет – в

группе детей, рожденных на 34(+0) – 36(+6) недели (47,81 %) (рисунок 1).

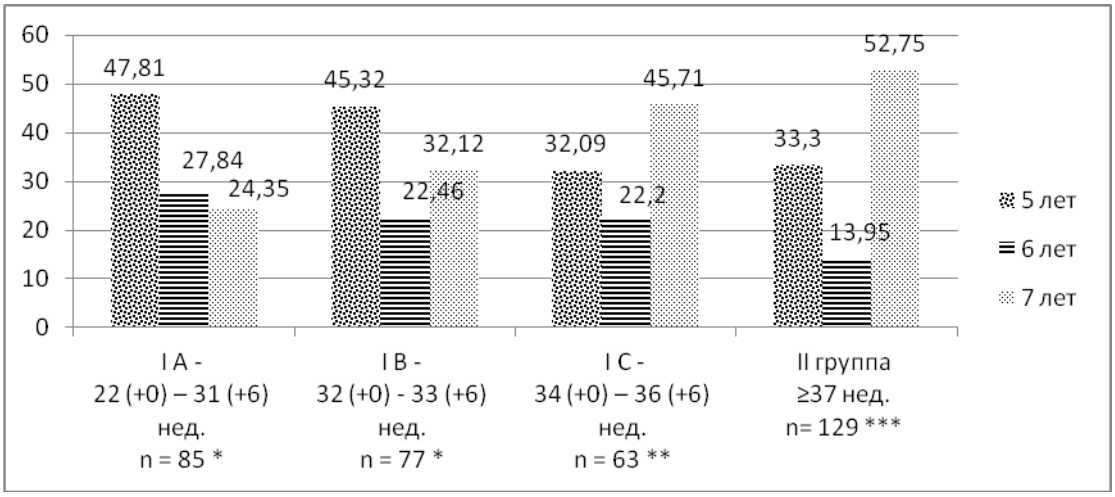


Рисунок 1. Возрастная структура исследуемых детей в реабилитационных центрах Самарской области за период 2013-2016 гг, %. * - p=0,001, ** - p=0,05, *** - p<0,001.

При этом уровень статистической значимости составил p=0.001 – для IA и I B подгрупп , p=0.05 – для IC подгруппы, p<0,001 – для II группы. Средний возраст в общей популяции составил 6,2 (стандартное отклонение [SD] = 9,5).

Согласно таблице 1 к факторам, характеризующих нарушение развития плода, приведших к преждевременным родам, мы отнесли внутриутробную гипоксию плода, которая варьировала в подгруппах экспериментальной группы от 20,1% до 27% (p=0,046), массу тела при рождении ≤1500 г, наблюдающаяся в группе детей, родившихся недоношенными, со статистической значимостью равной 0,05. Несмотря на многочисленные исследования, доказывающие связь низкой массы тела при рождении и недоношенности, при расчетах мы не достигли должной значимости (p=0,067). Также статистической значимости мы не достигли при применении фототерапии (p=0,78) у детей в периоде новорожденности.При анализе данных, мы выявили, что риск возникновения сепсиса увеличивается с уменьшением срока гестации (≥37 и ≤41 нед. - 0,77%, 34 (+0) – 36 (+6) нед. - 1, 75 %, 32 (+0) - 33 (+6) нед. - 3,5 %, 22 (+0) – 31 (+6)нед. – 6,6 %) в связи с незрелостью иммунной системы и увеличением числа вмешательств у недоношенных детей.Гипербилирубинемия явилась наиболее распространенной проблемой среди недоношенных новорожденных и составила количество случаев: в I A подгруппе - 22,7%, в I B - 26,38 %, в I C - 20,23 %, во II группе – 13,76 %.

Переменная	Группы исследования	Общая	Уровень

	I A группа 22 (+0) – 31 (+6) нед. n= 85		I B группа 32 (+0) - 33 (+6) нед. n= 77		I C группа 34 (+0) – 36 (+6) нед. n= 63		II группа ≥37 и ≤41 нед. n= 129		популяция детей n=354		P
	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	
Масса тела при рождении											
≤1500 г	58	68,3	10	13,06	1	1,58	0	0	69	19,49	0,05
>1500 г	27	31,7	67	86,94	62	98,42	129	100	285	80,51	0,067
Вмешательства в неонатальном периоде											
Фототерапия	27	32,4	77	35,8	19	30,2	35	27,3	158	44,63	0,078
Антибактериальная терапия	72	84,5	61	78,61	53	83,6	98	76,23	284	80,22	0,048
Лечение в отделении интенсивной терапии и реанимации для новорожденных	13	15,5	14	18,8	10	16,4	7	5,7	44	12,42	0,05
Искусственная вентиляция легких	49	57,76	16	20,82	3	4,17	3	2,32	71	20,05	0,05
Заболеваемость детей											
Внутриутробная гипоксия плода	23	27,0	16	20,82	13	20,1	26	20	78	22,03	0,046
Респираторный дистресс синдром	72	85,0	56	72,72	42	66,66	37	26,68	207	58,5	0,048
Сепсис	6	6,6	3	3,5	1	1,75	1	0,77	11	3,1	0,047

Переменная	Группы исследования								Общая популяция детей n=354		Уровень P
	I A группа 22 (+0) – 31 (+6) нед. n= 85		I B группа 32 (+0) - 33 (+6) нед. n= 77		I C группа 34 (+0) – 36 (+6) нед. n= 63		II группа ≥37 и ≤41 нед. n= 129				
	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	Абс.	Доля (%)	
Внутрижелудочковые кровоизлияния	3	3,71	1	1,57	1	0,63	1	1,29	6	1,69	0,05
Гипербилирубинемия	19	22,7	20	26,38	13	20,23	18	13,76	70	19,77	0,05
Асфиксия	19	22,7	14	18,8	10	16,4	7	5,7	50	14,12	0,05

Таблица 1. Многофакторный анализ рисков у исследуемых детей, родившихся преждевременно и родившихся в срок.

В целом в нашем исследовании дети, рожденные преждевременно, показали более высокий уровень неонатальной заболеваемости по сравнению с детьми, рожденными в срок. Так, 58,5 % детей в обшей популяции имели в неонатальном периоде респираторныйдистресс-синдром (РДС). Наибольшее количество заболеваемостью РДС было среди детей, рожденных на 22-31 неделе, – 85,0 %. Мы предполагаем, что риск возникновения данной патологии обратно пропорционален гестационному возрасту, где статистическаязначимость составила 0,048, что доказывает нашу теорию. Лечение в отделении интенсивной терапии и реанимации для новорожденных и асфиксия явились значимыми факторами риска для детей, родившихся преждевременно, вследствие которых (мы предполагаем) произошло ишемически-гипоксическое повреждение головного мозга, а в дальнейшем - нарушение двигательной функции исследуемой популяции. Искусственная вентиляция легких была необходима младенцам не только для лечения РДС, но и для предотвращения последствий асфиксии и инфекции, которые могли быть вредны для развивающегося мозга. Лечение антибиотиками встречалась чаще у детей, родившихся недоношенными; причем во всех подгруппах варьировала от 78,61% до 84,5 %. Данные показатели связаны с применением антибиотикотерапии у женщин с преждевременными

родами, которые чаще всего спровоцированы инфекцией. Кроме того, большинство детей, нуждающиеся в интенсивной терапии, лечат антибиотиками при подозрении на сепсис. Таким образом, лечение антибиотиками является скорее маркером недоношенности у ребенка, чем причинным фактором для ее развития.

Заключение и выводы: Таким образом, в первой подгруппе I Аполучено преобладание состояний:внутриутробной гипоксии плода, респираторного дистресс синдрома, сепсиса, внутрижелудочковых кровоизлияний. У детей из подгрупп - I B и ICпреобладание каких-либо пренатальных факторов не получено.Также по данным анализа неонатального периода детей мы предполагаем, что перинатальная асфиксия является лишь составляющей частью повреждающих механизмов, а не причиной преждевременных родов. Данное патологическое состояние и последующие мероприятия по коррекции ее последствий (ИВЛ) приводит к усилению действия факторов, нарушающих развитие плода. Несмотря на многочисленные исследования, доказывающие связь низкой массы тела при рождении и недоношенности, при расчетах мы не достигли должной значимости (p=0,067). Также статистической значимости мы не достигли при применении фототерапии (p=0,78) у детей в периоде новорожденности.

Список литературы:

1. Мазур Л.И., Жирнов В.А., Щербицкая О.В., Дмитриева М.В. Особенности заболеваемости у недоношенных детей на втором этапе выхаживания за 2012-2014 гг // Современные проблемы науки и образования. 2016. №3. http://science-education.ru/ru/article/view?id=24682
2. Мазур Л.И., Дмитриева М.В., Жирнов В.А. Особенности клинико-неврологического статуса детей, родившихся недоношенными» // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6.URL: http://science-education.ru/ru/article/view?id=2366
3. Мазур Л.И., Дмитриева М.В., Жирнов В.А. Клинико-эпидемиологический анализ факторов риска у детей раннего возраста, родившихся недоношенными // Успехи современного естествознания. № 9-3. 2015. С.450-453.
4. Mwaniki MK, Atieno M, Lawn JE, Newton CR. Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review // Lancet. 2012. 379: 445–452.

УДК 616-036.1

Д.Р. Мавлютова

РЕЧЬ-ГЕНЕРИРУЮЩИЕ УСТРОЙСТВА: АЛЬТЕРНАТИВА В ОБУЧЕНИИ ВОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Научный руководитель: аспирант М.В. Куршина, к.м.н., доцент О.В. Щербицкая
Кафедра госпитальной педиатрии, Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Резюме: *Вокализация у детей-аутистов – одна из самых тяжело решаемых проблем, в данной статье указана одна из альтернативных методик ныне сложившемуся способу PECS.*

Ключевые слова: *аутизм, вокализация, альтернатива PECS, интерфейс.*

D.R. Mavlyutova

SPEECH-GENERATING DEVICES: ALTERNATIVE IN VOCALIZATION TRAINING FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

SCIENTIFIC ADVISORS: POSTGRADUATE M.V. KURSHINA, PH.D. IN MEDICINE, DOCENT O.V. SCHERBITSKAYA
Department of Hospital pediatrics, Samara state medical university, Samara

Abstract: Vocalization of autistic children is one of the hardest-to-solve problems, in this article one of the alternative techniques for the now existing PECS method is indicated.

Keywords: autism, vocalization, PECS alternative, interface.

Актуальность. Аутизм - тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего, страдает способность к общению, социальному взаимодействию. Более 80% детей с данным заболеванием - инвалиды. Еще в 2000 году считалось, что распространенность аутизма составляет от 5 до 26 случаев на 10 000 детского населения, но в 2012 году Центр по контролю над заболеваемостью в американских штатах рапортовал в среднем об 1 случае аутизма на каждые 88 детей. За десять лет количество детей с аутизмом выросло в 10 раз. Считается, что тенденция к росту сохранится и в будущем.[1]

Цель.Целью литературного обзора стал поиск альтернативного способа ныне сложившемуся методу обучения по PECS (Picture Exchange Communication System) в

общении с детьми с расстройствами аутистического спектра, а точнее, использование SGD (Speech-generatingdevice, речь-генерирующих устройств).

Материалы и методы. В связи с тем, что в русских источниках данную тему никто не освещает, было решено использовать статьи зарубежных авторов: GevarterC. [etal.],2016 и Chien-HsuChen. [etal.], 2016. Необходимо было перевести их с английского языка с последующей оценкой данных исследований.

Результаты и обсуждение. По мнению GevarterC. [etal.],2016, важным в их исследовании стало увеличение показателей вокализации, вследствие использования SGD, в том числе приближение произносимых слов к общеупотребимым. Также произошло рассеивание мифа о возможной задержке речевого развития, так как дети стали чаще употреблять подобие слов, изучаемых по курсу, в ежедневном обиходе.
Chien-HsuChen. [etal.], 2016 определили наиболее удобный интерфейс для детей-аутистов. Таким образом, для ответа на поставленный вопрос интерфейс PAEM (Pie Abbreviation-Expansion Menu) был более эффективным, чем интерфейс HRM (Hierarchical Relating Menu), так как модель PAEM помещает все содержимое на том же самом уровне интерфейса, таким образом, легче идентифицировать и работать.Однако, для самостоятельного описания своих мыслей интерфейс HRM был более эффективен.

Заключение и выводы. Таким образом, необходимо внедрять новые методики по абилитации детей-аутистов, с помощью внедрения SGD в педагогическую практику. Вокализация – одна из самых больших проблем в дефектологии данного процесса. Свои плюсы имеет также компактность данного устройства в отличие от больших альбомов с картинками. Наступает век новых технологий, так почему бы ими не пользоваться.

Список литературы:

1. Аутизм// AUTISMINRUSSIA.RU: сайт, г.Самара, URL: http://www.autisminrussia.ru/html/autism.htm (дата обращения:19.12.2016)

2. Gevarter C., O'Reilly M.F., et al. Increasing the vocalizations of individuals with autism during intervention with a speech-generating device. // J Appl Behav Anal. 2016 Mar;49(1):17-33. URL: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jaba.270/full (дата обращения: 20.12.2016)

3. Chien-Hsu Chen, Chuan-Po Wang, et al. Speech-generating devices: effectiveness of interface design—a comparative study of autism spectrum disorders // Springerplus, 2016; 5(1): 1682. URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5042917 (дата обращения: 20.12.2016)

УДК 616.211-002

Л. Р. Мардамшина, Г. Ф. Биктимирова

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ Г. УФЫ С ПОМОЩЬЮ МОДИФИЦИРОВАННОГО ОПРОСНИКА

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.Р. Бикташева

Структурное подразделение, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме:По методике Международного исследования бронхиальной астмы и аллергии в детском возрасте (ISAAC) проведено анкетирование 809 учащихся школ г. Уфы. Авторами предложен модифицированный метод анкетного опроса школьников и их родителей на этапе верификации диагноза аллергического ринита, позволяющий значительно сократить временные и трудовые затраты врачей-педиатров и аллергологов.

Ключевые слова: аллергический ринит, школьники, распространенность

L. R. MARDAMSHINA, G. F. BIKTIMIROVA

ASSESSMENT OF PREVALENCE OF SYPTOMS OF ALLERGIC RHINITIS AMONG SCHOOL STUDENTS OF UFA CITY WITH MODIFIED QUESTIONAIRE

Scientific Advisor – D.Sc. in Medicine, Associate professor A.R.Biktasheva

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract:On the methodology of the international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC) held on questioning 809 schoolchildren of Ufa. The authors proposed a modified method of the survey students and their parents at the stage of verification of diagnosis of allergic rhinitis, to significantly reduce the time and labor costs pediatricians and allergologist.

Keywords: allergic rhinitis, school students, prevalence

Актуальность: Аллергический ринит (АР) является одним из частых хронических заболеваний детского возраста. Средняя распространенность симптомов АР составляет 8,5% у 6–7-летних и 14,6% у 13–14-летних детей (Международное исследование бронхиальной астмы и аллергии в детском возрасте: InternationalStudyofAsthmaandAllergyinChildhood (ISAAC)). По результатам исследования, проведенного согласно протоколу GA2LEN (GlobalAllergyandAsthmaEuropeanNetwork — Глобальная сеть по аллергии и астме в Европе)

в 2008-2009 гг., распространенность симптомов аллергического ринита у подростков 15-18 лет составила 34,2 %, при проведении углубленного обследования в 10,4% случаев диагноз АР был подтвержден, что в значительной степени превалирует над данными официальной статистики. За время, прошедшее с момента проведения аналогичных исследований, отмечается увеличение наблюдаемой распространенности АР во всем мире. Однако данные для разных центров сильно различаются.

Частота симптомов АР в Российской Федерации составляет 18–38%. Подъем заболеваемости отмечают в раннем школьном возрасте [3]. АР существенно нарушает качество жизни больного ребенка и его семьи: приводит к снижению работоспособности и школьной успеваемости, нарушению внимания. У больных АР часто выявляются сопутствующие аллергические заболевания и осложнения: аллергический конъюнктивит, бактериальные синуситы, полипы околоносовых пазух, острый и хронический средний отит, евстахиит, снижение слуха. Кроме того, АР может предшествовать развитию бронхиальной астмы, а также отягощать ее течение, приводя к снижению контролируемости и увеличению объема терапии [1,2,4] .

В связи со всем сказанным выше важность своевременной диагностики и лечения этого заболевания является неоспоримой.

Цель исследования:Оценка эффективности модифицированного анкетного метода выявления детей, страдающих аллергическим ринитом.

Материалы и методы: Исследование проводилось в 2015-2016 г.г. в несколько этапов. На I этапе был проведен письменный опрос 809 учащихся 1-11 классов и их родителей в школах №№ 128 и 35 г. Уфы с помощью стандартизированных анкет по методике ISAAC [ ]. На II этапе в результате анализа анкетных данных были выделены 207 школьников с симптомами АР. На III этапе при помощи опросника, который был разработан нами самостоятельно, путем телефонной беседы с родителями детей с симптомами АР, мы осуществили более узкую выборку пациентов с наибольшей вероятностью наличия АР. На IV этапе проводился анализ полученных данных и обработка их с помощью статистических функций программы «Microsoft Excel 2010».

Таблица 1

Опросник для выявления детей больных аллергическим ринитом

Вопросы		Да	Нет
Бывают ли у ребенка:	слезотечение		
	заложенность носа		

	зуд носа		
	чихание		
Связываете ли вы указанные симптомы с определенными внешними факторами:	инфекция		
	простуда		
	погода		
	пыль		
	аллергия		
	прочее		
В какое время года преимущественно возникают указанные симптомы:	зима		
	весна		
	лето		
	осень		
В какое время суток преимущественно возникают указанные симптомы:	утро		
	день		
	вечер		
	ночь		
Какова кратность указанных симптомов:	часто		
	редко		
Связаны ли симптомы с контактом с аллергеном			
Есть ли среди родственников страдающие бронхиальной астмой, АР, другой аллергическими заболеваниями?			
Наблюдалась ли когда-либо у ребенка аллергия на пищевые продукты, лекарства, животных и пр.?			
Есть ли дома животные?			
Курит ли кто-либо из членов семьи?			
Какие препараты во время появления	антигистаминные		
	сосудосуживающие		

указанных симптомов принимает ребенок:	другие (указать)		
Консультирован ли ребенок врачом – аллергологом?			
Выставляли ли ребенку диагноз аллергического заболевания (бронхиальная астма, АР, атопический дерматит, диатез)? (указать)			

Результаты и обсуждение: С помощью разработанного нами опросника было выделено 28 детей (3,5%) с явными признаками АР. Среди данной группы 78,6% опрошенных связывали слезотечение, чихание, заложенность и зуд носа с контактом с аллергенами. Между тем, 21,4% респондентов четкой связи симптомов АР с какими либо факторами не отмечали. Круглогодично симптомы ринита отмечали 53,6%, в основном осенью и весной - 21,4%, летом и весной- 25% отвечавших.

На наличие родственников, страдающих аллергическими заболеваниями, указали 39,3% респондентов. Пищевая или лекарственная непереносимость имела место у 39,3% опрошенных детей с симптомами ринита. На вопрос о домашних животных утвердительно ответили 28,6% родителей. У четверти детей с подозрением на АР курил хотя бы один из членов семьи.

В ходе исследования было выявлено, что из 28 детей с симптомами АР лишь 32,1% принимают лекарственные препараты во время обострений, в том числе сосудосуживающие препараты –3,6%, антигистаминные – 17,8%, комбинируют то и другое – 10,7%. В группе выявленных нами школьников с симптомами АР 28,6% опрошенных ранее консультировались у аллерголога, при этом у 12,5% диагностировали аллергический ринит.

Заключение и выводы: Таким образом, частота аллергического ринита у детей-школьников из города Уфы составила 3,6%, что согласуется со среднестатистическими данными по Российской Федерации. Предложенный нами опросник показал высокую чувствительность и специфичность в предварительной диагностике АР. Использование данного опросника позволяет значительно облегчить этап верификации диагноза АР за счет сокращения времени, затраченного на сбор жалоб и анамнеза, объективное исследование всех детей с симптомами ринита. Кроме того, модифицированная методика исследования с использованием разработанного нами опросника уменьшает связанную с дифференциальной

диагностикой часто неоправданно высокую нагрузку на врача аллерголога-иммунолога. Простота предложенной нами методики диагностики позволяет проводить ее силами среднего медицинского персонала, педагогов и воспитателей детских учебных заведений.

Список литературы:

5. Аллергический ринит у детей: Монография / Д.И. Заболотный, А.А. Лайков, А.Н. Охотникова, А.Л. Косаковский и др. — Киев: Логос, 2016. — С. 216
6. Аллергический ринит у детей насущные вопросы диагностики и лечения / А.Н. Охотникова, Ю.И. Гладуш, Л.В. Бондаренко [и др.] // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. — 2015. — № 1 (80). — С. 26-36.
7. Союз педиатров России Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с аллергическим ринитом. 2014 – С. 5-6
8. Boulet L.-Ph. Asthma-related comorbidities / -L.-Ph. Boulet, M. Boulay // Expert Rev. Respir. Med. — 2011. — Vol. 5 (3). — P. 377-393.

УДК 61; 618; 612,6

А.Э. Мулдашева, П.А. Тусупкалиева, Б.А. Манарбеков

КОРРЕГИРОВАНИЕ ДЕФИЦИТА МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПО ДАННЫМ ГОРОДА АКТОБЕ.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Б.Т. Тусупкалиев

Кафедра «Детских болезней №1 с неонатологией»

Структурное подразделение, Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан.

Резюме: Обогащение грудного молока обогатительными смесями способствует возникновению у новорожденных, родившихся с очень и экстремально малой массой тела, к более быстрому увеличению веса и более короткому пребыванию в больнице.

Ключевые слова: новорожденные, дети, обогатитель грудного молока, коррекция.

A.E., MULDASHEVA P.A TUSUPKALIEVA., B.A.MANARBEKOV

CORRESPONDING OF THE BODY MASS DEFICIENCY IN NEWBORN CHILDREN BORN WITH A VERY LOW AND EXTREMELY LOW BODY OF THE BODY BY THE DATA OF AKTOBE.

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor B.T. Tusupkaliev

Department of Children's Diseases №1 with neonatology

Department, West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university, Aktobe, Republic of Kazakhstan

Abstract: Enrichment of breast milk with enrichment mixtures contributes in newborns born with extremely and very small body weight to faster weight gain and shorter hospital stay.

Keywords: Newborns, children, breast milk enrichment, correction.

. *Актуальность: Благодаря развитию технологии выхаживания отметилась тенденция к увеличению выживаемости детей родившихся очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). По данным различных исследователей выживаемость детей среднем составляет с ОНМТ около 95%, с ЭНМТ-72%. В настоящее время в качестве базового ухода за новорожденными детьми с ОНМТ и ЭНМТ приняты форсированное введение питательных веществ с целью коррекции дефицита питания после рождения. «Агрессивная» тактика парентерального и энтерального питания, на которую*

хорошо реагируют дети с ОНМТ и ЭНМТ, предрасполагает снижению приобретенной белковой-энергетической недостаточности и способствует увеличению постнатального роста [1]. Внедрение такой тактики стало возможным благодаря совершенствованию состава питательных веществ. Прежде всего надо сказать о питательных веществах, смесях с большим содержанием белка, поскольку скорость роста мозга и познавательная функция у ОНМТ и ЭНМТ напрямую связаны с потреблением белка в течение первых месяцев жизни. Темпы роста ребенка влияние на его общую заболеваемость: по сравнению с ребенком первого месяца жизни с прибавкой массы тела 21 г/кг/ сутки у ребенка с прибавкой массы тела 12 г/кг/сутки в пять раз выше риск заболеваемости некротическим энтероколитом, 30% выше риск развития сепсиса [2]. . У большинства маловесных детей после выписки из родильного дома отмечается недостаток пищевых нутриентов. Зависимые состояния может проявиться в виде недостаточности питания, анемии, недостатка витаминов и минералов, задержки психомоторного развития, нарушения пищеварения в том числе функционального (запоры, колики, метеоризм) характера [3]. .

Для обеспечения детей с малой массой тела при рождении всеми необходимыми компонентами питания и для сохранения в питании грудного молока применяются обогатители грудного молока – специально разработанные добавки, которые корректируют состав питания недоношенных детей, находящихся на грудном вскармливании. Это с одной стороны позволяет сохранить все преимущества грудного вскармливания, с другой - предотвратить развитие дефицита потребления необходимых для адекватного роста и развития питательных веществ. Исследователи отмечают следующие преимущества использования обогащенного грудного молока с обогатителем Nutrilon: Выше скорость роста (масса тела, рост, окружность головы и груди), причем преимущественно за счет увеличения массы органов, а не жировой ткани; улучшение биохимических показателей крови, отражающих адекватность поступления белка, минеральных веществ и др.; сокращение времени парентерального питания ; снижение заболеваемости сепсисом ; сокращение сроков пребывания в стационаре; обогащение молока не приводит к повышению риска развития некротизирующего энтероколита.

Цель исследования..Изучить эффективность обогащенного грудного молока с обогатителем Nutrilony детей с малой массой тела при рождении.

Материалы и методы:Научное исследование включены 60 новорожденных, родившихся с малой массой и находившиеся на 2-м этапе выхаживания Областного перинатального центра г. Актобе 2013-2015 годах. Из них 8 ребенка (13,3%) родились

экстремально малой массой тела, 35 (58,4%) очень низкой массой тела и 17 (28,3%) низкой массой тела. Группу сравнения составили 15 новорожденных детей , которые не получали обогащенного грудного молока с обогатителем Nutrilon.Данными обогатителями около 5 лет пользуются в Казахстане. Для приема этих обогатителей специального согласия не требуется т.к. этот обогатитель специально выпущен для обогащения грудного молока и применение в Казахстане разрешено. Дизайн исследования открытый ретроспективный анализ. Полученные данные были статистический обработаны по вариационному анализу по динамике прибавки массы тела и длительности пребывания в стационаре.

Результаты и обсуждение. Из числа детей основной группы 32 ребенка (54%) начали получать грудное молоко обогащенное с обогатителем Nutrilon с 8-ой сутки, 20 детей (34%) с 10-й сутки, а остальные 8 детей (12%) начали получать обогащенное молоко в более поздние сроки в зависимости от состояния и массы тела при рождения.

Как показал результаты анализа полученных данных новорожденные дети родившиеся низкой массой тела (от 2500 г до 1500 г) с момента получения обогащенного грудного молока, по сравнению с детьми контрольной группы, достаточно быстро прибавляли в массе тела и к моменту выписки набирали 2000 г.

Как видно из рисунка 1кривая динамики прибавки массы тела детей с очень низкой массой тела выглядела более прямой по сравнению с детьми контрольной группы

Диаграмма 1

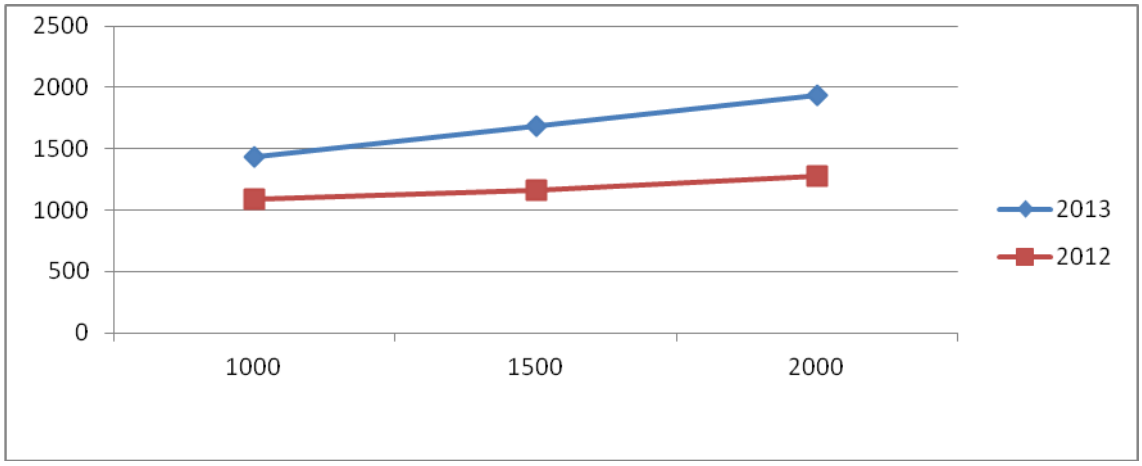
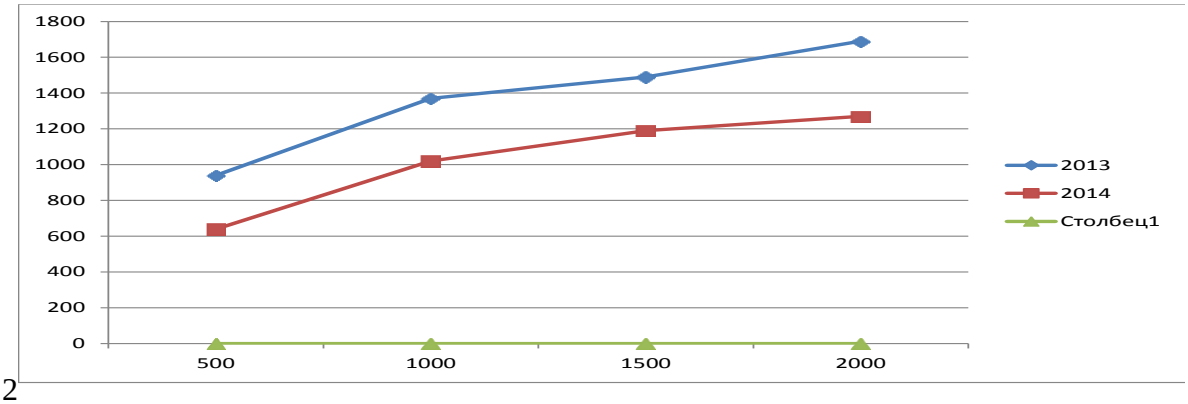


Рис.1.Динамика прибавки веса у детей с ОНМТ у детей с ОГМ

Диаграмма



2

Рис. 2 Динамика прибавки массы тела у родившихся ЭНМТ получавших ОГМ

Как видно с рисунка 2 с ЭНМТ при рождении кривая прибавки массы тела имеет неоднородный характер, т.е. постепенная прибавка массы тела сменяется снижением с полседующим подьемом. У детей контрольной группы эти волнообразные изменения менее выражены.

Все дети из родильного дома выписались с массой тела 1800-2000.

Диаграмма 3

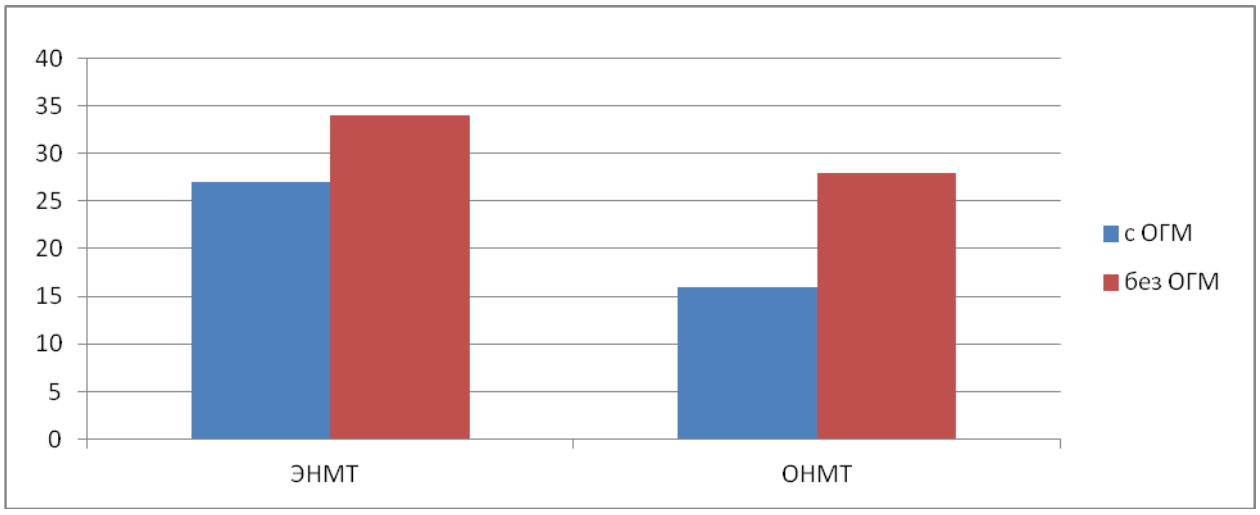


Рис.3 Средняя продолжительность пребывания в стационаре детей с ЭНМТ и ОНМТ.

Как видно из рисунка 3 дети с ЭНМТ получавшие обогащенное грудное молоко обогатителем Nutrilon находились на стационарном лечении на много меньше. А у детей с ОНМТ эта разница заметно увеличивается.

Заключение и выводы.Обогащение грудного молока обогатителем Nutrilon способствует к улучшению показателей физического развития, сокращает срок пребывания новорожденных детей в стационаре.

Список литературы:

1.Волянюк Е.В. Параметры физического развития недоношенных детей и современные подходы к нутритивной поддержке на амбулаторном этапе // Вестник современной клинической медицины/, 2014, Том 7, вып.6, с.17-20.

2.Закиров И.И., Сафина А.И. Диспансерное наблюдение за недоношенными детьми на первом году жизни в детской поликлинике.// Вестник современной клинической медицины. 2013. Том 6, вып.1,С. 68-76.

3. Тусупкалиев Б.,Жумалина,А.К. ,Байжанова Р.М,Жекеева Б.А. Микроэлементный статус новорожденных детей с микст-инфекцией в зависимости от массы тела. Медицинский журнал Западного Казахстана, 2016,3 (51), с.72-74

УДК 616-053.2

Л.И. Мунасыпова, В.Д. Ломакина, О.В. Васильева

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В САНАТОРИИ “САЛЮТ”

Научный руководитель – д.м.н., профессор Т.Б. Хайретдинова

Кафедра пропедевтики детских болезней, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: проведен анализ вегетативного статуса у двух групп детей: с признаками дисплазии соединительной ткани и без них. В ходе исследования для оценки вегетативного статуса были применены индекс Кердо, анализ артериального давления методом центильных таблиц. В результате исследования было выявлено, что процент детей, страдающих дисплазией соединительной ткани составляет 26,47. Среди детей с ДСТ преобладают выраженные симпатотоники. Систолическое давление у таких детей чаще в норме, диастолическое – повышено.

Ключевые слова: дети с дисплазией соединительной ткани, вегетативный статус, артериальное давление.

L.I. MUNASYPOVA, V.D. LOMAKINA, O.V. VASILYEVA

CHARACTERISTICS OF VEGETATIVE STATUS AND ARTERIAL PRESSURE IN CHILDREN WITH CONNECTIVE TISSUE DISPLASIA, WHICH ARE TREATED AT SANATORIUM “SALUT”

Scientific Advisor – Ph. D. in Medicine, Full professor T.B. Haertdinova

Department of propaedeutics of children's diseases, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *There was analyzed vegetative status of two groups of children: with connective tissue dysplasia (CTD) and without dysplasia. It was used index Kerdo and analysis of arterial pressure by method of centile tables. In the results it was determined 26,47% childrens with CTD. Children with dysplasia have influence of sympathetic system. They have normal systolic pressure and elevated diasystolic pressure.*

Keywords: *children, connective tissue dysplasia, vegetative status, arterial pressure.*

Актуальность: дисплазия соединительной ткани – это нарушение формирования и развития соединительной ткани. В последние годы она часто встречается у детей, приводит к нарушению их здоровья и способствует возникновению соматической патологий. Так же у детей с ДСТ часто наблюдаются вегетативные расстройства, которые определяют состояние адаптации. Поэтому важно определять у детей их вегетативный статус для выбора тактики лечения.

Цель исследования: изучить вегетативный статус у детей с проявлениями дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы: исследование было проведено на базе санатория «Салют». Под наблюдением находилось 34 ребенка, из них 16 мальчиков (47,05%) и 18 (52,95%) девочек, средний возраст 7 лет. Дети находились на санаторном лечении с диагнозами хроническим пиелонефритом, гастродоуоденитом, дискинезией желчных протоков, вегетососудистой дистонией, часто болеющий ребенок. Были проведены анкетирование, сбор анамнеза и осмотр с целью выявления синдромов дисплазии соединительной ткани: торакодиафрагмальный синдром, синдром гипермобильности суставов, косметический синдром, синдром патологии органа зрения. Полученные данные были сопоставлены с таблицей признаков ДСТ Фоминой (2000) для определения степени дисплазии.

Таблица №1

Значимость фенотипических признаков, характерных для дисплазии соединительной ткани в баллах (Л.Фомина, 2000)

Признаки	Балл
Патология зрения	4
Грыжи	3
Сколиоз	4
Повышенная растяжимость кожи	3,5
Нежная кожа	2
Выраженная гипермобильность суставов	4
Плоскостопие	3,5
Астеническое телосложение	1

1-я степень (вариант нормы) – сумма баллов меньше 12

2-я степень (умеренная) – от 12 до 23 баллов

3-я степень (тяжелая) – более 23 баллов.

Вегетативный статус был установлен с помощью анкетирования и сбора анамнеза (по вопросам наличия или отсутствия симптомов: периодические головные боли, зябкость кистей и стоп, гипергидроз кожи, снижение систолического давления ниже 100, обмороки и предобморочные состояния); расчета индекса Кердо по формуле: ВИ = (1-ДД/ЧСС)*100, где ВИ – вегетативный индекс, ДД – диастолическое давление, ЧСС – частота сердечных сокращений. (Интерпретация показателей: положительное значение – преобладает симпатическое влияние, отрицательное – парасимпатическое); обследования артериального давления (проанализировано по методу центильных таблиц для определения разности центильных коридоров по систолическому и диастолическому давлению.)

Результаты и обсуждения:в результате исследования было выявлено наличие признаков дисплазии соединительной ткани 26,47%, отсутствие признаков изучаемой патологии у 73,53% детей.

У детей с дисплазией соединительной ткани разность по коридорам по систолическому и диастолическому давлениям в среднем составила 1,3. Высокие показатели по центильным коридорам по систолическому артериальному давлению составили 22,2% от всех детей с дисплазией соединительной ткани, низкие показатели – 11,1%, показатели в пределах нормы – 66,7%. Высокие показатели по центильным коридорам по диастолическому артериальному давлению -55,6%, низкие показатели – 11,1%, показатели в пределах нормы – 33,3%

У детей без дисплазии соединительной ткани: средняя разница центильных коридоров по систолическому и диастолическому давлению 1,7; Высокие показатели по центильным коридорам по систолическому артериальному давлению составили 19,2% от всех детей без дисплазии соединительной ткани, низкие показатели – 53,8%, показатели в пределах нормы – 27%. Высокие показатели по центильным коридорам по диастолическому артериальному давлению -30,8%, низкие показатели – 36,6%, показатели в пределах нормы – 36,6%

Перечисленные выше данные представлены в Таблице №2.

Достоверность различий между двумя группами детей по критерию Стьюдента $p<0,5$

Таблица №2

Процентное соотношение высоких, низких и нормальных показателей систолического и диастолического давления у детей с ДСТ и детей без ДСТ

Показатели центильных коридоров	Высокие показатели	Низкие показатели	Показатели в пределах нормы

Дети с ДСТ			
Систолическое давление	22,2%	11,1%	66,7%
Диастолическое давление	55,6%	11,1%	33,3%
Дети без ДСТ			
Систолическиое давление	19,2%	53,8%	27%
Диастолическое давление	30,8%	36,6%	36,6%

Соотношение детей по вегетативному статусу в группе детей с ДСТ: выраженные симпатотоники – 33,3%, симпатотоники 22,3%, уравновешенность симпатических и парасимпатических реакций 33,3%, парасимпатотоники 0%, выраженные парасимпатотоники 11,1%.

В группе детей без ДСТ: выраженные симпатотоники - 36,6%симпатотоники - 46,2% уравновешенность симпатических и парасимпатических реакций -9,6%, парасимпатотоники – 3,8%, выраженные парасимпатотоники – 3,8%

Достоверность различий между двумя группами детей по критерию Стьюдента $p<0,5$

Данные анкетирования показали, что среди детей с ДСТ имели симптомы вегетососудистой дистонии: периодические головные боли у 66,7%, зябкость кистей и стоп у 44,4%, гипергидроз кожи у 77,7 %, снижение систолического давления ниже 100 у 44,4%, обмороки и предобморочные состояния 22,2%

Среди детей без ДСТ: периодические головные боли 53,8%, зябкость кистей и стоп у 15,38%, гипергидроз кожи у 26,9%, снижение систолического давления ниже 100 у 19,2%, обмороки и предобморочные состояния 3,8%

Заключение и выводы: Среди детей с ДСТ одинаково часто встречаются выраженные симпатотоники, симпатотоники и с уравновешенными симпатическими и парасимпатическими влияниями.

У детей с ДСТ средняя разница центильных коридоров по систолическому и диастолическому давлению ниже, чем у детей без данной патологии.

У детей с ДСТ систолическое давление чаще в норме, а диастолическое давление - чаще повышено

Таким образом, при поступлении детей в санаторий необходимо выявлять признаки дисплазии соединительной ткани, а также определять их вегетативный статус для подбора индивидуального лечения и физических нагрузок.

Список литературы

1. Арсентьев В.Г. Дисплазии соединительной ткани как конституциональная основа полиорганных нарушений у детей. Автореферат дисс. д.м.н., 14.01.08 - педиатрия. ВМИ им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, 2012.

2. Беленький А. Г. Гипермобильность суставов и гипермобильный синдром: распространённость и клинико-инструментальная характеристика: автореф. дис... д-ра мед. наук / А. Г. Беленький. - МГУ «Институт ревматологии РАМН», 2004. - 51 с.

3. Узунова А.Н., Кинзерский А.Ю., Глухова Л.В. Особенности почечной гемодинамики у детей с хроническим вторичным пиелонефритом, развившемся на фоне дисплазии соединительной ткани. Педиатрия, 2006, 5, с.10 – 12.

УДК: 575.174.015.3

Л. Ш. Назарова, А. Ж. Нуриахметова, Р. А. Бикбулатова, Е. Д. Шакирьянова, Я. С. Слесаренко

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО ЛОКУСА -511C>T ГЕНА IL1BC ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕТОТРЕКСАТА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРОНЕГАТИВНЫМ ПОЛИАРТИКУЛЯРНЫМ ВАРИАНТОМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Научные руководители – д.м.н., профессор Т.В. Викторова, д.м.н., профессор В.А. Малиевский, к.б.н. К.В. Данилко

Кафедра биологии, кафедра госпитальной педиатрии с курсом поликлинической педиатрии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Кардиоревматологическое отделение, Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа

Резюме.Цель исследования заключалась в поиске возможных ассоциаций полиморфных локусов -511C>T гена IL1B и -174G>C гена IL6 с ответом на терапию метотрексатом у детей с серонегативным полиартикулярным вариантом ювенильного идиопатического артрита изРеспублики Башкортостан.Полученные нами результаты свидетельствуют о наличии ассоциации полиморфного локуса -511C>T гена IL1B с ответом на терапию метотрексатом у пациентов с вышеуказанным вариантом ювенильного идиопатического артрита из Республики Башкортостан.

Ключевые слова:негативный по ревматоидному фактору полиартикулярный вариант ювенильного идиопатического артрита, метотрексат, ассоциация, ген, IL1B.

L. Sh. Nazarova, A. Zh. Nuriakhmetova, R. A. Bikbulatova, E. D. Shakirianova, Ia. S. Slesarenko

THE ASSOCIATION OF THE *IL1B*-511C>T GENE POLYMORPHISM WITH RESPONSE TO METHOTREXATE IN PATIENTS WITH POLYARTICULAR JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Scientific Advisors – Ph. D. in Medicine, Full professor T.V. Viktorova, Ph. D. in Medicine, Full professor V.A. Malievsky, Ph. D. in Biology K.V. Danilko

Biology Department, Department of Hospital Pediatrics, Bashkir State Medical University, Ufa

Cardiorheumatology Department, Republican Clinical Pediatric Hospital, Ufa

Abstract.*The aim of the study was to determine whether the IL1B-*

511C>Tgenepolymorphism is associated with response to methotrexate in children withrheumatoid factor negative polyarticular juvenile idiopathic arthritisfrom Bashkortostan, Russia. These findings demonstrate the presence of the association of the IL1B-511C>Tgenepolymorphism with response to methotrexate in children withrheumatoid factor negative polyarticular juvenile idiopathic arthritis from Bashkortostan, Russia.

Keywords:rheumatoid factor negative polyarticular juvenile idiopathic arthritis, methotrexate association, gene, IL1B.

Актуальность.Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) представляет собой одно из самых инвалидизирующих ревматологических заболеваний у детей [1]. Полиартикулярные варианты данного заболевания, в том числе негативный по ревматоидному фактору полиартрит (РФ-негативный полиартрит) характеризуются развитием воспалительного процесса в 5 и более суставах в течение первых 6 месяцев болезни (согласно классификации Международной лигиревматологических ассоциаций (ILAR)) [5]. Золотым стандартом терапии ЮИА считается метотрексат, однако его эффективность неодинакова у разных пациентов [2]. В связи с вышесказанным, возможность прогнозирования ответа на метотрексат имеет большое значение для профилактики осложнений ЮИА, в частности, РФ-негативного полиартрита.

Цель.Цель исследования заключалась в поиске возможных ассоциаций полиморфных локусов -511C>T гена интерлейкина 1b (*IL1B)* и -174G>C гена интерлейкина 6 (*IL6)* с ответом на терапию метотрексатом у детей с РФ-негативным полиартритом из Республики Башкортостан.

Материалы и методы исследования.В исследование было включено 46 детей с РФ-негативным полиартритом, проходивших лечение в Республиканской детской клинической больнице (г. Уфа) и получавших метотрексат. Наличием ответа на терапию считали достижение пациентом улучшения ACRpedi30 или более (N=35), отсутствием – менее ACRpedi30 (N=11). Изучение полиморфных локусов -511C>T гена *IL1B* и -174G>C гена *IL6* проводили методом ПЦР в реальном времени, статистическую обработку результатов – в программах Microsoft Excel, WinPepiv.11.44, R v.3.2.0 с использованием точного двустороннего критерия Фишера (p), оценкой отношения шансов (OR) и 95% доверительного интервала (95%CI).

Результаты и обсуждение.При оценке распределения частот генотипов и аллелей полиморфного локуса -511C>T гена *IL1B* у детей с РФ-негативным полиартритом было

показано, что генотип CT статистически значимо чаще встречался у пациентов с отсутствием ответа на терапию метотрексатом (81,8%), чем в подгруппе с наличием ответа (40%) (p=0,035, OR=6,75, 95%CI1,27-33,45). По результатам анализа полиморфного локуса -174G>C гена *IL6* была отмечена тенденция к более частой встречаемости аллеля G при отсутствии ответа на терапию метотрексатом (77,3%), чем при его наличии (58,6%), однако различия оказались недостоверными (p=0,135).

Зарубежными авторами было показано наличие функционального значения у полиморфных локусов -511C>T гена *IL1B* и -174G>C гена *IL6*, в частности, их ассоциации с измененным уровнем экспрессии соответствующих продуктов, являющихся мощными провоспалительными агентами [3,4]. Таким образом, можно предположить, что межиндивидуальные различия в ответе на терапию метотрексатом частично обусловлены дисбалансом цитокинов в организме, в основе которого лежит генетический полиморфизмом. Отсутствие статистически значимых результатов по полиморфному локусу -174G>C гена *IL6,* возможно, связано с относительно небольшим объемом выборки.

Заключение и выводы. В данной работе показано, что генотип CT полиморфного локуса -511C>T гена *IL1B* может служить маркером отсутствия ответа на терапию метотрексатом у детей с серонегативным полиартикулярным вариантом ЮИА, однако требуется подтверждение полученных результатов на выборках большего объема.

Работа выполнена при частичной поддержке гранта Республики Башкортостан молодым ученым и молодежным научным коллективам (договор №6 от 25.03.2016).

Список литературы:

1. Алексеева Е. И., Литвицкий П. Ф. Ювенильный ревматоидный артрит: этиология, патогенез, клиника, алгоритмы диагностики и лечения: рук. для врачей, преподавателей, науч. сотр. / Под общ. ред. А. А. Баранова. – М. : ВЕДИ, 2007. – 368 с.

2. Albarouni M, Becker I, Horneff G. Predictors of response to methotrexate in juvenile idiopathic arthritis // Pediatric Rheumatology Online Journal. 2014 Vol. 12. P. 35.

3. Chen H, Wilkins LM, Aziz N et al. Single nucleotide polymorphisms in the human interleukin-1B gene affect transcription according to haplotype context // Hum Mol Genet. 2006. Vol. 15, №4. P. 519-29.

4. Fishman D, Faulds G, Jeffery R, et al. The effect of novel polymorphisms in the interleukin-6 (IL-6) gene on IL-6 transcription and plasma IL-6 levels, and an association with systemic-onset juvenile chronic arthritis // Journal of Clinical Investigation. 1998. Vol. 102, №7. P. 1369-1376.

5. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis // Lancet. 2007. Vol. 369, № 9563. P. 767-78.

УДК 616.98/.24-053.3/.4-07-02:578.835.12./13

А.А. Салимова, А.Ф. Фабарисова, А.А. Нурумбаева, Г.М. Ильясова,

А. Ф. Муртазина

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ГЕРПЕС – ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Э.И. Эткина,

к.м.н., доцент Л.Л. Гурьева, к.м.н, доцент Г.Д. Сакаева

Кафедра детских болезней, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В статье рассмотрены особенности течения клинических форм заболеваний, ассоциированных с герпес-вирусными инфекциями у детей, находившихся на стационарном лечении в 1 педиатрическом отделении Клиники БГМУ. Приведены данные клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования в зависимости от формы и тяжести заболевания пациентов, результаты и оценка эффективности проведенного этиопатогенетического лечения.

Ключевые слова: цитомегаловирусная инфекция, вирус Эпштейн – Барр, герпес-вирус 1,2 типа, болезнь, дети.

A. A. Salimova, A. F. Fabarisova, A. A. Nurumbaeva, G. M. Ilyasova, A. F. Murtazina

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH HERPES VIRAL INFECTIONS

Scientific Advisor – M. D., Professor E. I. Etkina,

PhD, associate Professor L. L. Gur'eva, PhD, associate Professor G. D. Sakaeva

The Department of children's diseases, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. The article considers peculiarities of clinical forms of diseases associated with herpes viral infections in children who were hospitalized in 1 of the pediatric Department of the Clinic BSMU. The data of clinical, laboratory and instrumental methods of examination depending on the type and severity of the disease patients, the results and evaluation of the effectiveness of etiopathogenetic treatment.

Keywords: cytomegalovirus infection, Epstein-Barr, herpes virus type 1.2, disease, children.

Актуальность: Заболеваемость герпес – вирусными инфекциями (Эпштейн – Барр (ВЭБ), цитомегаловирусной (ЦМВ) и герпес – вирусной 1, 2 типа) является одной из актуальных проблем современной медицины. Пристальный интерес специалистов к данной проблеме обусловлен не только ее условно-патогенным характером, широкой распространенностью в популяции, но и склонность к длительной персистенции возбудителей в клетках крови и тканях организма [1,2].

Цель исследования: анализ особенностей течения заболеваний органов дыхания (ОД) и сопутствующей патологии, ассоциированных с герпес – вирусными инфекциями у детей.

Материалы и методы: нами проведен анализ клинического течения заболеваний органов дыхания и сопутствующей патологии у 82 пациентов с подтвержденными герпес – вирусными (ВЭБ, ЦМВ и герпес – вирусной 1, 2 типа) инфекциями, находившихся на стационарном лечении в 1 педиатрическом отделении Клиники БГМУ. Мальчики составили 51,2 % (42 детей), девочки – 48,8 % (40 детей). Средний возраст пациентов - 6,2±3,4 лет. Всем пациентам было проведено необходимое клинико–лабораторное обследование и инструментальная диагностика с целью постановки диагноза и подтверждения сопутствующей патологии. Для определения этиологического фактора были проведены исследования анализов крови на маркеры Herpes-viridae. Оценивались следующие показатели: оптическая плотность исследования (ОП иссл.) с определением коэффициента позитивности (КП) с учетом установленных лабораторных референсных значений – ОП критического (ОП крит.) и индекса авидности.

Результаты и обсуждение: Большинство детей было госпитализировано в Клинику БГМУ по поводу заболеваний ОД. В анамнезе у всех обследованных больных отмечались частые острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ), повторные эпизоды бронхита и пневмонии. Приблизительно одна треть больных поступила с острым простым бронхитом (38,6%). С одинаковой частотой выявлялись пневмония и острые бронхиты с синдромом бронхиальной обструкции – по 16,8% случаев. При пневмонии преобладала правосторонняя локализация процесса (61,5 %), у 3 детей (23,1%) было обнаружено двухстороннее поражение легких. У 46,1 % больных пневмония протекала на фоне синдрома бронхиальной обструкции. Острый ларинготрахеобронхит выявлен в 8,9 % случаев. С одинаковой частотой встречались ОРВИ и инфекции мочевыводящих путей (по 6,5 % случаев). Трое детей (3,9 %) поступили с реактивацией хронической ЦМВ и ВЭБ инфекции.

При изучении анамнеза жизни было выявлено, что у каждой второй мамы обследованных детей выявлялась патология во время беременности (угроза невынашивания, гестозы 1 и 2 половин беременности, обострения хронических очагов инфекции, анемия). ОРВИ, в том числе диагностируемая ЦМВ-инфекция матери, отмечались у 15,8 %. Естественные роды были у 72,5 % мам, тогда как родоразрешение путем кесарева сечения – в 27,5 % случаев. Преждевременное родоразрешение было в 11,3 % случаев, при этом у подавляющего числа новорожденных (66,7 %) была выявлена 1 степень недоношенности. Дети со 2 и 3 степенью недоношенности встречались реже – в 22,3 % и 11 % случаев соответственно. Средние значения массы тела и роста при рождении составляли: 3 306,3±637,4 гр. и 52,2±3,6 см соответственно. Каждый седьмой новорожденный имел массу тела 2500 гр. и менее. Двое недоношенных детей родились с очень низкой массой тела: 1380,0 и 1150,0 г. соответственно. Роды на сроке гестации более 42 недель отмечались в одном случае (1,3 %). Патология в родах (стимуляция родов, отслойка плаценты, слабость родовых сил, раннее излитие околоплодных вод, стремительные роды) наблюдалась у каждой шестой мамы.

Более половины больных имели повышение температуры тела на фоне основного заболевания. Фебрильная лихорадка отмечалась в 75,9 % случаев, в остальных случаях - субфебрильная, при этом средние значения температуры тела составили: 39,1±0,6°С и 37,7±0,3°С соответственно. Длительность лихорадки в среднем продолжалась 5,8±4,4 дня. У пяти детей (9,3 %) лихорадка сохранялась более десяти дней.

По результатам лабораторных исследований признаки воспалительной активности выявлялись в виде лейкоцитоза и повышения СОЭ у 30,5 % и 52,4 % соответственно. Средние значения уровня лейкоцитов и СОЭ составили: 8,85±4,1х10*9/л и 18,33±12,8 мм/час соответственно. Однако у каждого пятого больного отмечалось повышение СОЭ выше 30 мм/час, а у пяти пациентов (6,1 %) – лейкоцитоз более 15х10*9/л. Анемия легкой степени тяжести наблюдалась у каждого десятого больного. Признаки активности воспалительного процесса по данным биохимического анализа крови оценивали по уровню С-реактивного белка (СРБ), аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ). Среднее значение СРБ составляло 28,5±24,8 мг/мл. При этом у каждого третьего пациента выявлено повышение СРБ более 50 мг/мл. В то же время у 20 % больных СРБ был отрицательный. Средние значения уровня АЛТ и АСТ составили: 20,2±16,8 и 41,9±23,2 Ед/л. Повышение уровня АСТ выше 50 Ед/л. выявлялось у 20,4 % детей.

В мазках из слизистой носо- и ротоглотки больных на микрофлору (n=29) выделялись Str. Viridians и NeisseriaeSubflava (в 79,3 % и 72,4 % случаев соответственно). Str. Mitis и St. aureus выделялись с одинаковой частотой – по 10,3 % случаев. Грибы Candida выявлены у 3,4% пациентов.

У каждого второго ребенка выявлялись сочетанные герпесвирусные поражения (ЦМВ и ВЭБ инфекция, ЦМВ, ВЭБ и ВПГ 1 и другие). Маркеры ЦМВ-инфекции выявлены в сыворотке крови у 75,6 % детей. У подавляющего большинства детей (51,2 %) выявлялось латентное течение цитомегаловирусной инфекции (средние значения IgG ЦМВ - ОП. иссл 2,87±2,03, КП 7,8±6,27), индекс авидности – 80,80±16,87. У 20,7 % детей выявлена реактивация ЦМВ-инфекции (средние значения IgM ЦМВ – Оп. иссл 0,69±0,33, КП 2,5±;1,4, IgG ЦМВ - ОП. иссл 2,95±1,02, КП 11,9±3,48). Первичное инфицирование ЦМВ-инфекцией отмечалось у троих детей. У 67,1 % обследованных детей имелись признаки ВЭБ-инфекции. В большинстве случаев (51,2 %) наблюдалось латентное течение ВЭБ-инфекции (средние значения IgG ВЭБ - ОП. иссл 3,3±3,02, КП 11,3±8,4). Реактивация ВЭБ-инфекции отмечалась у 15,85 % детей (средние значения IgM ВЭБ – Оп. иссл 0,76±0,40, КП 2,8±1,6; IgG ВЭБ - ОП. иссл 3,5±0,7, КП 14,4±6,1). В 9,8% случаев выявлено сочетание герпесвирусных инфекций с внутриклеточными возбудителями.

Среди сопутствующей патологии преобладали (в 26,8 % случаев) хронические заболевания желудочно-кишечного тракта: дискинезия желчевыводящих путей, лямблиоз, хронический гастродуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, катаральный эзофагит, полип желудка. Патология аллергического генеза (бронхиальная астма, аллергический ринит и риносинусит, атопический дерматит) встречалась у 7,3 % обследованных. Хронические заболевания верхних дыхательных путей (тонзиллит, аденоидит) и вегето-сосудистые расстройства встречались у каждого шестого ребенка. Острый риносинусит диагностирован в 5 случаях (6,1 %). Реже выявлялись кисты в почках (6,1%) и дефицитная анемия (2,4 %).

Все обследованные дети получали необходимую терапию по поводу основного заболевания и сопутствующей патологии. В результате применения этиопатогенетической базисной (Неоцитотект, Изопринозин в комбинации с препаратами интерферона) и посиндромной терапии у всех пациентов достигнута положительная динамика по данным клинического наблюдения и лабораторно-инструментального обследования.

Заключение и выводы:

1. Заболевания органов дыхания, ассоциированные с герпес-вирусными инфекциями, у большинства пациентов протекают в форме острых бронхитов, в том числе с синдромом бронхиальной обструкции.
2. У подавляющего большинства (96,3%) обследованных детей отмечалась реактивация хронически текущего герпес-вирусного инфекционного процесса.
3. Дети с рецидивирующими заболеваниями органов дыхания требуют полного комплексного обследования для уточнения этиологического фактора с целью проведения эффективного целенаправленного лечения.

Список литературы:

1. Долгих Т.И., Баринов С.В., Запарий Н.С., Кадцына Т.В., Минакова Е.Ю. Патогенетическая значимость вируса Эпштейна-Барр в формировании патологии у лиц молодого возраста // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 51–53.
2. Долгих Т.И., Мироненко М.М., Шелев М.В. Этиологическая характеристика инфекционных заболеваний перинатального периода. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2011. – № 2. – С. 8–12.
3. Кочкина С.С., Ситникова Е.П. Цитомегаловирусная инфекция у детей: клиника, диагностика, лечение. //Учебно-методическое пособие для студентов. — Ярославль: Аверс. - 2012. — С. 84
4. Левина А. С., Бабаченко И. В.Персистирующие инфекции у часто и длительно болеющих детей, возможности этиопатогенетической терапии // Детские инфекции. – 2014. - №13(4). – С. 41-45.
5. Царапкин И.М., Волкова С.Д., Бессмельцев С.С. и др. Проблема герпесвирусной инфекции (Обзор литературы). // Вестн. Службы крови России. – 2011. – № 4. – С.42-48.
6. Шкаринu В.В., Сергеева А.В.. Эпидемиологические и клинические особенности сочетанных респираторных инфекций у детей // Детские инфекции.–2017.- №16 (1).– С.51-56
7. Karlidag T. Presence of herpesviruses in adenoid tissues of children with adenoid hypertrophy and chronic adenoiditis / T. Karlidag, Y. Bulut, E. Keles // Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. — 2012. — V. 22 (1) — P. 32–37.

УДК: 616-006.446.3

Л.Р.Сахаутдинова, Э.В.Якупова, Т.Н.Красавцева, Р.Р.Байрамгулов, Э.Ф.Амирова

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.

Научный руководитель - к.м.н. Якупова Э.В.

ГБУЗ Республиканская детская клиническая больница

Кафедра Педиатрии ИДПО БГМУ, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Проведено ретроспективное исследование 34 историй болезней детей с впервые выявленными острыми лейкозами (ОЛ), находившихся на лечении в онкогематологическом отделении РДКБ г.Уфы в 2016 году. Проанализирован возрастной, половой состав пациентов, изучены клинические и лабораторные показатели в период первичной диагностики.

Ключевые слова: дети, острый лейкоз, Республика Башкортостан.

SakhautdinovaL.R., YakupovaE.V., KrasavtcevaT.N., BayramgulovR.R., AmirovaE.F.

THE INCIDENCE OF CHILDHOOD ACUTE LEUKEMIA IN REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN.

Scientific advisor–D.Sc. in Medicine, Yakupova E.V.

Republican children clinical hospital

Department of Pediatrics IDPO, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The article presents a retrospective analysis of 34 case histories of children with acute leukemia (AL) who were treated in oncogematological department in Republican children clinical hospital in 2016. Age and sex distribushion, laboratory and clinical data of patients with newly diagnosed AL in Republic of Bashkortostan were studied.

Keywords:children, acute leukemia,Republic of Bashkortostan.

Актуальность: В 2015 году 109 детям в РБ в возрасте 0-14 лет был впервые установлен диагноз онкологического заболевания (в возрасте 0-17 лет – 117 случаев). Заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО) составила 14,5 на 100 000 детского населения (дн) в возрасте 0-14 лет, 13,3 на 100 000 дн в возрасте 0-17 лет. Под наблюдением в 2015 году находились 548 детей с онкологическими заболеваниями в возрасте 0-14 лет (0-17 лет – 674). Показатель распространенности злокачественных

новообразований в детской популяции от 0 до 14 лет в 2015 году составил 72,8 на 100 000 детского населения (0-17 лет – 76,6).

В 2015 гемобластозы (ГБ) в РБ диагностированы у 53 пациентов от 0-14 лет, что составило 48,6% от общего числа ЗНО. В структуре ГБ доля лейкозов составила 77,4% (41 пациент), лимфом - 22,6% (12 детей). В структуре лейкозов 80,5% составили острые лимфобластные лейкозы (ОЛЛ), 14,6% острые миелобластные лейкозы (ОМЛ), 4,9% хронические лейкозы.

Заболеваемость ОЛ в РБ у детей до 14 лет составляет 3,5-4,0 случаев на 100 000 дн, выживаемость от ОЛЛ на сегодняшний день достигает 80%, от ОМЛ 50%.

Цель исследования: Выявление возрастных и клинических особенностей течения заболевания на территории РБ.

Материалы и методы: Учитывая то, что ОЛ относятся к наиболее часто встречающимся ЗНО в детском возрасте, нами проанализирована группа пациентов с первые диагностированным ОЛ в РБ за 2016 год.

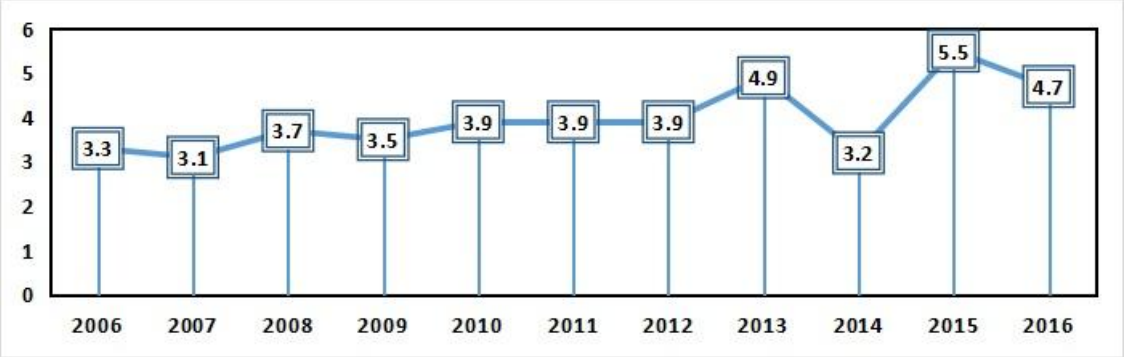


Рис.1. Заболеваемость острыми лейкозами в РБ у детей до 14 лет в РБ на 100 000 детского населения за 2006-2016 годы.

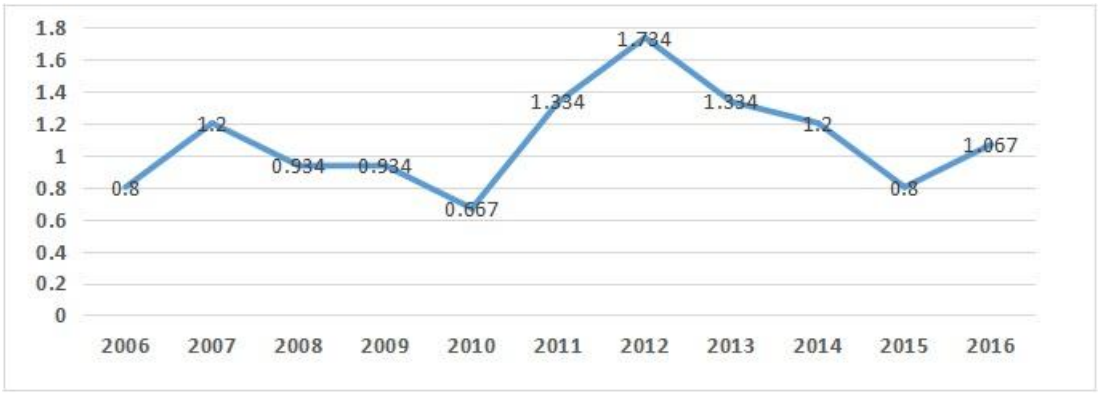


Рис.2. Смертность детей от 0-14 лет от ОЛ в РБ на 100 000 детского населения за 2006-2016 годы.

Результаты и обсуждение: В 2016 году первичный диагноз ОЛ в РБ диагностирован у 34 пациентов. ОМЛ у 6 пациентов, что составило 17,6%, ОЛЛ 28 детей (82,4%). Мальчиков 18 (53%), девочек 16 (47%). Соотношение полов 1:1,1. Городских жителей 19 (56%), сельских 15 (44%). Детей до года - 3 (8,8 %), от 1 до 5 лет - 10 (29,4%), от 5 до 9 лет - 8 человек (23,6%), в возрастной группе от 10 до 15 лет заболевание встретилось у 13 детей (38,3%).

Одними из основных маркеров прогноза и стратификации пациентов на группы риска являются результаты молекулярно-генетических и цитогенетических исследований [1]. Среди наших пациентов в группе ОМЛ мутации выявлены у 3 больных (50%). У пациента с острым промиелоцитарным лейкозом выявлена t (15;17), определяющая благоприятный прогноз заболевания (выживаемость до 90%) при проведении терапии по протоколу с использованием таргентной терапии ATRA. Транслокации t (4;11) и t (11;22), выявленные у двух детей с ОМЛ, ассоциируются с неблагоприятным течением заболевания у детей. В группе детей с ОЛЛ транслокации выявлены у 7 человек (25%), среди них t (12;21), ассоциированная с благоприятным течением заболевания, у 5 детей с В-клеточным ОЛЛ (71,4%). Транслокация t (10;11) тестирована у одного ребенка с Т-клеточным ОЛЛ, данная перестройка ассоциирована с неблагоприятным течением заболевания (у пациента бластные клетки в периферической крови на 8 день терапии составили 58%), что потребовало перевода ребенка на терапию в группу высокого риска. У одного пациента с В2-ОЛЛ выявлена t (9;22), что определило необходимость перевода на протокол EsPhALL 2004 с использованием таргентной терапии ингибиторами тирозинкиназы. В группе детей с ОЛЛ было 2 ребенка с синдромом Дауна.

Среди пациентов с ОЛЛ лейкозы из предшественников Т клеток по результатам иммунофенотипирования клеток костного мозга диагностированы у 3 пациентов (10,7%), ОЛЛ из предшественников В клеток у 25 детей (89,2%), среди них В1-ОЛЛ встретился у 1 ребенка (4%), В2-ОЛЛ у 19 детей (76%), В2-3 ОЛЛ у 5 детей (20%).

В группе больных с ОЛЛ увеличение печени встретилось у 14 пациентов (50%), спленомегалия в 21 случае (75%), значительное увеличение периферических лимфатических узлов разных групп у 6 больных (21,4%), геморрагический синдром различной степени тяжести у 5 больных (17,8%), боли в костях у 4 пациентов (14,3%), синдром интоксикации диагностирован в 100% случаев.

В общем анализе крови гиперлейкоцитоз более 50х10\9 диагностирован у 5 больных (17,8%), уровень лейкоцитов от 10 до 50х10х9\л у 9 пациентов (32,1%). Важно отметить, что у половины больных (50,1%) уровень лейкоцитов не превышал 10х10х9/л. Анемия тяжелой степени (менее 70 г\л) отмечалась у 10 пациентов (35,7%), средней степени тяжести (менее 90 г\л) отмечена у 2 пациентов (7,2%), анемия легкой степени и нормальный уровень гемоглобина отмечен у 16 больных (57,1%). Тромбоциопения (уровень тромбоцитов менее 100х10\9) у 12 пациентов (42,9%). Одним из показателей тяжести процесса при гемобластозах является уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ), повышение ЛДГ более 500 диагностировано у 8 пациентов (28,6%).

Заключение и выводы:Нами проанализирован возрастной, половой состав пациентов с впервые выявленным ОЛ на территории РБ за 2016 год, изучены клинические и лабораторные показатели в период первичной диагностики. Заболеваемость острыми лейкозами в РБ соответствует общероссийским показателям, остается относительно стабильной в течении последних 10 лет. Распределение по полу соответствует литературным данным с незначительным преобладанием мальчиков. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 1-5 лет (29,4%), второй подъем заболеваемости регистрируется в возрастной группе 10-15 лет (38,4%), что так же соответствует литературным данным. Анализируя клинические и лабораторные данные можно заключить, что комплексное обследование пациентов с длительным фибрилитетом, включающее проведение развернутого анализа крови с подсчётом лейкоцитарной формулы, биохимического анализа крови, УЗИ органов брюшной полости, повышение онкологической настороженности у врачей-педиатров приведет к раннему выявлению заболевания и госпитализации в гематологическое отделение для проведения специализированной терапии. Согласно современным протоколам терапии, важное место в диагностике гемобластозов отводится

проведению молекулярно-генетических и цитогенетических методов исследования. В настоящее время исследования проводятся на базе федеральных центров Москвы и Екатеринбурга, при поддержке благотворительных фондов, важным считаем внедрение и развитие генетических методов диагностики злокачественных новообразований на территории РБ. Смертность от ОЛ за последние 10 лет остаётся на уровне 1 на 100 000 детского населения, основными причинами смертности остаются - прогрессия заболевания и инфекционные осложнения [2]. В плане снижения смертности важными остаются вопросы поиска новых путей лечения (таргентная терапия) ЗНО и внедрение в клиническую практику трансплантации костного мозга для лечения детей с рецидивами и рефрактерными случаями ЗНО.Одна из причин развития инфекционных осложнений - скученность в отделении, применение интенсивной полихимиотерапии требует изоляции больных. Для эффективной работы отделения (гематологии и онкологии), снижение детской смертности от ЗНО, улучшении показателей выживаемости остро стоит вопрос о строительстве отдельного корпуса для лечения детей с онкогематологической патологией и проведения трансплантации костного мозга.

Список литературы:

5. Детская гематология. Клинические рекомендации / Под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 656 с.

2. Злокачественные новообразования в России в 2013 году/Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой -М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015.-250 с.

УДК 616.248

Ю.А. Степанова

ЧАСТОТА РЕАЛИЗАЦИИ «АТОПИЧЕСКОГО МАРША» У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Научный руководитель – д.м.н, профессор Р.М. Файзуллина

Кафедра факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В настоящее время наблюдается рост частоты аллергических заболеваний, в том числе и бронхиальной астмой. Наряду с бронхиальной астмой, у ребенка могут наблюдаться и другие формы атопии, как атопический дерматит и аллергический ринит. В ходе исследования установлена частота случаев реализации «атопического марша» в детей с бронхиальной астмой.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, атопический марш, атопический дерматит, аллергический ринит.

Y.A. Stepanova

THE FREQUENCY OF THE IMPLEMENTATION OF THE "ATOPIC MARCH" IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor R.M. Fayzullina

Department of Pediatrics faculty with courses of pediatrics, neonatology and simulation center IAPE, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract:currently, an increasing incidence of allergic diseases, including bronchial asthma. Along with asthma, the child may experience other forms of atopy as atopic dermatitis and allergic rhinitis. The study established the incidence of the implementation of the "atopic march" in children with bronchial asthma.

Key words: bronchial asthma, children, atopic marsh, atopic dermatitis, allergic rhinitis.

Актуальность: Проблема бронхиальной астмы у детей на сегодняшний день чрезвычайно актуальна. Согласно отчету Глобальной сети Астмы (The Global Asthma Network), в настоящее время около 334 млн. человек страдают данным заболеванием, 14 % из них – дети [5]. Бронхиальная астма оказывает большое влияние на глобальное здоровье, социальное благополучие и экономическое развитие страны [3]. Поэтому важно заниматься профилактикой бронхиальной астмы, нежели ее лечением. Бронхиальная астма - одна из

составляющих «атопического марша», являющего естественным течением развития проявлений атопической наследственности ребенка. У большей части пациентов атопия, начавшись с атопического дерматита, трансформируется в аллергический ринит, а затем и в бронхиальную астму. Своевременная диагностика атопии у ребенка и адекватная терапия атопического дерматита и аллергического ринита способствуют предотвращению развития бронхиальной астмы, а также тяжелых форм заболевания [1,2,4].

Цель исследования: установить частоту случаев реализации «атопического марша» у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования:

-под наблюдением находились 52 ребенка, поступившие в педиатрическое отделение ГБУЗ РБ ГДКБ №17 г. Уфа в течение года;

- выкопировка данных из медицинской документации (медицинская карта стационарного больного форма №003/у, амбулаторная карта развития ребенка форма №112);

- проведение клинико-лабораторного исследования пациентов;

- статистические методы с использованием программы Microsoft Office Excel 2010 с расчетом средних величин.

Результаты исследования:

Анализ наблюдаемых нами пациентов по гендерному признаку показал, что из 52 пациентов мальчики составили 65,5%, а девочки 35,5%. Возрастной состав был различным, но большую группу пациентов составили дети младшего школьного возраста - 50,0%, на втором месте возрастная группа от 12 до 18 лет – 30,8%, в 17,3% случаев это дети дошкольного возраста, а меньше всего оказалось детей раннего возраста – 1,9%. Средний возраст наших пациентов составил 9,6±2,5. Все дети поступили на стационарное лечение по причине обострения бронхиальной астмы на фоне ОРВИ, причем в 90,2% случаев заболевание имело персистирующее течение, лишь в 9,8% - интермиттирующее течение.

Проанализировав анамнез исследуемых детей, выяснилось, что «атопический марш» в виде классической триады атопический дерматит, аллергический ринит и бронхиальная астма наблюдается у 21,2% пациентов. Во всех случаях атопический дерматит начинался в младенчестве, затем его проявления стихали и в последующем у данных детей возникали симптомы аллергического ринита, повторные обструктивные бронхиты. Средний возраст трансформации болезни и начало проявлений аллергического ринита составил 5,4±1,8. В среднем в 7,1±1,5 лет у этих детей была диагностирована бронхиальная астма. Все эти пациенты имели аллергии в анамнезе (пищевые, эпидермальные, бытовые, пыльцевые). Прослеживая динамику аллергенов, выяснилось, что каждый этап развития «атопического

марша» сопровождался расширением спектра этиологически-значимых аллергенов. Изначально у 59% пациентов наблюдается пищевая сенсибилизация, прежде всего это аллергия к белку коровьего молока - 2/3 детей, в 1/3 случаев - цитрусовые, сладости, орехи. В дальнейшем у детей с пищевой сенсибилизацией отмечается появление пыльцевых аллергенов, а также бытовых и эпидермальных. К моменту возникновения бронхиальной астмы у ребенка отмечается поливалентная аллергия, это в свою очередь приводит к повышению тяжести течения заболевания.

В 19,3% случаев бронхиальная астма возникала у детей, которые в анамнезе имели только аллергический ринит без кожных проявлений. Симптомы аллергического ринита возникали в возрасте 4,5±1,7, а бронхиальная астма - в возрасте 6,1±1,4. В данной группе наблюдается более раннее возникновение аллергического ринита и бронхиальной астмы, нежели у детей с классическим течением "атопического марша". В данном случае пациенты также имели аллергию (пыльцевую, бытовую).

У большей части пациентов - 59,5% - отмечалось возникновение бронхиальной астмы первично, без наличия в анамнезе каких-либо других атопических заболеваний. Анализ их анамнестических данных свидетельствовал о запаздывании постановки диагноза бронхиальной астмы. Так, средний возраст начала эпизодов бронхообструкции у детей был равен 5,8±1,5 годам, а диагноз бронхиальная астма выставлялся в среднем в возрасте 7,9 ±2,0 лет. Отсутствие атопических симптомов в раннем возрасте привело к несвоевременности обследования детей на предмет астмы. У данных детей в большинстве случаев - 51%, отмечалось наличие эпидермальных аллергенов, меньшую долю в структуре аллергенов составляют бытовые – 38%, пыльцевые – 11%.

Заключение и выводы. Таким образом,бронхиальная астма как проявление одного из этапов реализации атопической наследственности ребенка и так называемого «атопического марша» наблюдается не у всех пациентов. По результатам нашего исследования классическое течение «атопического марша» установлено у 21,2% исследуемых. У 19,3% наблюдаемых мы наблюдали аллергический ринит без атопического дерматита, и большая доля детей с 59,5% имела бронхиальную астму без других проявлений «атопического марша» в анамнезе. Наибольшие затруднения в своевременной постановке диагноза бронхиальной астмы были именно у этих детей. Полученные данные могут быть использованы в клинической практике при решении вопросов диагностики бронхиальной астмы у детей.

Список й литературы

1. Булгакова В.А., Балаболкин И.И. Сочетанные проявления респираторной и кожной аллергии у детей [Текст]. Мед. совет. 2008; 5–6 с.

2. Намазова-Баранова Л.С. Аллергия у детей: от теории к практике [Текст]. М.: Союз педиатров России. 2010–2011. 668 с.

3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» [Текст] / Руководитель программы президент Российского респираторного сообщества, академик РАН, проф. А.Г.Чучалин. – 5-е изд., испр. и доп. – М.:Оригинал-макет, 2017.

4. Файзуллина, Р.М. Поговорим об атопическом марше у детей. Эволюция аллергии от ринита до бронхиальной астмы [Текст]. Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). 2016; 2: 70–73.

5. Федеральные клинические рекомендации по оказанию мединской помощи детям с бронхиальной астмой [Текст]: Данные клинические рекомендации подготовлены профессиональной ассоциации детских врачей Союз педиатров России, актуализированы, утверждены на XVIII Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» 14 февраля 2015г. / Состав раб. гр.: акад. РАН Баранов А.А., член-корр. РАН Намазова-Баранова Л.С., акад. РАН Хаитов Р.М., проф., д.м.н. Ильина Н.И., проф., д.м.н. Курбачева О.М., проф., д.м.н. Новик Г.А., проф., д.м.н. Петровский Ф.И., к.м.н. Вишнева Е.А., к.м.н. Селимзянова Л.Р., к.м.н. Алексеева А.А.. – Министерство здравоохранения Российской Федерации Союз педиатров России. – 2016.

УДК 616.155.194

А.Г. Тимофеева, В.А. Волкова

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН С «БЛЕДНЫМИ» ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Научный руководитель – ассистент А.Р. Хабибуллина

Кафедра пропедевтики детских болезней, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В данной статье мы рассмотрели зависимость развития анемии у пациентов с ХСН с различными врожденными пороками сердца.

Ключевые слова: анемия, хроническая сердечная недостаточность, врождённые пороки сердца.

A.G. Timofeeva, V.A. Volkova

DEPENDENCE OF THE DEVELOOMENT OF ANEMIA IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH «PALE» HEART DEFECTS

. Scientific Advisor - assistant A.R. Habibullina

Department of propaedeutics of children's diseases, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: In this article we have considered correlation between development of anemia and chronic heart failure during congenital heart defects.

Keywords: anemia, chronic heart failure, congenital heart defects.

Актуальность: Согласно данным ВОЗ, анемия является одной из глобальных проблем современной медицины. Во всём мире анемии подвержены 1,62 миллиарда человек, среди которых 293 миллиона являются детьми дошкольного возраста и 305 миллионов – детьми школьного возраста [5]. Под анемией понимается снижение количества гемоглобина (менее 110 г/л или числа эритроцитов (менее 4-10*12/л) или того и другого. Анемия может не проявляться клинически, при этом наблюдается изменение показателей биохимических показателей крови (MCHC, MCV, HCT), обнаруживается неправильная форма эритроцитов – пойкилоцитоз и разная их величина – анизоцитоз. При клиническом проявлении анемии наблюдается изменение количества гемоглобина, которое сопровождается проявлением различной степени бледности кожи и видимых слизистых оболочек [2]. Клиническая картина ЖДА включает сочетание сидеропенического и анемического синдромов. Сидеропенический синдром обусловлен снижением активности ферментов, содержащих железо. Анемический синдром обусловлен развитием анемической гипоксии. Симптомы анемии неспецифичны, но

значительно утяжеляют течение процесса и снижают качество жизни больного. Несмотря на четко очерченную клиническую картину ЖДА, при малой распространенности и отсутствии тяжелых и среднетяжелых форм заболевания в популяции симптомы сидеропении и анемии обладают низкой чувствительностью и не всегда позволяют выявить больных ЖДА. В связи с этим решающее значение в диагностике ЖДА приобретают лабораторные исследования [4].

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – прогрессирующий синдром. Пациенты, имеющие скрытую стадию сердечной недостаточности, через 4-5 лет могут сформировать группу тяжелых больных.

В возрастном аспекте этиологическими факторами сердечной недостаточности могут быть следующие:

1) в периоде новорожденности - врожденные пороки сердца, как правило, в этом возрасте - сложные, комбинированные и сочетанные;

2) в грудном возрасте - врожденные пороки сердца, врожденный миокардит - ранний и поздний [3].

В большом количестве исследований у больных с ХСН при наличии анемии, увеличивается риск общей и сердечно-сосудистой смертности. Анемия при ХСН также сопровождается сниженной переносимостью физических нагрузок, когнитивных нарушений, низкого качества жизни. Анемия, возникающая у пациентов с воспалением, инфекциями, опухолями, сердечной и почечной недостаточностью, и продолжающаяся более месяца, вследствие нарушения всасывания считается хронической. По распространенности, она занимает 2–е место после алиментарно железодефицитных анемий [1]. ХСН приводит к нарушению кровоснабжения ЖКТ, это, в свою очередь, приводит к нарушению всасывания нутриентов, в том числе железа, вследствие чего развивается анемия, которая способствует усилению ЧСС для обеспечения тканей кислородом, что усугубляет ХСН. В результате выявляется порочный круг зависимости анемии от ХСН и наоборот.

Цель исследования: Изучить и выявить взаимосвязь развития анемии и ХСН при различных врожденных пороках сердца.

Материалы и методы: Материалами для исследования стали 32 истории болезни пациентов детского отделения Республиканского кардиологического центра с различными пороками развития сердца. На основании анамнеза заболевания, жизни и лабораторных исследований, мы методом статистики показали зависимость развития анемии при различных «бледных» типах ВПС. Также, методами исследования явились составление таблицы и ее анализ по различным параметрам: возрасту, полу, перенесенным операциям

или их отсутствии, различным ВПС. При этом учитывались различные показатели биохимических исследований крови (RBC, MCV, HCT, HGB, MCHC).

Результаты и обсуждение: В нашем исследовании мы проанализировали 32 истории болезни пациентов детского отделения Республиканского кардиологического центра. У трёх детей (9,4%) отсутствовала хроническая сердечная недостаточность, у четырнадцати (43,7%) наблюдалась хроническая сердечная недостаточность I стадии ФК 2, у пятнадцати (46,9%) – хроническая сердечная недостаточность IIA стадии ФК 2 (5 человек, 15,6%), ФК 3 (10 человек, 31,3%). Пациенты были разделены нами по возрасту (дети младше трёх лет – 12 человек, 37,5%, дети старше трёх лет – 20 человек, 62,5%) и полу (мальчики – 14 человек, 43,7%, девочки – 18 человек, 56,3%).

В группе детей до трёх лет клинически выраженная анемия наблюдалась у 7 пациентов (58,3%), среди которых у пятерых (71,4%) была ХСН IIA ФК 3, а у двоих (28,6%) – ХСН I ФК 2. У 5 пациентов (41,7%), среди которых у троих отмечалась ХСН IIA ФК 3 (60%), у одного – ХСН IIA ФК 2 (20%) и у одного ХСН I ФК 2 (20%), наблюдался латентный дефицит железа.

Группу детей старше трёх лет составили 7 детей (35%) с клинически выраженной анемией и 11 детей (55%) с латентным дефицитом железа, у 2 детей анализы крови соответствовали норме (но при этом у них наблюдалась ХСН IIA ФК 2 и ХСН I ФК 2 – по 50%). Среди пациентов этой группы с клинически выраженной анемией у троих отмечалась ХСН I ФК 2 (42,8%), у двоих - ХСН IIA ФК 2 (28,6%), у двоих ХСН отсутствовала (28,6%). В группе детей с латентным дефицитом железа наблюдались дети с ХСН I ФК 2 (7 человек, 63,7%), ХСН IIA ФК 3 (2 человека, 18,3%), ХСН IIA ФК 2 (1 человек, 9%) и ХСН 0 ФК 1 (1 человек, 9%).

Сравнительная оценка группы детей до трёх лет и группы детей старше трёх лет представлена на рисунке 1.

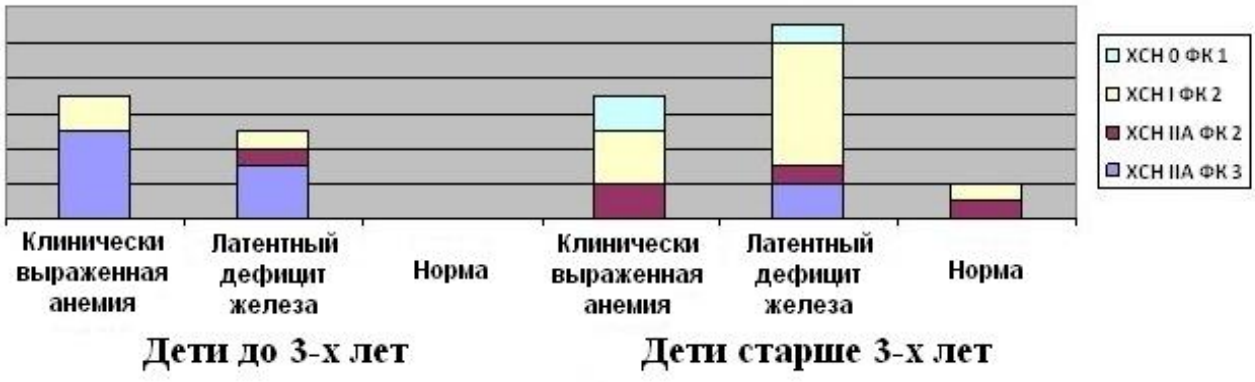


Рис.1. Сравнительная оценка группы детей до трёх лет и группы детей старше трёх лет.

Среди мальчиков клинически выраженная анемия наблюдалась в 9 случаях (64,3%), при этом у трёх пациентов также наблюдалась ХСН I ФК 2 (33,4%), у двоих – ХСН IIA ФК 2 (22,2%), у двоих – ХСН IIA ФК 3 (22,2%) и у двоих ХСН отсутствовала (22,2%). Латентный дефицит железа отмечался в 4 случаях (28,6%, 2 пациента (50%) – ХСН I ФК 2, 1 (25%) – ХСН 2А ФК 3, 1 (25%) – ХСН 0 ФК 1). В 1 (7,1%) случае анализы крови соответствовали норме, но при этом у пациента наблюдалась ХСН IIA ФК 2.

Среди девочек клинически выраженная анемия наблюдалась в 5 случаях (27,8%), при этом у трёх пациенток наблюдалась ХСН IIA ФК 3 (60%), у двух – ХСН I ФК 2 (40%). Латентный дефицит железа был отмечен в 12 случаях (66,6%, 6 пациентов (50%) ХСН I ФК 2, 4 пациента (33,3%) – ХСН IIA ФК 3, 2 пациента (16,7%) – ХСН IIA ФК 2). Норма наблюдалась в 1 случае (5,6%), но при этом наблюдалась ХСН I ФК 2.

Сравнительная оценка группы мальчиков и группы девочек представлена на рисунке 2.

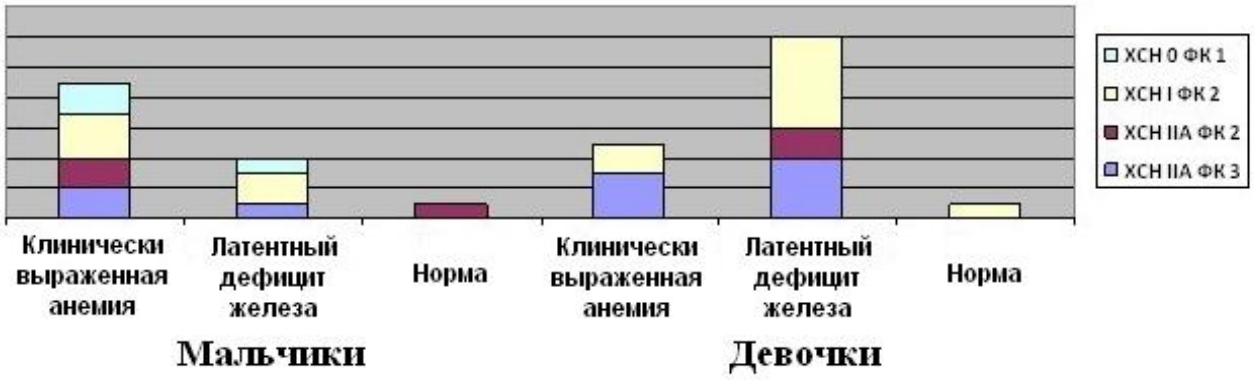


Рис.2. Сравнительная оценка группы мальчиков и группы девочек.

Таким образом, среди детей с ХСН 0 ФК 1 наблюдалась клинически выраженная анемия (2 случая, 6,3%) и латентный дефицит железа (1 случай, 3,1%), среди детей с ХСН I ФК 2 – клинически выраженная анемия (5 случаев, 15,6%), латентный дефицит железа (8 случаев, 25%) и норма (1 случай, 3,1%), среди детей с ХСН IIA ФК 2 и ФК 3 – клинически выраженная анемия (7 случаев, 21,9%), латентный дефицит железа (7 случаев, 21,9%) и норма (1 случай, 3,1%). Результаты представлены на таблице 1.

Таблица 1

Соотношение анемии и ХСН.

ХСН\анемия	Клинически выраженная анемия	Латентный дефицит железа	Норма
ХСН 0 ФК 1	6,3%	3,1%	-
ХСН I ФК 2	15,6%	25%	3,1%
ХСН IIA ФК 2 и	21,9%	21,9%	3,1%

ХСН IIА ФК 3			

Заключение и выводы:

1. С увеличением степени ХСН у детей с ВПС «бледного» типа нарастает количество дефицитных анемий (и клинически выраженной анемии, и латентного дефицита железа).

2. У детей до трёх лет чаще выявляется клинически выраженная анемия (58,3%), а у детей старше трёх лет – латентный дефицит железа (63,7%).

3. В группе мальчиков чаще выявляется клинически выраженная анемия (64,3%), а в группе девочек – латентный дефицит железа (66,6%)

Список литературы:

1 – Копылов, Ф.Ю. Анемии при хронической сердечной недостаточности / Ф.Ю. Копылов, Д.Ю. Щекочихин // Русский медицинский журнал. – 2011. - №7. - с.440.

2 – Мазурин, А.В. Пропедевтика детских болезней / А.В. Мазурин, И.М. Воронцов. – Москва: Медицина, 1985. – 432 с.

3 – Мурашко, Е.В. Сердечная недостаточность у детей / Е.В. Мурашко // Лекции по педиатрии. Том 4. Кардиология. Под редакцией В.Ф.Дёмина, С.О. Ключникова, Н.П. Котлуковой, М.Ю. Щербаковой. – РГМУ, Москва, 2004. – 416 с.

4 - Румянцев, А.Г. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии/ А.Г. Румянцев, А.А. Масчан, В.М. Чернов, И.С. Тарасова. - Москва: Общественная организация Национальное общество детских гематологов, онкологов; ФГБУ "ФНКЦ ДГОИ им. ДмитрияРогачева" МинздраваРоссии, 2015.

5 - deBenoistBetal., eds. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO Global Database on Anaemia Geneva, World Health Organization, 2008.

УДК 616.379-008.64

Л. И. Хамитова

ЗАВИСИМОСТЬ НАЧАЛА МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ ОТ ЧАСТОТЫ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Научный руководитель — к. м. н., доц. Е.Н. Серебрякова

Кафедра госпитальной педиатрии, клинической иммунологии и аллергологии, Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Резюме:в статье рассмотрена зависимость начала манифестации сахарного диабета 1 типа от частоты острых респираторных заболеваний в раннем возрасте, описывается закономерность развития сахарного диабета 1 типа у детей с высокой частотой острых респираторных заболеваний в раннем возрасте.

Ключевые слова: сахарный диабет, острые респираторные заболевания.

L. I. Khamitova

DEPENDENCE OF THE BEGINNING OF THE MANIFESTATION OF DIABETES TYPE 1 IN CHILDREN FROM ACUTE RESPIRATORY DISEASES AT AN EARLY AGE

Scientific Advisor — D.Sc. in Medicine, Associate Professor. E.N. Serebryakova

Department of hospital Pediatrics, clinical immunology and Allergology,South Ural state medical University, Chelyabinsk

Abstract:the article considers the dependence of the beginning of the manifestation of diabetes type 1 the frequency of acute respiratory infections at an early age, describes the pattern of development of diabetes type 1 in children with a high incidence of acute respiratory diseases at an early age.

Keywords:diabetes mellitus, acute respiratory infections.

Актуальность:сахарный диабет I типа является распространенной патологией эндокринной системы у детей. В последние десятилетия повсеместно в мире отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом I типа на 2-5% в год. В подавляющем большинстве случаев причиной сахарного диабета I типа является аутоиммунное повреждение островкового аппарата поджелудочной железы. Определенная роль в инициации аутоиммунного процесса принадлежит вирусам наряду с генетически детерминированными особенностями иммунной системы. В последние годы в ряде исследований показана взаимосвязь между перенесенными в раннем детстве острыми респираторными заболеваниями и риском сахарного диабета I типа у детей. Показана взаимосвязь между

перенесенным гриппом А и возникновением у детей инсулинозависимого сахарного диабета, а также повышение экспрессии генов интерферонов после эпизодов вирусных инфекций респираторного тракта у детей, генетически предрасположенных к сахарному диабету I типа.

Цель исследования:изучить взаимосвязь между частотой острых респираторных заболеваний в раннем возрасте и началом манифестации сахарного диабета I типа у детей.

Материалы и методы: в исследование включено 70 детей и подростков с установленным диагнозом сахарного диабета I типа (36 мальчиков, 34 девочки). Проведен анализ историй болезни и амбулаторных карт, определена частота острых инфекций респираторного тракта у включенных в исследование детей и подростков в раннем возрасте – с рождения до 3 лет жизни. В зависимости от начала манифестации сахарного диабета включенные в исследование дети и подростки разделены на две группы. В группу №1 включены дети (n=44, 24 девочки, 20 мальчиков), диагноз сахарного диабета I типа у которых установлен в возрасте до 4-х лет, в группу №2 включены дети и подростки (n=26, 10 девочек, 16 мальчиков), у которых диагноз сахарного диабета I типа был установлен после 4-х лет жизни. Статистический анализ проведен с использованием лицензионного пакета прикладных программ «STATISTICA – 8,0» (StatSoft, США), применялись непараметрические методы. Количественные данные представлены в формате Me (UQ-LQ) – медиана, верхний и нижний квартиль (25-75 центили).

Результаты и обсуждение: дети и подростки в группах №1 и №2 сопоставимы по полу (p=0,2, двухсторонний тест Фишера). Средний возраст манифестации сахарного диабета I типа в группе №1 составил 2 (2-3) года, в группе №2 – 7 (6-12) лет. Среднее количество эпизодов острых инфекций респираторного тракта в раннем возрасте в группе №1 составило 15 (7-20) случаев, в группе №2 – 6 (5-10) случаев, $p<0,001$, тест Манна-Уитни, частота острых инфекций респираторного тракта в раннем возрасте, таким образом, у детей с началом манифестации сахарного диабета I типа до 4-х лет жизни была значительно выше, чем у детей и подростков с началом манифестации сахарного диабета I типа после 4-х лет жизни. Полученные данные позволяют предполагать более высокую интенсивность иммунопатологического процесса, происходящего в клетках островкового аппарата поджелудочной железы, и вследствие этого более ранним началом манифестации сахарного диабета I типа у детей группы №1. Высокая интенсивность иммунопатологического процесса в клетках островкового аппарата поджелудочной железы может быть обусловлена более частыми эпизодами острых инфекций респираторного тракта.

Заключение и выводы: начало манифестации сахарного диабета I типа у детей в раннем возрасте, полагаем, связано с более высокой интенсивностью иммунопатологического процесса в клетках Лангерганса поджелудочной железы, обусловленной высокой частотой острых респираторных инфекций в раннем возрасте.

Список литературы:

1. Beyerlein A, Wehweck F, Ziegler AG, Pflueger M. Respiratory infections in early life and the development of islet autoimmunity in children at increased type 1 diabetes risk: evidence from the BABYDIET study. JAMA Pediatr. 2013 Sep;167(9):800-7. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.158.

2. Beyerlein A, Donnachie E., Jergens S., Ziegler A., Infections in Early Life and Development of Type 1 Diabetes. JAMA, May 2016 DOI: 10.1001/jama.2016. 2181.

3. Imkampe AK, Gulliford MC. Trends in Type 1 diabetes incidence in the UK in 0- to 14-year-olds and in 15- to 34-year-olds, 1991-2008.*Diabet Med.* 2011 Jul. 28(7):811-4.

4. Ferreira RC, Guo H, Coulson RM, Smyth DJ, Pekalski ML, Burren OS, Cutler AJ, Doecke JD, Flint S, McKinney EF, Lyons PA, Smith KG, Achenbach P, Beyerlein A, Dunger DB, Clayton DG, Wicker LS, Todd JA, Bonifacio E, Wallace C, Ziegler AG. A type I interferon transcriptional signature precedes autoimmunity in children genetically at risk for type 1diabetes. Diabetes. 2014 Jul;63(7):2538-50. doi: 10.2337/db13-1777.

5. Valdés C, Unanue N, Hernández M, García R, Castro M, Vásquez L, Torres JP, Mericq V. Is there a link between influenza and type I diabetes? Increased incidence of TID during the pandemic H1N1 influenza of 2009 in Chile.Pediatr Endocrinol Rev. 2013 Dec;11(2):161-6.

УДК 616.248

А.И. Хусаинова

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА PEDSQL

Научные руководители – к.м.н. Л.В. Медведева, к.м.н. Е.Е. Минина

Кафедра факультетской педиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Резюме. Проведено анкетирование 25 детей с бронхиальной астмой по опроснику PedsQL. Выявлено, что 36% детей считали, что не имели ограничений физической активности; 20% детей не испытывали проблем в эмоциональной сфере, а остальные оценивали их как незначительные. Отсутствие проблем с успеваемостью и посещением школьных занятий отметили 64% детей. Проблем с общением не испытывали 76% опрошенных, что оказалось наилучшим показателем из всех четырех блоков. В целом, большинство детей считали, что заболевание либо не влияет на их жизнь, либо ограничивает их незначительно, несмотря на объективно регистрируемые отклонения в состоянии здоровья.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, качество жизни,PedsQL

A.I. Khusainova

QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH ASTHMA ACCORDING QUESTIONNAIRE PEDsQL

Supervisors of studies – PhD in Medicine Medvedeva L.V., PhD in Medicine Minina E.E.

Departament of faculty pediatrics, South Ural State Medical University, Chelyabinsk

Annotation.We examined 25 children with asthma who responded to the questionnaire PedsQL.It's revealed 36% of children considered that had no limitations of physical activity; 20% of children did not experience emotional problems, and the others patients evaluated them as insignificant. 64% of children noted had no problems with academic performance and school attendance. Problems with communication have not experienced 76% of respondents, which was the best indicator of all four units. In general, the majority of children considered that the disease does not affect on their lives, or limits their slightly, despite of the objectively recorded deviations in health status.

Key words: asthma, children, quality of life, PedsQL

Актуальность: бронхиальная астма (БА) является хроническим заболеванием, которое может привести к ограничениям в физическом, эмоциональном и социальном аспектах жизни ребенка, а также может помешать дальнейшему выбору профессии. Следует отметить, что эмоциональные факторы и ограничения в социальной сфере могут быть важнее неадекватно контролируемых симптомов заболевания. Качество жизни (КЖ) – объективный показатель субъективных оценок, охватывающих широкий круг критериев. [3]. При исследовании КЖ у детей необходимо учитывать ряд особенностей. В соответствии с этим были разработаны международные стандартные опросники, в частности PedsQL (PediatricQualityofLifeInventory),который широко используется для оценки КЖ при различных заболеваниях, в том числе при БА. Данный опросник состоит из 23 вопросов, объединенных в четыре блока: физическое функционирование, эмоциональное функционирование, социальное функционирование и жизнь в школе. До четырехлетнего возраста опросник заполняют родители, с 5 лет – и ребенком, и родителями.

Цель исследования: оценить качество жизни у детей с бронхиальной астмой и сопоставить полученные результаты с клинико-лабораторными данными.

Материалы и методы: исследование по типу поперечного среза, проведено на базе детского аллергологического отделения МАУЗ ОТКЗ ГКБ № 1 г. Челябинска в период октября 2016 по февраль 2017г. Метод выборки сплошной. Критерии включения: наличие установленного диагноза бронхиальная астма, возраст от 5 до 17 лет, согласие на участие в исследовании. Все дети отвечали на вопросы по *тесту качества жизни (*PedsQL*) и на них была заполнена* разработанной нами анкета, включающая данные анамнеза жизни и заболевания, результаты лабораторно-инструментального обследования.

Результаты и обсуждение: в исследование вошло 25 детей, 15 мальчиков (60%) и 10 девочек (40%), средний возраст составил 12,4 года. По степени тяжести БА: легкая персистирующая была у 56%, средняя – у 28%, тяжелая – у 16% детей. По уровню контроля БА: контролируемая – у 48%, частично-контролируемая – у 36%, неконтролируемая – у 16% детей. Частота дневных приступов в день в среднем составляла 1,2 раз в день и 3,5 в неделю; частота ночных приступов - 0,9 эпизодов в неделю. 24% детей использовали β_2-агонисты короткого действия для купирования приступа БА – 1 раз в день, 40% детей - более 1 раза в день. Сопутствующий аллергический ринит был у 92% детей, атопический дерматит – у 52%. В других исследованиях показано, что у половины детей даже с интермиттирующим течением бронхиальной астмы в период ремиссии, то есть при отсутствии клинических проявлений заболевания, обнаруживаются изменения цитологического состава назального секрета и индуцированной мокроты, свидетельствующие о наличии аллергического

воспаления [1,2].В нашем исследованиисредний уровень эозинофилов в назальном секрете составил 6,6 в поле зрения, что также говорит об активности аллергического воспаления.

При заполнении опросника каждый вопрос оценивался по шкале от 0 (отсутствие изменений в анализируемой сфере) и до 4 баллов (выраженные изменения). Среднее количество баллов в первом блоке (8 вопросов, оценивающих физическое функционирование) составил 8,2 балла из 32 возможных. В целом, 36% детей считали, что в течение последнего месяца не имели ограничений физической активности, при этом у 2 детей (8%) врач оценил заболевание как частично контролируемое и у 1 (4%) - как неконтролируемое. По результатам спирометрии почти половина детей (46%) имели ухудшение показателей после физической нагрузки, у 60% детей зафиксированы обструктивные нарушения различной выраженности в покое. В то же время оказалось, что 68% детей посещают различные спортивные секции.

Следующие 5 вопросов (второй блок, эмоциональное функционирование) были оценены в среднем на 6 баллов из 20 возможных, что является хорошим показателем, а выявленные небольшие изменения могут быть не связаны с наличием БА и являются особенностью эмоциональной сферы подростка. Каждый пятый ребенок совсем не испытывал проблем в данной сфере (плохое настроение, грусть, злость, нарушение сна, переживания).

Проблемы с общением (социальное функционирование, третий блок, 5 вопросов) испытывали 6 человек (24%). Среднее количество балов по блоку - 3,8, что оказалось наилучшим показателем из всех четырех блоков.

Проблемы с успеваемостью и посещением школьных занятий (четвертый блок, 5 вопросов) в течение последнего месяца отметили 9 детей (36%). Среднее количество балов по блоку - 6,9 из возможных 20.

Уровень разногласий в оценке качества жизни самими детьми и их родителями зависит от клинических, психологических, социальных и других параметров. В целом большинство детей считали, что заболевание либо не влияет на их жизнь, либо ограничивает их незначительно, в то же время 36% родителей считали влияние БА на жизнь их ребенка умеренным, а 32% - значительным и очень значительным. Тем не менее, респираторный дневник, который оказывает значительную помощь врачу при оценке течения БА, вели всего 16% пациентов. Несколько больше детей регулярно ведут дневник пикфлоуметрии (36%). По данным других авторов при опросе взрослых пациентов с БА у большинства из них имеются отклонения в качестве жизни, связанные с физической активностью, больше

половины испытывают тревогу или депрессию [4].По опроснику АСТ, используемом для оценки контролируемости БА, среднее количество баллов у детей в нашем исследовании составило 17,3 (сумма баллов 19 и менее говорит о недостаточном контроле за заболеванием), в целом 68% детей имели суммарный балл ≥19. При этом самостоятельно степень контроля БА оценили как «плохой и недостаточный» 44%, а как «хороший и полный» - 56% детей и их родителей.

Таким образом,особенностью детского возраста является более "легкое" отношение к болезни, и, несмотря на объективно регистрируемые отклонения в состоянии здоровья, дети в большинстве случаев не считают, что бронхиальная астма оказывает влияние на их жизнь.

Заключение и выводы.

1. Течение бронхиальной астмы оценили как неконтролируемое и частично контролируемое 44% детей и их родителей.
2. У 50% детей с интермиттирующим течением бронхиальной астмы в период ремиссии, были обнаружены изменения цитологического состава назального секрета и индуцированной мокроты, свидетельствующие о наличии аллергического воспаления.
3. В большинстве случаев (68%) оценка влияния БА на качество жизни ребенка со стороны родителей и их детей различна.
4. При использовании опросника по контролю за астмой (АСТ) количество детей с недостаточным контролем за заболеванием составила 68%.
5. Использование стандартизованных опросников по контролю заболевания позволяет более объективно оценивать состояние ребенка.

Список литературы**.**

1. Жаков, Я.И. Клиническая информативность метода индуцированной мокроты при бронхиальной астме у детей / Я.И. Жаков, Ю.Л. Мизерницкий, О.Г. Рыбакова и др. // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения / под ред. Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева. – М., 2009. – вып. 9. – С. 120-124**.**
2. Минина, Е.Е. Использование метода индуцированной мокроты для оценки иммуноопосредованных процессов воспаления слизистой оболочки бронхов при лёгкой бронхиальной астме у детей: дис.. канд. мед. наук / Е.Е. Минина. - Челябинск, 2010**.** -161 с.
3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». -5-е изд., перераб. и доп. - Москва: Оригинал-макет, 2017. -160 с.
4. Парахонский А.П. Качество жизни больных бронхиальной астмой / А.П. Парахонский, С.С. Цыганок // Современные наукоемкие технологии. – 2007**.** – № 11. – С. 104-104**.**

УДК 616-008

А.Т. Шабанова, Л.А. Байрамалова, И.И. Ганиева, Д.С. Каримова

ИЗУЧЕНИЕ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА НА ОСНОВЕ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ И АНАЛИЗ РАЗЛИЧИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА У ДЕТЕЙ 15-17 ЛЕТ

Научный руководитель — д. м. н., профессор Л.В. Яковлева
Кафедра поликлинической и неотложной педиатрии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье проведен анализ компонентного состава тела у детей в возрасте 15-17 лет с помощью биоимпедансометрии. Показано различие в составе компонентов между мальчиками и девочками. Широкое применение метода биоимпедансометрии позволяет выявлять ранние нарушения, проводить целенаправленную первичную профилактику изменений метаболического и гормонального обмена.

Ключевые слова: биоимпедансометрия, компонентный состав тела, подростки.

A.T. Shabanova, L.A.Bayramalova, I.I.Ganieva, D.S.Karimova

THE RESEARCH IS OF THE COMPONENT OF BODY COMPOSITION ON THE BASIS OF BIOIMBEDANCE MEASUREMENT AND ANALYSIS OF DIFFERENCES IN THE INDICATORS ACCORDING TO GENDER IN CHILDREN 15-17 YEARS OLD.

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor L.V. Yakovleva
Department of outpatient and emergency Pediatrics with a course of IPE, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: In the article performed the analysis of the component of body composition in children aged 15-17 years from bioimbedance measurement. There is displayed the difference in components between boys and girls. Wide application of the method bioimbedance measurement allows you to identify early violations, to carry out targeted primary prevention of metabolic changes and hormonal exchange.

Keywords: bioimbedance measurement, he component of body composition, teenagers

Актуальность. Подростковый период – это важный период развития, в рамках которого происходят сдвиги гормонального и метаболического процесса, а также быстрые изменения размеров тела и его компонентного состава [7]. Стандартным методом оценки физического развития является антропометрический, а также в скрининговых и клинических

исследованиях для оценки компонентного состава тела широко применяется биоимпедансный анализ. [1,2,3,4]

Биоимпедансометрия (БИА - исследование, основанное на измерении электрического сопротивления тканей — импеданса (Z) всего тела или отдельных его частей с использованием специальных анализаторов. Данные многочисленных исследований свидетельствуют, что результаты диагностики компонентов состава тела, получаемые с помощью биоимпедансометрии более достоверны в сравнении со стандартными антропометрическими методиками. Полученные данные коррелируют с показателями более трудоемких, высокоинформативных и наиболее точных методов исследования. [5,6]

Цель исследования – оценить разницу компонентного состава тела у детей 15-17 лет в зависимости от пола на основе биоимпедансометрии, проведенной в Центре здоровья на базе ГБУЗ РБ «ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №5 Г.УФА.

Материалы и методы. В настоящем исследовании принимали участие 100 детей, из них 69 мальчиков и 31 девочек в возрасте от 15 до 17 лет. Критериями включения в выборку являлись:

1)I и II группы здоровья,

2) отсутствие острого заболевания на момент измерений.

Компонентный состав тела определяли, используя аппарат «Диамант» - биоимпедансметр для анализа внутренних сред организма. С помощью данного аппарата измеряли процентное соотношение воды, мышечной и жировой тканей.

Обработка данных выполнена с использованием ресурсов «Microsoft office 2007». Использованы аналитический и математический методы.

Результаты и обсуждение. В ходе первого этапа исследования вычислялись абсолютные показатели отклонений от нормы относительно процентильной разницы, как у мальчиков, так и у девочек. Рассматривались такие показатели, как индекс массы тела (ИМТ), безжировая масса (БЖМ), общая вода (ОВ), активная клеточная масса (АКМ), жировая масса (ЖМ) и основной обмен веществ (ОО).

Во время второго этапа определялось различие заданных показателей биоимпедансометрии в зависимости от пола обследованных детей.

Анализ данных биоимпедансометрии показал, что наибольший процент обследованных находится в пределах 25-75 процентиля, однако, по некоторым показателям, больший процент исследуемых находится в зоне меньше 25го процентиля. (Таблица 1)

Таблица 1

Компонентный состав тела мальчиков и девочек по данным биоимпедансометрии, проведенной на базе ГБУЗ РБ «ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №5 Г.УФА

Пол	Показатели	<25 процентиля		>75 процентиля		25-75 процентиль(норма)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мальчики N=69	ИМТ	20	29	15	21,7	34	49,3
	БЖМ	10	14,5	19	27,5	40	58
	ОВ	11	15,9	14	20,3	44	63,8
	АКМ	11	15,9	8	11,6	50	72,5
	Жм	25	36,2	15	21,7	29	42
	ОО	9	13	15	21,7	45	65,2
Девочки N=31	ИМТ	7	22,6	3	9,68	21	67,7
	БЖМ	15	48,4	1	3,23	15	48,4
	ОВ	16	51,6	1	3,23	14	45,2
	АКМ	17	54,8	0	0	14	45,2
	ЖВ	1	3,23	11	35,5	19	61,3
	ОО	16	51,6	1	3,23	14	45,2

Данные таблицы свидетельствуют, что часть детей исследуемой группы, несмотря на соматическое здоровье и отсутствие острых заболеваний, имеют отклонения в показателях биоимпедансометрии, что говорит нам о возможности выявлять отклонения в здоровье до проявления симптомов и синдромов заболевания. Также раннее выявление нарушений компонентного состава может стать частью первичной профилактики заболеваний.

Следующим этапом было изучение различия показателей биоимпедансометрии в зависимости от пола. (рис 1., рис.2)

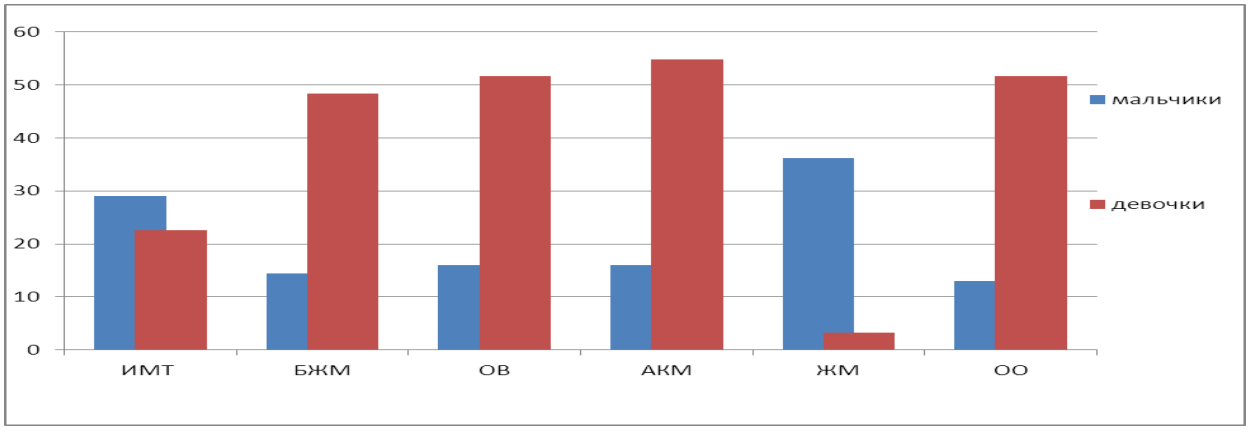


Рис.1. Разница показателей биоимпедансометрии ниже 25го процентиля в зависимости от пола.

Как видно из рисунка девочки имеют больший процент отклонений показателей биоимпедансометрии (кроме жировой массы) ниже 25го процентиля по сравнению с мальчиками. Это может быть связано с особенностями нейрогормонального фона у девочек данного возраста.

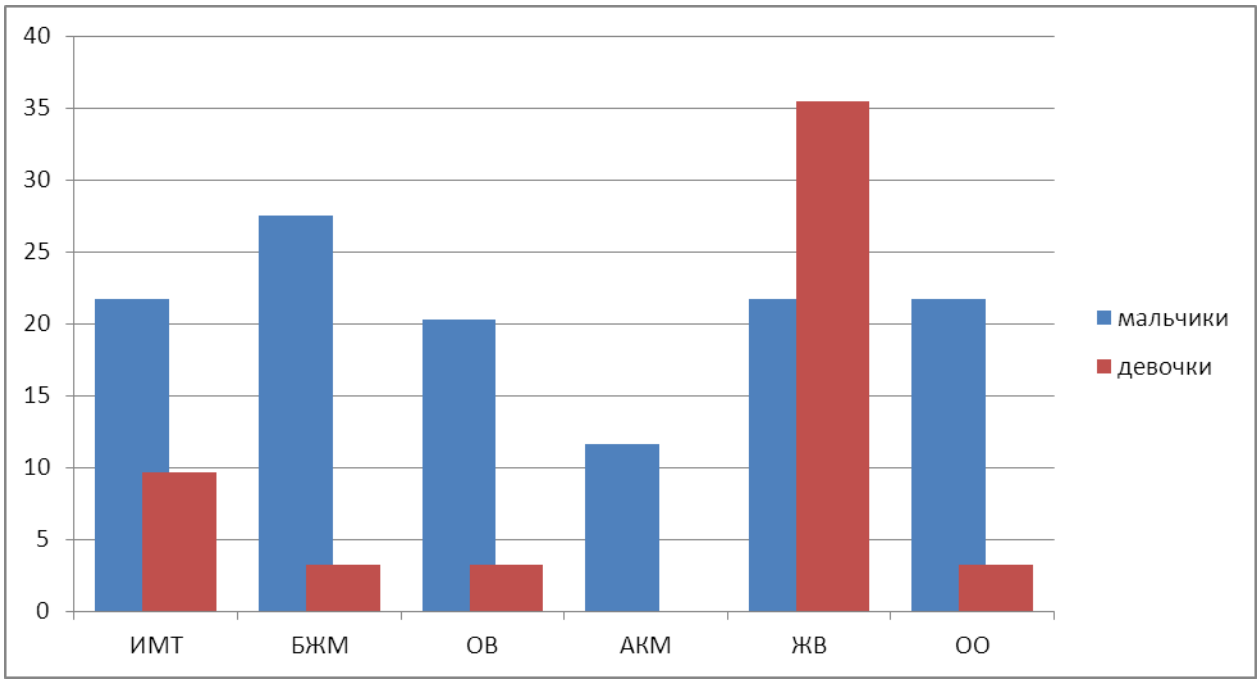


Рис.2. Разница показателей биоимпедансометрии выше 75го процентиля в зависимости от пола.

Из этого рисунка видно, что мальчики имеют больший процент отклонений показателей выше 75го процентиля. Это можно связать с недостаточной физической активностью и особенностями становления нейроэндокринной системы в данном возрасте.

Следует обратить внимание на весомую разницу в показателях жировой массы. Данные рисунков 1 и 2 свидетельствуют, что процент отклонения выше 75 процентиля более выражен у девушек. Анализ процентного содержания жировой ткани показывает, что у мальчиков пониженное содержание доли жира в организме, а у девочек, напротив, содержание жировой массы имеет высокие показатели. Таким образом, мы видим, что рост жировой массы тела происходит у представителей обоих полов, но у мальчиков её увеличение происходит медленнее, чем у девочек, и связано это с быстрым увеличением активной клеточной массы.

Заключение и выводы. Подростковый период является одним из ответственных этапов развития организма. У мальчиков и девочек происходит динамичный рост организма, который в большей степени выражен у мальчиков.

Биоимпедансометрия это информативный, корректный, комфортный метод исследования, дающий высокую отображаемость результатов исследования и удобство автоматической обработки данных.

1)Исследование показало, что компонентный состав тела (содержание в организме тощей массы тела, жирового компонента) у исследуемых имеет половые различия.

2)Главной составной частью массы тела у мальчиков является активный мышечный компонент, а у девочек – главной составной частью массы тела является жировая масса. Это является стимулом к дальнейшим исследованиям в данном направлении.

3)Изучение компонентного состава тела организма может помочь врачам проводить целенаправленную первичную профилактику, прогнозировать развитие заболеваний связанных с отклонениями в гормональном и метаболическом обменах.

4)Метод исследования биоимпедансометрия рекомендуется к использованию в работе центров здоровья для раннего выявления метаболических нарушений у подростков с последующей дачей рекомендаций.

Список литературы:

1. Козлов, В.А. Состояние физического развития детей г. Чебоксары по данным биоимпедансометрии / В.А. Козлов, Н.Н. Строгонова, А.А. Павлов [и др.] // Вестник ЧГПУ им. И.Я. Яковлева. – 2012. – Т. 74, № 2. – С. 78-84.

2. Коновалова, М.В. Нутритивный статус детей с онкологическими заболеваниями в состоянии ремиссии по данным биоимпедансного исследования / М.В. Коновалова, А.

3. Николаев Д.В., Смирнов А.В., Бобринская И.Г. и др. Биоимпедансные аналоги состава тела человека // - М.: Наука, 2009.- 392 с.

4. Pietrzak, I. Blood pressure in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus--the influence of body mass index and fat mass / I. Pietrzak, B. Mianowska, A. Gadzicka [et al.] // Pediatr. Endocrinol. Diabetes. Metab. –2009. – V. 15, № 4. – P. 240-245.

5. Bunc V. Prospects of body composition analysis by bioimpedance method in children // Cas.Lek. Cesk. 2007. Vol. 146, N 5. P. 492–496.

6. Body mass index and skinfold thickness versus bioimpedance analysis: fat mass prediction in children. / P. Pecoraro, B. Guida, M. Caroli et al. // Acta Diabetol. 2003. Suppl. 1. P. S278–S281.

УДК 616-053.4

Г.И. Гарифуллина, Е.Р. Галиева, А.С. Абдуллина, Н.Ф. Тимерханова

ИЗУЧЕНИЕПЛОСКОСТОПИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Т.Б. Хайретдинова

Кафедра пропедевтики детских болезней

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: задача исследования состояла в выявлении плоскостопия у детей дошкольного возраста. Описаны методы и результаты исследования.
Ключевыеслова:детидошкольноговозраста, плоскостопие, плантография.

G. I. Garifullina, E.R. Galieva, A.C. Abdullina, N.F. TimerhanovaSTUDY OFFLAT FEET IN PRESCHOOL CHILDRENScientific Advisor – Ph. D. in Medicine, Full professor T. B. KhairetdinovaDepartment of propedeutics of children's diseases

Bashkir state medical University, Ufa

Astract: the objective of the study was to identify the prevalence of the incidence of flat feet in children of preschool age. Describes the methods and results of the study.

Keywords:preschoolchildren, flatfeet, plantography.

Актуальность. В настоящее время проблема профилактики и корекция отклонений в состоянии здоровья детей дошкольного возраста приобрела особую актуальность. Это обусловлено прежде всего наличием большого числа дошкольников (84,0%) с отклонениями в формировании стопы[2]. В связи с этим возрастает значение организации работы профилактической и коррекционной направленности непосредственно в условиях дошкольного образовательного учреждения (ДОУ), где ребенок находится практически ежедневно и где, следовательно, имеется возможность обеспечить своевременность и регулярность воздействий на физическое развитие.В процессе организации работы профилактической и коррекционной направленности в условиях ДОУ особое внимание необходимо уделять профилактике и коррекции нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата (дефектов осанки, плоскостопия), поскольку среди функциональных отклонений они имеют наибольший удельный вес [2]. В частности, исследованиями Г.А. Шорина с соавт. установлено, что 67,3% детей старшего дошкольного возраста имеют плоскостопие [6].Посути, плоскостопиеобусловленооднимфактором — слабостьюсвязочногоаппарата, из-закоторогокостистопынеспособнысохранятьстабильное и

правильноеположение. Но у этогосостоянияестьпричины: наследственнаяпредрасположенность, прикоторойдетинаследуютотродителейзаболеваниясвязочного или мышечногоаппарата или склонность к этим недугам; врожденныепорокиразвития, прикоторыхребеноквовремявнутриутробногопериоданеполучаетдостаточногоколичествапит ательныхвеществ или жеихполноценноеусваиваниеневозможно из-зазаболеваний или нарушенийобменавеществ в организмематери; нарушения в опорно-двигательномаппарате, возникшие в процессеростаребенка — например, из-заперенесенногорахита, травмстопы,пареза или паралича подошвенных мышц стопы или голени; также гипоксия в перинатальном периоде, что приводит к поражению ЦНС.Установлено, что удары стоп о поверхность земли при плоскостопии передаются вверх почти без изменений и, достигая головного мозга, приводят к его микротравмам [5].

Цель исследования. изучение развития плоскостопия по полу и возрасту у детей дошкольного образовательного учреждения от 1,5 до 7 лет.

Материалы и методы. исследование проводили на базе МБ ДОУ №2 «Василек» Мишкинского района. Проводила плантографию для выявления. Для оценки плантограммы были использованы два метода: Яралова-Яралянца и Штритера [3]. Заключение о состоянии свода стопы делятся на основании расположения двух линий, проведенных на отпечатке. Первая линия соединяет середину пятки со вторым межпальцевым промежутком. Вторая линия проводится от середины пятки до середины основания большого пальца. Описанный метод носит название метода Яралова-Яралянца. Если контур отпечатка стопы в серединный части не перекрывает эти линии – стопа нормальная. Если первая линия проходит внутри отпечатка - уплощение свода стопы. Если обе линии расположены внутри контура отпечатка-стопа плоская. Второй метод – метод Штритера: на отпечатке проводится касательная к наиболее выступающим точкам внутреннего края стопы, из ее середины опускают перпендикуляр до наружного края стопы. Далее рассчитывается, какой процент составляет отрезок, проходящий через окрашенную часть стопы от длины всего перпендикуляра. Если перешеек составляет до 50% длины перпендикуляра – стопа нормальная, 50-60% - уплощенная, более 60% - плоская.

Результаты и обсуждение. Диагноз «плоскостопие» ставится с возраста 3 лет. Плоскостопие у детей до 3 лет является физиологическим, т.к. по внутренней стороне стопысохраняется жировая «подушечка», как дополнительный амортизатор. Но до этого возраста на себя может

обращать внимание и форма стопы (слишком широкая и распластанная), а также вальгус (отклонение к наружи от продольной оси тела) пятки, который будет виден раньше. По мере роста ребенка стопа постепенно начинает принимать правильные очертания. Поэтому о плоскостопии можно говорить не раньше, чем ребенок достигнет возраста пяти лет. К этому моменту стопа уже должна иметь вид «арочки». Таким образом, диагноз «плоскостопие» ребенку может быть поставлен только перед поступлением в школу, но следить за развитием стопы следует с младенчества и регулярно посещать врача-ортопеда. Результаты плантограмм у детей, которые посещают МБ ДОУ №2 «Василек» позволили отметить следующее: из 110 обследованных детей 45(41%) имеют нормальную стопу, 41(37%) - уплощенную стопу, 23(21%) - плоскую стопу, и 1(1%) ребенок имеет «полую» стопу. Из 42 мальчиков нормальная стопа у 15(36%) детей, уплощение – у 18(43%) детей, плоская стопа обнаружена у 9(21%) детей. «Полая» стопа у мальчиков не вывлена. Из 68 обследованных девочек 30(44%) имеют нормальную стопу, уплощение – 23(34%) девочек, плоскую – 14(21%) девочек, « полая» стопа выявлена у 1(1%)девочек.
Также проводилась оценка изменения стоп в различных возрастных группировках:
-в возрасте 1,5- 2 лет из 15 детей физиологическое положение стопы выявлено у всех 15(100%) детей; -в возрасте 2,5-3 лет из 15 детей физиологическое положение стопы выявлено у всех 15(100%) детей; -в возрасте 3,5 годаиз 23 детей нормальную стопу имели 6(26%)детей, уплощенную – 2(9%) ребенка, плоскую – 15(65%)детей;
-в 4 года нормальная стопа выявлена у 9(53%) детей, уплощенная – 5(29%) детей, плоская – у 3(18%)детей; -в 5 лет: нормальная стопа у 16(80%) ребенка, уплощенная у 2(10%) детей, плоская у 2(10%) детей; -в 6 лет у 9(75%) детей выявлена нормальная стопа, уплощенная у 1(8%) детей, плоская у 2(17%) детей; -в возрасте 7 лет нормальная стопа обнаружена у 5(64%) детей, по 1 ребенкуимели уплощенную, плоскую,и «полую» стопу (по 12% соответственно).К сожалению, даже в целом здоровые дети подвержены риску развития плоскостопия. Факторы риска, при которых связочный аппарат стопы не может нормально развиваться: дефицит питательных веществ, который развился из-за несбалансированного рациона, авитаминоза, ухудшения всасываемости (ферментная недостаточность поджелудочнойжелезы, синдром мальабсорбции и пр.), нарушения обмена веществ; малоподвижный образ жизни, при котором мышцы и связки стопы ослабевают из-за недостаточной физической нагрузки; ношение неправильноподобранной обуви, в особенности, обуви большего размера; избыточная масса тела, при которой на еще несформированную стопу ребенка приходятся чрезмерные нагрузки. Излишнее давление,

оказываемое на спину, может привести к грыжевому выпячиванию. А оно, в свою очередь, ведет к боли в ягодицах, ногах и спине. При этом плоскостопие грозит развитием остеохондроза, сколиоза и спондилеза.
Заключение и выводы. таким образом, исходя из результатов нашего исследования , необходимо отметить, что большинство детей имеют нормальную стопу (41%). Эти данные у мальчиков (36%) и девочек (44%). У детей 1,5-3лет вывялено плоскостопие, которое является результатом анатомической и функциональной незрелости мышц и связок стопы, что не относится к патологии в данном возрасте. Подавляющее большинство обследованных детей в возрасте 5-7 лет по результатам плантограмм имеют нормальную стопу, причем с увеличением возраста наблюдается положительная динамика, но также выявленыуплощение, плоская и «полая» стопа. «Полая» стопа установлена у девочки близнеца из всех обследованных детей, когда 2 девочка близнец имеет нормальную стопу. Это, скорее всего, является последствием перинатального поражения ЦНС. В заключении следует сказать, что среди 110 обследуемых детей только 41% имеет нормальную стопу, а у остальных детей есть риск развития плоскостопия поэтому в условиях ДОУ должна осуществляться мероприятия по профилактике и коррекции плоскостопия у детей систематически. Из этого следует, что надо выявить группу детей с риском развития плоскостопия и проводить отдельно с ними профилактические работы и корекции. Она включает ежегодную диагностику состояния сводов стопы у детей, создание полноценной развивающей физкультурно-оздоровительной среды, обеспечение рекомендуемого двигательного режима, соблюдение гигенических условий, а также правильную организацию физического воспитания.Необходимо дать рекомендации родителям, чтобы они начиная с года ежедневно занимались физкультурой, делали специальную гимнастику, играли в подвижные игры, отпускали его побегать босиком по траве или песку.Полезно закаливание, контрастные ванночки для ног, массаж голеней и стоп, водолечение, плавание, велосипедные прогулки, лечебная гимнастика, соблюдение режима дня. Также не следует забывать о рационе питания ребенка, оно должно быть богато кальцием, фосфором, магнием, железом, йодом, витаминами(при рахите вит Д), БАВ и т.д.

Список литературы:1. Н.Н. Ефименко. Плантография – или о чем говорят отпечатки детских стоп/. -2013. 2. Стеркина Р.Б. Качество дошкольного образования и основные тенденции его изменения//Дошкольное воспитание. 2011,№6. С. 2-14.
3. Зулькарнаев Т.Р., Шубина Х.З. Изучение и оценка состояния здоровья детей и подростоков: Учебное пособие. – Уфа: Издательство Башгосмедуниверситета, 2013.-17с.

4.олонцев Г.Н. Организация контроля за физическим воспитанием детей в детском саду: Учеб.пособие/; Иркут. Гос.пед.ин-т,100,14[1]с.ил. 20 см, Иркутск ИГПИ, 2013.
5. Милюкова И.В., Т.А. Евдокимова, Лечебная гимнастика при нарушениях осанки у детей – М.:Эксмо; СПб.: Сова, 2014-128 с.
6. Шорин Г.А, Мутовкина Т.Г., Тарасова Т.А. Пути совершенствования оздоровительной работы в детских дошкольных учреждениях // Проблемы оптимизации учебно-воспитательного процесса в ИФК: Матер.научн.- метод. конф.- Челябинск:ЧГИФК,2014,С. 85-87

УДК 616-002.31

И.Ф.Кадаев, Д.Б.Байрамгулов., С-М.С.Бацаев

ОСТРЫЕ ПАРАПРОКТИТЫ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: д.м.н., профессор Р.Х. Шангареева
Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет (г.Уфа, Россия)
Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Резюме:*Острый парапроктит — острое воспалительное заболевание параректальной клетчатки. Инфекция из прямой кишки по протокам анальных желез может быстро проникать в одно из параректальных клетчаточных пространств — подкожное (чаще всего), ишиоректальное, пельвиоректальное, ретроректальное (очень редко). Воспаление околопрямокишечной клетчатки в детском возрасте обычно представляет собой неспецифический процесс, обусловленный проникновением в клетчаточные пространства гноеродных микробов.[1]*

Ключевые слова: *Острый парапроктит, параректальная клетчатка, инфекция, анальные железы, воспаление.*

I.F. Kadaev, D.B. Bayramgulov, S.M. Batsaev

ACUTE PARAPROCTITIS IN CHILDREN

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor R.H. Shangareeva
Pediatric surgerywith a course of the Institute of Postgraduate Education
Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Abstract: *Acute paraproctitis is an acute inflammatory disease of pararectal tissue. Infection from the rectum along the ducts of the anal glands can quickly penetrate into one of the pararectal cell spaces - subcutaneous (more often all), ischiorectal, pelviorectal, retrectectal (very rarely). Inflammation of the perirectal cellular tissue in childhood is usually a nonspecific process, caused by the penetration of pyogenic microbes into the cellular spaces. [1]*

Key words*: Acute paraproctitis, pararectal tissue, infection, anal glands, inflammation.*

Актуальность: Парапроктиту в детском возрасте посвящено немало исследований [2,3,4,5,6,7], однако ряд вопросов до сих пор остается нерешенным. Актуальность данной проблемы обусловлена рецидивами заболевания и необходимостью повторного, иногда длительного лечения. Недостаточно освещены вопросы эпидемиологии парапроктита. До

настоящего времени распространено мнение о редкости данного заболевания в детской популяции [8], однако в реальности это совсем не так.

Если в проктологии взрослых существует четкое представление об остром парапроктите, как заболевании, обусловленном воспалением анальных крипт и желез, то по отношению к детям раннего возраста на этот счет существуют разные мнения [2,4]. Указываемые как причины парапроктита пиодермии и опрелости, на самом деле способствуют развитию абсцессов и флегмон промежности, где входными воротами инфекции служит легкоранимая кожная поверхность. Так же, трудно во всех случаях объяснить развитие парапроктита следствием гематогенного и лимфогенного заноса возбудителей инфекции. Довольно высокая частота парапроктита у младенцев - 22- 60% среди детей всех возрастов и значительный процент рецидивов заболевания (до 50%), свидетельствуют о недостаточной осведомленности в вопросах патогенеза и низкой эффективности проводимого лечения [4].

Цель исследования. Выявить основные причины развития острых парапроктитов и проанализировать результаты их лечения.

Материалы и методы: В РДКБ г.Уфы методом анкетирования и сбора анамнеза было обследовано 150 детей в возрасте 1 мес.- 6 мес. 7мес.-1 год, 1год – 2 года, 2года – 3года. Из 150 детей 147 - являются мальчиками (98%), 3 – девочками(2%).

Результаты и обсуждение: Характеризуя особенности острого парапроктита в детском возрасте, прежде всего надо отметить, что в подавляющем большинстве случаев он носит неспецифический характер. Глубоко локализованные гнойники встречаются крайне редко, процесс в большинстве случаев протекает по типу подкожного или подслизистого абсцесса. Внутреннее отверстие свища, как правило, имеет переднюю или переднебоковую локализацию. Мальчики заболевают в 5 раз чаще, чем девочки. Наше исследование показало, что у 144 (96%) обследованных детей – подкожно-подслизистый парапроктит.

По нашей статистике было выявлено, что в этиологии острых парапроктитов с образованием подкожно-подслизистого свища у наших респондентов способствовали следующие причины:

- Диарея, дисбиоз - 72%

- Гипоксия новорожденных – 60%

Всем больным произведено вскрытие парапроктита с рассечением свища по зонду до крипты.

В послеоперационном периоде все дети получали комплексное лечение – коррекция дисбиоза кишечника, санация очага растворами антисептика, мазевые повязки с Левомеколем, УВЧ, светомагнитотерапию. Антибактериальную терапию по показаниям.

Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 8 койко-дней (6-10).

Из них у 6 детей (4%) рецидивы в сроки от 1 до 9 месяцев, что существенно ниже по сравнению с результатами других методов лечения данной нозологии, описанными в литературе.

Заключение и выводы: Наше исследование показало, что у 144 (96%) обследованных детей – подкожно-подслизистый парапроктит, поэтому вскрытие острого парапроктита с рассечением свища по зонду является первично радикальным методом хирургического лечения, позволяющим снизить процент рецидивов данной патологии, и следовательно, избежать повторных операций, негативно влияющих на психоневрологический статус ребёнка и матери. Так же были выявлены причины развития острого парапроктита у детей

Список литературы:

1. Хирургические болезни детского возраста: Учебник – 1 том / Под ред. Ю.Ф. Исакова. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2004. – Т. 1. – 632 с. / 414-416 с.
2. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия детей: Руководство для врачей. - Л.: Медицина, 1991. - 272 с.
3. Лёнюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. - М.: Медицина, 1999. - 368 с.
4. Хамраев А.Ж. Тактика лечения острого парапроктита у детей раннего возраста и эффективность лазеротерапии //Детская хирургия. - 1997. - № 2. - С.49-51.
5. Longo W.E., Touloukian R.J., Seashore J.N. Fistula in ano in infants and children: implications and management //Pediatrics. - 1991. - Vol. 87, N 5. - P.737-739.
6. Pfenninger J.L., Zainea G.G. Common anorectal conditions: Part II. Lesions //Am. Fam. Physician. - 2001. - Vol. 64, N 1. - P.77-88.

7. Shafer A.D., McGlone Th.P., Flanagan R.A. Abnormal crypts of Morgagni: the cause of perianal abscess and fistula-in-ano //J. Pediatr. Surg - 1987. - Vol. 22. - P.203-204
8. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. - М.: Медицина, 1984. - 384 с.

СТОМАТОЛОГИЯ

Оглавление

А.К. Абдрахманов, А.Р. Мингалеева 405

ЭЛЕКТРОННАЯ ПРОСВЕЧИВАЮЩАЯ МИКРОСКОПИЯ (МЕТОД НЕГАТИВНОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ) СЛЮНЫ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА 405

Ганеев Т.И., Юнусов Р.Р. 410

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ТКАНЕЙ ЗУБА И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО АППАРАТА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ. 410

А.В. Трохалин 415

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. 415

Шарафутдинова А. А. 420

СОМАТИЧЕСКИЙ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ И ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РЕГИОНЕ. 420

Юнусов Р.Р., Ганеев Т.И., ... 425

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТИРЕОЗОМ В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ 425

Исламов М.Н., Ризаханов М.А., Гафуров К.А. 429

ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В СТОМАТОЛОГИИ 429

А.Б-Г. Мякиев 431

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 431

Шапошников М.А.,Ле Т. Ч., Элибиев М-К.Р. 436

ПРИКУС КАК КОНЦЕПЦИЯ ТРЕТЬЕЙ ТОЧКИ ОПОРЫ 436

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНЕЙ ПО ДАННЫМ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №21 ГОРОДА УФЫ 440

Г.Р. Мирасова, Р.Р. Хайбуллина, Л.П. Герасимова, Н.Д.Галиаскаров 444

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 444

Б.Р. Мотыгуллин, В.А. Аршинова, А.Я. Габитова 449

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА 449

А.И. Булгакова, Е.С.Солдатова, Э.Э. Гареева 454

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАННЕНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ЖИТЕЛЕЙ Г. УФЫ И РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 454

Абрамова В.А. , Басыров Т. Р. 457

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕСКВАМАТИВНОГО ГЛОССИТА 457

М.А. Аглетдинова, Э.В. Вайсеева, ...461
К.А. Михайлова, Д. Г. Хафизов, М.Р. Элибиев 461
ВЛИЯНИЕ ЗАМЕШИВАЮЩЕЙ ЖИДКОСТИ НА КАЧЕСТВО СЛЕПКА 461
Д.В.Имангулова....466
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИРОВОЧНЫХ СИСТЕМ 466
Л.Р. Усманова, Э.А. Васильев, О.Н. Суздалева....471
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ И ФТОРЛАКА ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ....471
О.О. Григорьева А.Р. Юмагулова 476
УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ ОБ ОПАСНОСТИ ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ В НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА СТОМАТОЛОГА....476
И. Р. Шарафутдинова 481
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНЫХ ПАСТ С ФТОРИДАМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ БЕЛОГО ПЯТНА 481
В.А.Аршинова, И.И. Авзалова, И.В Жаркова....484
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА 484
Титоян В.М 489
ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИЖИВЛЕНИЕ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ 489
Р.Р. Янтилин 493
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 493
Байбулдин И.Е, Ануфриев С.В, Хасанов И.Ш. 498
ИЗУЧЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ НА ПРИМЕРЕ ФИЗИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ...498

УДК 616.314.17-008.1:616.316.1-07:612.086.2

А.К. Абдрахманов, А.Р. Мингалеева

ЭЛЕКТРОННАЯ ПРОСВЕЧИВАЮЩАЯ МИКРОСКОПИЯ (МЕТОД НЕГАТИВНОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ) СЛЮНЫ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Научный руководитель — д. м. н., проф. Е.В. Мамаева

Структурное подразделение, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РТ, г. Казань

Резюме: *Проведена оценка возможностей электронной просвечивающей микроскопии (метод негативного контрастирования) слюны пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. В результате исследования визуализированы нанообъекты в слюне пациентов с повышенной склонностью к образованию зубных отложений – определены единичные нанообъекты, условно делящиеся наноформы с толстой светлой оболочкой.*

Ключевые слова: *Электронная просвечивающая микроскопия, пародонт, минералообразование, нанообъекты.*

Abdrakhmanov A.K., Mingaleeva A.R.

TRANSLUCENT ELECTRONIC MICROSCOPY (NEGATIVE CONTRAST METHOD) OF SALIVA OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor E.V. Mamaeva

Department,Kazan State Medical University, Kazan

Abstract: *An assessment of the capacity translucent electronic microscopy (negative contrast method) of saliva of patients with inflammatory periodontal disease. The study of nano-objects visualized in the saliva of patients with increased tendency to the formation of dental plaque is defined by a single nano-objects, conditionally dividing nanoforms with a thick light shell.*

Keywords: *Electronic transmission microscopy, periodontal, mineral formation, and nano-objects.*

Литературная справка по проблеме. Просвечивающий электронный микроскоп (ПЭМ) дает возможность «заглянуть» во внутренний мир различных структур, наблюдать очень мелкие частицы включений, несовершенства кристаллического строения - дислокации, которые невозможно разглядеть с помощью светового оптического микроскопа [2]. ПЭМ – это

прибор, в котором электронный луч пропускается через ультратонкий образец, при этом взаимодействуя с ним. Образ формируется из электронов, проходящих через образец, увеличивается и усиливается собирательными линзами и появляется на экране, флюоресцентном в большинстве ПЭМ. Первый такой микроскоп был построен Альбертом Пребусом и Дж. Хиллиером в университете Торонто (Канада) в 1938 году, используя концепции, предложенные ранее Максом Кноллом и Эрнстом Руска. В 1986 году Эрнсту Руске за создание ПЭМ была присуждена Нобелевская премия [2].

ПЭМ использовался и медицине при решении различных задач. Нас же заинтересовал этот метод как возможность обнаружения так называемых нанообъктов, возможно причастных к процессам минералообразования. При изучении доступной литературы мы обнаружили, что данный метод использовался в различных областях медицины. К сожалению, только несколько исследований, посвященных обсуждаемой проблеме, проведены в стоматологии [6, 7, 8].

Так, анализ электронных снимков легочной ткани, пораженной туберкулезом, позволил авторам обнаружить колонии нанообъектов в участках оссификации ткани легочной паренхимы, обезвествленной плевры, в местах присутствия бациллы Коха с видимой кристаллизацией вокруг нее сурфактанта и появлением биоминерализации. На фотографиях гистологических образцов стромы измененного узла щитовидной железы, сделанных с помощью ПЭМ, отмечали колонии нанообъектов, окруженные плотной карбонат–апатитной оболочкой диаметром 0,8–1,6 мкм. У больных фолликулярным раком эти колонии были множественными [3]. Анализ электронных снимков желчных камней пациентов калькулезным холециститом позволил выявить множественные колонии овоидной формы диаметром 0,3–0,8 мкм [9]. Проведенная микроскопия подтвердила идентичность нанообъектов, возможно, участвующих в генезе сахарного диабета, бронхолита, бронхолитиаза.

Kirkland E.O. указали на присутствие колоний «нанобактерий» в кариозных зубах и зубном камне [15]. Учитывая сходство естественного нанокристаллического апатита эмали и нанообъектов, J. Jing и соавт. выдвинули гипотезу о том, что «нанобактерии» могут действовать на поверхности эмали так же, как и синтетические нанокристаллические апатиты в пробирке [17]. Было показано, что нанообъекты при воздействии на клетки десневого эпителия вызывают вакуолизацию и кальцификацию [13, 14], а на клетки пульпы зуба оказывают цитопатическое действие, вызывая появление камней, так называемых дентиклей, в пульпе [10]. Процессы формирования зубного камня возможно аналогичны эктопической кальцификации и могут быть связаны с нанообъектами [11, 12]. На

сегодняшний день работ посвященных возможностям использования ПЭМ слюны пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта отсутствуют.

Цель исследования: Оценить возможности электронной просвечивающей микроскопии (метод негативного контрастирования) слюны пациентов воспалительными заболеваниями пародонта.

Материалы и методы: Методом рандомизации были сформированы 2 выборки: 1 – основная группа – молодые люди с воспалительными заболеваниями пародонта, имеющие повышенную склонность к образованию зубных отложений (над- и поддесневого зубного камня) (12 человек), 2 – группа сравнения – лица с интактным зубным рядом, интактным пародонтом и отсутствием склонности к минералообразованию (5 человек). При этом выборки, сформированные для исследования, не контролировались на репрезентативность. У пациентов обоих групп исследования были получены образцы проб слюны. Отбор проб слюны осуществлялся в вечернее время суток (пациенты чистили зубы в утреннее время, с применением профилактических зубных паст и ополаскивателей), до профессиональной гигиены полости рта и удаления над- и поддесневых отложений.

К 2,4 мл отобранной слюны был добавлен 0,1 мл 25% глутарового альдегида. Собранные образцы были помещены в микроцентрифужные пробирки, которые хранили в холодильнике при температуре –200С от 1 до 3 суток. Осадок суспензии, полученный центрифугированием при 8 000 об/мин в течение 40 мин, трижды промывали 0,1 М фосфатном буфере pH 7,4. Каплю осадка наносили на медные сетки, покрытые формваровой пленкой, контрастировали 2% водным раствором уранилацетата 1 минуту при комнатной температуре, промывали дистиллированной водой и просушивали.

Просвечивающая электронная микроскопия (метод негативного контрастирования) проводилась на базе ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет» /Институт фундаментальной медицины и биологии, использовался электронный микроскоп JEM 100C («Jeol» Japan). Съемку проводили на фототехническую пленку AGFA ORTHOCHROMATIC. Для получения микрофотографий негативы сканировали на сканере EPSON PERFECTION 4990 PHOTO с разрешением 600 dpi. Микрофотографии обрабатывали с помощью программы AxioVisionRel. 4.8 (CarlZeiss).

Результаты и обсуждение: По результатам электронной микроскопии (метод негативного контрастирования) слюны пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта с повышенной склонностью к образованию зубных отложений (над - и поддесневого зубного камня) были выявлены нанообъекты округлой формы размером от 20 до 200 нм.

Выявленные формы были представлены не только одиночными, но и делящимися нанообъектами, многие из которых образовывали конгломераты, что с большой долей вероятности позволяет их отнести к нанобактериям. Конгломераты, как и единичные нанообъекты, имели светлую оболочку из биополимеров, предположительно белков или полисахаридов. Также были зафиксировны и мелкие частицы неправильной формы, по-видимому, представляющие собой продукты разрушения. По данным электронной микроскопии (метод негативного контрастирования) мы не можем сделать конкретные выводы о биохимическом составе наноклеток и их оболочек, однако, присутствие кальция и определенных белков – альбумина, фетуина – для нанобатерий установлено [1, 3, 4, 5,16].
У пациентов с интактным зубным рядом, здоровым пародонтом и отсутствием склонности к минералообразованию выявлялись лишь редко встречающиеся конгломераты, не имеющие выраженной светлой оболочки. А наличие отдельных нанообъектов со светлой оболочкой не наблюдалось.
Заключение и выводы: Мы не можем делать заключения о биохимическом составе нанообъектов и их оболочек по данным электронной микроскопии. Однако наличие этих соединений в наноформах, обнаруженных нами, еще предстоит доказать.Таким образом, просвечивающая электронная микроскопия (метод негативного контрастирования) позволяет выявлять одиночные нанобъекты размером от 20 до 200 нм и их группы, в которых можно заметить поделившиеся, но не разошедшиеся наноформы, способные к образованию конгломератов.
Список литературы:
1.Барсков И.С. Нанобактерии – новый экологический фактор и глобальный вызов /И.С. Барсков, Р.Г. Джамалов, Е.А. Овчинникова //Международный университет природы общества и человека «Дубна» //Режим доступа: httphge.spbu.rudownloadnonob.pdf.
2.Власов А.И. Электронная микроскопия : учеб. пособие / А. И. Власов, К. А. Ел- суков, И. А. Косолапов. – М.: Изд-во МГТУ им. Н. Э. Баумана, 2011. – 168 с.
3.Волков В.Т. Нанобактерия в питьевой воде – новейший биоминерализационный геоэкологический фактор /Волков В.Т., Рихванов Л.П., Волкова Н.Н. //III Международный симпозиум «Биокостные взаимодействия: жизнь и камень». – СПб., 2007. – С. 102-105.
4.Кайдашев И.П. Кальцифицирующие наночастицы: современное состояние проблемы (обзор литературы) /Кайдашев И.П. //Журн. НАМН України. – 2013. – Т. 19, № 3. – С. 277-285.
5.Наночастицы почечных камней – нанобактерии или нет? Коммерческая биотехнология //Режим доступа: http: www.cbio.ru.

6.An alternative interpretation of nanobacteria-induced biomineralization /Cisar J.O. [et al.] //PNAS. – 2000. – Vol. 97, N 21 – P. 11511-11515.
7.Attempted isolation of Nanobacterium sp. microorganisms from upper urinary tract stones /Drancourt M., Jacomo V., Lepidi H. [et al.] //J. ClinMicrobiol. – 2003. – 41. – P. 368–372.
8.Barr S.C. Detection of bidfilm formation and nanobacteria under long-term cell culture conditions in serum samples of cattle, goats, cats and dogs /Barr S.C., Linke R.A., Janssen D. //Am. J. Vet. Res. – 2003. – Vol. 64. – P. 176-182.
9.Bovine serum: discovery of nanobacteria /Kajander E.O. [et al.] //Molecular Biology of cell. – 1996. – Vol.7. – P. 517.
10.Bratos-Rezez M.A. Association between self-replicating calcifying nanoparticles and aortic stenosis: a possible link to valve calsification /Bratos-Rezez M.A. [et al.] //Eur. Heart J. – 2008. – N3 (29).–P. 371-376.
11.Ciftcioğlu N. Association between nanobacteria and periodontal disease /Ciftcioğlu N., McKay D.S., Kajander E.O. // Circulation. – 2003. – Vol. 108, N 8. – P. 58-59.
12.Cifcioglu N. Nanobacteria: an infectious caused for kidney stone formation /Cifcioglu N. [et al.] //Kidney Int. – 1999. – Vol. 56. – P. 1893-1898.
13.Evaluation of the interaction between calcifying nanoparticles and human dental pulp cells: a preliminary investigation /Yang F., Zeng J., Zhang W. [et al.] // Int. J. Nanomed. – 2010. – Vol. 15, N 6. – P. 13-18.
14.Evidence for calcifying nanoparticles in gingival crevicular fluid and dental calculus in periodontitis /Zhang S.M., Tian F., Jiang X. Q. [et al.] //J. Periodontol. – 2009 – Vol. 80, N 9. – P. 1462-1470.
15.Kajander D.A. Virus and virus-like agents in didiseases /Kajander D.A., Liesi P., Ciftcioglu N. //Second Karger Symposium. – Basel. – 1993. – P.41-45. 16.Nanobacteria Are MineraloFetuin Complexes /D. Raoult,M. Drancourt,S. Azza,C. Nappez,R. Guieu,J.-M. Rolain,.P. Fourquet,B. Campagna,.B. La Scola,J.-L. Mege,.P. Mansuelle,.E. Lechevalier,.Y. Berland, J.-P. Gorvel,P. Renesto//PLoSPathog. – 2008. – 4 (2).– P.41. 17.Nanobacteria’s potential involvement in enamel repair in caries /J. Jing, J. Lu, Y. Hao, Y. Han //Medical Hypotheses. – 2009 – Vol. 73, N 3. – P. 359–360

УДК 616.314.1:577.175.44

Ганеев Т.И., Юнусов Р.Р.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ТКАНЕЙ ЗУБА И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО АППАРАТА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ.

Кафедра ортопедической стоматологии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Профессор д.м.н. Маннанова Флора Фатыховна

Резюме. *Развитие экспериментального гипотиреоза, вызываемого введением в течение 21 суток мерказолила из расчета 2,5 мг/100г массы половозрелых белых крыс, контролировалось определением уровней в сыворотке крови гонадотропного гормона, тироксина и трийодтиронина. Показано, что гипотиреоз приводит к изменениям гистологической структуры твердых тканей дентина, предентина и пульпы зуба, а также альвеолярной костной ткани и периодонтальной связки, характер которых связан с нарушением метаболизма тканей зуба и пародонта.*

Ключевые слова: *экспериментальный гипотиреоз, зубы¸ пародонт, гистологическая структура.*

Ganeev T.I., Yunusov R.R.

Histological structure of the tissues of the tooth and supporting apparatus in experimental hypothyroidism.

Department of Orthopedic Dentistry, Bashkir State Medical University, Ufa

The professor dmn. Mannanova Flora Fatykhovna

Summary*. The development of experimental hypothyroidism caused by administration of mercazolil for 21 days at a rate of 2.5 mg / 100 g of adult white rats was monitored by determining serum levels of the gonadotropin hormone, thyroxine and triiodothyronine. It has been shown that hypothyroidism leads to changes in the histological structure of hard tissues of dentin, predentine and pulp of the tooth, as well as alveolar bone tissue and periodontal ligament, the nature of which is associated with impaired metabolism of the tooth and periodontal tissues.*

Key words*: experimental hypothyroidism, teeth, periodontium, histological structure.*

Диффузный нетоксический зоб в условиях природного дефицита йода часто сочетается с заболеваниями полости рта [5]. При гипотиреозе у детей также наблюдаются задержка прорезывания молочных зубов, развитие множественного кариеса молочных и постоянных зубов, гипоплазия эмали, отставание развития челюстей и их деформацию [2], у взрослых –

патологическая резорбция корней зубов, облитерация корневых каналов и полости зуба, гипосаливация, пародонтит и др. [3,6,7]. Результаты этих клинических исследований указывают
на выраженное влияние функционального состояния щитовидной железы на метаболизм и структуру тканей пародонта.

Цель работы. Оценить гистологические изменения, развивающиеся в структуре тканей зуба и пародонта, при экспериментальном мерказолиловом гипотиреозе.

Материалы и методы: Работа выполнена на 20 белых половозрелых крысах массой 200-210г с соблюдением требований этических норм по гуманному отношению к лабораторным животным. Животные содержались в условиях вивария с естественным световым режимом, на стандартной диете (ГОСТ 50258-92). У крыс опытной группы моделировали гипотиреоз путем ежедневного внутрижелудочного введения с помощью металлического зонда мерказолила из расчета 2,5мг/100г массы тела в течение 21 суток [3]. Животных на 22-е сутки выводили из опыта путем мгновенной декапитации под легким эфирным наркозом. В сыворотке крови исследовали содержание тиреотропного гормона (ТТГ), тиротоксина (оТ4) и трийодтиронина (оТ3) с использованием набора реагентов ЗАО «Вектор Бест» и полуавтаматического анализатора «Униплан»

Для характеристики гистологической структуры зубов и зубодесневого соединения кусочки костной ткани нижней челюсти с зубом фиксировали в 10% нейтральном формалине, декальцинировали в 7% растворе азотной кислоты (в течение 3-х недель с еженедельной сменой раствора), промывали, осуществляли общепринятую проводку, заливку в парафиновые блоки, изготавливали срезы, окрашивали гематоксилином и эозином. Изучение срезов производили под микроскопом серии М3-300 (Австрия), микрофотографии изготовляли с помощью фотоаппарата Nicon Cool Pix 4500.

Статистическую обработку проводили с использованием пакета программ Statistica 6,0 (Stat Soft), рассчитывали среднюю арифметическую (M), стандартную ошибку средней арифметической (m), с оценкой значимости различий по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждения. Введение мерказолила приводило к развитию гипотиреоза (таблица 1). У животных опытной группы в сыворотке крови выявлялось снижение содержания оТ4 и оТ3, а уровень ТТГ, наоборот, повышался, отражая развитие типичных изменений состояния гипофизарно-тиреоидного статуса, характерного для гипотиреоза [1].

Таблица 1.

Содержание в сыворотке крови гормонов гипофиз-тиреоидной оси у крыс при интоксикации мерказолилом.

Гормоны Контрольная группа, n=10 Опытная группа, n=8 P

ТТГ, м МЕ/л

оТ4, нмоль/л

оТ3, нмоль/л 1,11±0,105 76,6±3,33 3,11±0,19 1,98±0,116 61,9±3,30 1,8±0,15 <0,01 <0,05 <0,01

Экспериментальный гипотиреоз вызывал у животных изменения структуры тканей зуба и пародонта. У контрольной группы крыс определялась типичная структура поддерживающего аппарата зуба (рис.1) Бесклеточный цемент покрывает поверхность края зуба в виде тонкого слоя и состоит из обезиствленного межклеточного вещества. В него внедряются волокна периодонтальной связки. Другим концом коллагеновые пучки, заполняющие периодонтальную щель, входят в альвеолярную кость. Между толстыми пучками периодонтальной связки располагается рыхлая соединительная ткань с кровеносными сосудами и нервными окончаниями. Пульпа характеризуется обилием кровеносных сосудов (рис. 2), образована рыхлой соединительной тканью. Её периферический слой содержит одонтобласты, тесно контактирующие между собой и располагающиеся в несколько рядов. С апикального конца одонтобластов отходят отростки, проникающие в дентинные канальцы. В дентине зуба имеются дентинные трубочки, идущие радиально, обуславливая её исчерченность.

У животных с гипотиреозом определенных изменений в эмале зубов не обнаруживались. Изменения наблюдались в расположении одонтобластов (рис.3). Ядра одонтобластов частично внедрены в дентинные канальцы, которые в начальных отделах около пульпы несколько расширены. Ядра клеток вытянутой формы и располагаются на различной глубине. Такие явления характерны для развития деструктивных процессов, которые обнаруживаются и в отдельных участках дентина (рис. 4). Структурным изменениям подвержен и поддерживающий аппарат зуба, особенно в местах прикрепления периодонтальной связки. Эти участки корня зуба и поверхности зубной альвеолы проявляют резкую базофильность, достигающую значительной толщины и плотности по окрашиваемости (рис. 5) и характеризующую нарушения метаболизма пародонта. Для отдельных участков костной структуры, особенно нижней челюсти, также характерны послойные зоны минерализации зубной альвеолы. Значительным деструктивным процессам подвергается пульпа зуба, в основном в местах многорядного расположения одонтобластов и

участки предентина. Зоны разрушения предентина нередко достигают значительных размеров, деструкция и деминерализация прилегающего дентина охватывают зону с образованием полостей с неровными краями и большой ширины, заполненных тканевой жидкостью (рис.6).

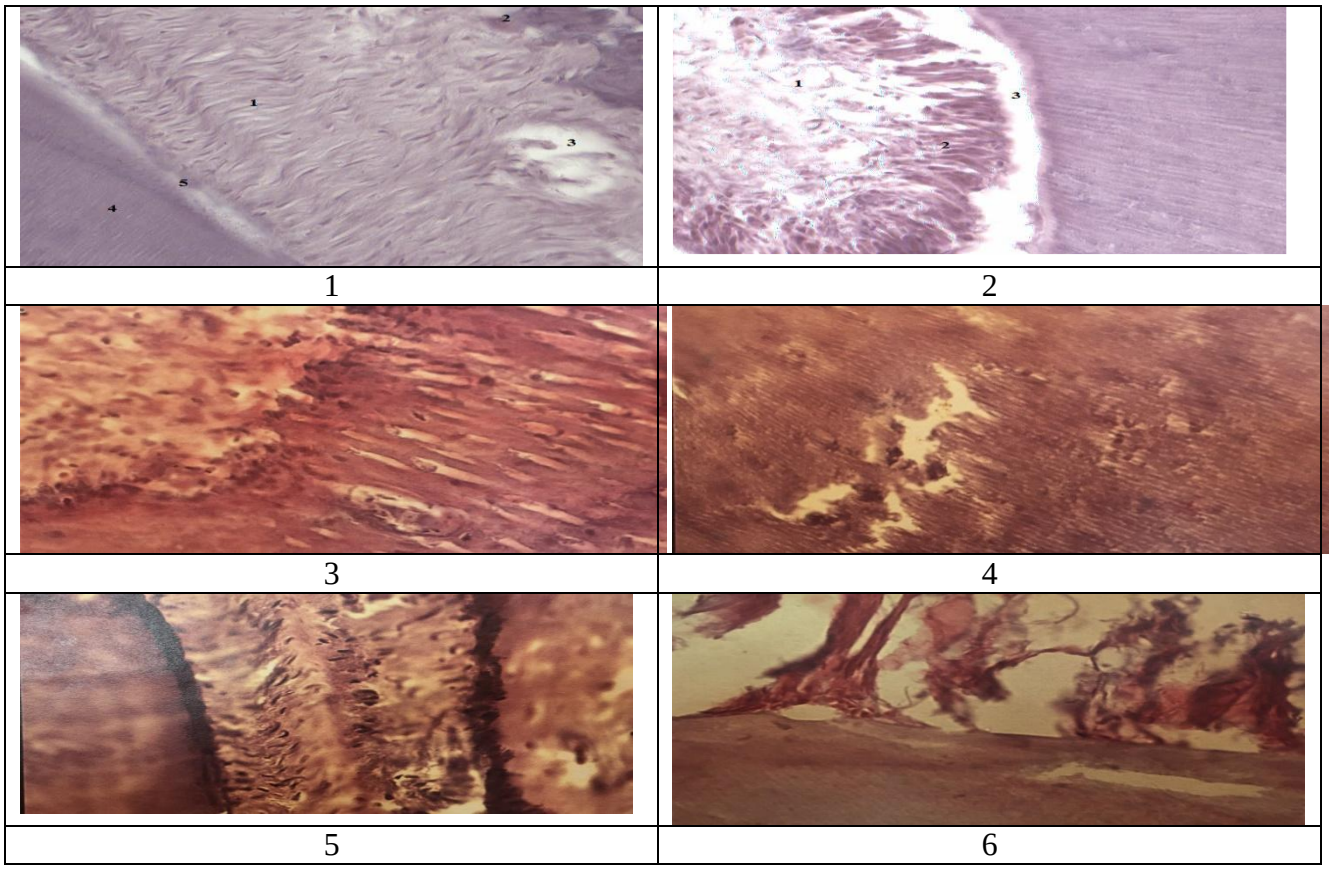


Рисунок. Гистологическая структура тканей зуба и пародонта. Окраска гематоксилин-эозин. Микрофото: окуляр 10, объектив 40.

1 - Компоненты поддерживающего аппарата зуба (1 – периодонтальная связка, 2 – альвеолярная кость, 3 – кровеносный сосуд), дентин (4) и цемент (5) контрольной группы животных.

2 - Пульпа (1), одонтобласты (2), предентин (3) и дентинные трубочки зуба нижней челюсти крысы контрольной группы.

3 - Ядра одонтобластов в дентинных канальцах зуба крысы при гипотиреозе.

4 - Деминерализация дентина зуба крысы при гипотиреозе.

5 - Выраженная базофильная зона корня зуба и поверхности зубной альвеолы крысы при гипотиреозе.

6 - Вакуолизация одонтобластов пульпы зуба крысы при гипотиреозе.

Заключение.

Моделирование гипотиреоза путем внутрижелудочного ежедневного введения мерказолила в течение 21 суток из расчета 2,5 мг/100 мг массы животного у крыс вызывает гипотиреоз с характерным изменением гипофизарно-тиреоидного статуса – повышением уровня тиреотропина, снижением тироксина трийодтиронина. Экспериментальный гипотиреоз приводит к изменениям гистологической структуры дентина, предентина, пульпы зуба, периодонтальной связки и альвеолярной костной ткани, характерным для нарушений их метаболизма.

Литература.

1. Балаболкин М.И. Фундаментальная и клиническая тиреодология/ М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанов, В.М. Креминская. – М.: Медицина, 2007. – 816с.
2. Беляков Ю.А. Наследственные болезни и синдромы в стоматологической практике /Ю.А. Беляков/. – М.: Медицина, 2008. – 238с.
3. Беляков Ю.А. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях: 2-е изд./ Ю.А. Беляков. – М.: БИНОМ, 2014. – 176с.
4. Козлов В.Н. Морфофункциональные изменения в щитовидной железе у белых крыс при моделировании тиреоидной патологии/ В.Н. Козлов// Ветеринарная медицина. – 2006. - №1. – с. 18-19.
5. Писаревский Ю.Л. Функциональное состояние щитовидной железы у лиц с патологией пародонта в условиях природного дефицита йода/ Ю.Л. Писаревский, А.Б. Сарафанова, И.Ю. Писаревский и др.// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2015. - №2(102). – с.149-152.
6. Patil D.S. Probable autoimmune causal relationship between periodontitis and Hoshimotos thyroiditis: a systematic review/ D.S. Patil, S. Patil, T.R. Guraraj// Niger. J. Pract. – 2011. – vol.14, №3. – P. 253-261.
7. Shalu Ch. Oral manifestation of thyroid disorder and its management. / Ch. Shalu, B.

УДК 616.314-089.87-06:616.716.4-089.844

А.В. Трохалин

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Е. Сельский

Кафедра стоматологии общей практики и челюстно-лицевой хирургии ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Уфа

Резюме: *В данном исследовании детально описаны и проанализированы особенности реконструкции дефектов нижней челюсти с использованием аллогенных трансплантатов серии АллоплантÒ с последующей дентальной имплантацией. Из 96 пациентов перенесших аллогенную трансплантацию у 14 (14,6%) пациентов трансплантат был удален вследствие нагноения. Ассимиляция трансплантатов на основании данных рентгенологических, клинических и морфологических составляет в среднем от 1 до 2 лет.*

Ключевые слова: *резекция нижней челюсти, реконструкция нижней челюсти, аллогенные трансплантаты, аллопласт.*

A.V. Trokhalin

COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS AFTER MANDIBLECTOMY

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, DDS, Full professor N.E. Selsky,

Department of General Dentistry and Maxillofacial Surgery,

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *The study described in detail and analyzed the characteristics of the mandible reconstruction of defects with allogeneic transplants using AlloplantÒ. Some patients Implants were placed in the bone tissue formed at the site allograft. Of the 96 patients undergoing allogeneic transplantation in 14 patients (14.6%) the graft was removed due to suppuration. Timeframe assimilation of bone allografts on the basis for the X-ray, clinical data and morphological analysis showed 1-2 years.*

Keywords: *Mandiblectomy, mandibular reconstruction, allogenic grafts , alloplant.*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Реконструкция дефектов нижней челюсти различной этиологии с последующим протезированием и восстановлением жевательной функции - актуальная и востребованная проблема современной челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

У больных с дефектами нижней челюсти формируются сложные условия для проведения стоматологической реабилитации. Основной трудностью является фиксация протеза и сохранение оставшихся зубов. Чем больше костный дефект и меньше оставшихся зубов, тем труднее решить эту задачу [1,2,3,4]. По данным ряда исследований от 30 до 62 % больных после остеопластики на нижней челюсти не могут пользоваться съемными видами зубных протезов [5,6,7]. По данным ВОЗ 100 % пациентов, имеющих дефекты челюстей, нуждаются в протетическом лечении [8]. Henning Schliephake с соавторами в 1995 г. доказал, что показатели качества жизни больных с дефектами нижней челюсти и больных, которым устранили этот изъян, не имеют достоверной разницы, если не было проведено протезирование зубов [9]. Анализируя научную информацию отечественных и зарубежных исследователей, становится очевидным, что вопросы аллогенной трансплантации крайне мало освящены и требуют дальнейших исследований во всех аспектах.

ЦЕЛЬ: повышение эффективности комплексной реабилитации пациентов с дефектами нижней челюсти с использованием методики реконструкции нижней челюсти трансплантатом из ортотопической аллогенной костной ткани серии Аллоплант и последующей дентальной имплантацией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Данные, приведенные в статье, явились результатом исследования отдаленных результатов реконструктивных операций на нижней челюсти с применением аллогенных ортотопических и гетеротопических костных трансплантатов серии «Аллоплант». Нами был проведен анализ лечения 96 пациентов, которым выполнена первичная (n=88) и вторичная (n=8) реконструкция нижней челюсти. С целью ортопедической реабилитации части (n=29) пациентам (30,2%) проведена установка 84 дентальных имплантатов в регенерат на месте аллогенного трансплантата в срок от 12 месяцев до 17 лет с последующим изготовлением несъемных или условно-съемных протезов. Одному пациенту имплантат установлен одномоментно на этапе реконструкции нижней челюсти.

Возраст пациентов составлял от 6 до 50 лет, дети составляли 38 человек, взрослые (от 18 до 60 лет) 58 человек. В 90 случаях дефекты челюстей возникали после ее резекции по поводу доброкачественного новообразования (амелобластома, остеобластокластома, амелобластическая фиброма), в 6 случаях дефекты получены в результате травмы. Из общего числа пациентов у 50 человек (52%) дефекты челюсти располагались в секторе L, у 36 человек (38%) в секторе H, у 10 человек (10%) в секторе C по класификации Jewer. Остеотомия всегда выполнялась с сохранением слизистой оболочки, надкостницы и кожи.

На основании данных лучевых методов исследования была изучена продолжительность ассимиляции аллогенного костного трансплантат в группах H и L. Степень потери жевательной эффективности у пациентов после резекции нижней челюсти рассчитывалась по методике Н.И. Агапова. Всем пациентам (n=29) на этапе установки дентальных имплантатов в регенерат на месте аллогенного костного трансплантата серии «Аллоплант», а также при проведении повторных хирургических манипуляций производилась биопсия костной ткани для морфологического исследования. Через 6 месяцев после установки дентальных имплантатов во время установки формирователей десны проводилась периотестометрия – для определения степени интеграции имплантатов при помощи прибора Periotest. Статистический анализ данных выполнен с использованием пакета программ STATISTICA ver. 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Из 96 пациентов перенесших аллогенную трансплантацию у 14 (14,6%) пациентов трансплантат был удален вследствие нагноения. В структуре отрицательных результатов 6 случаев (6,3%) составили вторичные реконструктивные операции, 8 случаев (8,3%) составили операции во фронтальном отделе нижней челюсти. Таким образом, частота неудач во фронтальном отделе составляет 80 %. Функция нижней челюсти восстановлена у 82 пациентов (85,4%).

Исследование биоптатов через 2-17 лет после операции показало, что на месте костного аллотрансплантата формируется компактная пластинчатая кость с костными каналами, в которых обнаруживаются сосуды.

На ортопантомограммах (ОПТГ) выполненных через 12 месяцев и более после реконструкции нижней челюсти остеоперфорации отсутствуют полностью. Рентгенологическая картина регенерата на месте аллогенного трансплантата соответствует по структуре окружающей костной ткани собственной челюсти. Спустя 24 месяца можно визуализировать новообразованный регенерат на месте аллогенного трансплантата, который не имеет четкой границы с костными структурами собственной челюсти (табл. 1).

Срок ассимиляции трансплантата в мес. Сроки полной консолидации трансплантата с собственной челюстью в мес.

Начало Завершение Начало Завершение

Средняя

величина для

групп H и L 1,4±0,22 13,2±2,63 2,0±0,4 16,8±3,94

Таблица 1. Сроки ассимиляции трансплантата и сроки консолидации трансплантата с собственной челюстью.

При препарировании ложа дентального имплантата в регенерате на месте аллогенных костных трансплантатов наблюдается интраоссальное кровотечение из костного ложа уже через 12 месяцев после реконструкции нижней челюсти. Данный факт указывает на интроосальную васкуляризацию регенерата, а также подтверждает рентгенологические изменения в регенерате и указывает на замещение аллогенных трансплантататов.

Результаты проведенного исследования потери жевательной эффективности по Н.И. Агапову, выполненному на этапе планирования установки дентальных имплантатов показали следующие результаты: наибольшая утрата жевательной эффективности наблюдается в группе L (40%) и H (37%) (табл. 2).

Локализация остеотомии по Jewer. Показатель потери жевательной эффективности по Н.И. Агапову в %. Показатель восстановления жевательной эффективности % восстановления жевательной эффективности до после достоверность разницы (t критерий) протезирования
H 37,17±1,6 5,52±0,92 17,15 31,66±1,62 94,48±0,92
L 40,15±1,56 7,04±0,88 18,5 33,11±1,48 92,96±0,88

Таблица 2. Показатели жевательной эффективности по Н.И. Агапову до и после протезирования в зависимости от локализации дефекта челюсти.

После установки дентальных имплантатов и изготовлении протезов с опорой на имплантаты наблюдается снижение показателя потери жевательной эффективности в группе H до 5,52±0,92, группе L до 7,04±0,88. В целом, степень восстановления жевательной эффективности у пациентов всех групп составляет 93,75±0,65 %.

Результаты периотестометрии имплантатов установленных в сроки от 12 месяцев до 17 лет после реконструкции нижней челюсти представлены в таблице 3. Установка формирователей десны производилась спустя 6 мес. после операции установки дентальных имплантатов.

Средний показатель периотестометрии во всех группах равен -4,7±0,09.

Количество месяцев, после реконструктивной операции 6 12-36 37-72 73 и более
Количество имплантатов 1 19 25 39
Количество человек 1 7 8 13
Показатель периотеста -4 - 4,39±0,39 - 4,79±0,44 - 4,8±0,33

Таблица 3. Показатели периотестометрии в зависимости от сроков установки дентальных имплантатов в регенерат на месте аллогенного трансплантата.

Корреляционно-регрессионный анализ групп сравнения («12-36», «37-72», «73 и более») показал, что нет достоверной зависимости показателя периотестометрии от срока давности аллогенной трансплантации, если это срок составляет 12 месяцев и более.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ.

Аллогенная трансплантация – метод выбора в реабилитации пациентов с дефектами нижней челюсти в боковых отделах, который обеспечивает положительный исход лечения у 85,4% пациентов при поднадкостничной резекции по поводу доброкачественных новообразований, в особенности у детей и позволяет безпрепятственно произвести установку дентальных имплантатов для последующей ортопедической реабилитации с восстановлением жевательной эффективности на 93,75±0,65 %.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Асташина Н. Б. Комплексное лечение и реабилитация пациентов с приобретенными дефектами челюстей. Экспериментально клиническое исследование: автореф. дис. … д-ра мед. наук / Н.Б. Асташина. - Пермь, 2009 – 3 с.

2. Грачев И.Ф. Оптимизация планирования ортопедической стоматологической помощи больным с челюстно-лицевыми дефектами в современных условиях (на примере Орловской обл.): автореф. дис. … д-ра мед. наук / И.Ф. Грачев. - Пермь, 2009 – 3 с.

3. Особенности конструирования и применения сложночелюстных протезов после резекции челюстей / С.И. Абакаров [и др.].- М., 2001.-27с.

4. Жулев Е.Н. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология: Пособие для врачей. / Е.Н. Жулев, С.Д. Арутюнов, И.Ю. Лебеденко // М.: ООО «Медицинское информационное агенство». - 2008. – С. 78 -72

5. Kaneko R. Reconstruction of the mandible by distraction osteogenesis after cyst and cancer operation: report of three cases / R. Kaneko, Hi Fukuhara // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. - 2003. - Vol. 32. - Suppl. 1.- P. 72-74.

6. Cieslik-Bielecka A. Deproteinized bovine bone in reconstruction of osseous defects / A. Cieslik-Bielecka, T. Cieslik // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. - 2003. - Vol. 32. - Suppl. 1. - P. 115-116.

7. Железный С. П. Ортопедическая реабилитация больных после остеопластических операций на челюстях: М., 2011. – С. 3-17. 8. Hobdell M. Goals for oral health 2020 / M. Hobdell, P.E. Peterse, J. Clarkson, N. Johnson // Int. Dent. J. - 2003 - 53(5) – P. 285-288. 9. Schliephake H. Prospective study of the quality of life of cancer patients after intraoral tumor surgery / H. Schliephake, K. Rüffert, T. Schneller //. J Oral Maxillofac Surg. - 1996 - 54(6) – P.

УДК 14.04.14

Шарафутдинова А. А.

СОМАТИЧЕСКИЙ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ И ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РЕГИОНЕ.

Научный руководитель: д.м.н., проф.,Чуйкин С. В.
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Комплексная оценка соматического статуса и состояния полости рта детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (воспитанников детского дома), проживающих в неблагоприятных экологических условия.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, факторы риска, эпидемиология, экологическая ситуация, промышленные токсиканты

Sharafutdinova A. A.

SOMATIC AND DENTAL STATUS OF CHILDREN WHO FIND THEMSELVES IN A DIFFICULT LIFE SITUATION AND LIVING IN AN ENVIRONMENTALLY UNFAVORABLE REGION.

SPh. D. in Medical, Full professor Chuikin S.V.
Department of pediatric dentistry and orthodontics with a course of EITI., Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *A comprehensive assessment of the physical status and the state of the oral cavity of children who find themselves in a difficult life situation (pupils of an orphanage) living in adverse environmental conditions.*

Keywords: *dental anomalies, risk factors, epidemiology, ecological situation , industrial toxicants*

Актуальность:

Сохраняется острота проблемы состояния здоровья детей, воспитывающихся в домах ребенка, поскольку число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, продолжает увеличиваться [А.Г. Ильин, 2005;С.Р. Конова, 2008,С.Р. Ронова 2008]. Здоровье

детей является самым чувствительным показателем, отражающим экологические благополучие окружающей среды [2,3,4]. В экологически неблагоприятных регионах регистрируется высокая заболеваемость, прежде всего детского населения [1,7]. Неблагоприятная экологическая обстановка влияет на формирования зубочелюстной системы, увеличивает частоту зубочелюстных аномалий, распространенность и интенсивность кариеса, заболевания пародонта и общесоматических заболеваний у детей [5]. Соматическое и стоматологическое здоровье детей зависит от общего состояния организма, поведения и привычек ребенка, состояния окружающей среды [9].

Анализ литературных сведений о проведении эпидемических исследований по изучению состояния здоровья детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах и оценки здоровья детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, однако отсутствуют данные о стоматологическом здоровье детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, подвергающихся влиянию экотоксикантов [5,7].

Цель исследования:

Целью настоящего исследования явилась комплексная оценка соматического статуса и состояния полости рта детей, воспитывающихся в детском доме села Большой Куганак, Стерлитамакского района Республики Башкортостан (в экологически неблагополучном районе).

Материалы и методы исследования:

Изучения загрязненности атмосферного воздуха в промышленном районе показало, что выбросы химических веществ в атмосферный воздух составляет более 80% поступления вредных веществ от стационарных источников города. Опасность конкретных неспецифических и специфических продуктов, которые патогенетически могут оказывать действие на организм людей, в частности детей, не достаточно изучена [6,8,10].

Таблица 1. Валовый объем выбросов за 2009-2013 года.

Предприятия	2009	2010	2011	2012	2013
ЗАО "Каучук"/					
ОАО "Синтез-Каучук"	1,741	3,678	3,151	3,359	4,918
ОАО "Каустик"	1,432	1,107	1,016	0,968	1,033
ОАО "Сода"	41,946	42,362	41,968	40,396	36,843
Другие предприятия	9,973	8,824	10,99	9,07	12,957

Итого 62,5 59,6 61,5 57,4 59,0

Под наблюдением находилось 70 детей в возрасте 7-16 лет детского дома села Б. Куганак. Проводилось комплексное обследование детей, а именно физического развития, измерение артериального давления, физикальное исследование. Осмотр полости рта включал оценку состояния зубов (по индексам кп и КПУ), пародонта (по индексу CPI), характеру прикрепление уздечек верхней и нижней губ, языка, состояние прикуса.

Результаты исследования:

У большинства детей параметры физического развития соответствовали средним возрастным показателям (10-90 центелей). У 12 (17,2%) детей физическое развитие было ниже среднего (3-10 центилей). Весо-ростовой показатели у всех детей были в пределах норма, и их сигмальные отклонения не превышали +- 1сигмы. Нарушение осанки наблюдалось у 14 (20,0%) детей, у 4 из них имелся сколиоз 1-2 степени, у 2- вдавление в области грудины («воронкообразная грудь»). Нарушение костно-мышечной системы у детей сочеталось изменениями со стороны полости рта (зубочелюстные аномалии, аномалии прикрепления мягких тканей).

У 52 (74,3%) детей артериальное давление было в пределах возрастной нормы, у 16 (22,8%) имелась артериальная гипотония, у 2 (2,9%) – склонность к артериальной гипертензии. Заболевания желудочно-кишечного тракта были выявлены у 38 (54,3%) детей, у 16 из них имелась дискинезия желчевыводящих путей, у 22- гастродуоденит. У всех детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта выявлялся кариес, заболевания тканей пародонта.

Оценка состояния полости рта у детей в период сменного прикуса (7-11 лет) свидетельствует о том, что распространенность кариеса постоянных зубов составляет 17,6%, интенсивность поражения по индексу КПУ – 0,3.Распроостраненность кариеса временных зубов составил 87,1%, индекс кп был равен 4,9. Частота зубочелюстных аномалий равен 70,6%, у 41,2% обследованных выявлены аномалии прикрепления мягких тканей, заболевания пародонта у 23,5% детей (короткая уздечка верхней и нижней челюстей, мелкое преддверие полости рта).

С возрастом отмечается рост распространенности и интенсивности кариеса постоянных зубов и болезней пародонта. В период постоянного прикуса (12-16 лет), у 72,2% обследованных выявлены постоянные зубы пораженные кариесом, интенсивность по индексу КПУ – 3,1. Заболевания пародонта диагностированы у 66,6% обследованных. Распространенность зубочелюстных аномалий составило 72,2%, аномалий прикрепления

мягких тканей – 27,7%. Системная гипоплазия эмали выявлена у 27,7% обследованных подростков.

Выводы:

Дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, проживающие в Куганакском детском доме, экологически неблагополучном районе Республики Башкортостан. Значительные отклонения соматического и психо-эмоционального состояния, нравственного воспитания детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, создают особые условия, при которых общепринятые меры лечения и профилактики должны в значительной степени быть адаптированы к данной категории детей. Дети, попавшие в трудную жизненную ситуацию, лишены опыта основ гигиенического воспитания в семье, правильного (рационального) питания и ухода за полостью рта.

На сегодняшний день уделяется недостаточно внимания профилактике стоматологических заболеваний у детей данной категории. Жизненная ситуация и соматический статус, неблагоприятная экологическая обстановка диктуют необходимость поиска новых решений в этой проблемы. Разработка и применение профилактических средств должны быть направлены на улучшение состояния здоровья полости рта и жизни в целом, детей воспитывающихся вне семьи.

Список литературы:

1. Балберова О.В., Мурзагалин Т.Ш., Никитина О.А. Медико-демографические аспекты общественного здоровья населения г. Стерлитамак, Республики Башкортостан // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2016. №1.

2. Вельтищев Ю.Е « Экологически детерминированная патология детского возраста» // Российский вестник перинатология и педиатрия.1996. № 3. С.5-12.

3. Горбанев В.А. «Постиндустриализация и устойчивое развитие » // Проблемы региональной экологии.2010. №3.С66-69.

4. Каганов С.Ю. «Проблема экологически обусловленных болезней легких у детей» // Российский вестник перинатология и педиатрия. 1996. № 4. С.9-13.

5. Кочурова Л. В., Елисеев Владимирович Александрович «Множественность заболеваний у детей, проживающих в экологически неблагополучных регионах» Сибири // Экология человека. 2011. №11.

6. Лучинина Л.А. Гарифуллина И.И. «Оценка воздействия промышленных объектов Стерлитамака на состояние атмосферного воздуха» УГНТУ (Филиал ФГБОУ ВПО УГНТУ в г Стерлитамаке, кафедра «Экология и рациональное природопользование»)

7. Ножнинова О.В. «Состояние здоровья и организация медико-социальной помощи детям-сиротам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации» // дисс.раб.2009. М.
8. Чуйкин С.В., Аверьянов С.В. «Факторы риска развития зубочелюстных аномалий у детей, проживающих в городе Стерлитамаке» // Медицинский вестник Башкортостана. 2009. Т. 4. № № 2. С. 74-76.
9. Чуйкин С.В., Аверьянов С.В. «Распространенность зубочелюстных аномалий и факторы риска их развития у детей, проживающих в регионе с развитой нефтехимической промышленностью» // Ортодонтия. 2007. № 4.
10. Чуйкин С.В., Давлетшин Н.А., и др. «Эпидемиология, клинико-анатомические формы врожденной расщелины верхней губы и неба» //В сборнике: Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. Материалы V Всероссийской научно - практической конференции. 2016. С. 287-293.

УДК: 616.314.1:577.175.44(470.57)

Юнусов Р.Р., Ганеев Т.И.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТИРЕОЗОМ В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ.

Кафедра ортопедической стоматологии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Профессор д.м.н. Маннанова Флора Фатыховна

Резюме: Изучено состояние полости рта у 102 пациентов, проживающих в йододефицитном регионе Башкортостана и его связь с тиреоидным статусом и уровнем йодурии. Показано, что при недостаточности или отсутствии йодной профилактики в регионе с природной йодной недостаточностью, как и при избыточном употреблении йода выявляется резкое ухудшение показателей стоматологического здоровья.

Ключевые слова: йододефицит, гипотиреоз, йодурия.

Yunusov R. R., Ganeev T. I.

Dental status of patients with hyperthyroidism in the iodine deficiency region.

Department of prosthetic dentistry, Bashkir state medical University, Ufa

The professor dmn. Mannanova Flora Fatykhovna

Summary: the state of the oral cavity in 102 patients residing in iodine-deficient region of Bashkortostan and its relationship with thyroid status and level of urine iodine content in. It is shown that in case of insufficiency or absence of iodine prophylaxis in the region with natural iodine deficiency as the excessive use of iodine revealed a sharp deterioration in dental health.

Key words: iodine deficiency, hypothyroidism, urinary iodine.

Результаты масштабных эпидемиологических исследований показывают, что среднее потребление йода жителями ряда регионов России колеблется от 40 мкг до 80 мкг в день при норме 150-200 мкг, а зоб наблюдается у 5,6 - 38 % населения [6]. Дефицит йода приводит к нарушению функции щитовидной железы и развитию целого ряда состояний, объединённых термином йододефицитные заболевания [2]. Республика Башкортостан является регионом с природным дефицитом йода, на территории которого население подвергается риску развития йододефицитных заболеваний [7,9].

При дефиците йода обнаруживаются значительные изменения зубочелюстной системы. Йододефицитный гипотиреоз сочетается с большой распространенностью, чем у лиц с

физиологической функции щитовидной железы, кариеса с высокой интенсивностью поражения зубов, значительной частотой развития аномалий окклюзии, гипоплазии эмали, пародонтита [8,10]. Вопросы взаимосвязи развития заболеваний пародонта с йододефицитными состояниями, совершенствования методов профилактики и лечения патологии зубочелюстной системы у пациентов на фоне йододефицитных заболеваний остаются актуальными.

Цель работы. Оценить состояние полости рта взрослого населения в йододефицитном регионе Республики Башкортостан.

Материал и методы. В работе представлены результаты обследования 102 пациенток в возрасте от 25 до 65 лет в йододефицитном регионе (Ишимбайский район) Башкортостана. У пациентов в сыворотке крови определяли содержание тиреотропного гормона (ТТГ), общих тироксина (оТ4) и трийодтиронина (оТ3), антител к тиреопероксидазе методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с использование наборов реагентов ЗАО “Вектор Бест” на анализаторе “Униплан” (Россия) согласно прилагаемым инструкциям производителя. В моче изучали концентрацию йода церий - арсенестым кинетическим методом (набор реагентов “Merck”, Германия). Объем щитовидной железы определяли методом УЗИ (аппарат “Sono Scape”) с датчиком 5, 0 МГц.

Стоматологическое обследование проводили по традиционной схеме на основе рекомендаций ВОЗ (1990). Для оценки интенсивность поражения кариесом зубочелюстной системы использовали индекс КПУ (К – количество зубов поражённых кариесом, П – количество пломбированных зубов, У – количество удалённых зубов), а так же учитывали количество зубов покрытых искусственными коронками. При необходимости проводили рентгенологическое исследование – ортопантомографию, объемную томографию.

Статистическую обработку результатов работы произвели с использованием пакета программ Statistica 6.0 for Windows с расчётом медианы, верхнего и нижнего квартилей. Значимость межгрупповых различий оценивали по И - критерию Манна-Уитни с поправкой Бонферрони.

Результаты и обсуждение. Медиана йодурии в порционной моче у обследованных женщин составила 86 ±13, 4 мкг/л с колебаниями от 16 мкг/л до более 300 мкг/л. У 17,6% пациенток йодурия составила ниже 20 мкг/л, что, согласно критериям йодный обеспеченности населения [6] свидетельствует о наличии тяжелого дефицита йода. Йодурия в интервале 20-49 мкг/л характеризует дефицит йода средний тяжести. Он был выявлен у 11, 8% обследованных. Лёгкий дефицит йода (йодурия в интервале 50 - 99 мкг/л) был установлен у 19, 6% пациенток. Следовательно, в 49% случаев у обследованных женщин был выявлен

йододефицит разной степени выраженности. Определение концентрации йода в моче показало йодурию более 300 мкг/л у 21, 6% обследуемых. Столь избыточное потребление йода отражает риск развития неблагоприятных последствий для здоровья - развитие йодиндуцированного гипотиреоза, аутоиммунных заболеваний щитовидной железы [6]. Практически у всех этих лиц обнаружилось повышение содержания антител к тиреопероксидазе (300 МЕ/ мл), достигавшее в отдельных случаях значительных величин. Среди обследованных пациенток увеличение объёма щитовидной железы наблюдалось у 27,5%. Повышение содержания в сыворотке крови ТТГ более верхней границы физиологического уровня (0,4 - 4, 24 МЕ/л) выявилось у 29,4%. Концентрация йодированных гормонов щитовидной железы в среднем не выходила за пределы референсных значений, лишь в 3, 9% случаев содержание оТ4 и в 5,9% случаев уровень оТ3 была ниже референсного уровня.

При сравнение групп с различным уровнем: низкий, физиологический, повышенный уровень йодурии, с учётом покрытия зубов коронками показатели статистически достоверно выше в группах повышенной (17,6(КПУ) + 2,91 (К) = 20,51) и пониженной (13,0(КПУ) + 4,0 (К) = 17,0) йодурии, по сравнению с физиологическим уровнем йодурии (12,0(КПУ) + 2,31 (К) = 14,31). Различия уровня признака в сравниваемых группах статистически не значимы. Парный t – критерий Стьюдента при данном числе степеней свободы составляет 4,303, что является изменением признака статистически значимым ($p< 0,05$).

О частой коморбидности нарушений функции щитовидной железы с заболеваниями полости рта (гингивитами, пародонтитами, кориесом, изменением костной ткани альвеол со снижением высоты межзубных перегородок) сообщают и другие авторы [3,4]. Повышения индекса КПУ, по всей вероятности, связано с нарушением при гипотиреозе функции слюнных желёз с увеличением вязкости слюны, приводящей к снижению самоочищения ротовой полости [1]. Более того, по данным некоторых авторов [5], значения пародонтального индекса Расселя (Р1) и индекса КПУ у пациентов отражает выраженность гипотиреоза. Изменения зубочелюстной системы при гипотиреозе у взрослых могут проявляться также патологической резорбцией корней постоянных зубов, остеопорозом челюстных костей, реже облитерацией полости зуба и корневых каналов [4].

Заключение. Таким образом дефицит йода с развитием гипофункции щитовидной железы способствует развитию патологии зубочелюстной системы, проявляющегося статистически значимым повышением индекса КПУ . Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки алгоритма профилактики и лечения стоматологических

пациентов, проживающих в йододефицитном регионе с учетом функционального состояния щитовидной железы.

Список литературы.

1. Асиятилов Г.А. Заболевания слюнных желёз при поражении щитовидной железы: автореф. дисс…канд.мед.наук. – М., 2009. – 24 с.
2. Балаболкин М.И. Фундаментальная и клиническая тиреодология /М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанов, В.М. Креминская. –М.: Медицина, 2007.- 816 с.
3. Белая Ж.Е., Современное представление о действие тиреоидных гормонов и тиреотропного гормона на костную ткань / Ж.Е. Белая, Л.Я. Рожинская, Г.А. Мельниченко // Проблемы эндокринологии. – Т. 52, № 2. – С. 48 – 53.
4. Беляков Ю.А. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях 2 – е изд. / Ю.А. Беляков – М.: БИНОМ, 2014. – 176 с.
5. Павлова Т.В., Клинические наблюдения и анализ стоматологического статуса пациентов с заболеваниями щитовидной железы/ Т.В. Павлова, Э.К. Пешков, Д.А. Колесников // Фундаментальные исследования. – 2012. - № 4. – С. 97 – 100.
6. Платонова Н.М. Йодный дефицит: решение проблем в мире и России (25 – летний опыт)/ Н.М. Платонов, Е.А. Трошин// Consilium medicum. – 2015. – т.17, № 4. – с. 44 – 50.
7. Степанова Е.М. Оценка эффективности йодной профилактики в г. Уфа / Е.М. Степанова, Т.В. Моругова, Д.Ш. Авзалетдинова, С.А. Денисова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2016. – т 11, № 6. – с. 71 – 75.
8. Сутаева Т.Р. Клинические и лечебно-профилактические особенности пародонтита у больных с функциональными нарушениями щитовидной железы : автореф. дис.. канд. мед. наук.-М., 2010.-23с.
9. Фархутдинова Л.М. Зод как медико- геологическая проблема (на примере Республики Башкортостан). –Уфа : Гилем , 2005.-232с.
10. Шнейдер О.Т. Заболевания пародонта при гипофункции щитовидной железы / О.Т. Шнейдер // Стоматология. – 2002. - № 4. – с 55 – 57.

УДК 616.31-085

Исламов М.Н., Ризаханов М.А., Гафуров К.А.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В СТОМАТОЛОГИИ

Научный руководитель: к.т.н., доцент Гафуров К.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Резюме: *в данной работе проводится исследование возможности и перспективы применения технологии виртуальной реальности в стоматологии, в частности при терапевтическом воздействии, которое вызывает у многих пациентов фобии и дискомфорт.*

Ключевые слова: *стоматология, виртуальная реальность, лечение*

Islamov M.N., Rizakhanov M.A., Gafurov K.A.

RESEARCH OF APPLICATION OF TECHNOLOGIES VIRTUAL REALITY IN DENTISTRY

Scientific adviser: candidate of technical sciences, associate professor Gafurov K.A.

FGBOU VO "Dagestan State Medical University"

Summary: *In this paper, we study the possibilities and prospects for using virtual reality technology in dentistry, in particular with therapeutic effects, which causes phobia and discomfort in many patients.*

Keywords: *stomatology, virtual reality, treatment*

Актуальность: Одним из современным достижений в мире медицинских технологий является разработка и внедрение очков виртуальной реальности. Такого рода технологии могут быть внедрены и в стоматологии, так как лечебные медицинские процедуры в стоматологии чрезвычайно болезненны и вызывают у пациентов фобии и страхи. Причину страха могут вызывать не только болевые ощущения, но и к раздражающим факторам можно отнести звуки, незнакомые инструменты непосредственно в полости рта, визуально не наблюдаемые. Для предотвращения подобных реакций на практике используются сильные обезболивающие препараты, что в свою очередь является нежелательным для организма человека. На протяжении длительного времени врачи находятся в поиске, немедикаментозных средств для уменьшения страха и степени страдания.

В связи с решением данной проблемы представляет интерес внедрение в стоматологическую терапию очков виртуальной реальности. Такого рода средства позволяют перенести человека в виртуальный мир и тем самым избавить от страхов в период лечения.

Цель исследования: выявить степень снижения стрессового состояния пациентов при проведении лечебных стоматологических процедур, за счет использования технологии виртуальной реальности.

Материалы и методы: в ходе исследований были использованы очки виртуальной реальности Samsung Gear VR2 S6. Благодаря суперсовременной технологии, они обеспечивают эффект погружения в виртуальную реальность. Для работы данных очков используется смартфон Samsung. На него можно установить программы, чтобы просматривать видео в высоком качестве, при этом угол обзора у них 96 градусов. Для исследования используются панорамные снимки и видеоролики с полем обзора в 360 градусов, путешествие по улочкам Рима, на океанском побережье и прочие релаксационные видео. В качестве измерителя пульса применяется модель датчика BCP-62 с современным форматом BlueTooth 4.0, голландской фирмой BBB. Для сохранения и анализа значений пульса применяется спортивное программное приложение RunKeeper.

Результаты и обсуждение: в ходе исследований были выделены несколько групп, в частности это мужчины от 20 до 35 лет и мужчины от 35 до 50 лет, женщины от 20 до 35 лет и женщины от 35 до 50 лет, а также дети от 8-17 лет. В основном применение средств виртуальной реальности проводятся при лечении кариеса и процедуре удаления нерва из корня зуба.

Заключение и выводы: Таким образом, исследования показали, как и в в других разделах медицины, применение методов виртуальной реальности позволяет снизить болевые стрессовые ощущения пациентов на 30-50%, что сопоставимо с действием сильных обезболивающих препаратов, более того метод не сопровождается побочным эффектом. Практическое использование предлагаемых технологий способствует значительному снижению процента людей, отказывающихся от своевременных стоматологических услуг по причинам страха.

Список литературы:

1. Дж. Линовес Виртуальная реальность в Unity: Пер. с англ.- М.: изд. «ДМК Пресс», 2016.- 316с.

2. Аболмасов Н.Н. Пропедевтика стоматологических заболеваний. М: изд. МЕДпресс-информ, 2015.- 784 с ил

УДК 616.71-018.716.4:616-02

А.Б-Г. Мякиев

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Научный руководитель – д.м.н., профессор М.Б. Убайдуллаев

Кафедра хирургической стоматологии

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

***Резюме**: В работе проведен анализ этиологических факторов травматического остеомиелита нижней челюсти (ТОНЧ). Показано, что важную роль в развитии травматического остеомиелита играют позднее оказание специализированной медицинской помощи, дефекты иммобилизации и фиксации отломков, неверная тактика по отношению к зубу в линии перелома. Немаловажное значение в этиопатогенезе травматического остеомиелита принадлежит хронической эндогенной интоксикации, вторичному иммунодефициту.*

***Ключевые слова:** травматический остеомиелит, нижняя челюсть, иммобилизация, хроническая эндогенная интоксикация, вторичный иммунодефицит.*

A.B-G. Myakiev

RETROSPECTIVEANALYSIS OF ETIOLOGICAL AGENTS OF TRAUMATIC MANDIBULAR OSTEOMYELITIS

Scientific supervisor – MD, Professor M. B. Ubaydullaev

Department of Surgical dentistry

Bashkir state medical University, Ufa

***Summary:** This article deals with etiological agents of traumatic mandibular osteomyelitis (TMO). It is shown that delayed specialised medical aid, fracture immobilization defects, incorrect approach to the tooth in a fracture line play an important role. Chronic endogenic intoxication, postprimaryimmunodefiency are of great significance in etiopathogenesis of TMO. Recommendations about prevention and treatment of TMO are proposed in this study.*

***Key words:** immunity, mandible fracture, traumatic mandibular osteomyelitis, chronic endogenic intoxication, postprimary immunodeficiency*

Актуальность: На сегодняшний день сохраняется тенденция к травматизму населения, в том числе к переломам нижней челюсти. Вследствие действия различных факторов могут

развиваться воспалительные осложнения. Особое внимание следует уделить травматическому остеомиелиту нижней челюсти. По данным разных авторов частота его возникновения среди всех осложнений составляет от 10% до 30% случаев[1.2.3.4].

Цель исследования: Провести анализ наиболее значимых этиологических факторов развития травматического остеомиелита нижней челюсти в современных условиях.

Материал и методы исследования.

Мною были изучены истории болезни 88 больных с переломами нижней челюсти и их осложнениями, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии на базе ГКБ №21 больницы г.Уфа за период с 2015 по 2016г.

Критериями включения в исследование служили:клинически установленный и рентгенологически подтвержденный диагноз «перелом нижней челюсти», «травматический остеомиелит нижней челюсти», согласие пациента на включение в исследование. Местная клиническая картина заболевания дополнялась данными рентгенографии челюстей и ортопантомографией (ОПТГ).

Результаты исследования и обсуждения.

При анализе историй болезни пациентов с периода 01.01.2015 по 01.12.2016 было установлено 88 случаев хронического травматического остеомиелита нижней челюсти. Возраст больных от 21 до 60 лет, средний возраст больных составил 38 лет, большинство пациентов от 29 до 48 лет (67%), среди них 70 (82%) мужчин и 16 (18%) женщин.

Остеомиелит нижней челюсти протекает с общими симптомами и локальными признаками: болью, ограничением открывания рта, подвижностью зубов, воспалительной инфильтрацией мягких тканей лица, образованием свищей, секвестров, абсцессов и флегмона

Болезнь появляется вследствие попадания инфекции через поврежденные мягкие ткани к открытой ране из одонтогенных источников[1].

Этиологией в развитии травматического остеомиелита являются такие микроорганизмы, как:

Ø золотистый стрептококк 56% случаев,

Ø ассоциации микробов 29%,

Ø b-гемолитический стрептококк 12 %,

Ø неидентифицированные микробы 3%

При переломах нижней челюсти существует ряд факторов, при наличии которых увеличивается вероятность развития травматического остеомиелита к ним относятся: несвоевременное обращение за медицинской помощью, некачественная иммобилизация костных отломков, наличие зубов в щели перелома[2].

По локализации процесса были собраны следующие данные хронического травматического остеомиелита нижней челюсти:

> в области угла нижней челюсти– 34 (39%),

> в области тела нижней челюсти– 33 (38%),

> подбородочного отдела – 9 (11%),

> в области ветви нижней челюсти – 10 (12%),

> в других отделах нижней челюсти– 3 (4%),

Данная статистика объясняется тем, что при переломах в области угла нижней челюсти со смещением происходит сдавливание сосудисто-нервного пучка, который проходит через нижнеальвеолярный канал, в результате этого происходит ухудшение трофики и образование некроза костной ткани, другим фактором является то, что при ударах или падениях происходит спазм жевательной группы мышц, из-за чего возникает усиленная нагрузка на кость в месте их прикрепления.

Настораживает тенденция к увеличению количества больных, обращающихся за врачебной помощью в поздние сроки после получения травмы. Так, только 16,3 % обращаются за медицинской помощью в 1-2-й день после травмы, 48,2 % обращаются лишь на 3-5-й день после травмы, 23,4 % — на 6-10-й день и остальные 12,1 % — на 11-27-й день после травмы [3.4]. Описанные случаи указывают на то, что свыше 30% пациентов поздно обратились за помощью при ПНЧ, возможно это связано с тем, что их первое поступление, связанное с переломом нижней челюсти, было в другом лечебно-профилактическом учреждении или же они решили обратиться за помощью только после ухудшения состояния с образованием флегмон или абсцессов.



Рис.1. Рентгенологическая картина хронического остеомиелита нижней челюсти слева в области угла нижней челюсти. В линии перелома определяется наличие зуба 3.8 который способствовал к развитию ТОНЧ.

Выводы.

1. Наиболее частыми факторами развития хронического травматического остеомиелита нижней челюсти являются: нарушение иммобилизации костных отломков, сохранение зуба в области перелома и несвоевременное обращение за медицинской помощью;

2. Наиболее частой локализацией ПНЧ приводящей к травматическому остеомиелиту является угол нижней челюсти –39%. Исследования показали, что ТОНЧ встречается чаще у мужчин - 82% случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безруков С.Г.; Роганов Г.Г. Профилактика травматического остеомиелита нижней челюсти //Вестник стоматологии. - 2012. - №4(81). - С. 67-71.

2. Долгова И.В. Профилактика травматического остеомиелита нижней челюсти //ГОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград. - 2013.

3. Ефимов Ю. В., Мухаев Х. Х., Долгова И. В., Ефимова Е. Ю., Иванов П. В. Инновационные технологии при лечении больных травматическим остеомиелитом нижней челюсти // Фундаментальные исследования. 2010. №11. - С.51-54.

4. Лепилин А.В., Бахтеева Г.Р., Ноздрачев В.Г., Шихов М.Ю., Рамазанов А.Х. Клинико-статистический анализ травматических повреждений челюстно-лицевой области и их

осложнений по материалам работы отделения челюстно-лицевой хирургии за 2008-2012 годы // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. №3. — С.425-428.
5. Фомичев Евгений Валентинович, Кирпичников М. В., Ярыгина Е. Н., Подольский В. В., Ефимова Е. В., Морозова Т. В. Современные особенности клинических проявлений одонтогенного и травматического остеомиелита нижней челюсти // Вестник ВолГМУ. 2013. №1 (45). - С. 7-11.

УДК статьи:616-079.64

Шапошников М.А.,Ле Т. Ч., Элибиев М-К.Р.

ПРИКУС КАК КОНЦЕПЦИЯ ТРЕТЬЕЙ ТОЧКИ ОПОРЫ

Научный руководитель - к.м.н. Лазарев. С. А.

Кафедра ортопедической стоматологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *при изучении окклюзии в различных функциональных состояниях было определено, что в положении относительной невесомости мышечная система использует окклюзию в качестве опоры для гашения энергии. При выполнении запредельных физических нагрузок окклюзия так же выступает в качестве опоры.*

Ключевые слова: *гнатология, окклюзия, концепция третьей точки опоры*

Shaposhnikov M.A., Le Th.Ch., Elibiev M-K.R.

OCCLUSION AS A THIRD MAINSTAY CONCEPT

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, S.A. Lazarev

Orthopedic dentistry department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *When studying occlusion in various functional states, it was determined that in the position of relative weightlessness, the muscular system uses occlusion as a support for extinguishing energy. When performing extreme physical exertion, occlusion also acts as a support.*

Keywords: *gnathology, occlusion, the third mainstay concept*

Актуальность: Одно из важных разделов ортопедической стоматологии является гнатология - наука о строении, взаимной работе и связи зубочелюстной системы. Основные положения данной науки были созданы в 1924г. доктором Беверли Макколамом, который предложил признанный стоматологами метод размещения нижнечелюстной оси. Им же было создано первое гнатологическое общество. Гнатология позволяет создать функционально более точный протез, который будет обеспечивать нормальную работу зубочелюстной системы без патологических воздействий. С улучшением качества жизни населения, пациентам стали нужны более удобные, более практичные протезы. В связи с этим стоматологи - ортопеды вывели аспекты гнатологии на первый план в своей практической деятельности, что нашло отражение в учебной программе в ВУЗах.

В России существует своя школа гнатологов, наиболее активно изучающие проблемы окклюзии с функциональной стороны нейромышечной стоматологии. Последователи школы

считают, что зубочелюстная система неразрывно связана с опорно-двигательным аппаратом человека, так называемая концепция «двух точек опоры», то есть для выполнения сбалансированных и скоординированных движении по перемещению тела в пространстве нужно иметь минимум две точки опоры. При отсутствии хотя бы одной выполнение физической работы, особенно тяжелой, становится трудным или невозможным так как положение тела становиться неустойчивым. Но существует так же и третья точка опоры - окклюзия, перенаправляющая энергию, снижающая действующие силы при выполнении тяжелой физической нагрузки.

Цель работы: изучение концепции третьей точки опоры при различных физических состояниях.

Задачи: изучение функциональной окклюзии при поднятии тяжести, пространственном положении тела.

Материалы и методы: в исследовании участвовали 10 мужчин со средним возрастом 18,9 ±0.5 лет.

Критерии включения:

* Наличие целостности зубного ряда
* Лица, занимающиеся силовыми видами спорта

Критерии невключения: нежелание участвовать в исследовании

С каждого испытуемого было снято 3 окклюзионных слепка:

* в положении центральной окклюзии (слепок №1)
* в состоянии относительной невесомости (прыжок) (слепок №2)
* во время поднятия груза. (слепок №3)

Методика проведения:

1) В положении функциональной окклюзии: испытуемому накладывается силиконовый ключ в полость рта, в последующим он прикусывает в положении функциональной окклюзии.

2) В состоянии относительной невесомости (прыжок): испытуемому накладывалось силиконовый ключ в полость рта, в последующем он спрыгивал со скамейки высотой 60 см.

3) Во время поднятия груза: испытуемому накладывается силиконовый ключ в полость рта, в последующем он поднимал груз массой 20 кг.

На полученных слепках отметили точки суперконтакта, которые нашли отражение в таблице 1.

Таблица 1

«Количество точки суперконтакта при различных физических состояниях»

Слепок «в положении функциональной окклюзии» Слепок « В состоянии относительной невесомости (прыжок)» Слепок « во время поднятия груза»

Испытуемый №1 21 6(6) 5(5)

Испытуемый №2 23 5(5) 9(9)

Испытуемый №3 30 30(30) 26(26)

Испытуемый №4 26 8(8) 8(8)

Испытуемый №5 19 13(13) 18(18)

Испытуемый №6 35 23(23) 8(8)

Испытуемый №7 30 7 (7) 10(10)

Испытуемый №8 25 3 (3) 2(2)

Испытуемый №9 29 26 (26) 3(3)

Испытуемый №10 22 19(19) 0(0)

В скобках обозначены количество совпадающих зон суперконтактов при различных состояниях и в положении центральной окклюзии.

(При расчете среднего возраста пациентов использовалась статистическая программа Statistica 6.0.)

Результаты и обсуждение: из полученной таблицы можно сделать заключение о том, что мышечная система испытуемых в состоянии относительной невесомости ищет опору, в связи с этим в качестве опоры становится окклюзия, благодаря которой организм сокращает рычаги действующей силы, в результате чего перенаправляется и гасится энергия, и не происходит травма опорно-двигательного аппарата. Количество точек суперконтакта во время поднятия груза меньше, чем при состоянии невесомости. Это свидетельствует о том, что во время поднятия груза исследуемые имеют точки опоры: поясница и ноги. И окклюзия включается только при поднятии запредельного груза.

Вывод: в состоянии относительной невесомости мышечная система выбирает в качестве опоры окклюзию для перенаправлении и гашения кинетической энергии падающего тела, чтобы предотвратить травму опорно-двигательного аппарата. При выполнении физических нагрузок мышечная система, имея опоры, не нуждается

дополнительно в ней. Поэтому окклюзия в качестве опоры выступает только при совершении сверхтяжелых нагрузок.

При ношении различных ортопедических конструкции пациентам нужно прошлифовать точки суперконтакта для предотвращения травмы не только зубочелюстного аппарата, но и протеза. Так стоматологи – ортопеды продлевают здоровье пациентов и срок службы конструкции.

Список интернет- источников

1. http://disamed.net/neyro-myshechnaya-stomatologiya.html: 2.
https://www.youtube.com/watch?v=01XaLApXxqk 3.
https://www.youtube.com/watch?v=y24ke0P81ig

УДК 616-006.04

В.С. Цыпленкова, З.Р. Галеева.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНЕЙ ПО ДАННЫМ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №21 ГОРОДА УФЫ.

Научный руководитель– к.м.н.,доцент З.Р. Галеева.
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО.
Башкирский государственный медицинский университет.г.Уфа.

***Резюме**: В статье рассмотрено развитие онкологической ситуации в городе Уфе, определена степень необходимости профилактических мероприятий по поводу злокачественных заболеваний челюстно- лицевой области, подчеркнута необходимость онконастороженности на приёме у врачей- стоматологов*

***Ключевые слова**: онкологическая ситуация в городе Уфе, онконастороженность среди врачей- стоматологов практического здравоохранения, профилактика возникновения и развития новообразований челюстно-лицевой области*

V.S.Tsyplenkova., Z. R. Galeeva

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF CASE HISTORIES ACCORDING TO THE STATE BUDGET INSTITUTION OF HEALTH OF THE REPUBLIC BASHKORTOSTAN CITY CLINICAL HOSPITAL NO. 21 OF UFA.

Scientific supervisor -. Associate Professor Z. R. Galeeva
Department of pediatric dentistry and orthodontics with a course of EITI.
Ufa.

***Abstract**: the article deals with the development of cancer situation in the city of Ufa, the degree of necessity of preventive measures for malignant diseases of the maxillofacial region, stressed the importance of the careless reception at the dentists*

***Keywords**: cancer situation in the city of Ufa,unconstrained among dentists, health care practice, prevention of occurrence and development of tumors of the maxillofacial region*

Онкологические заболевания представляют собой патологические процессы, которые сопровождаются образованием опухолей доброкачественного или злокачественного характера.

С каждым годом, количество онкологических пациентов неуклонно растёт.

По статистическим данным, в Республике Башкортостан ежегодно от рака умирает более шести тысяч человек:

Данные по онкозаболеваниям за последние 5 лет по Республике Башкортостан.

2006 год – на 100 000 человек заболеваемость была 272,3 чел.

2010 год – 279,5 человек.

Наблюдается некоторое снижение общей смертности от рака:

2006 год – 151,3 на 100 000 человек.

2010 году – 133.

Однако, в некоторых районах и городах наблюдается иная картина. Например:

г. Ишимбай – в 2006 г. заболеваемость была 202, 4, в 2010 г.- 293,1.

Смертность - 2006 г. – 143, 2010 г. – 152,4

г. Баймак – 2006 г. – 188,2, 2010 г. – 209,2

Смертность – 2006 г.- 86,5, 2010 г. – 116,2

Бурзянский район – 2006 г. – 115,4, 2010 . – 176,6

Смертность – 2006 г.-109,6, 2010 г. – 121,1.[1].

Стоит отметить, что на территории республики, располагаются крупнейшие промышленные предприятия химии и нефтехимии. Общий выброс вредных веществ в 2013 году составил 339,7 тысяч тонн.

Ежегодно более 200 тысяч тонн складируются на территории предприятий Уфы, 300 тысяч тонн вывозятся на городскую свалку. Около 90% отходов до сих пор закапываются.[2]

Качество жизни людей с онкологическими заболеваниями челюстно- лицевой области резко снижено. Человек лишается возможности нормального питания, речи, социальной адаптации.

Целью нашей работы явилось изучение онкологической ситуации в городе Уфе, а так же определение степени необходимости профилактических мероприятий по поводу злокачественных заболеваний челюстно- лицевой области.

Задачи исследования: 1) изучить статистику заболеваемости онкологическими заболеваниями в городе Уфе ; 2) рассмотреть меры профилактики существующих

новообразований челюстно- лицевой области; 3)подчеркнуть необходимость онконастороженности на приёме у врачей- стоматологов.

Материалы и методы:

Нами изучена онкологическая ситуация в городе Уфе, в период с 2011 по 2015 год. Мы просмотрели 118 историй болезней патанатомического отделения городской клинической больницы №21 с летальным исходом. Из них: женщины составили 64 человека (54,2%), мужчины- 54 (45,8%).[2]

Таблица 1

Показатели онкологической заболеваемости по половой принадлежности

. В возрастной категории: до 30 лет - 25 (21%) онкологических больных, от 30 до 50- 30(25,4%) , и старше 50 лет -63(53,6%) человека.

Таблица 2

Возрастные категории пациентов с онкологическими заболевания челюстно- лицевой области.

При чем из них 69(58,4%) пациентов со злокачественными новообразованиями, и 49(41,6%) с доброкачественными.[2]

Таблица 3

Динамика развития доброкачественных и злокачественных новообразования челюстно-лицевой области.

Необходимо отметить, что в 2011 году преобладают опухоли костного происхождения, а в период с 2013 по 2015 год превалируют мягкотканные новообразования, что несомненно говорит о том, что среди населения большая распространенность вредных привычек.

В 2012 году сложилась благоприятная картина в возрастной категории до 30 лет, которая свидетельствует о пике развития здорового образа жизни среди молодого населения. Наибольшая онкологическая настороженность, у врачей- стоматологов практического здравоохранения, была проявлена в 2013 году, о чем свидетельствует возрастной показатель и процент своевременного выявления новообразований на ранних стадиях.[2]

К сожалению, с каждым годом увеличивается число молодёжи, которая прибегает к помощи всевозможных кремов для загара, а так же солярия , что приводит к развитию химических ожогов и травм , и как следствие , к возникновению рака кожи.

Ещё одним фактором роста онкологической заболеваемости стала большая распространенность курения среди школьников подросткового возраста. Ранее привыкание приводит к постоянному токсическому воздействию на слизистые оболочки полости рта и

носа, что несомненно вызывает развитие новообразований как доброкачественного, так и злокачественного характера.

Таким образом, в качестве мер профилактики, необходимо всем врачам- стоматологам :1) пропагандировать здоровый образ жизни среди населения; 2) проводить урокои здоровья среди детей школьного возраста; 3) информировать население о возможных последствиях химических ожогов некоторых косметических услуг; 4) усилить онкологическую настороженность среди врачей- стоматологов для выявления новообразований челюстно-лицевой области на ранних стадиях их развития.

Список используемой литературы:

1. Выступление председателя Комиссии по проблемам здравоохранения и экологии при Исполкоме Всемирного курултая башкир, профессора М.Т.Юлдашева
2. Истории болезней патанатомического отделения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Башкортостан Городской клинической больницы №21 города Уфы.
3. Республиканская целевая программа «Совершенствование системы управления твердыми бытовыми отходами в Республике Башкортостан» на 2011-2020 годы.
4. Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно- лицевой области// Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМД, 2012. — 160 с.
5. Neumann H. J. Development of lip, jaw, palatal and uvular clefts. // Zahntechnik (Berl). 2010. — 23(6) — P. 271–274.

УДК 616.311.2-031.81-085:615.849.19

Г.Р. Мирасова, Р.Р. Хайбуллина, Л.П. Герасимова, Н.Д.Галиаскаров

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет ,г.Уфа

Резюме: *Представлены результаты обследования 30 пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, вне обострения. Оценивалась эффективность применения лазерофореза с гелем Канальгат у данной группы пациентов. Получена положительная динамика, проводимых нами пародонтальных индексов. Определена эффективность применения лазерофореза при хроническом генерализованном пародонтите.*

Ключевые слова: *хронический генерализованный пародонтит, лазерофорез с гелем Канальгат.*

G.R.Mirasova, R. R. Khaibullina, L. P. Gerasimova, N.D.Galiaskarov

LASER TECHNOLOGY IN THE TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS OF MODERATE SEVERITY

FGBOU VO Bashkir state medical University ,Ufa

Abstract: Presents the results of examination of 30 patients with chronic generalized periodontitis of moderate severity, without exacerbation. We evaluated the efficacy of laeroporto with gel Canalsat in this group of patients. Obtained positive dynamics, ongoing periodontal indices. Determined the effectiveness of laeroporto in chronic generalized periodontitis.

Keywords: chronic generalized periodontitis, laser phoresis with gel kanal'gat.

Актуальность. Воспалительные заболевания пародонта являются одной из актуальных проблем современной стоматологии. Они занимают одно из ведущих мест в структуре стоматологической заболеваемости. Хронический генерализованный пародонтит является частой причиной потери зубов у населения, что делает актуальным поиск и разработку новых эффективных методов лечения воспалительных заболеваний пародонта.[1,2].

Целью работы явилась оценка эффективности применения лазерофореза с гелем Канальгат у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 30 человек, с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, которые проходили лечение в стоматологической клинике ООО «Жемчужина».

Критериями отбора пациентов для исследования были: возраст 35-45 лет; диагноз хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести вне обострения; согласие на длительное обследование.

Клинические исследования проводились по общепринятой схеме, результаты заносились в историю болезни. Также записывались данные о профессии, график работы, утомляемость. При осмотре в полости рта уточняли наличие зубного налета, гиперемии и отечность десны. Проводили определение глубины пародонтальных карманов, подвижности зубов. Также фиксировали зубную формулу. Для оценки эффективности проводимых лечебных мероприятий использовали следующие индексы: индекс гигиены Грин-Веритльона, индекс кровоточивости по Мюллеману и пародонтальный индекс Russel. Все индексы регистрировались в первый день посещения, затем после проведенного лечения. Всем пациентам была назначена дентальная компьютерная томография до и после проведенного курса лечения. Противопоказаний для лечебных мероприятий у пациентов выявлено не было.

После проведенных диагностических мероприятий пациенты разделились на 2 основные группы: 1А группа - 15 человек, пациенты с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести и 2А группа – 15 человек, с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. Контрольную группу составили 10 человек, для уточнения показателей нормы.

Всем пациентам основной группы назначалась базовая терапия, которая включала удаление зубных отложений, полоскание полости рта ополаскивателем «Асепта» и закрытый кюретаж пародонтальных карманов.

Пациентам 2А группы дополнительно к базовой терапии, на 2 день, назначали лазерофорез с гелем Канальгат. Порошок Канальгат разводили теплой дистилированной водой до гелеобразной консистенции и вводили в патологические карманы. В патологические карманы и по десневому краю с захватыванием поверхности зуба вводили гель Канальгат, разведенный на дистиллированной воде в соотношении 3:1. Затем в области введения препарата через маргинальный край десны проводили лазерофорез мощностью излучения 0,4Вт, плотностью энергии 18-20 Дж/см^2, длиной волны 662 Нм на верхнюю и нижнюю челюсти посегментарно: 1.8-1.3;1.3-2.3;2.3-2.8 – сегменты верхней челюсти и 3.8-3.3;3.3-

4.3;4.3-4.8 - сегменты нижней челюсти по 4 минуты на каждый сегмент: 2 минуты с вестибулярной стороны и 2 минуты с небной (язычной) стороны. Общее время процедуры составляет 20-30 минут. Лазерофорез проводили по лабильной методике с использованием пародонтологической насадки. Затем излишки геля удаляли ватной турундой и накладывали повязку из дентальной адгезивной пасты «Солкосерил», фирма Меда (Швейцария) с последующим удалением. Курс лечения составлял 6 ежедневных процедур. Действующее вещество лекарственного препарата Канальгат представляет собой кальций-натриевую соль альгиновой кислоты. При местном применении оказывал противовоспалительное, иммуномодулирующее, репарационное, гемостатическое, иммуностимулирующее, гипоаллергенное действие.

Результаты и обсуждение. При осмотре пациентов контрольной группы: десна бледно-розовой окраски, десневые сосочки не отечны, не гиперемированы, воспаления и кровоточивости нет, зубодесневые карманы отсутствуют, нет неприятного запаха изо рта, зубные камни отсутствуют. Данные обследования контрольной группы были приняты нами за показатели нормы.

У пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом при первичном обследовании преобладали следующие жалобы: неприятные болевые ощущения в полости рта (86%); неприятный запах изо рта (92%); кровоточивость десен при чистке зубов, при приеме пищи, привкус крови во рту (97%); изменение цвета десны (76%).

Объективно, в полости рта у всех пациентов основной группы были выявлены над и поддесневые зубные отложения, отечность десны, гиперемия, сглаженность вершин десневых сосочков, глубина пародонтальных карманов составила 4-5 мм, в основном в области межзубных промежутков, отмечалась кровоточивость. У 25% были выявлены некариозные поражения зубов.

По результатам дентальной компьютерной томографии, проведенной до лечения, в 99% выявлялась воспалительная резорбция костной ткани, снижение высоты межзубных перегородок до 1/2 длины корней.

До проводимых лечебных мероприятий проведенные индексы гигиены показали следующие результаты: у контрольной группы – индекс гигиены составил 2.0±0.09; индекс кровоточивости 2.50±20, пародонтальный индекс 1.32±0,11. У пациентов основной группы – индекс гигиены составил 1.95±0.09; индекс кровоточивости 2.10±0.20, пародонтальный индекс 1.34±0.11, что говорит о неудовлетворительном состоянии гигиены полости рта. Результаты показывают, что для хронического воспаления десневой ткани характерны

высокие значения гигиенических индексов и индексов, характеризующих воспалительные реакции.

Применение базовой терапии сопровождалось регрессом клинических проявлений. У пациентов 1А группы наблюдалось заметное снижение болевых ощущений (-45%), кровоточивости (-44%) , гиперемии (-70%) и отечности десны (-37%). На 65% снизились жалобы пациентов на запах изо рта. Сравнительная оценка гингивальных и пародонтальных индексов показала, что в группе 1А после стандартного лечения у пациентов наблюдали улучшение стоматологического статуса, которое обусловило положительную динамику использованных показателей. В частности индекс гигиены снизился на 32%, индекс кровоточивости на 51% и пародонтальный индекс на 49% (индекс гигиены составил 1.33±0,06, индекс кровоточивости 0.56±0.08 и пародонтальный индекс 0.68±0.05).

Сравнительный анализ динамики клинической симптоматики позволил установить, что у пациентов 2А группы под влиянием применения лазерофореза, положительные изменения носили еще более выраженный характер. Так, у пациентов 2А группы в 86% случаев отсутствовали жалобы на болевые ощущения, в 83% - на кровоточивость, в 79% - запах изо рта. Это проявлялось не только в исчезновении жалоб у больных, но и улучшением состояния тканей пародонта. Также улучшился стоматологический статус, обусловленный значительной положительной динамикой использованных индексов: индекс гигиены уменьшился на 37%, индекс кровоточивости на 59% и пародонтальный индекс на 55% (индекс гигиены снизился до 0.88±0.05, индекс кровоточивости 0.30±0.04 и пародонтальный индекс 0.35±0.03). В полости рта десна стала бледно-розовой окраски, значительно уменьшилась отечность, снизилась кровоточивость десен.

Результаты дентальной компьютерной томографии, проведенной в основной группе после курса лечения, показали частичное восстановление компактной пластинки межальвеолярных перегородок, в 1А группе на 14% и в 2А группе на 25%.

Выводы. Результаты, полученных нами гигиенических индексов, показали высокую эффективность применения лазерофореза при лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

Анализируя динамику клинической симптоматики, мы установили, что под влиянием лазерофореза с гелем Канальгат, положительные изменения носили выраженный характер. Это проявлялось не только в исчезновении жалоб у больных, но и улучшением состояния тканей пародонта. Прекращалась кровоточивость десен, неприятные ощущения в деснах при

жевании и чистке зубов. Одновременно улучшился стоматологический статус, который был обусловлен положительной динамикой использования индексов.

Применение лазерофореза, у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, вызвало достоверное повышение клинической эффективности лечения на 37%.

Литература

1.Герасимова Л.П. Физиотерапевтические технологии в реабилитации пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом и бруксизмом /Хайбуллина Р.Р., Герасимова Л.П., Гильмутдинова Л.Т., Уфа, журнал «Медицинский вестник Башкортостана» №4 (72)/2015.-56-58 с.

2.Лемецкая Т.И., Сухова Т.В. Мексидол- новый отечественный антиоксидантный и нейротропный препарат в комплексной терапии пародонтита. Труды VI съезда Стоматологической Ассоциации России. Москва. Тезисы/М,2000, с.223-226

3.Максимовская Ю.М. Терапевтическая стоматология/МаксимовскаяЛ.Н.,Орехова Л.Ю., 2002 год.

4.Практическая терапевтическая стоматология : учеб. пособие/А.И. Николаев,Л.М. Цепов. – 9-е изд- 2016,- 831-834с

5.Цепов Л.М. Некоторые аспекты этиологии и патогенеза хронических воспалительных генерализованных заболеваний пародонта (Обзор литературы)/Орехова Л.Ю., Николаев А.И., Михеева Е.А.. Часть 1//Пародонтология. 2005. №2. С. 2-6.

6.Цепов Л.М. Хронический генерализованный пародонтит: ремарки к современным представлениям/Михеева Е.А., Голева Н.А., Нестерова М.М.. Пародонтология. 2010. №1 (54).С. 3-197.

*7.*Янушевич О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России. — М.: МГМСУ, 2008. — 228 с.

УДК 616.216.1-002

Б.Р. Мотыгуллин, В.А. Аршинова, А.Я. Габитова

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Научный руководитель – д.м.н., профессор М.Б. Убайдуллаев

Кафедра хирургической стоматологии

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *в статье представлена информация о предрасполагающих факторах и причинах возникновения одонтогенного верхнечелюстного синусита. Материалом для исследования послужили истории болезней 131 пациента за 2014-2016 гг.*

Ключевые слова: *верхнечелюстной синусит, одонтогенные воспалительные заболевания.*

B.R. Motygullin, V.A. Arshinova, A.Ya. Gabitova

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE REASONS OF THE ODONTOGENIC MAXILLARY SYNUSITIS

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor M.B. Ubaydullaev

Department of Surgical dentistry

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *the article presents information about causes of odontogenic maxillary sinusitis. The material for the study based on medical history of 131 patients for 2014-2016 years.*

Keywords: *maxillary sinusitis, odontogenic inflammatory diseases.*

Актуальность. Одонтогенный верхнечелюстной синусит занимает особое место в структуре гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, находясь на стыке стоматологии и оториноларингологии. По данным авторов, синусит верхнечелюстной пазухи одонтогенного происхождения диагностируется у 25,8-40% пациентов стоматологических поликлиник, а у пациентов ЛОР-отделений – в 13% случаев. Среди общего числа заболеваний челюстно-лицевой области одонтогенный синусит встречается с частотой 21,3% [1, 2].

Одним из основных факторов, предрасполагающих к возникновению одонтогенного синусита, является сложное взаимоотношение корней зубов верхней челюсти с дном

верхнечелюстного синуса. При пневматическом типе строения синуса апикальные отделы корней зубов находятся в субантральной зоне, а иногда вдаются в его просвет. Толщина костной пластинки, отделяющей верхушки корней от просвета пазухи иногда не превышает 0,2 мм [3].

Причиной инфицирования верхнечелюстного синуса и развития в нем воспалительного процесса могут стать:

- зубы с очагами одонтогенной периапикальной инфекции;
- непреднамеренная перфорация дна пазухи во время операции удаления зуба, а также во время проведения зубосохраняющих операций;
- инородные тела в синусе: эндодонтические инструменты, пломбировочные материалы, остатки корней зубов, внутрикорневые части имплантатов.

Целью данной работы явилось исследование ведущего этиопатогенетического фактора, приводящего к развитию одонтогенного верхнечелюстного синусита.

Материалы и методы. В основу исследования положен ретроспективный анализ 131 истории болезни пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии, ГКБ №21 (г. Уфа), с 2014 по 2016 гг.

Результаты и обсуждение. Было установлено, что чаще всего одонтогенный верхнечелюстной синусит встречался в возрастной группе от 25 до 45 лет (63% случаев), то есть наиболее активной в социальном отношении, с преобладанием мужского пола (76 пациентов, 58% случаев).

В результате проведенного анализа было выявлено 5 групп причин возникновения одонтогенного верхнечелюстного синусита. Первую группу составили обострения хронического периодонтита, вторую группу – перфорации дна пазухи во время операции удаления зуба, третью группу – инородные тела пазухи, четвертую группу – осложнения после проведения операции поднятия дна пазухи верхней челюсти и имплантации, пятую группу – прочие причины (нагноения радикулярных кист, остеомиелиты верхней челюсти и т.д.) (рис. 1).

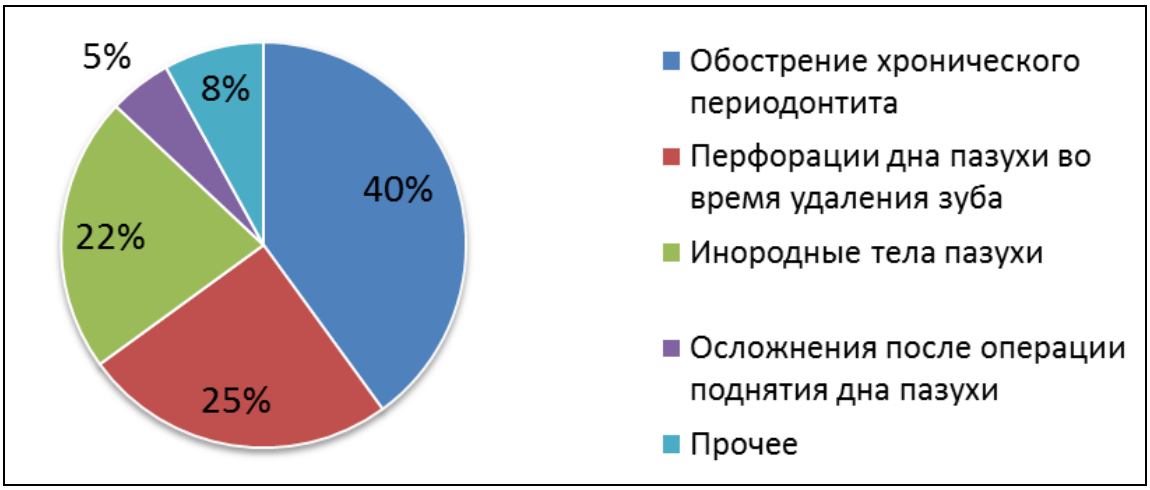


Рис. 1. Распределение пациентов по причинам возникновения одонтогенного верхнечелюстного синусита (n=131).

Основной причиной, способствовавшей возникновению одонтогенного верхнечелюстного синусита, явилось обострение хронического периодонтита. По этой причине в отделении пребывало 40% пациентов (рис. 2).

У 25% обследованных пациентов причиной возникновения одонтогенного верхнечелюстного синусита явилась непреднамеренная перфорация дна верхнечелюстной пазухи во время проведения операции удаления зуба.

Инородные тела в верхнечелюстном синусе определялись у 22% пациентов.

Также развитие заболевания в 5% случаев наблюдалось после проведения операции поднятия дна пазухи верхней челюсти и имплантации.

В 8% случаев одонтогенный верхнечелюстной синусит развивался на фоне прочих причин (нагноения радикулярных кист, остеомиелиты верхней челюсти и т.д.).

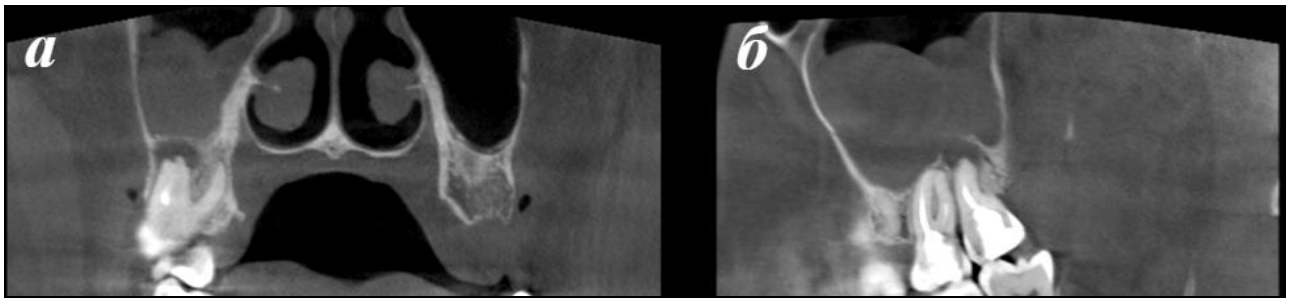


Рис. 2. Одонтогенный синусит, обострение хронического периодонтита 1.8 зуба – компьютерные томограммы: а) фронтальный реформат, б) сагитальный реформат. Отек слизистой оболочки пазухи справа.

В ходе исследования данных было выявлено, что 45% обследованных пациентов имеют пневматический тип строения верхнечелюстного синуса, а это – основной предрасполагающий фактор возникновения одонтогенного верхнечелюстного синусита (рис. 3). Также следует отметить, что у более чем 85% обследованных пациентов был отмечен односторонний процесс, что характерно для одонтогенной природы верхнечелюстного синусита.

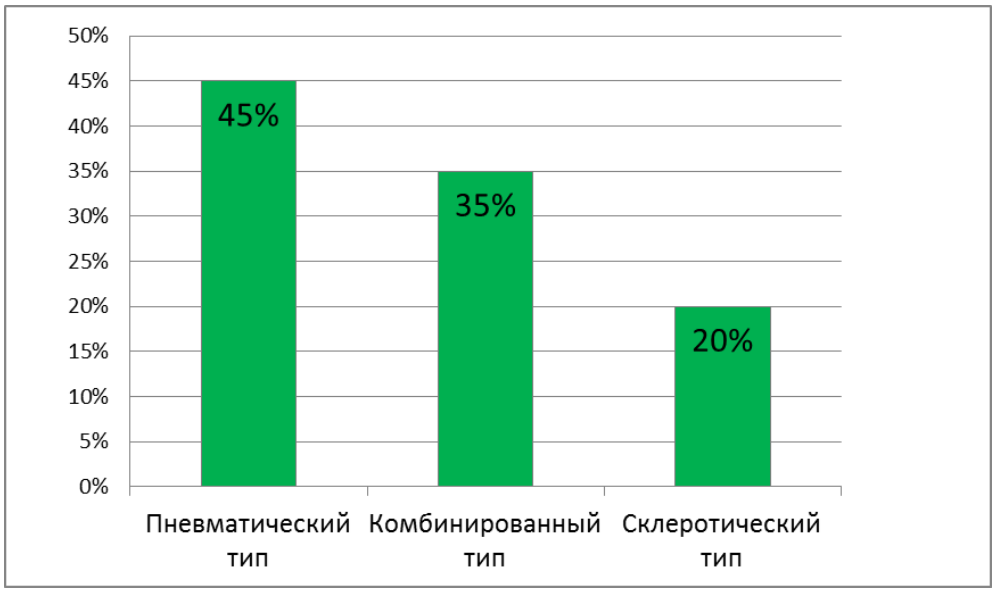


Рис. 3. Распределение пациентов по типу строения верхнечелюстного синуса (n=131).

Выводы. В результате проведенного анализа причин возникновения одонтогенного верхнечелюстного синусита было выявлено следующее:

1. Наиболее часто (40% случаев) одонтогенный верхнечелюстной синусит развивается как осложнение хронического периодонтита, что свидетельствует о низком уровне санации полости рта данных пациентов.
2. Большинство обследованных пациентов (45%), ввиду того, что имеют пневматический тип строения пазухи, изначально находятся в группе риска развития одонтогенного верхнечелюстного синусита.
3. При планировании лечения в области премоляров и моляров верхней челюсти для снижения рисков ошибок и осложнений необходимо прибегать к наиболее информативному методу диагностики – 3Д конусно-лучевой компьютерной томографии.

Список литературы:

1. Бускина А.В. К вопросу о клинической классификации хронического однотогенного гайморита / А.В. Бускина, В.Х. Гербер // Вестн. оториноларингол. 2000. №2. С. 20-22.
2. Галецкий Д.В. Диагностика воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи с использованием КТ / Д.В. Галецкий, С.А. Карпищенко, Е.А. Кишковская // X-Ray Art № 4 (01), 2014. С. 20-26.
3. Иванов Ю.В. Патогенетический подход к профилактике и лечению одонтогенных верхнечелюстных синуситов: автореф. дис. к.м.н.: 14.00.21. // СПб, 2009. С. 18.
4. Карпищенко С.А. Комплексный подход к лечению заболеваний ЛОР-органов и зубочелюстной системы / С.А. Карпищенко, А.И. Яременко, О.Н. Сопко, И.В. Шустова // X-Ray Art № 3 (02), 2013. С. 40-42.
5. Лузина В.В. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы / В.В. Лузина, Ю.И. Чергештов, О.Е. Мануйлов // Учебное пособие для системы послевузовского образования. М: МГМСУ, 2005. С. 6.

УДК 616.31417-008.1-076.5-078

А.И. Булгакова, Е.С.Солдатова, Э.Э. Гареева

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАННЕНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ЖИТЕЛЕЙ Г. УФЫ И РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава РФ г.Уфа.

Кафедра пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний.

Резюме*:в Республике Башкортостан и г.Уфе заболевания пародонта по частоте и распространенности среди стоматологических заболеваний занимают второе место. Целью исследования явилось оценка распространенности заболеваний пародонта в г.Уфе и республике Башкортостан. Использован ретроспективный и сравнительный анализ. В результате исследования выявлена необходимость более углубленного исследования влияния факторов риска возникновения заболеваний пародонта*

Ключевые слова*: заболевания пародонта, анализ распространенности,ретроспективный анализ.*

A.I. Bulgakova, E.S. Soldatova, E.E. Gareeva

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE PREVALENCE OF PERIODONTAL DISEASE IN RESIDENTS OF UFA AND THE REPUBLIC BASHKORTOSTAN

Scientific Supervisor — Ph. D. in Medicine, Full professor A.I. Bulgakova, assistant E.S. Soldatova
Department of propaedeutics and physiotherapy of dental diseases,BSMU, Ufa

Abstract: *In the Republic of Bashkortostan and Ufa, periodontal diseases in terms of frequency and prevalence among dental diseases rank second. The aim of the study was to estimate the prevalence of periodontal diseases in Ufa and the Republic of Bashkortostan. Retrospective and comparative analysis was used. As a result of the study, the need for a more in-depth study of the influence of risk factors for periodontal disease was identified.*
Key words: *periodontal disease, prevalence analysis, retrospective analysis.*

По данным Всемирной организации здравоохранения, основанным на клиническом обследовании населения 53 стран, наиболее высокий показатель заболеваемости заболеваний пародонта выявляется в возрасте от 35 до 44 лет и составляет 65–98% всего населения. В России частота заболеваний пародонта в общей популяции составляет 62-94%. Этот показатель неуклонно растет и зависит от различных факторов риска: возраста, социальных

условий, наличия фоновых заболеваний обследуемого контингента, экологических характеристик региона и др.

Цель исследования.

Провести сравнительный анализ распространенности заболеваний пародонта в г.Уфе и Республике Башкортостан.

Материалы и методы исследования

Проведено исследование 5932 амбулаторных карт больных с заболеваниями пародонта , обратившихся в период с 2009 по 2014 гг. Для сравнительного анализа пациентов с заболеваниями пародонта пациентов разделили на две группы- I группа (жители города Уфы), II группа (жители РБ). Полученные данные обработаны с использованием стандартных компьютерных программ Windows-98.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате ретроспективного анализа мы определили, что из 100% пациентов с заболеваниями пародонта 50.2% составили жители г.Уфы, а 49. 8% - соответственно РБ.

Сравнивая две группы пациентов, мы диагностировали гингивит у 62% пациентов I группы и 8.5% пациентов II группы; соответственно пародонтит легкой степени - 12,9% и 11,7%; пародонтит средней степени -19.9% и 20,8 %; пародонтит тяжелой степени – 24,4 % и 31,4 %; пародонтоз – 22,6% и 27%; идиопатические заболевания пародонта – 0,03% и 0,4%.

При изучение гендерных различий были получены следующие результаты - в обеих группах преобладали женщины: в I группе – 53,5%; во второй группе – 56,4 %.

Нами был проведен анализ распространенности заболеваний пародонта в четырех возрастных группах: с 18 по 29 лет; с 30 по 39 лет; с 40 по 49 лет; с 50 лет и выше.

В I группе пациенты распределись в соответствии с возрастными группами – 30,4%, 23,3%, 15,9%, 30,4%. Во II группе соответственно – 22,5%, 16,4%, 19,7%, 41,2%.

Таким образом, проведя ретроспективный анализ распространенности заболеваний пародонта за 5 лет по г.Уфе и Республике Башкортостан мы установили что пациенты обращаются чаще с гингивитом в I группе (62 %), по сравнению с пациентами II группы (8,5%), а также установили незначительно количественное различие в возрастных группах в I и II группах. Полученные данные исследования диктуют необходимость более углубленного исследования влияния факторов риска возникновения заболеваний пародонта в обеих группах.

Список литературы:

1. Булгакова А.И., Медведев Ю.А., Зубаирова Г.Ш. Иммунологические аспекты пародонтита. Патогенез, методы лечения. Монография. Уфа. 2012; 125 с.
2. Грудянов А.И., Зорина О.А., Кулаков А.А. и др. Количественная оценка микробиоценозов полости рта при заболеваниях пародонта. Пародонтология. 2011; 16 (2): 18–21.
3. Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Чеминава Н.Р. и др. Проблемы стоматологического здоровья у лиц молодого возраста (обзор литературы). Пародонтология. 2014; 19 (2): 3–5.
4. Улитовский С.Б., Алексеева Е.С., Васянина А.А. Проблемы пародонтологии и пути их решения. Пародонтология. 2015; 20 (3): 33–36.
5. Янушевич О.О., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э. Пародонтит XXI век. М.: МГМСУ. 2012; 366 с.
6. Булгакова А.И., Васильева Н.А., Солдатова Е.С., Бортновска Ю.В. Использование комплекса зубная паста Parodontax с фтором и ополаскиватель для полости рта Parodontax без спирта в лечении воспалительных заболеваний пародонта. Актуал. пробл. стоматол. Урала. 2016 (3): 13–15.
7. Булгакова А.И., Солдатова Ю.О., Зубаирова Г.Ш. Клиническая характеристика состояния полости рта у лиц с табакозависимостью. Мед. вестн. Башкортостана. 2014; 9 (1): 60–63.
8. Блашкова С.Л., Мустафин И.Г., Халиуллина Г.Р. Диагностические критерии риска развития воспалительных заболеваний пародонта у лиц, находящихся на ортодонтическом лечении. Пародонтология. 2015; 20 (3): 57–60.
9. Гильмияров Э.М., Левина Н.М. Нарушения гигиены полости рта как фактор риска гипертрофического гингивита у беременных. Аспирантский вестн. Поволжья. 2014; (2): 193–197.
10. Вольф Г.Ф., Хэссел Т.М. Пародонтология. Гигиенические аспекты. Пер. с англ. под ред. Г.И. Ронь. М.: Медпресс-информ. 2014; 300 с.

УДК: 616.313-002.258-07-08. 616.31;617.52-089;

Абрамова В.А. , Басыров Т. Р.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕСКВАМАТИВНОГО ГЛОССИТА.

Научный руководитель - доцент, к.м.н. Чемикосова Т. С.

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа.

Резюме: *в данной работе представлены результаты исследования по диагностике и лечении десквамативного глоссита у пациентов. Проведен анализ клинического обследования, дополнительных методов у 17 пациентов в возрасте от 21 до 60 лет. Установлены сопутствующие заболевания (заболевания желудочно-кишечного тракта, аллергия, кандидоз, гальваноз, железодефицитная анемия) с учетом общего состояния пациентов проведено индивидуальное лечение.*

Ключевые слова: *диагностика, лечение, десквамативный глоссит.*

Abramova V. A., Basyrov T. R.

Diagnosis and treatment of benign migratory glossitis.

Scientific Advisor- associate professor, Candidate of Medical Sciences Chemikosova T. S.

Department of Therapeutic Stomatology

Departament, Bashkir state medical university,Ufa

Absract: *This paper presents the results of a study on the diagnosis and treatment of desquamative glossitis in patients based on the Dental Studio clinic. The analysis of clinical examination, additional methods in 17 patients aged from 21 to 60 years was carried out. Associated diseases (diseases of the gastrointestinal tract, allergy, candidiasis, galvanism, iron deficiency anemia) were established, taking into account the general condition of the patients, individual treatment was performed.*

Keywords: diagnostics, treatment, benign migratory glossitis.

Актуальность: Десквамативный глоссит сопровождается усиленным слущиванием, отслаиванием эпителия языка и очень часто характеризует изменения при соматических заболеваниях. [2]

Изолированное воспаление языка встречается не часто без **сочетания с другими заболеваниями. Десквамативный глоссит наблюдается** при аллергических заболеваниях в 60-65% случаев, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта глоссит выявляется у 50-60% пациентов, при аутоиммунных заболеваниях (ревматоидный артрит, коллагенозы) – в

20-40% случаев, при стоматите (герпетическом, кандидозе полости рта) язык поражается более 50% случаев, при анемиях и заболеваниях крови – в среднем у 20% пациентов, при гальвонозе у 30% пациентов, нередко у ВИЧ инфицированных пациентов. [1]

Очаги десквамации эпителия могут локализоваться не только на спинке языка, но и на его боковых и нижней поверхностях, а также на слизистой оболочке щек и преддверия полости рта. Участки десквамации имеют овальные, округлые очертания, размером от 0,1 до 1 см, их может окружать белесоватый ободок.

Диагностика и лечение десквамативного глоссита ввиду сочетанности с органной патологией вызывает определенные трудности и требует применения различных дополнительных методов обследования для проведения дифференциальной диагностики. [3,4]

Цель исследования – создание алгоритма диагностики и лечения с десквамативными формами глоссита.

Материалы и методы:

Проведено обследование в стоматологической клинике Дентал студия 17 пациентов, мужчин- 3, женщин -12, в возрасте от 21-60 лет. Был собран анамнез, жалобы, наличие сопутствующих заболеваний, длительность заболевания (давность, прием лекарственных препаратов), наличие ортопедических конструкций.

В качестве дополнительных методов исследования использовались общий анализ крови (ОАК) с развернутой лейкоформулой, общий анализ мочи (ОАМ), выявление псевдомицелия гриба в мазках, отпечатках с языка, гальвометрические показания, изучение иммунограмм, выявление специфических антител к вирусу иммунодефицита человека (иммуносорбентный анализ-ELISA), консультации других специалистов (гематолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, проктолог, невролог).

Результаты и обсуждение:

При проведении клинического исследования установлены следующие жалобы пациентов: практически у всех выражен дискомфорт, появление сухости, обнажение ярких участков, изменение цвета слизистой оболочки на языке, эстетическая неудовлетворенность.

Проведение дополнительных методов исследования и консультации других специалистов позволило установить причины возникновения десквамативного процесса:

- при аллергических заболеваниях было 3 пациента,
- при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит) 4 пациента,
-при кандидозе полости рта 2 пациента,
-при железодефицитной анемии – 4 пациента,
-при гальванозе – 5 пациентов.

При клиническом обследовании выявлены особенности течения десквамативного глоссита в виде следующих наиболее характерных симптомов:

-При хронических заболеваниях пищеварительной системы
десквамативный глоссит у 4 пациентов развился на фоне воздействия повышенной или пониженной кислотности желудка. Выявлено преждевременное отслоение эпителия слизистой оболочки языка в виде округлых очагов десквамации с локализацией у корня языка.

-При аллергических заболеваниях у 3 пациентов развитие десквамативного глоссита было связано с трофическими изменениями в слизистом слое языка. При этом преждевременное отслоение нитевидных сосочков привело к образованию ярко красных пятен. Участки десквамации наслаивались друг на друга, при этом пятна имели различные цвета – от белого и серого до розового и красного. Язык приобретал вид географической карты.

-При железодефицитной анемии у 4 пациентов развивался недостаток кислорода в тканях, язык становился бледным. Длительная гипоксия приводила к отмиранию нитевидных сосочков в виде десквамативного глоссита. При этом язык становился ярко красным, гладким, блестящим.

-При кандидозе отмечено появление на языке плотного белого или сероватого налета. У 2 пациентов налет состоял из продуктов жизнедеятельности гриба. Хроническое воспаление языка обусловлено дисбактериозом, связанным с нарушением микрофлоры организма, имелись очаги десквамации с фестончатами краями. [5]

-При гальванозе у всех 5 пациентов очаги десквамации были незначительными, нитевидные сосочки языка отёчны и частично десквамированы. [5]

Основной целью лечения десквамативного глоссита явилось устранение местных симптомов и воздействие на факторы, обусловливающие наличие патологии, провоцирующий развитие различных форм глоссита.

Лечение включало в себя

-местное лечение (санацию полости рта, использование антисептиков-хлоргексидин 0,05%, кератопластиков-мазь солкосерил, масло расторопши;

-общее лечение назначали совместно с врачами-интернистами (гематолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, проктолог, невролог)

-При аллергических заболеваниях - устраняли воздействие аллергизирующего фактора.

- при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и при кандидозе полости рта - нормализовали микробный пейзаж полости рта, восстанавливали показатели местного

иммунитета, дополнительно при кандидозе назначался курс противогрибковых препаратов;
-при анемии – при показателях гемоглобина от 72 до 107 (г/л) общее лечение назначалось гематологом;
-при гальванозе – устранялись старые конструкции протезов, назначались безметалловые конструкции.

При всех клинических формах десквамативного глоссита в схему комплексного лечения мы включали:
-витамины группы В-нейромультивит по 1 таблетке 3 раза в день 14 дней,
- аевит по 1 капсуле 2 раза в день 14 дней.

Местное лечение состояло:
- полоскание рта отваром багульника болотного после каждого приема пищи;
- гетероароматический антиоксидант мексидол (в виде ежедневных аппликаций 5% раствора на очаги десквамации с экспозицией 20—30 мин, курс лечения — 10—12 процедур),
- лизобакт по 1 таблетке 3 раза в день 10 дней рассасывание под языком,
- ротовые ванночки-масло расторопши 2 раза в день.

Заключение и выводы: При десквамативном глоссите необходимо учитывать общее состояние пациентов, проводить следующие дополнительные методы исследования: (ОАК) с развернутой лейкоформулой, (ОАМ), выявление псевдомицелия гриба в мазках отпечатках с языка, гальвометрические измерения, изучение иммунограмм, консультации других специалистов и комплексное лечение проводить совместно с соответствующими специалистами (гематолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, проктолог, невропатолог).

Список литературы:

1. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология: учебник в 3 ч. Ч. 3: Заболевания слизистой оболочки полости рта / Барер Г. М. и др.; под ред. Г. М. Барера. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.,:ГЭОТАР-Медиа,2010.-254 с.
2. Боровский, Е.В.; Данилевский, Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта; М.: Медицина – М., 2009. - 288 с.
3. Барк К., Бургорф В., Хеде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника. Диагностика и лечение. Атлас и руководство; Медицинская литература – М., 2011, - 438 с.
4. Морозова С. И., Савельева Н. А. Заболевания слизистой оболочки рта. Атлас;

УДК 615.46:616.31

М.А. Аглетдинова, Э.В. Вайсеева,К.А. Михайлова, Д. Г. Хафизов, М.Р. Элибиев

ВЛИЯНИЕ ЗАМЕШИВАЮЩЕЙ ЖИДКОСТИ НА КАЧЕСТВО СЛЕПКА

Научный руководитель - к.м.н. С. А. Лазарев
ФГБОУ ВО БГМУ,кафедра ортопедической стоматологии, г.Уфа

***Резюме**: Качество оттиска для изготовления зубных протезов напрямую зависит от выбора материалов и замешивающей жидкости. В статье представлены основные разновидности используемых замешивающих жидкостей. Описан процесс и последовательность приготовления оттискной массы. Представлены методики получения оттисков с различными замешивающими жидкостями и его оценки.*
***Ключевые слова**: альгинатная масса, слепок, замешивающая жидкость.*

M.A. Agletdinova, E.V. Vayseeva,
K.A. Mikhailova, D. G. Khafizov, M.R. Elibiev

INFLUENCE OF THE MIXING LIQUID ON THE QUALITY OF THE IMPRESSION

Scientific Advisor – Ph.D. in Medical sciences S.A Lazarev
BSMU, Ufa,Department of Orthopedic Dentistry

***Abstract**: The quality of the impression for the manufacture of dentures directly depends on the choice of materials and mixing fluid. The main types of mixing liquids used are presented in the article. The process and the sequence of preparation of the impression mass are described. The methods of obtaining impressions with various kneading liquids and its evaluation are presented.*
***Keywords:** alginate mass, impression, mixing liquid.*

Актуальность. Появление альгинатных оттискных масс относится к началу 40-х годов прошлого столетия. Материалы этого типа завоевали прочное место в стоматологической практике и способствовали значительному сокращению применения гипса в качестве оттискного материала.

Альгинат натрия (чаще он является основным компонентом) представляет собой натриевую соль альгиновой кислоты, получаемую из морских водорослей. Оптимальное его содержание

в порошке составляет 20%. Для обеспечения схватывания материала и превращения его в нерастворимый гель необходимо «сшить» линейные макромолекулы поливалентными катионами по карбоксильным группам с образованием сетчатой пространственной структуры. В качестве сшивагентов используются плохо растворимые в воде соли бария, свинца, стронция, кальция [$BaS0_4$; $BaC0_3$; $PbSi0_3$; $SrS0_4$; $CaS0_4$; $(CaS0_4)2$ x H20]. [1]

Скорость структурирования увеличивается за счет введения в материалы ее регуляторов: карбоната натрия, этиленгликоля и триэтаноламина (до 2%). Для получения необходимой консистенции массы, исключения комкования при затвердевании, повышения механической прочности и уменьшения усадки в альгинатные композиции вводят наполнители: мел, диатомиты, белую сажу, двуокись кремния, органокремнеземы.

Альгинатные оттискные материалы обладают способностью через 15-20 мин уменьшаться в объеме более чем на 1,5%. При погружении оттисков в воду усадка прекращается и начинается резкое увеличение линейных размеров за счет поглощения воды. Величина расширения зависит от состава альгинатной композиции. Поэтому все рекомендации по хранению альгинатного оттиска в воде, влажной ткани, эксикаторе, насыщенном парами воды, не могут быть приняты. [3]

К достоинствам альгинатных отгискных материалов необходимо отнести высокую эластичность, хорошее воспроизведение рельефа мягких и твердых тканей полости рта, простоту применения.

Основными их недостатками можно считать отсутствие прилипания к оттискным ложкам и некоторую усадку, наступающую через несколько минут после получения оттиска, в результате потери воды.

Чаще всего зубные техники не успевают в течении 15-20 минут отлить гипсовую модель, что в последующем приводит к неточному изготовлению протеза.

В своем исследовании мы сделали попытку найти замешивающую жидкость для увеличения плотности альгинатной массы, тем самым продлить время отливки гипсовой модели с помощью замешивающей жидкости.

Цель работы: изучить различные замешивающие жидкости и влияние их на качество слепка.

Задачи:

- определить, зависит ли от замешивающей жидкости качество слепка;

- определить, зависит ли время затвердевания от замешивающей жидкости.

Материалы и методы.

В наших исследованиях использовались альгинатные массы «Hydrogum» Zhermack (Италия) и «Ypeen» Spofadental (Чешская Республика).

Методика замешивания заключается в следующем. Альгинатные массы «Hydrogum» и «Ypeen» являются двухкомпонентными системами «порошок + вода». Пропорция порошка и воды определяется прилагаемыми мерниками. Альгинатный порошок перемешивается с помощью шпателя в резиновой чашке в течение 30-40 с до получения однородной пасты. В таком виде она готова для получения оттиска. Время схватывания для разных масс составляет от 2-2,5 до 5 мин. [2]

В процессе исследования мы выделили два основных периода работы: время смешивания и время связывания (отвердения) альгинатного материала. Время смешивания включает часть рабочего времени, необходимого для приготовления оттискной массы (получения смеси). Время связывания оттискного материала объединяет период всей работы от начала смешивания до полного отвердения массы и получения консистенции, необходимой для выведения оттиска из полости рта с минимальными деформациям.

В качестве замешивающей жидкости использовались: водопроводная вода различных температур (10°С, 20°С, 30°С), минеральная вода «BonAqua» (негазированная, газированная, с температурой 20°С, степень минерализации более 5,46 мг/л), дистиллированная вода.

В таблице 1 представлены результаты замешивания альгинатных масс в данных жидкостях.

Таблица 1. Время замешивания и затвердевания альгинатных масс «Hydrogum» и «Ypeen»

Hydrogum				**Ypeen**		
Жидкости	Время замещивания (сек.)	Время затвердевания (сек.)	Время затвердевания в полости рта (сек.)	Время замещивания (сек.)	Время затвердевания (сек.)	Время затвердевания в полости рта (сек.)
Водопроводная вода 10^0С	45	1:40	40	36	4:45	3:00
Водопроводная вода 20^0С	30	1:25	38	32	2:49	1:35
Водопроводная вода	20	1:13	—	26	1:53	—

30^0C						
Негазированная минеральная«BonAqua»	26	2:36	1:40	30	3:30	1:40
Газированная минеральная «BonAqua»	33	4:13	2:05	34	2:30	1:33
Дистиллированная	31	2:45	1:30	29	2:35	1:20

Из полученных данных видно, что время замешивания зависит от температуры воды: чем ниже температура, тем дольше происходит «сшивание» компонентов альгинатной массы. Это позволяет добиться однородной плотной консистенции, что улучшает качество слепка.

При замешивании с минеральными водами, вне зависимости от степени газации, слепки по своей структуре оказались более твердыми, чем слепки, полученные с помощью водопроводной воды той же температуры. Время замешивания увеличилось, что позволяет лучше замешать массу и улучшить качество слепка.

При замешивании альгинатной массы с дистиллированной водой время затвердевания осталось таким же, как и заявлено производителем.

Вывод: В результате проведенного исследования, мы выяснили, что время замешивания и затвердевания зависит от замешивающей жидкости.

В качестве замешивающей жидкости лучше использовать минеральную воду. Причем для массы «Hydrogum» актуальная газированная вода, для «Ypeen» негазированная.

Альгинатная масса содержит в своем составе карбонат натрия, сульфаты кальция и калия, фосфат натрия, кремниевые компоненты, которые присутствуют и в минеральной воде. Аналогичные «сшивагенты» встраиваются в структуру слепка, улучшая его физико-механические свойства

Список литературы:

1. «Ортопедическая стоматология: Учебник для студентов стоматологич. фак. мед. вузов./Под ред В. Н.Копейкина, М. З.Миргазизова.-2-е изд. доп.-2008.
2. «Ортопедическая стоматология». Под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджияна.

«ГЭОТАР – Медиа»,2011.

3. Полонейчик Н.М. Методы получения оттисков / Н.М. Полонейчик // Стоматология. – 2013. - №4. – С.34-39.
4. Н. Джепсон. Частичные съемные протезы / Н.Дж.А. Джепсон; Пер. с англ.; Под ред. проф. В.Н. Трезубова. – МЕДпресс-информ, 2009. – 168 с.

УДК 616.314-74

Д.В.Имангулова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИРОВОЧНЫХ СИСТЕМ

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.И. Астахова

Кафедра терапевтической стоматологии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

D.V.Imangulova

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF POLISHING SYSTEMS

Scientific supervisor –Candidate of Medical Sciences (PhD)M.I. Astakhova

Department of therapeutic dentistry

Bashkir state medical University (Ufa, Russia)

Резюме. *В статье представлены результаты сравнения четырех вариантов полирования поверхностей композитных пломбировочных материалов по отсутствию дефектов реставрации; наличию сухого блеска поверхности; сохранению сухого блеска поверхности через месяц после изготовления; стойкости окрашивания реставрации. Выявлено, что сухой блеск поверхности имеет лучшие показатели при полировании системой дисков Sof-Lex и спиральными дисками Sof-Lex.*

Ключевые слова: *качество полирования, полировочные системы, «сухой» блеск, композитные пломбировочные материалы.*

Resume. *The article presents the results of a comparison of four combinations of polishing surfaces of composite filling materials on the absence of defects in restoration; The presence of a dry gloss surface; Preservation of dry gloss surface in a month after manufacturing; Durability of dyeing of the restoration.It was found that the dry surface gloss is the best performance in polishing disk system Sof-Lex and spiral discs Sof-Lex.*

Key words: *quality of restoration, polishing systems, «dry» gloss, composite filling materials.*

Актуальность. На сегодняшний день красивые зубы стали атрибутом успешности их обладателя. Все большее количество людей обращается за реставрацией утраченных тканей зуба. Для этого на стоматологическом рынке широко представлены композиционые пломбировочные материалы с разным размером частиц наполнителя и степени их наполнения. Размер частиц наполнителя определяет полируемость, устойчивость к истиранию и цветостабильность композиционного материала, степень его наполнения

предопределяет прочность, степень теплового расширения и полимеризационную усадку. Особое место занимают микрогибриды, нанокомпозиты и наногибриды. Микрогибриды обладают управляемой текучестью, хорошими эстетическмии показателями, стойкостью блеска и низкой полимеризационной усадкой (рис. 1).

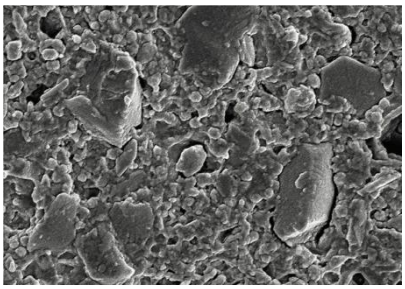


Рис. 1. Представитель микрогибридов – Filtek Ultimate жидкотекучий. Ув. х 2000.

Нанокомпозиты – состоят из циркониево-кремниевых наночастиц и нанокластеров размером от 0,2 до 1,0 мкм, без самопроизвольного склеивания, что обеспечивает высокую прочность и износоустойчивость, легкую адаптацию материала и низкую полимеризационную усадку и одновременно высокую эстетику (рис.2).

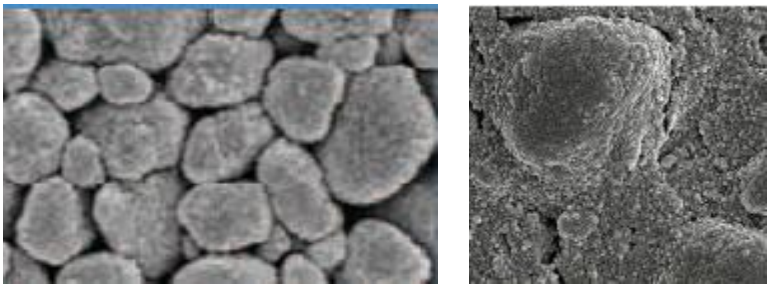


Рис. 2. Истинный нанокомпозит Filtek Bulk Fill. Ув. х 2000.

Наногибрид - это материал высоконаполненный микрочастицами, наночастицами и нанокластерами, находящимися в модифицрованной полимерной матрице, что дает высокие эстетические свойства, хорошую полируемость, не липнет к инструментам, хорошо моделируется и не теряют формы до отверждения (рис.3).

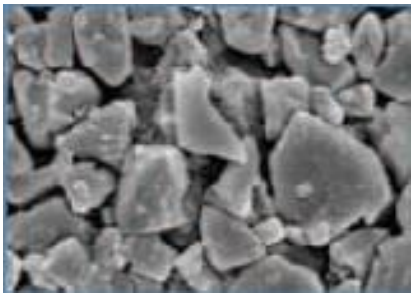


Рис. 3 Наногибрид Filtek Z550. Ув. х 2000.

Для увеличения срока службы эстетической реставрации необходимо ее тщательное шлифование и полирование. Для шлифования используют финишные боры (с красной

полосой (алмазные зерна размером 30 мк, 8-10 режущих граней), с желтой полосой (алмазные частицы размером 15 мк, 16-20 режущих граней), боры с белой полосой (алмазные частицы размером 8 мк, 30-32 режущих граней)). Последний этап реставрации – полирование – предполагает использование резиновых чашечек различной жесткости (мягкие голубого цвета, средней жесткости — белый, жесткие - желтый) и торцевых щеток в сочетании с полировочными пастами для придания блеска пломбе. Также для полирования поверхности реставрации хорошо зарекомендовали себя диски Sof-Lex, диаметром 9,5 мм и 12,5 мм с цветовой кодировкой по степени абразивности (бордового цвета с «грубой» абразивностью; кирпичного цвета со «средней» абразивностью; светло-оранжевого цвета с «мягкой» абразивностью; желтого цвета с «очень мягкой» абразивностью). Бережное шлифование реставрации играет одну из ключевых ролей в работе современного врача; поэтому актуальность поиска наилучшего способа финишной обработки полученной реставрации в настоящее время очень велика. Одной из последних разработок является появление спиральных дисков Sof-Lex, которые работают без дополнительного охлаждения и полировочных паст, эффективны при любом угле наклона. Выпускаются в двух цветах: бежевом (диски мягкой абразивности) и белом (супермягкой абразивности).

Целью исследования явилось изучение различных способов полирования поверхности реставрации.

Материалы и методы. Материалом исследования служили пластмассовые фантомы зубов с готовыми полостями по I классу. Было изготовлено 12 моделей из материала светового отверждения фирмы 3M ESPE; по 4 модели: из Filtek Ultimate Flowable (микрогибрид), из Filtek Bulk Fill posterior (нанокомпозит), из Filtek Z550 (наногибрид).

Этапы изготовления реставраций:

1. Очистка моделей, просушивание поверхностей полости;
2. Протравливание в течение 20 секунд 37% раствором ортофосфорной кислоты, затем смывание кислоты обильным количеством воды в течение 30 секунд.
3. Нанесение адгезива на поверхность кариозной полости аппликатором, подсушивание в течение 30 секунд, светополимеризация в течение 20 секунд.
4. Внесение композита малыми порциями, адаптация к стенкам полости и придание анатомической формы модели, контурирование валиков, бугров, фиссур. Световая полимеризация послойно по 20сек;
5. Шлифование финишными борами и карборундовыми головками.
6. Полирование полученных моделей проводили по следующей схеме:

- образец №1 из каждого материала полировали финишными борами последовательно с красной, желтой и белой маркировки;
- образец №2 обрабатывали полировальными чашечками Edenta и пастой Detatrine paste (Septodont);
- образец №3 полировали системой дисков Sof-Lex 3M ESPE (грубой, средней, мягкой и очень мягкой абразивности);
- образец №4 полировали системой полировочных дисков 3M ESPE (грубой и средней абразивности) и спиральных дисков Sof-Lex (мягкой и супермягкой абразивности).

Для оценки качества полирования реставрации использовали ряд параметров: отсутствие дефектов реставрации; наличие сухого блеска поверхности; сохранение сухого блеска поверхности через месяц после изготовления; стойкость окрашивания поверхности модели после нанесения красителя и полного смывания водой и дополнительного проведения профессиональной гигиены (чашечками Edenta и пастой Detatrine).Результаты полирования оценивали по каждому параметру в баллах: 1 балл – дефекты выявлялись невооруженным глазом; 2 балла - дефекты выявлялись при осмотре лупой (х 4,5); 3 балла - дефекты выявлялись при аналиеа цифрового изображения.

Результаты исследования. При анализе Filtek ultimate жидкотекучего выявлено, что при полировании финишными борами образец №1 имеет микродефекты, сухой блеск, поверхность реставрации не окрашивается красителем. Образец №2 не имеет дефектов поверхности, удовлетворительный сухой блеск; краситель с поверхности удаляется профилактической чисткой. Образец №3 имеет небольшие царапинки, хороший сухой блеск по всей поверхности, поверхность окрашивается красителем и краситель удаляется чисткой. Образец №4: результаты полирования отличные. Поверхность не окрашивается.

При анализе материала Bulk Fill выявлено, что поверхность образца №1 не имеет дефектов, сухой блеск исчезает с течением времени; поверхность не окрашивается. Образец №2 имеет микродефекты, блеск интенсивный; окрашивание поверхности удаляется профессиональной чисткой. Образец №3 имеет небольшие ямки, блеск удовлетворительный, постоянный; краситель сохраняется на поверхности и удаляется профессиональной гигиеной. Образец №4 результаты полирования отличные. Поверхность не окрашивается.

Образец №1 из материала Filtek Z550 имеет царапинки, сухой блеск не изменяется с течением времени; поверхность реставрации не окрашивается. Образец № 2 имеет микрошероховатость, сухой блеск удовлетворительный, поверхность не окрашивается. Образец №3 имеет царапинки, сухой блеск не изменяется с течением времени; реставрация

не окрашивается. Образец №4 имеет незначительные дефекты, сухой блеск очень хороший, стойкий. Поверхность не окрашивается.

Выводы:

1. Независимо от материала, на поверхности всех образцов выявлены микродефекты при анализе цифрового изображения.
2. Сухой блеск имеет хорошие показатели на всех образцах, при этом лучшие показатели у поверхностей, полируемых системой дисков Sof-Lex и спиральными дисками Sof-Lex.
3. Сухой блеск сохраняется через месяц полностью на всех образцах.

Список литературы.

1. Гиндюк, Е.В. Оценка чистоты поверхности фотокомпозиционных материалов/Е.В. Гиндюк // Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, 2012. – 4с.

2. Горячев Н.А, Горячев Д.Н. Особенности финишной обработки при восстановлении твердых тканей зубов / Н.А. Горячев, Д.Н. Горячев// Казань «Медицина» 2013. – 32 с.

3. Удод А.А., Челях Е.Н. Оценка качества поверхности фотокомпозиционных материалов на разных этапах полирования // Современная стоматология. – 2009. - №1 (45).

4. Шумский, А. В. Беседы об эстетической реставрации зубов: Практическое руководство / А. В. Шумский. Самара, 2005. - 249 с.

5. Чудинов К.В., Лавров А.А. Финишная обработка композитов как основной этап в формировании естественного блеска // Институт Стоматологии. – 2005. - №2 – С.94-96.

УДК 616.314.14-085.242

Л.Р. Усманова, Э.А. Васильев, О.Н. Суздалева

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ И ФТОРЛАКА ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Губайдуллин И.Р.
Кафедра терапевтической стоматологии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Аннотация: Проведено лечение гиперестезии дентина у 5 резцов и 2 клыков на верхней и 1 премоляра на нижней челюсти с применением 10% раствора глюконата кальция и фторлака для лечения гиперестезии II степени в течение 10 дней и общего лечения с применением поливитаминного комплекса (3-4 драже в сутки) и препарата глицерофосфата кальция по 0,5 г. х 3 раза в день в течение месяца является эффективным. Нами были получены положительные результаты в виде снижения чувствительности зубов и соответствующие изменения электроодонтодиагностики, связанными с пораженными зубами, улучшения общесоматического состояния.

Ключевые слова: гиперестезия, глюконат кальция, фторлак, чувствительность зубов.

L.R. Usmanova, E.A. Vasilyev, O.N. Suzdaleva

EFFECTIVENESS OF APPLICATION OF SOLUTION OF CALCIUM GLUCONATE AND FTORLANKA IN HYPERESTESIA OF SOLID TISSUE OF TEETH

The scientific adviser is Ph.D., associate professor Gubaidullin I.R.
Department of therapeutic stomatology with the course of IDPO
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *The treatment of dentine hyperesthesia in 5 incisors and 2 canines on the upper and 1 premolars on the lower jaw with the use of 10% calcium gluconate and fluorolac solution for the treatment of hyperesthesia of grade II for 10 days and general treatment with a multivitamin complex (3-4 tablets per day) And calcium glycerophosphate preparation 0.5 g x 3 times a day for a month is effective. We obtained positive results in the form of a decrease in the sensitivity of the teeth and the corresponding changes in the electroodontodiagnostics associated with the affected teeth, improving the overall somatic state.*

Key words*: hyperesthesia, calcium gluconate, fluoride-lacquer, sensitivity of teeth.*

Актуальность.

Повышенная чувствительность твердых тканей зубов (гиперестезия) — нередкая патология в практике терапевтической стоматологии. По данным

различных авторов, в клинике встречается от 63 до 65% случаев при системной и генерализованной гиперестезии и в 35-37% случаев при несистемной [1,2,5]. Гиперестезия - некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов, преимущественно постоянных и сопровождающиеся болью возникающих в ответ на действие температурных, химических, тактильных раздражителей кратковременного характера. Боль в зубах может возникать при: анатомическом нарушении целостности эмали, болезнях пародонта, протекающих с обнажением шейки зуба и цемента корня, нервно-психических болезнях, эндокринопатиях, нарушениях обмена веществ и других заболеваниях внутренних органов, когда развивается так называемая системная гиперестезия, характеризующаяся болевой чувствительностью всех или большинства зубов [3,6,7]. Интенсивность болевых реакций может быть от лёгкой чувствительности (дискомфорта), до сильной боли, затрудняющей приём пищи и чистку зубов [1]. Гиперестезия доставляет не только боль, но и значительные психоэмоциональные неудобства, при длительном течении снижает качество жизни. Гиперестезию выделяют системную и ограниченную, сопровождающуюся чувствительностью у небольшого количества зубов. По классификации Федорова Ю.А. и соавт. (1981) по клиническому течению различают три степени гиперестезии: I степень - ткани зуба реагируют на температурный раздражитель (тепло, холод), порог электровозбудимости дентина составляет 5-8 микроампер; II степень - ткани зуба реагируют на температурный и химический раздражитель (солёное, сладкое, кислое, горькое), порог электровозбудимости дентина - 3-5 микроампер; III степень - ткани зуба реагируют на все виды раздражителя, включая тактильный, порог электровозбудимости дентина достигает 1,5—3,5 микроампер [3].

Цель исследования: определить эффективность применения 10% раствора глюконата кальция и фторлака при лечении гиперестезии твердых тканей зубов.

Материалы и методы.

Нами было обследовано 8 пациентов со II степенью гиперестезии в возрасте 25-35 лет с длительностью заболевания 1-3 лет и более. Диагноз заболевания гиперестезия К03.8 устанавливали в соответствие с нозологической международной классификацией стоматологических болезней (МКБ-С) на основе МКБ10. Для ремотерапии использовали местно: аппликации 10% раствора глюконата кальция, время экспозиции 20 мин, всего 10 процедур ежедневно. В каждое 3-е посещение дополнительно было проведено нанесение фторлака. Пациентам назначали общее лечение: поливитаминные комплексы (3-4 драже в сутки) и препараты глицерофосфата кальция по 0,5 г. х 3 раза в день в течение месяца.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием общепринятых стандартных методов. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ [8].

Результаты собственных исследований.

По результатам наших исследований установлено, что среди обследованных больных с гиперестезией преобладали лица в возрасте от 20 до 30 лет, средний возраст составил 26,3±2,0 лет, из них - 2 мужчин средний возраст 24,7±1,9 и 6 женщин (27,1±1,8) лет. Было проведено лечение гиперестезии дентина у 5 резцов и 2 клыков на верхней и 1 премоляра на нижней челюсти. После 3-го посещения гиперестезия уменьшилась у 6-ти пациентов на химические и 4-х на температурные раздражители, порог электровозбудимости дентина составил 2-4 микроампер. На 6-е посещение гиперчувствительность зубов существенно снизилась на температурные раздражители еще у 3-х пациентов, порог электровозбудимости дентина составил 2-5 микроампер. По окончании курса лечения через 10 дней боль полностью прекратилась у всех пациентов и порог электровозбудимости дентина составила 2-6 микроампер. Наши исследования показали, что после проведения 10 сеансов у больных с гиперестезией твердых тканей зубов нами было получено клиническое улучшение состояния твердых тканей зубов,

пораженных гиперестезией и отмечены соответствующие изменения порога электровозбудимости дентина, связанными с пораженными зубами.

Заключение и выводы:

Таким образом, лечение гиперестезии твердых тканей зубов местно с помощью аппликации 10% глюконата кальция ежедневно, фторлака на 3 сутки в течение 10 дней и общего лечения с применением поливитаминного комплекса (3-4 драже в сутки) и препарата глицерофосфата кальция по 0,5 г. х 3 раза в день в течение месяца является эффективным. Нами получены положительные результаты, в виде снижения болевой чувствительности зубов и соответствующие изменения электроодонтодиагностики, связанными с пораженными зубами, улучшения общесоматического состояния, повышения качества жизни.

Список литературы:

1. Болезни зубов: кариес, некариозные поражения, пульпит, периодонтит: учебное пособие для студентов стоматологических факультетов / под общ. ред. И.М. Макеева. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. - 141 с.

2. Борисенко, А.В. Кариес зубов: Практическое руководство / А.В. Борисенко. - Киев: Книга плюс, 2005. - 416 с.

3. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология. – М.: Медицина, 2001. – 736с.

4. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. М.; 2003. -525с.

5. Кариес зубов: учебное пособие / Н.В. Заблоцкая [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 80 с.

6. Кариес зубов (этиология, клиника, лечение, профилактика) / Л.М. Лукиных; Изд. организация Нижегородская государственная медицинская академия . - 4-е изд. – Нижний Новгород: НГМА, 2004. -186с.

7. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. М.; 2005. - 512с.

8. Платонов, А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы / А.Е. Платонов. – М.: Изд-во РАМН, 2000. – 52 с.

УДК 616.314-07: 578.891: 616.36-002.2

О.О. Григорьева А.Р. Юмагулова

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ ОБ ОПАСНОСТИ ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ В НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА СТОМАТОЛОГА

Научный руководитель - доц.,к.м.н Губайдуллин И.Р.

Кафедра терапевтической стоматологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: В современном мире невозможно представить здоровую, полноценную жизнь без стоматологии. Однако неся в себе безграничную пользу, эта область скрывает и множество подводных камней, о которых многие пациенты не знают. Одна из опасностей - вирусная инфекция. В частности гепатит В. Так как он обладает высокой контагиозностью и устойчивостью в окружающей среде и может привести к необратимым процессам. Прием стоматолога напрямую связан с контактом с биологическими жидкостями, в которых может персистировать данный вирус. Весь инструментарии практически невозможно перевести в одноразовое пользование, что в разы снизило бы возможность передачи инфекции. Таким образом врач обязан строго соблюдать правила асептики, антисептики, дезинфекции и стерилизации. Поэтому данная статья будет полезна не только в статистических целях, но и в практическом смысле.

Ключевые слова: гепатит В, контагиозность, информированность.

O.O. Grigoreva ,A.A.Yumagulova

LEVEL OFAWARENESSOF POTENTIAL PATIENTS ABOUT THE RISK OF HEPATITIS B INFECTION AT A DENTIST‘S APPOINTMENT

Scientific Advisor - doc., Cand. Sci. (Med.) I.R. Gubaidullin
Department of therapeutic dentistry Bashkir State Medical University , Ufa

Resume: It is not possible to imagine a healthy, full-fledged life without dentistry in a modern world. However, having unlimited benefits, this field hides a lot of pitfalls, which many patients do not know. One of the dangers is a viral infection. In particular hepatitis B. Since it has a high level

of contagiousness and stability in the environment and can lead to irreversible processes. Dental visit is directly related to contact with biological fluids, in which this virus can persist. All tools are almost impossible to transfer into one-time use, what would reduce the possibility of contagion in several times. Thus, the doctor must strictly follow the rules of asepsis, antiseptics, disinfection and sterilization. Therefore, this article will be useful not only for statistical purposes, but also in a practical sense

Keywords: HepatitisB, contagiousness, awareness

Актуальность: Гепатит В - одна из актуальных проблем современности. По оценкам ВОЗ, около 2 миллиардов людей во всем мире были инфицированы этим вирусом, более 350 миллионов людей больны. Ежегодно от гепатита В умирают приблизительно 780 000 человек, 650 000 от цирроза и рака печени в результате хронического и еще 130 000 от острого гепатита В.
В России ежегодно отмечаются более 50000 новых случаев заболевания гепатитом В.
Наряду с естественными путями ВГВ распространяется искусственными в том числе и на стоматологическом приеме при инструментальных лечебно-диагностических манипуляциях, разнообразных парентеральных процедурах, в результате недостаточного тщательного обеззараживания инструментария многоразового пользования.
В связи с этим высокий риск заражения возможен у лиц, повергающихся многократным инвазивным методам лечения и диагностики, в том числе и в кресле врача стоматолога. А также медицинский персонал, имеющий контакт с кровью: медсестры, ассистенты, стоматологи

Цель исследования:Ознакомление со свойствами вируса гепатита В, выявление уровня информированности среди потенциальных пациентов о возможности заражения гепатитом В на приеме врача стоматолога, осуществление просветительской работы пациентам о мерах предосторожности в стоматологическом приеме, о сроках вакцинации от гепатита В.

Материалы и методы: Для получения информации о свойствах вируса нами были использованы ресурсы библиотеки БГМУ, в частности электронная база на платформе OVID SP.
Для определения уровня информированности среди потенциальных пациентов о возможности заражения гепатитом В на приеме врача стоматолога были предложены анкеты.
Для осуществления просветительской деятельности решено было придумать памятку в бумажном и электронном вариантах. Обработка полученных данных была произведена с помощью пакета программ StatisticaforWindows V.6,0 и редактора электронных таблиц MS Excel 7,0.
В поисках информации удалось узнать ,что
Контагиозность гепатита В по сравнении с ВИЧ инфекцией в 50-100 раз выше. Заражение гепатитом В возможно при контакте с объемом крови от инфицированного человека: 0,1 – 0,5 мкл, а ВИЧ-инфекции от 0,1 до 1мл крови
Вирус гепатита В отличается высокой устойчивостью. Температуру -20 °С он выдерживает в течение 10 лет и более. Вирус устойчив к длительному (18 ч) воздействию кислой среды (pH 2,3), сохраняет антигенную активность в течение 7 дней при воздействии 1,5 % раствора формалина, 24 ч при воздействии 2 % раствора фенола и 5 ч - эфира и хлороформа.

Инактивируется при автоклавировании в течение 30 мин, при воздействии бета-пропиолактона. (.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/ru/)
Для выявления уровня информированности о возможности заражения гепатитом В на стоматологическом приеме было проведено анкетирование среди пациентов на базе КСП БГМУ.
Обработка полученных данных была произведена с помощью пакета StatisticaforWindows 6,0 (Statsoft USA, 1999)

Результаты и обсуждение: На базе КСП БГМУ был проведен опрос пациентов, на знание о возможности заражения гепатитом В на приеме у стоматолога.
Из 100 % опрошенных 5,6 % не слышали о существовании вируса гепатита В.
В результате анкетирования, на вопрос о неблагоприятных последствиях, которые могут возникнуть на приеме стоматолога, были получены следующие результаты: занесение инфекции (любой)- 44% , заражение гепатитом В - 9, 3%, ВИЧ- 3,7 %, иные (получение раны, кровотечение, аллергия)- 24%, не смогли ответить - 18, 5 % .
Пациентам был предложен вопрос: пути заражения гепатита В, с возможностью выбора нескольких вариантов ответа. Парентеральный путь заражение выбрали 77,5 % опрошенных, половой- 57,4 %, контактный- 20,4% водушно-капельный-13%, не смогли ответить - 3,7 %.
На вопрос как можно заразиться гепатитом В на приеме стоматолога, были получены следующие результаты: без должной обработки инструментов- 74 %, без должной обработки и получение открытой раны0 3,7%, через использованный неоднократно одноразовый инструмент- 5,5%, без должной обработки рук врача- 3,7%, не смогли ответить- 12,9%.
Меры профилактики гепатита В (с выбором нескольких вариантов ответа): вакцина- 57,4 % , барьерные методы контрацепции 44,4 %, не смогли ответить- 27,8 % опрошенных.
Пациентам был предложен вопрос: обязаны ли они говорить о своем статусе в отношении гепатита В? 75,9% ответили "Да, должны", "на усмотрение пациента"- 13 %, "нет" и "не знаю" ответили одинаково по 5,5 % опрошенных.
59,3% опрошенных знали о диагностике гепатита В путем сдачи крови из вены на гепатит . 20,4 % ответили, что для проверки на данный вирус нужно сдать общий анализ крови. 5,5 % ответили что нужно сдать общий анализ мочи и 14,8 % опрошенных было неизвестно как диагностировать гепатит В.
На вопрос о мерах предосторожностях для предупреждения заражения гепатита В на приеме у стоматолога, "стерилизация медицинского инструментария" ответили- 31,4 % опрошенных, "использование одноразовых инструментов" ответили 14,8%, кварцевание кабинета 1,8 %, прививка от гепатита В 1,8 %, не смогли ответить -50% опрошенных.
Последствия гепатита В: цирроз и рак печени -87%опрошенных, остальные 13% не смогли ответить на вопрос.
Одним из вопросов анкетирования был, возможно ли выздоровление от гепатита В? Нет, невозможно- ответили 37% опрошенных, да, возможно- 27,8%, не смогли ответить 35,2 %
Завершающим вопросом был о количестве зараженных вирусом гепатита В во всем мире. Многие ответили правильно- около 240 млн человек (24,1 %), однако остальные пациенты не знали ответа на данный вопрос.
В ходе исследования мы выяснили, что большинство опрошенных не осведомлены об уровни опасности гепатита В. И решили создать памятку для пациентов, пришедших на стоматологический прием. В ней указаны основные сведения о данном вирусе. (Приложение 1).

Заключение и выводы: По результатам исследования выяснилось , что основная масса опрошенных (44%) знает о вероятности заражения инфекцией на приеме у стоматолога, но , к сожалению, не может назвать какую именно. Лишь 9,3 % упомянули о возможности

заражения гепатитом В. Хотя практически все 94,4% наслышаны о существовании такого заболевания. Почему возникает такой резонанс в ответах на вышеуказанные вопросы? По нашему мнению, причина заключается в том, что многие не знают как осуществляется передача вируса и чего именно стоит опасаться на приеме у врача стоматолога, а также какие методы профилактики существуют. Вакцинация против гепатита В- самый действенный вариант защиты. Однако только половина (57,4%) опрошенных слышала о такой процедуре. Возможно ответ на вопрос кроется в том, что не все четко понимают к чему приводит вирус гепатита В и можно ли от него вылечится и поэтому халатно относится к этому.

(Приложение 1)

"Несколько простых правил для жизни без гепатита В"

Вирусный гепатит В (болезнь Боткина, сывороточный гепатит) – это инфекционное заболевание печени, вызываемое одноименным вирусом, характеризующееся тяжелым воспалительным поражением печени.
1. По данным ВОЗ около 2 миллиардов людей были инфицированы вирусом гепатита В.
2. Вирус гепатита В передается :
- через кровь
- половым путем
-от матери к ребенку
3. На стоматологическом приеме врач допускает ошибку:
если врач не дезинфицирует руки;
если берет инструменты не из автоклава;
если кладет их не на стерильный столик;
если одевает не новые перчатки;
если использует несколько раз одноразовые инструменты:
4. Пациент при наличии заболевания гепатита В имеет право получить полную стоматологическую помощь, при этом он не обязан говорить, что болен гепатитом В.(но это приветствуется)
5. Главная безопасность – вакцина. Она позволяет не заболеть, даже если у Вас был контакт с данным вирусом. Сроки проведения по национальному календарю прививок (приказ Минздрава РФ):
-в первые 24 часа жизни
- дети 1 и 6 месяца (+ 2 и 12 месяца – группы риска)
- дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее.
Далее каждые 10 лет делается новая вакцина, мед работникам делается каждые 5 лет.
6. Для определения в крови вируса гепатита В необходимо сдать три анализа :
HBsAg — показывает наличие или отсутствие вируса в настоящее время;
Анти-HBcor – показывает наличие или отсутствие вируса в прошлом;
Анти-HBs – показывает наличие или отсутствие защитных антител
Это можно сделать в поликлинике по месту прописки, обратившись к терапевту. он вам даст направление на анализ. А также в любой платной лаборатории.

Список литературы:
1. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология. - М., 2003 г.- 344 с.
2. Воробьев А.В., Быков А. Микробиология.- М.,2003 г.- 336 с
3. Лукацкий И.К. Руководство по стоматологии .-Ростов-на - он, 2001 г. -512 с.
4. Николаев А. И. Практическая терапевтическая стоматология.-С-ПБ. ,2007.-390 с
5. Царев В. Г. Микробиология, вирусология, иммуннология полости рта.-М.- 2013 г.

Дополнительно
1. ВОЗ . Гепатит В [электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/ru/, свободный (10.03.2017)

2.Вирус гепатит В [электронный ресурс].-Режим доступа:http://www.studfiles.ru/preview/3351624/, свободный (21.02.2017)

3. www.stomatolog.ru

4. www.rusdent.ru

УДК 616.314-002-084:[616.314-083:665.583.44]

И. Р. Шарафутдинова

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНЫХ ПАСТ С ФТОРИДАМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ БЕЛОГО ПЯТНА

Научный руководитель - к.м.н., доцент, Кузнецова Л.И.

Кафедра терапевтической стоматологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: на кафедре терапевтической стоматологии с курсом ИДПО у 30 пациентов с кариесом в стадии белого пятна был проведен сравнительный анализ эффективности применения зубных паст, содержащих фториды: зубной пасты Lacalut alpin, зубной пасты splat «Арктикум» и зубной пасты President Classic. В результате исследований было выявлено, что применение зубных паст с фторидами привело к улучшению гигиенического состояния полости рта и к снижению чувствительности твердых тканей зубов.

Ключевые слова: кариес в стадии белого пятна, зубная паста, фториды, индексы гигиены.

I. R. Sharafutdinova

COMPARISON OF EFFICIENCY OF USE OF TOOTHPASTES WITH FLUORIDES FOR PREVENTION OF CARIES IN THE STAGE OF WHITE MACULAE

Scientific Advisor - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Kuznetsova L.I.

Department of a therapeutic odontology with course IAPE, Bashkir state medical university, Ufa

Summary: at department of a therapeutic odontology with course IAPE at 30 patients with caries in the stage of white maculae the comparative analysis of efficiency of use of the toothpastes containing fluorides was carried out: Lacalut alpin toothpaste, splat "Arktikum" toothpaste and President Classic toothpaste. As a result of researches it was revealed that use of toothpastes with fluorides led to improvement of a hygienic condition of an oral cavity and to decrease in sensitivity of solid tissues of teeth.

Keywords: caries in a stage of white maculae, toothpaste, fluorides, hygiene indexes.

Актуальность: Распространенность кариеса по данным эпидемиологического стоматологического обследования составляет 93% населения, что определяет необходимость наличия высокоэффективных средств его профилактики.

Цель исследования: Сравнительная оценка эффективности применения зубных паст: Lacalut alpin, Splat «Арктикум» и President Classic у пациентов с кариесом в стадии белого пятна.

Материалы и методы исследования: Исследования проводились на кафедре терапевтической стоматологии с курсом ИДПО. Наблюдались 30 студентов 3 курса с кариесом в стадии белого пятна в возрасте 19-20 лет. Время проведения исследования – две недели.

Были выделены 3 группы по 10 человек. Пациенты 1 группы чистили зубы дважды в день по стандартной методике зубной пастой Lacalut alpin, 2 группы – зубной пастой Splat «Арктикум», 3 группы – зубной пастой President Classic. Каждому пациенту до начала исследования и после лечения были проведены: опрос, осмотр, определение индекса гигиены OHI-S (Грин - Вермильона). До лечения всем пациентам была проведена профессиональная гигиена полости рта.

Результаты исследования: Пациенты до проведения лечения предъявляли жалобы на повышенную чувствительность твердых тканей зубов.

Объективно: наблюдались меловидные пятна на поверхности эмали жевательных и фронтальных групп зубов.

До лечения индекс OHI-S (Грин-Вермильона) 0,5 (хороший уровень гигиены) выявлен у 6 пациентов, 0,7-1,6 (удовлетворительный уровень) выявлен у 9 пациентов и неудовлетворительную гигиену выявили у 15 пациентов.

После проведения профессиональной гигиены и недельного курса применения пасты Lacalut alpin у пациентов 1 группы индекс в диапазоне от 0-0,6 выявлен у 7 человек, удовлетворительную гигиену имели 3 пациента. Таким образом, индекс OHI-S, улучшился на 60 %.

У пациентов 2 группы через неделю после профессиональной гигиены и курса применения пасты Splat «Арктикум» индекс в диапазоне от 0-0,6 выявлен у 8 человек, 0,7-1,6 -у 2 пациентов. Таким образом, индекс OHI-S, улучшился на 70 %.

Через неделю после применения зубной пасты President Classic у пациентов 3 группы индекс в диапазоне от 0-0,6 выявлен у 6 человек, 7-1,6 -у 4 пациентов. Индекс OHI-S, улучшился на 50 %.

Через 2 недели в 1 группе хороший уровень гигиены был отмечен у 90%, во 2 группе – достиг 100% результата, в 3 группе пациентов составлял 70%.

В 1 группе жалобы на чувствительность отсутствовали, во 2 группе жалобы отмечались у 2 пациентов, в 3 группе – у 3 пациентов.

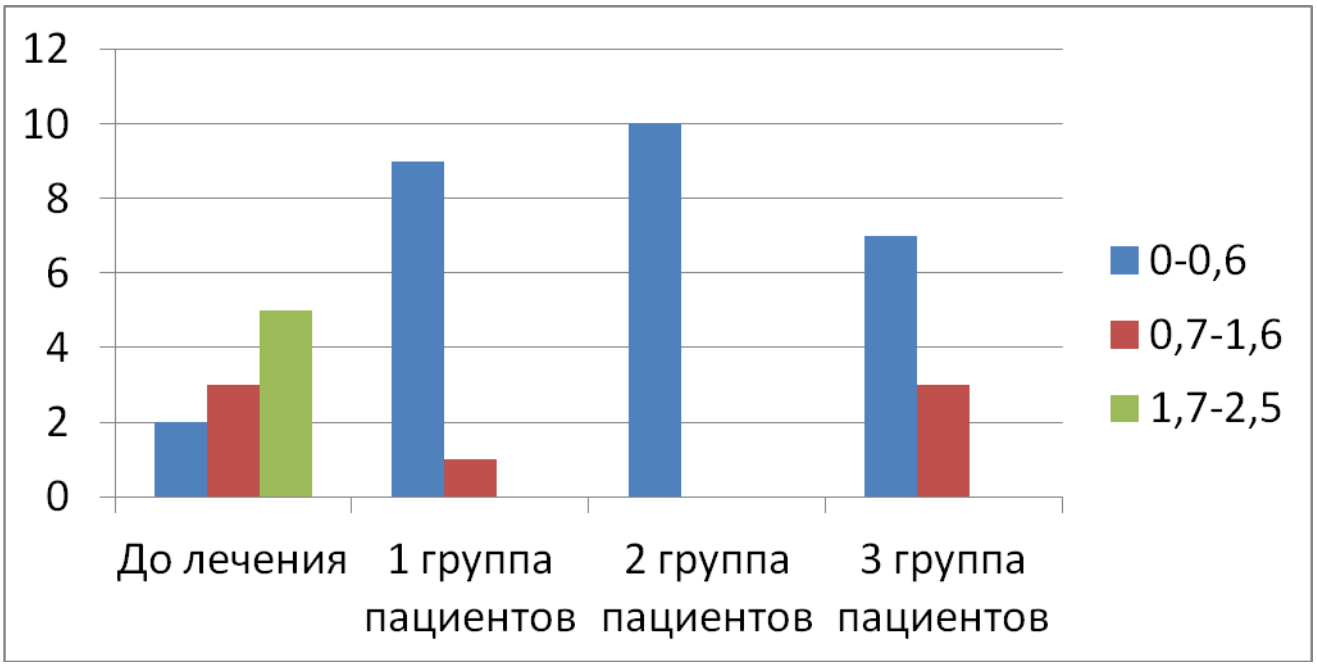


Рис.1 Индекс OHI-S у пациентов после двухнедельного курса

Выводы:

1. После 1 недели применения зубной пасты Lacalut alpin индекс гигиены улучшился на 60%, зубной пасты Splat «Арктикум» - на 70%, пасты Apadent – на 50%
2. После 2 недель применения в 1 группе индекс улучшился на 80%, во 2 - на 90%, в 3 – на 60%
3. Снижение чувствительности зубов в 1 группе отмечалось у 100% обследуемых, во 2 – у 80% пациентов, в 3 – у 70%.

Список литературы:

1.Кузьмина Э.М. «Современные подходы к профилактике кариеса зубов».2011 г.-Dentalforum.

2.Лукиных Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта. М.: Изд. Медицинская книга.-193 с., 2003 г.

3.Федоров Ю.А., Володкина В.В. Оценка очищающего действия зубных гигиенических средств и качество ухода за полостью рта.// Тер. И орт. стомат.-Вып.1.-Л.,1971-С.117-119.

УДК 616.216.1-002

В.А.Аршинова, И.И. Авзалова, И.В Жаркова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Научный руководитель – д.м.н., профессор М.Ф. Кабирова

Кафедра терапевтической стоматологии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Высокая распространенность пародонтита у пациентов с нарушениями углеводного обмена требует не только повышенного внимания врача-стоматолога к данной группе пациентов, но и персонифицированного подхода при проведении лечения. При назначении терапии необходимо учитывать многогранность патогенетических механизмов пародонтита при сахарном диабете - от сосудистых и микробиологических нарушений до иммунологических, клеточных и молекулярных.*

Ключевые слова: пародонтит, сахарный диабет, плазмолифтинг

V. A. Arshinova, I. I. Avzalova, I. V Zharkova

EFFICIENCY OF USE OF PLATELET AUTOPLAZMA AT TREATMENT OF THE CHRONIC PERIODONTAL DISEASE AT PATIENTS WITH THE DIABETES MELLITUS OF 1 TYPE

Scientific Advisor — MD, professor M. F. Kabirova

Department of a therapeutic odontology with course IDPO

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *The high prevalence of a periodontal disease at patients with disturbances of carbohydrate metabolism requires not only special attention of the dentist to this group of patients, but also the personified approach when performing treatment. At purpose of therapy it is necessary to consider that pathogenetic mechanisms of a periodontal disease at a diabetes mellitus are many-sided - from vascular and microbiological disorders to immunologic, cellular and molecular.*
Keywords: parodontit, a diabetes mellitus, plasmolifting

Актуальность. Проблемы высокой распространенности, диагностики и лечения воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) занимают одно из ведущих мест в современной стоматологии. В ходе многочисленных исследований было установлено, что

воспалительный процесс в пародонте в возрастной группе 34-47 лет составляет не менее 45—50% всех стоматологических заболеваний. Одной из актуальных и трудноразрешимых проблем в данном контексте является сахарный диабет (СД) 1 типа [3]. По данным авторов патогенетические механизмы пародонтита при СД многогранны - от сосудистых и микробиологических нарушений до иммунологических, клеточных и молекулярных. [5] Поэтому остается актуальной проблемой персонификация лечения ВЗП у данной категории лиц с использованием методов, которые окажут положительное влияние на патогенез пародонтита. Одним из самых прогрессивных методов является инъекционный метод с использованием тромбоцитарной аутоплазмы, получивший название PlasmoliftingTM [1].

Целью данной работы являлось определение эффективности комплексного лечения хронического пародонтита с использованием инъекционной формы тромбоцитарной аутоплазмы у пациентов с СД 1-го типа.

Материалы и методы. Объектами исследования и комплексного лечения стали 30 больных с генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести с диагностированным СД 1-го типа. Критерии включения пациентов в исследование: достоверный диагноз генерализованного пародонтита, информированное согласие пациента, СД 1 типа. Критерии исключения из исследования: наличие онкологических заболеваний любой локализации, отказ больного от обследования. У всех пациентов была определена субкомпенсированная стадия СД (содержание глюкозы в крови до 14 ммоль/л, суточная глюкозурия – не превышает 40 г/л). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, уровню гипергликемии и длительности заболевания. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения хронического пародонтита: 1 группа пациентов получала традиционное лечение в сочетании с тромбоцитарной аутоплазмой; 2 группа получала традиционное лечение без использования тромбоцитарной аутоплазмы. Всем пациентам провели обследование, включающее в себя заполнение эндокринологической анкеты-опросника, сбора жалоб, данных анамнеза и определение стоматологического статуса с использованием стоматологических индексов. Для выявления показателей гемодинамики тканей пародонта использовался неинвазивный метод лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) с использованием аппарата ЛАКК-01 со спектральным анализом колебаний кровотока. Проводилась регистрация ЛДФ-грамм, после чего на монитор выводились средние статистические значения флоуметрии: М - величина среднего потока перфузии, σ - среднеквадратичное отклонение, K_v - интегральный показатель вариаций. Данные ЛДФ в норме: средний показатель микроциркуляции (М, перф. Ед) - 17,44± 1,36; среднее

квадратическое отклонение амплитуды колебаний кровотока (σ, перф. Ед) - 2,76±0,60; вазомоторная активность ($К_v$, %) [$К_v$ = а/М х 100%] - 15,60±2,80 [4]. Традиционная схема состояла из: обучения рациональной гигиене полости рта, профессиональной гигиене полости рта, санации полости рта, устранения симптомов заболевания (патологическая подвижность, травматическая окклюзия, закрытый кюретаж пародонтальных карманов.); назначения местной противовоспалительной терапии и общеукрепляющего лечения (витаминотерапия и др.). Методика применения тромбоцитарной аутоплазмы состояла из трех этапов: 1 – забор крови из вены больного в вакуумную пробирку PlasmoliftingTM; 2 – центрифугирование крови; 3 – введение полученной плазмы в область зубодесневых сосочков и маргинальной десны из расчета 3,5± 0.5 мл на один зубочелюстной сегмент, состоящий из шести-восьми зубов[1,5]. Количество инъекций составило 2-3 раза в одну и ту же зону с перерывом в 7-10 дней. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием статистических программ «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение. При первичном осмотре больные всех групп предъявляли жалобы на кровоточивость десен; чувство жжения и болезненности в деснах; подвижность отдельных зубов; сухость во рту; неприятный запах изо рта. После комплексного лечения жалобы на боль и кровоточивость десен в 1 группе указывали 2 пациента , во 2 группе - 7. Жалобы на чувство жжения и болезненности в деснах в 1 группе предъявил 1 пациент, во 2 группе – 6 пациентов. Сухость во рту в 1 группе - 1, во 2 группе – 5. Изменение показателей стоматологических индексов в зависимости от лечения приведены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели стоматологических индексов в группах исследования до и после лечения

Группы исследования	Стоматологические индексы									
	OHI-S		КПУ		PMA		CPITN		SBI	
	До лечения	7 день	До лечения	7 день	До лечения	7 день	До лечения	7 день	До лечения	7 день
1 группа	2,39±0,25	0,9±0,1*	13,1±0,6	6,4±0,9**	58,21±2,4%	13,22±2,1%**	3,78±0,3	1,06±0,1**	2,16±0,3	1,17±0,2**
2 группа	2,17±0,15	0,9±0,1*	15,5±0,8	7,1±0,19**	61,72±2,5%	25,21±1,4%*	3,75±0,2	2,79±0,2*	2,17±0,2	1,97±0,2*

*p≤0,05 - отличие достоверно в группах исследования

** p≤0,001 - отличие достоверно в группах исследования

По данным таблицы 1 после проведения лечения значение индекса OHI-S у пациентов 1 и 2 групп через 7 дней после лечения снизилось до 0,91±0,11 (p<0,05). Показатели индекса PMA в 1 группе через 7 дней после лечения снизились в 4,4 раза, и были в 2 раза ниже показателей 2 группы (p≤0,001). Через 7 дней отмечалось снижение индекса по SBI у пациентов обеих групп. Однако показатели во 2 группе были в 1,1 раза ниже и соответствовали «среднему воспалению», а в группе 1 группе снижение было более выраженным и соответствовало критерию «легкое воспаление» (p≤0,001). Показатели CPITN имели тенденцию к снижению и через 7 дней в 1 группе были приближены к норме, снизились в 3,5 раз, во 2 группе снизились в 1,3 раза (p≤0,001). Эффективность лечебных мероприятий была оценена по показателям ЛДФ-грамм тканей пародонта и представлена в таблице 2.

Таблица 2

Результаты влияния лечения на микроциркуляцию тканей пародонта представлены

Группы исследования	До лечения			1 месяц			6 месяцев		
	M (перф. ед.)	σ (перф. ед.)	K_v (%)	M (перф. ед.)	σ (перф. ед.)	K_v (%)	M (перф. ед.)	σ (перф. ед.)	K_v (%)
1 группа	14,17±0,80	1,72±0,54	11,32±1,21%	14,39±0,85	1,77±0,57	11,48±1,78	15,40±0,97	2,49±0,89	11,96±1,41
2 группа	14,20±0,20	1,68±0,29	10,34±1,01%	14,10±0,87	1,98±1,10	10,56±1,33	14,44±1,15	1,80±0,21	10,75±1,03%

*p≤0,05-отличие достоверно в группах исследования

Анализ данных ЛДФ до лечения указал на снижение перфузии тканей кровью и активности кровотока. После проведения комплексного лечения микроциркуляция пародонта улучшилась в обеих группах. Уровень капиллярного кровотока в 1 группе после проведения лечения был увеличен на 1,23 и был лучше по сравнению со 2 группой на 0,96. Во 2 группе после лечения уровень капиллярного кровотока был увеличен на 0,24. Среднее квадратическое отклонение амплитуды колебаний кровотока(σ) в 1 группе после лечения было увеличено на 0,77 и был лучше по сравнению со 2 группой на 0,69. Во 2 группе после лечения данный показатель увеличился на 0,12. Вазомоторная активность (Kv) в 1 группе после проведения лечения увеличилась на 0,64, что свидетельствует об улучшении

вазомоторной активности, и был лучше по сравнению со 2 группой на 1,21. Во 2 группе после лечения вазомоторная активность улучшилась на 0,41. Полученные данные свидетельствуют об улучшении капиллярного кровотока.

Выводы. Таким образом, клинические показатели, оценка пародонтальных индексов и данные ЛДФ указывают, что применение инъекционной тромбоцитарной аутоплазмы (PlasmoliftingTM) у пациентов с генерализованным пародонтитом с СД 1 типа значительно улучшает состояние тканей пародонта и показатели микроциркуляции тканей пародонта по сравнению с традиционным лечением и имеют более выраженный стойкий клинический эффект.

Список литературы:

1. Ахмеров Р.Р., Овечкина М.В., Цыплаков Д.Э., Воробьев А.А., Мансурова Г.Т. Технология Plasmolifting – инъекционная форма тромбоцитарной аутоплазмы для лечения хронических пародонтитов I-II степени тяжести // - Пародонтология. 2013. Т. 18. № 1. С. 45-52.

Akhmerov R. R., Ovechkina M. V., Tsyplakov D. E., Vorobiev A. A., Mansurov G. T. Technology Plasmolifting is a injectable form of platelet autoplasma for the treatment of chronic periodontitis I-II severity // - Periodontics. 2013. T. 18. No. 1. S. 45-52.

2. Буляков Р.Т., Сабитова Р.И., Гуляева О.А. Опыт консервативного лечения пародонтита тяжелой степени с использованием современных методов разрушения биопленки и технологии Plasmolifting// Проблемы стоматологии. 2014. №1. С.13-18.

Bulyakov R. T. Sabitova, R. I., Gulyaeva O. A. Experience of conservative treatment of periodontitis with use of modern methods of destruction of the biofilm and of Plasmolifting technology// Actual problems of stomatology. 2014. No. 1. P. 13-18.

3. Дедов И.И, Шестакова М.В, Викулова О.К. Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2014 г. И перспективы развития // Сахарный диабет. 2015. №3 С.5-22.

Dedov I.I., Shestakova M. V, Vikulova O. K. State register of diabetes mellitus in the Russian Federation: status 2014 And prospects of development // diabetes. 2015. No. 3 S. 5-22.

4.Кузнецова Н. С., Жаркова И. В. Влияние психоэмоционального стресса на показатели гемодинамики тканей пародонта у лиц молодого возраста с сахарным диабетом // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 11. С. 3631–3635

Kuznetsova N. S., Zharkova, I. V. Influence of emotional stress on the hemodynamics of periodontal tissues from young patients with diabetes // Scientific-methodical electronic journal "Concept". 2016. T. 11. S. 3631-3635

5. Барер Г.М., Григорян К.Р. Пародонтит у больных сахарным диабетом 1 типа (обзор литературы)// Пародонтология. 2006. № 2. С. 6-10.

УДК 616.314-089.23

Титоян В.М

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИЖИВЛЕНИЕ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ

.

Научный руководитель — профессор, д.м.н. Убайдуллаев М.Б.

Кафедра Хирургической стоматологии

Башкирский Государственный Медицинский Университет (Уфа, Россия)

Резюме: Успех при дентальной имплантации заключается в первую очередь в остеоинтеграции. Общее состояние организма каждого пациента, рентгенологические данные костей лицевого скелета и наличие сопутствующих заболеваний оказывает существенное влияние на процесс приживления имплантата в послеоперационном периоде. По литературным источникам процент приживляемости уменьшается при наличии сопутствующих заболеваний, нарушении морфологической структуры костей лицевого скелета и при нарушении протокола установки имплантата. Перед операцией очень важно предварительно выяснить полный анамнез пациента, результаты КТ, и конечно же получить информированное добровольное согласие пациента на хирургическое вмешательство.

Ключевые слова: дентальная имплантация, остеоинтеграция, фактор приживления.

The factors influencing on healing of dental implants according to literature

Titoian V.M.

Scientific supervisor – professor, MD M.B. Ubaidullayev

Department of surgical dentistry

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Summary: Success in dental implantation is primarily in osseointegration. The general condition of each patient's body, the radiographic data of the bones of the facial skeleton and the presence of

concomitant diseases exert a significant influence on the process of engraftment of the implant in the postoperative period. According to the literature sources, the percentage of engraftment is reduced in the presence of concomitant diseases, violation of the morphological structure of the bones of the facial skeleton and in violation of the protocol of implant placement. Before the operation, it is very important to first ascertain the complete medical history of the patient, the results of CT, and of course to obtain informed consent from the patient for surgical intervention.
Key words: dental implantation, osseointegration, engrafting factor.

Актуальность. Одной из самых актуальных проблем в дентальной имплантологии является проблема приживления имплантатов. На сегодняшний день дентальные имплантаты применяются широко, но учитывая индивидуальность и уникальность организма каждого пациента, а также разнообразие клинических случаев, то их внедрение зависит от многих факторов. Пациенты, которым необходима какая-либо хирургическая операция, должны быть физически и психологически способны перенести ее. В равной степени это относится и к процедуре имплантации, у которой могут быть как относительные, так и абсолютные противопоказания. Относительным противопоказанием, к примеру, являются хронические заболевания. Однако если проводить вмешательство со всеми возможными для данного случая предосторожностями, то можно надеяться на успех.

Цель исследования - оценить факторы влияющие на приживление дентальных имплантатов, по данным отечественной и зарубежной литературы.

Материал и метод исследования. При исследовании были использованы результаты дентальной имплантации стоматологических клиник в РФ и за рубежом, по данным литературы. Обследования пациентов включала в себя данные анамнеза, состояние слизистой оболочки полости рта, общее состояние организма, состояние челюстных костей и зубов а также наличие общих и местных заболеваний.[1,2,3,5,7,8,9]

Результат исследования и обсуждение. Многочисленные исследования показали, что остеоинтеграция произойдет независимо от внешней формы имплантата, а также если имплантат изготовлен из биоинертного материала (титан, тантал, цирконий)[1,3,4,6,7] . Большинство авторов справедливо и обоснованно считают, что главным принципом «имплантологического» лечения состоит в атермическом и атравматическом препарировании костной ткани, при соблюдении которых во время установки имплантата будет достигнута необходимая первичная стабильность[3,4,6,7]. В дальнейшем послеоперационном периоде, в процессе отсеоинтеграции имплантат не должен испытывать выраженных жевательных(особенно боковых) нагрузок как минимум три недели после операции [1,3,6].

Конструктивные особенности стоматологических имплантатов имеют важное значение, наряду с характеристиками материала, для биомеханической совместимости имплантата с тканями полости рта [2,4,6]. Биомеханика играет особую роль при взаимодействии костной ткани и имплантата, которая также является фактором приживления зависящая как от состояния твердых тканей так и материала.

Предварительное обследование пациентов проводилось с целью выявления до начала лечения состояний [2,6,7,9], которые могут являться относительными или абсолютными противопоказаниями. Например, бессмысленно назначить пациенту рентгеновскую КТ, если он не может открыть рот шире, чем на два пальца. Сначала необходимо выяснить, насколько хорошим кандидатом для имплантации является пациент. Пока не закончено необходимое рентгенологическое обследование, нельзя окончательно определять план лечения, включая количество имплантатов, их размеры и расположение.

Во избежание перегревания костной ткани Зандхаус рекомендовал использовать хирургические фрезы с внутренним охлаждением физиологическим раствором, который рекомендовалось предварительно охлаждать. Помимо охлаждения, принято считать асептику и антисептику основными условиями успешной имплантации[1,2,3,4,7] . Также количество установленных имплантатов влияет на приживляемость, это значит что чем больше имплантатов было установлено тем выше риск отторжения.[4]

По протоколу Бронемарка имплантация проходит в два этапа, где приживление должна проходить под лоскутом [1,3,5,6,8]. В таких условиях за счет полной изоляции от механической нагрузки формируется непосредственный контакт костной ткани с имплантатом, т.е. остеоинтеграция, обеспечивающая хороший долгосрочный прогноз имплантологического лечения**.**

Критерием надежности имплантации являются отсутствие подвижности и резорбции кости в области маргинального края(шейки) и вокруг имплантата. Глубина десневого кармана в области шейки должна быть более 3мм, десна при этом следовательно должна иметь нормальное состояние[1,3,9], дабы не возникало оголения конструктивных элементов имплантата. Если в первый год функционирования имплантата потеря кости кости составила не более 1,5 мм,а в каждый последующий не более 0,2 мм [1,7]и при этом нет отторжения организмом то эту имплантацию допускается считать успешной.

Имплантацию принято считать успешной при более 85 % положительных результатов лечения в течение 10 лет [4,5,7]

При проведении сложных хирургических вмешательств необходимо повторно оценить клиническую ситуацию после заживления. Может получится так, что прогноз сохраненных зубов в контексте общего плана лечения будет конфликтовать с индивидуальным прогнозом относительно конкретного зуба[2]. По окончании операции пациент должен наблюдаться через полгода для осмотра, оценки слизистой оболочки и состояния зубов антагонистов, а также результаты приживления и получение дальнейших рекомендаций от врача-стоматолога.

Вывод. Исследование показало что результат успешного приживления дентального имплантата во многом зависит от соматического, физиологического и психологического статуса пациента. Помимо пациента, операция должна быть проведена с учетом асептики и антисептики, соблюдая принципы имплантологического лечения. Немаловажно также глубокие познания врача-стоматолога в анатомии челюстно-лицевой области а также грамотного сбора информации о пациенте. Большое количество авторов по данным литературы считают, что главное при операции является хирургический аспект а также состояние организма пациента, и для этого фундаментом успешного лечения является полностью детализированный собранный анамнез пациента.

Литература

1. Дентальная имплантация /Жусев А.И., Ремов А.Ю. //Издательство - «Центр дентальной имплантации», г. Москва, 2004. - С.68

2.Стоматологическая реабилитация с помощью дентальных имплантатов /Н.У. Зицманн, П.Шерер // Издательство - «Центр стоматологии и медицины полости рта», г.Цюрих(Швейцария), 2005. - С - 24

3.Зубная имплантация. Новый уровень протезирования /Суднев И., Михайлов И., Гольдштейн Е. // ООО «MEDИ издательство»,г. Санкт-Петербург, 2007. - С.26

4. Имплантация зубов (хирургические аспекты) /**Робустова Т. Г.** Издательство - «Медицина»,г. Москва, 2003. - С.76

5.**Практическая дентальная имплантология /Мушеев И.У., Олесова В.Н., Фрамович О.З.** //Издательство - «Немчинская типография», г. Москва, 2000. - С**.23**

6.Стоматологическая имплантология /Иванов С.Ю., Бизяев А.Ф., Ломакин М.В. // ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, г. Москва, 2000. - С.15-17

7.Устранение осложнений имплантологического лечения /Марк Бер //**Издательство "Университет Paris V", г. Париж(Франция), 2007.** - С**.** 6-8

8.Факторы риска в стоматологической имплантологии /Ф.Ренуар., Б.Рангерт //**Издательство "Азбука", г. Москва, 2004.** - С.20-22

9.Хирургические методы дентальной имплатации /Тимофеев А.А. //Издательство - «Чер-вона Рута-Туре», г. Киев, 2007. - С. 118-120

УДК 616-006.311.03

Р.Р. Янтилин

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель — З.Р. Галеева. Доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО. Кандидат медицинских наук, врач-стоматолог хирург высшей категории;

Структурное подразделение, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ИДПО.

Резюме: В статье рассматривается консервативный метод лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей, как альтернативу в сравнение оперативным.

Ключевые слова: Лечение гемангион челюстно-лицевой области у детей, консервативный метод лечения, сосудистые новообразование челюстно-лицевой области у детей, доброкачественное сосудистое новообразование.

Conservative treatment of hemangioma of the maxillofacial region in children

R.R. Yantilin. The student Faculty of Dentistry; e-mail yantaaq@yandex.ru; phone +79870556280

Supervisor – Z.R. Galeeva. Associate Professor of Dentistry and orthodontics childhood with the course IDPO. MD, PhD, a dentist surgeon of the highest category;

The structural unit, Bashkir State Medical University, Ufa, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics with a course IDPO.

Summary: The article deals with the conservative treatment of hemangioma of the maxillofacial region in children, as an alternative in comparison operational.

Keywords: Treatment gemangion maxillofacial region in children, a conservative method of treatment, vascular neoplasm of the maxillofacial region in children, benign vascular neoplasm.

Консервативное лечение гемангиом челюстно-лицевой области у детей.

Актуальность темы. Гемангиома – это доброкачественное сосудистое новообразование челюстно-лицевой области. Имеет огромную распространенность среди населения детского возраста. Как правило, обнаруживают сразу же после рождения ребёнка (87%) или в первые месяцы жизни. 70% гемангиом встречают у девочек. Опухоль может располагаться на любом участке тела, очень редко во внутренних органах — печени, лёгких, мозге, костях. Однако преимущественная локализация (до 80-83%) — верхняя половина тела, включая голову и шею.

Цель нашего исследования – показать консервативный метод лечения, как альтернативу в сравнение оперативным. Следствием оперативного лечения являются рубцы, изменения конфигурации лица и наличие дефектов чло у детей негативно влияет на формирование эстетики, психики пациента в будущем. Это проявляется в виде замкнутости, мешает общению со сверстниками и полноценному развитию в социуме.

Задачи исследования :

1. Провести обзор литературы по сосудистым новообразованиям челюстно-лицевой области у детей.
2. Изучить консервативный метод лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей.

Известно, что врожденные гемангиомы появляются из-за нарушения развития и роста сосудистой ткани во внутриутробном периоде.

Опухоль развивается из эндотелия сосудов, характеризуется пролиферацией клеточной массы независимо от роста ребенка, кровоснабжается из артериального русла. Наиболее часто поражает кожу и подкожную жировую клетчатку, реже паренхиматозные органы, и крайне редко костную ткань.

Среди гемангиом челюстно-лицевой области у детей выделяют следующие виды : простые капиллярные и клеточные, кавернозные, комбинированные (капиллярно-кавернозные), смешанные (ангиофибромы, ангиолипомы, ангиолейомиомы).

Лечение гемангиом может быть оперативным и консервативным.

К оперативному лечению относят – иссечение опухоли. Этот метод имеет свои недостатки : сопровождается кровопотерей, использование общего обезболивания не всегда хорошо переносится пациентом, после операции образуется рубец. Однако, из арсенала известных оперативных методов лечения в настоящее время сохраняют свое значение криотерапия, электрокоагуляция, лазеротерапия.

Криотерапия – это метод удаления новообразований, который проводится с помощью жидкого азота или жидкой углекислоты. Углекислота или азот находятся под высоким давлением в специальном металлическом баллоне. Выпускаемые через специальный металлический выпускник, углекислота и азот превращаются в снежную массу с температурой до -196°. Комок снега накладывается на гемангиому, захватывая также участок здоровой кожи вокруг нее на 4-5 мм. Продолжительность первой аппликации на коже 20 с, на слизистой 15 с.

В основе метода электрокоагуляции лежит, иссечение тканей опухоли под воздействием напряжения. После процедуры образуется струп, который отторгается через 2-3 неделе. На коже остаётся мало заметный рубец.

При консервативных методах лечения рекомендуется пропранолол. Международное общество изучения сосудистых образований (ISSVA) рекомендует начинать с него при первичной терапии. Первое описание поразительного эффекта пропранолола в лечении младенческих гемангиом принадлежит группе французских ученых во главе с профессором дерматологом Кристиан Лате-Лабрез (K. Leaute-Labreze 2008).

В России этот метод не признан “официальным”, разрешения для применения пропранолола как медикаментозной терапии при младенческих гемангиомам нет. Чаще всего терапия не достигает должного результата из-за некачественных медикаментозных препаратов.

В результате лечения в области гемангиомы происходит сужение патологических сосудов, останавливается их рост и происходит процесс разборки тканей.

Назначение препарата проводится в стационаре, строго под контролем врачей и предварительного обследования. Детям проводят биохимический анализ крови, электрокардиографию, холтеровское мониторирование. По международным данным, дозировка препарата для лечения младенческих гемангиом составляет 2мг\кг в сутки. Время пребывание ребенка в стационаре 10-12 дней. Общее время приема препарата составляет в среднем 6 месяцев.

Пропранолол, как и любой другой препарат имеет побочные эффекты. Гипогликемия (снижение сахара крови), артериальная гипотензия (снижение артериального давления), бронхоспазм (затруднение дыхания), беспокойный сон, запоры, похолодание конечностей, брадикардия (замедление сердечного ритма).

С 2011 года в ДГКБ св. Владимира г.Москва для лечения данной патологии начал применяться пропранолол. Пролечено 84 ребёнка в возрасте от 1 мес до 2 лет. Из них гемангиома в околоушно-жевательной области была у 28 детей; в области носа — 11 пациентов; в орбитальной области – 14 больных; в области верхней и нижней губ – 12 пациентов; в шейной области 5 больных; у 14 детей младенческая гемангиома поражала несколько анатомических областей. Ранее 58 пациентов (69%) получали различные виды лечения: гормонотерапия, склерозирование спиртом, склерозирование фибровейном, применение лазера, криодеструкция, рентгенотерапия, что вызвало бурный рост гемангиомы и ухудшение общего состояния детей. Пациентам перед началом лечения проводились исследования: фотодокументация с использованием метрической шкалы с последующей еженедельной оценкой изменений размеров гемангиомы, кардиологическое (ЭКГ, эхокардиография, холтеровское мониторирование, измерение АД), фиброларингоскопия, уровень глюкозы в крови, ультразвуковое исследование с допплерографией. Компьютерную томографию с контрастированием, с последующей 3D реконструкцией, выполняли в том случае, если по данным УЗИ невозможно было определить размеры гемангиомы и объём поражённых тканей новообразованием. Лечение пропранололом проводилось в дозировке 2мг/кг в сутки длительностью до 8 месяцев. В результате проведённого лечения получены хорошие результаты у 76 пациентов (90,5%), удовлетворительные у 7 детей (8,3%) и отрицательный — 1 больной (1,2%).Осложнения в виде преходящей брадикардии были у 23 пациентов с конечным хорошим результатом лечения.

Таким образом, применение пропранолола для лечения детей с младенческими гемангиомами позволяет достигать в подавляющем большинстве случаев хороших

косметических и функциональных результатов и мы рекомендуем его использование в практическом здравоохранении, как альтернативу существующим хирургическим методам лечения.

Список литературы :

1. Данные **ДГКБ св. Владимира г.Москва 2008-2017 [гемангиома.рф]**
2. Стоматология детского возраста. — Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. — 640 с: ил. (Учеб. лит. Для студентов мед. вузов.)
3. "Национальное руководство" (Исаков Ю.Ф. Детская хирургия национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2009)
4. Федореев, Г.А. Гемангиомы. - М., 1974. – 262 с.
5. *Storch CH, Hoeger PH.* Br J Dermatol. 2010 May 8. Пропранолол для лечения детских гемангиом – молекулярные механизмы действия.

УДК-61

Байбулдин И.Е, Ануфриев С.В, Хасанов И.Ш.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ НА ПРИМЕРЕ ФИЗИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ

Научный руководитель — к.м.н, доцент Лазарев С.В

Структурное подразделение, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В данной работе представлен взгляд на клиновидные дефекты со стороны механики и за основу взят метод конечных элементов.

Ключевые слова: Стоматология, клиновидные дефекты.

Baibuldin I.E, Anufriev S.V., Khasanov I.Sh

Scientific Advisor– Candidate of Medical Sciences, Associate Professor S.A Lazarev

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: In this paper we present a look at wedge-shaped defects on the part of mechanics and take the finite element method as the basis.

Keywords: Dentistry, wedge-shaped defects

Актуальность:

В настоящее время отмечается значительный рост распространенности некариозных поражений зубов, приводящих к значительной убыли эмали и дентина, гиперчувствительности и эстетическому дефекту коронок зубов. Наиболее распространенным видом некариозной патологии являются клиновидные дефекты зубов (КДЗ), составляющие 37.5% [1]. Структура некариозных поражений зубов молодеет с каждым годом. Так сегодня КДЗ встречаются в возрасте от 20-ти лет, а иногда и у подростков. Ранее считалось, что это патология встречается у людей старше сорока лет. Выделяют ряд предрасполагающих факторов и возможных причин развития КДЗ таких, как эрозивная теория (избытка кислотосодержащей пищи), механическая деструкция (зубными щетками), патология прикуса, сопутствующие стоматологические заболевания и другие. Складывающаяся экологическая ситуация и радиоактивный фон наряду с местными и внутренними нарушениями способствуют развитию данной патологии. [2]

Цели и задачи.

Цель – изучить механизм возникновения клиновидного дефекта.

Задачей является построение физической модели для изучения возникновения клиновидного дефекта.

Материалы и методы исследования.

Наиболее выражено данное заболевание на клыках и премолярах, в местах, наиболее высокого давления и что длина зуба влияет на степень выраженности и увеличение площади дефекта. Так у пациентов, имеющих рецессию десны и пародонтальные заболевания степень выраженности клиновидных дефектов была выше, нежели у пациентов без данных патологий.[3] Понятно, что открытые участки, при рецессии десны, покрыты не эмалью, а цементом.

Исследуя пациентов с клиновидными дефектами в клинике БГМУ, была создана физическая модель из резиновых шаблонов, закрепленных на жестком основании, имитирующих зубной ряд разных по длине (первый шаблон 55 мм, второй шаблон 45 мм, третий шаблон 35 мм, 4 шаблон 55 мм) столбики были прокрашены индикатором целостности на высоту в 15 мм, к данным столбикам прикладывалась имитация жевательной нагрузки в размере 10, 20, и 30 движений. После каждой имитации регистрировалась разрушаемость индикаторного слоя.

Исследование основано на построении физической модели и изучении возникновения клиновидного дефекта с помощью метода конечных элементов с помощью математической модели, взятой из источника.[4,5].

Результаты и их обсуждение.

Результаты опыта.

Таблица №1

Столбик подвергающийся нагрузке.	Спустя 10 жевательных движений	Спустя 20 жевательных движений.	Спустя 30 жевательных движений.
	Процент разрушения.		
1. 55 мм.	0,8%	1,3%	3,6%
2. 45 мм.	2,9%	4,3%	7,8%
3. 35 мм.	0,5%	1,8%	9,4%
4. 25 мм.			2,7%

Исходя из полученных данных, была выявлена закономерность, чем выше длина коронковой части, тем объемнее разрушения, при увеличении количества жевательных движений также происходит увеличение степени разрушаемости. Отсюда видно, что при разнице жевательных движений в 3 раза происходит увеличение степени разрушаемости на шаблоне длинной в 25 мм в 2,7 раза, на шаблоне длиной 35 мм в 18,8 раз, на шаблоне длиной 45 мм в 2,6 раза, на шаблоне длиной 55 мм в 4,5 раза. В клинической ситуации, при заболеваниях пародонта и убыли удерживающего аппарата зуба происходит увеличение клинической коронки зуба, что ведет к увеличению степени тяжести клиновидных дефектов по сравнению с пациентами без патологий пародонта и нормальной длиной коронки, также при наличии у пациента повышенной стираемости зубов, наличие клиновидного дефекта заметно снижается.

Выводы

На основании проведенного опыта можно сделать следующие выводы:

1. При увеличении длины клинической коронки, происходит увеличение вероятности возникновения клиновидного дефекта.

2. Знания, полученные в результате эксперимента, могут помочь в увеличении срока службы металлокерамических коронок и мостовидных протезов, этого можно достичь, распределяя равномерно нагрузку в области клыков, первого и второго премоляров.

3. При возникновении риска развития клиновидного дефекта и риска функциональной перегрузки периодонта зубов испытывающих наибольшую нагрузку, а именно, клыков, первых и вторых премоляров имеет смысл проводить избирательное пришлифовывание зубов по Дженкельсону[6].

Литература.

1). «Клиновидные дефекты» / Т.П. Данченко и др. // Новое в теории и практике стоматологии. Сборник научных работ. — Ставрополь, 2008.- С.60-65.

2). «Профилактика и лечение клиновидных дефектов зубов с сочетанным применением гидроксиапатит - и фторосодержащих препаратов»/ Афанасов Ф.П. // Текст: автореф. Дисс… канд. мед. Наук – Ставрополь, 2010. 110 с.

3). Клинико-лабораторное исследование клиновидных дефектов зубов»/ Шевелюк Ю.В. // Текст.: автореф. дисс … канд. мед. наук Москва, 2011. 121 с.

4). «О возможностях конечно-элементного моделирования в ортопедической стоматологии»/ Чуйко А.Н. // Стоматолог 2000; 3, 37-38.

5). «Изучение внутренних напряжений в челюстных костях нормальной плотности при использовании бюгельных съемных конструкций, на примере математической модели»/ Лазарев С.А., Лазарев В.А.// Текст: статья. Санкт-Петербург, 2013

6). «Методы устранения травматической перегрузки периодонта»/ Наумович С.А// Современная стоматология. – Минск, 2007. – №3. – С. 11-15.

ФАРМАЦИЯ

ОГЛАВЛЕНИЕ

ХУЗИН Д.Р., ЖОРА АЙСАРА,
ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ НАДЛЕЖАЩЕЙ АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН 509

ГЕМБЕЛЬ О.С
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ПЛЕНОК С ОКСИМЕТИЛУРАЦИЛОМ 515

А.Д. АЛИЕВ
ФИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАВЫ АСТРАГАЛА ШАРОГОЛОВОГО ASTRAGALUS GLOBICEPS BUNGE 519

Д.Д. АСАДУЛЛИНА, В.В. ПУПЫКИНА
ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КАРОТИНОИДОВ В ЛИСТЬЯХ КИПРЕЯ УЗКОЛИСТНОГО ИЗ ФЛОРЫ БАШКОРТОСТАНА 523

А.М. АСЫЛОВА
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ГЛАЗНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПЛЕНОК С СОКОМКАЛАНХОЭ 526

Л.А. АХАТОВА
МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ, НА ОСНОВЕ ПОИСКОВО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ «МИР-ЛС» 530

А.А. АХМАТГАЛИЕВА
ИЗУЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВНУТРИКОРПОРАТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 536

Л.Н. АХМЕТЗЯНОВА
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКИ-ЗНАЧИМЫХ ПРИЗНАКОВ В РАСТИТЕЛЬНОМ СБОРЕ, ОБЛАДАЮЩЕМ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ 540

А.Р. АХМЕТЬЯНОВА
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОВАРОВЕДЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СБОРА, ОБЛАДАЮЩЕГО ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ 546

И.Р. БАЙМУХАМЕТОВ
ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО СБОРА 552

БАШИРЗАДЕ А.А.
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС ПЕГИЛИРОВАННЫМИ СУБТИЛИЗИНАМИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА 556

Ж. Н. АСКАРБЕКОВА, А. Т. НАРБАЕВА, З. М. МУРАТБЕКОВА
КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИТАМИНА С МЕТОДОМ ТИТРИМЕТРИИ В РАЗНЫХ СОРТАХ МАНДАРИНА 561

А.И. БОНДАРЕНКО
ДРАГ-ДИЗАЙН КАК ОСНОВА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ 566

Э.Р. ГАЛЕЕВА
РАЗРАБОТКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ С ГУМАТОМ НАТРИЯ ИЗ ТОРФА 571

А.М. ГАЛИМОВ
АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У СТУДЕНТОВ-БАСКЕТБОЛИСТОВ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 576

В.А. ГУСАКОВ
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ СУШКИ НА СОХРАНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПЛОДАХ РЯБИНЫ ОБЫКНОВЕННОЙ 592

ДАШКИНА А.И., РАШИТОВА Г.Р.
ЛОГИКО-СЕМАНТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬСИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УРОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ НА ЭТАПЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ 597

А.С. ДЖУПАРОВ
ИЗУЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ МАЛОГО И СРЕДНЕГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ 602

К.И. ЕНИКЕЕВА, О.А. ГИБАДУЛЛИНА
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В РАЗЛИЧНЫХ СОРТАХ ПИОНОВ В СРАВНЕНИИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ВИДОМ 608

Н.К. ЖАЛАЛОВА.
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 613

КАДЫРОВ А.Р., ТУРГИНБАЕВА Д.Б.
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ КАПСУЛ С ИЗОНИАЗИДОМ И ОФЛОКСАЦИНОМ 618

КАДЫРОВ А.Р.
ПОЛУЧЕНИЕ ЛИПОСОМ С ИЗОНИАЗИДОМ 624

Б.М. КАПАРОВ
«МАКРО- И МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЦВЕТКОВ БЕССМЕРТНИКА САМАРКАНДСКОГО» 630

КАСИМОВ С.З., ЫДРЫС М.Е., АРЗЫКУЛОВА А.Н.
ПОЛЫНЬ МАРШАЛЛА КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТИТЕЛЬНОЕ СЫРЬЕ 637

Р.Р. КАСИМОВА, И.Р. БАЙМУХАМЕТОВ, Р.Ф. КИЛЬДИЯРОВ
РАЗРАБОТКА СОСТАВА, ТЕХНОЛОГИИ И ИССЛЕДОВАНИЕ ТАБЛЕТОК С ЭКСТРАКТОМ ПЕРВОЦВЕТА 642

М.Г. КОКУРИНА
ИССЛЕДОВАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ МЕТОДОВ СТАНДАРТИЗАЦИИ НАСТОЙКИ ЭВКАЛИПТА 648

С. А. КОНДРАТЬЕВА
ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОПЛАТЫ ТРУДА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ 651

В.А. НЕБОГАТОВА, К.И. ШАНГАРЕЕВА
ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАКЦИЙ ЭТИЛОВОГО ЭФИРА 2-[8-БРОМ-3-МЕТИЛ-7-(ТИЕТАНИЛ-3)КСАНТИНИЛ-1]УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ С АМИНАМИ И ГИДРАЗИНОМ 656

Е.В. КРАСЮК, В.А. СЕЛЕЗНЕВА
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ТРАВЕ МОНАРДЫ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ 661

А.С. КРЕНЗЕЛЬ
АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ 665

А.С. ЛАПИНА, Н.Р. ВАРИНА, Е.В. АВДЕЕВА
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 669

Е.С. ЛАСЫЙ, Д.А. АХАДОВА, Ю.В. ШУР, М.У. СЕРГАЛИЕВА
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА ОРГАНИЧЕСКИХ КИСЛОТ В ЭКСТРАКТАХ РАЗЛИЧНЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РОДА АСТРАГАЛ (*ASTRAGALUS*) 674

К.В. ЛОЗОВАЯ, С.В. ДЕМЬЯНЧУК
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ ПРИ ВЫБОРЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 678

А.Ф. МАВЛИЯРОВА
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ГЛАЗНЫХ ЛЕКАРСВЕННЫХ ПЛЕНОК С ГУМАТОМ НАТРИЯ ИЗ ТОРФА 686

Н.А. МАХМУТОВА
КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ 690

А.Ф. ДАВЛЕТЬЯНОВА, М. ЭЛЬ
МУССАВИ ABC/VEN-АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЗАКУПАЕМЫХ ДЛЯ НУЖД ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №18 Г.УФЫ 694

Г.Р. ЯББАРОВА, Т.В. МОРОЗОВА
ПОЛУЧЕНИЕ ВОДНЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ИЗ СЫРЬЯ БОЯРЫШНИКА КРОВАВО-КРАСНОГО 697

В. Х. МУРТАЛИЕВА
ВЛИЯНИЕ СЕМАКСА НА ПОВЕДЕНИЕ ЖИВОТНЫХ В ТЕСТЕ «ПОРСОЛТ» В УСЛОВИЯХ «СОЦИАЛЬНОГО» СТРЕССА 703

А.М. МЫЛЬНИКОВ, Д.А. МУДРАК
АДАПТОГЕННАЯ И ГЛЮКОКОРРЕКТИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ АВРАНА ЛЕКАРСТВЕННОГО 707

Г. М. НАГИМОВА
СОВРЕМЕННЫЙ ПОРТРЕТ ПОТРЕБИТЕЛЯ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ 713

А.А. НИЗАМОВА
ИЗУЧЕНИЕ ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТ ЛИСТЬЕВ ГИНОСТЕММЫ ПЯТИЛИСТНОЙ (*GYNOSTEMMAPENTAPHYLLUM* (THUNB.)) 718

И.А. НУРОВА, И.Р. ЮСУПОВ
ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ И ОТНОШЕНИЯ К НЕМУ, ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ 724

Ю.С. ОРЛОВСКАЯ
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ МИНИМАЛЬНОГО АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 729

ПАДАШ М.А.
ХИМИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ТЕОФИЛЛИНА 735

ПЕТРОВА В.В., ВАЛИТОВА И.А., ГИРФАНОВ И.Ф.
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ КАПСУЛ С 5-АСК 741

В.В. ПЕТРОВА,А.А. УСМАНОВА, И.Ф.ГИРФАНОВ.
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАСТЫ С ОКСИМЕТИЛУРАЦИЛОМ 746

И. А. ПОЛОЖЕНЦЕВА[1], А. В. КОВАЛЬСКАЯ[2], А. М. НАЗАРОВ[2]
СИНТЕЗ И СТРУКТУРА НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ТЕТРАГИДРОИНДОЛА С ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ 750

М.В. ПОТАПОВА
ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ 754

Д. В. РОСИХИН, Т.К. РЯЗАНОВА
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА МАСЛА РАСТОРОПШИ И ОБЛЕПИХОВОГО МАСЛА 761

Т.К. РЯЗАНОВ
ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ С ДИУРЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ 767

Е. М. САЛИЙ
ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ 773

И.Р. САФИНА
ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ПОБЕГОВ БОЯРЫШНИКА МЯГКОВАТОГО *CRATEGUS SUBMOLLIS* SARG. 777

М.А. УРАЗБАЕВ
СВОЙСТВА И ПРОГНОЗ АКТИВНОСТИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 1-БЕНЗИЛ-3-МЕТИЛ-7-(ТИЕТАНИЛ-3)КСАНТИНА 781

М.У. СЕРГАЛИЕВА, А.В. САМОТРУЕВ
СОДЕРЖАНИЕ АМИНОКИСЛОТ В ТРАВЕ АСТРАГАЛА ЛИСЬЕГО (ASTRAGALUS VULPINUS WILLD.) 785

Д.В. СЕРЕБРЕННИКОВА, А.М. МЕДВЕДЕВ
МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ РОССИЙСКОГО РЫНКА ФЕРМЕНТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ 789

ГИРФАТОВА А.Р.
СИНТЕЗ И ПРОГНОЗ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ 2-[1,3-ДИМЕТИЛ-7-(ТИЕТАНИЛ-3)КСАНТИНИЛ-8-АМИНО]УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ 795

М.А. УРАЗБАЕВ, А.В. САМОРОДОВ, Е.В. ЗАХАРОВА, Р.Ф. ФАЙЗУЛЛИНА
АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ «СТРУКТУРА – АНТИКОАГУЛЯЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ» В РЯДУ ТИЕТАНСОДЕРЖАЩИХ ПРОИЗВОДНЫХ КСАНТИНА. СООБЩЕНИЕ III 799

А.В. ЛАЗАРЕВА
ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ И ПРОТИВОГРИБКОВОЙ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ 803

Р.Р. МАТВЕЕВА
ИЗУЧЕНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГ СОСТАВА ТРАВЫ И ЦВЕТКОВ ГРЕЧИХИ САХАЛИНСКОЙ (*POLYGONUMSACHALINENSE*L.), ИНТРОДУЦИРОВАННОЙ В БАШКОРТОСТАНЕ 806

Ю.А. МЕРКУЛОВА
ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ТРАВЫ И ЦВЕТКОВ ГРЕЧИХИ САХАЛИНСКОЙ (*POLYGONUM SACHALINENSE* L.), ИНТРОДУЦИРОВАННОЙ В БАШКОРТОСТАНЕ 809

Г.А. РОЗИТ
РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ СИНТЕЗА И ПРОГНОЗ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СОЛЕЙ ТИЕТАНСОДЕРЖАЩИХ 2-[5-БРОМ-2,4-ДИГИДРО-3-ОКСО-1,2,4-ТРИАЗОЛИЛ-4]УКСУСНЫХ КИСЛОТ 814

А. Н. ТАШИЕВА
ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 818

Ш. Ж. ТОРОБЕКОВ, Н.К. ДУЙШЕНАЛИЕВ
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОКСИЧНОСТИ ЛИСТЬЕВ ПОЛЫНИ ОДНОЛЕТНЕЙ, КАК ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РУДЕРАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ 826

В. Г. ТРОФИМОВА, И. Р. БАЙМУХАМЕТОВ, Р. Ф. КИЛЬДИЯРОВ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СОСТАВА ТАБЛЕТОК С АЛЛАПИНИНОМ 833

Р.Ф. ФАЙЗУЛЛИНА, Е.В. ЗАХАРОВА, А.В. САМОРОДОВ
АНТИКОАГУЛЯЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ И СУЛЬФОКСИДЫ ТИЕТАНСОДЕРЖАЩИХ ПРОИЗВОДНЫХ КСАНТИНА 839

ХАСАНОВА Р.Ю
ПРОЕКТИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 844

Д.В. ХАСАНОВА
ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ 849

А.И. ХУСАИНОВА, Т.К. РЯЗАНОВА, Н.В. ЕРМАКОВА
ИССЛЕДОВАНИЕ ЦВЕТКОВ ПИЖМЫ ОБЫКНОВЕННОЙ МЕТОДОМ ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИ 854

Т.Г. ШИНКО
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИАНОГЕННЫХ ГЛИКОЗИДОВ В ЛЕКАРСТВЕННОМ РАСТИТЕЛЬНОМ СЫРЬЕ 864

А.В. ШУМАДАЛОВА, И.Я. ФАТТАХОВА, И.В. ПЕТРОВА
СИНТЕЗ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОСНОВЕ 2-ТИОУРАЦИЛА 869

А.А. ЮЛМУХАМЕТОВ
ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ ПО ФИТНЕС-АЭРОБИКЕ СО СТУДЕНТКАМИ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 873

А.Р. ЯРОЧКИНА, Т.И. РАМАЗАНОВ
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЭФИРНОГО МАСЛА В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ И СОРТАХ ХРИЗАНТЕМ 880

УДК 615.322

ХУЗИН Д.Р., ЖОРА АЙСАРА,

ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ НАДЛЕЖАЩЕЙ АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Научный руководитель д.фарм.н, профессор Ибрагимова Г.Я.
Кафедра управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения,
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г.Уфа

Резюме: В статье представлены история создания стандартов надлежащей аптечной практики (GPP), основные положения стандарта, показан опыт внедрения стандарта в практику работы аптек Республики Казахстан и перспективы его внедрения
Ключевые слова: Надлежащая аптечная практика, стандарт GPP, Республика Казахстан (РК), фармацевтическая помощь, аптека, качество фармацевтических услуг

Zhora A., Khuzin D.

PECULIARITIES OF INTRODUCING GOOD PHARMACY PRACTICE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Scientific advisers –dotsent, farm.s. Ibragimova
Department of Management and Economics of Pharmacy with a course in medical and pharmaceutical commodity science,
FGBOU in BSMU of the Ministry of Health of Russia, Ufa

Summary: The article presents the history of creating standards for good pharmacy practice (GPP), the main provisions of the standard, shows the experience of introducing the standard into the practice of pharmacies in the Republic of Kazakhstan and the prospects for its implementation

Keywords: Good pharmacy practice, GPP standard, Republic of Kazakhstan (RK), pharmaceutical assistance, pharmacy, quality of pharmaceutical services

Актуальность: Стандарт надлежащая аптечная практика (GPP) – это международный стандарт, которого придерживаются аптеки во всех развитых странах мира. В Программе Президента Республики Казахстан от 20 мая 2015 года «План нации - 100 конкретных шагов» - шаг 82 «создание объединенной комиссии по качеству медицинских услуг при министерстве здравоохранения и социального развития» обозначена главная цель - внедрение передовых стандартов медицинского обслуживания (протоколы лечения, подготовка кадров, лекарственное обеспечение, контроль качества и доступности). Данное направление и цель закреплены также в «Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016 -2019 годы». В Республике Казахстан работа по внедрению GPP началась в 2006 году с разработки стандарта СТ РК 1615-2006"Надлежащая аптечная практика. Основные положения". Сегодня Казахстан является одной из первых республик бывшего СССР, где активно развивается процесс подтверждения соответствия действующих аптек требованиям стандарта. Поэтому целью работы явилось изучение истории создания и особенностей внедрения стандарта Надлежащей аптечной практики в Республике Казахстан.

Материалы и методы: анализ нормативно- правовой документации, научных публикации, посвященных внедрению системы надлежащего качества фармацевтических услуг в Республике Казахстан.

Результаты и обсуждение: Термин «Надлежащая аптечная практика» – (Good Pharmacy Practice) – был введен в 1991 году на совещании ведущих специалистов из 10 стран мира с развитым розничным сектором фармацевтического рынка. В 1993 году руководство по GPP было принято Международной Фармацевтической Федерацией (FIP) и одобрено ВОЗ как каркас для создания национальных стандартов отрасли с учетом особенностей каждого государства. Ключевым вопросом совещания в городе Гаага (Нидерланды) в 1997 году стало оказание фармацевтами содействия людям, изъявившим желание лечиться самостоятельно, которое вошло как часть GPP.

Специалистами (FIP) – были разработаны стандарты по розничной торговле и аптечной практике Standards for quality of pharmacy services. На их основании ВОЗ начала разработку стандарта GPP, представляющего собой перечень профессиональных задач, осуществление которых должно служить интересам больных или потребителей в аптеке. Через пять лет эти стандарты были утверждены ВОЗ и на основании GPP эксперты этой

международной организации начали разрабатывать рекомендации, направленные на повышение качества работы аптечных учреждений для стран с переходной и развивающейся экономикой. В результате еще через три года, в мае 2001 года, в Дании копенгагенским Центром ВОЗ по лекарственной политике и развитию фармацевтической практики был разработан документ, содержащий перечень рекомендаций по организации аптечного обслуживания и получивший название «Надлежащая аптечная практика в Новых Независимых Государствах. Руководство по разработке и внедрению стандартов» [3]

В Республике Казахстан государственный стандарт «Надлежащая аптечная практика. Основные положения» впервые был утвержден в 2006 году. Однако длительное время он носил добровольный характер, вследствие чего лишь единичные аптеки решились его внедрить. В мае 2015 года стандарт был актуализирован и утвержден приказом Министра здравоохранения и социальной защиты РК. При этом в законодательстве был впервые установлен срок (1.01.18), к которому казахстанские аптеки должны в обязательном порядке перейти на работу в соответствии с GPP [4].

Правила GPP тесно связаны с относительно новым понятием Pharmaceutical Care, которое переводится на русский язык как «фармацевтическая помощь». Это понятие делает акцент на интересы пациента и общества в целом, подразумевает приоритет профессионального подхода над экономическим. Главное – это принятие фармацевтами доли ответственности, наряду с другими работниками здравоохранения и больными, за исход лечения.

Надлежащая аптечная практика (Good Pharmacy Practice; GPP) представляет собой стандарт, разработанный в целях обеспечения надлежащего качества фармацевтических услуг, оказываемых аптечными работниками населению Республики Казахстан и распространяется на объекты розничной реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения. В нем определяется роль фармацевта в системе здравоохранения, его место в укреплении здоровья населения и профилактике заболеваний, безопасного, эффективного и рационального лечения, выявления и решения проблем при применении лекарственных препаратов путем обеспечения населения качественными, безопасными лекарственными средствами предоставления ему достоверной и полной информации о лекарственном препарате, внедрение здорового образа жизни и проведение среди населения разъяснительной работы по профилактике заболеваний и оказание помощи при самолечении.

Стандарт СРР направлен на обеспечение населения качественными, безопасными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, предоставление

достоверной информации о лекарственном средстве, пропаганду здорового образа жизни, обеспечение рационального применения рецептурных лекарственных препаратов и оказание помощи при самолечении.

Ключевым элементом является обязательство, накладываемое профессией повсюду в мире - содействовать обеспечению отличной деятельности в пользу тех, кому служим. Основные требования надлежащей аптечной практики: наличие квалифицированного персонала, владеющего основами фармакологии, фармакотерапии и деонтологии; содействие рациональному назначению и надлежащему использованию лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники; ориентирование каждого элемента фармацевтической услуги на отдельную личность; соблюдение профессиональной этики и конфиденциальности; оказание качественных фармацевтических услуг; повышение уровня знаний персонала; взаимодействие аптечной и медицинской организации, подразумевающее взаимное доверие и конфиденциальность во всех вопросах, относящихся к фармакотерапии, укреплению здоровья, профилактики заболеваний населения и фармаконадзора; наличие надлежащей документации; обнаружение и предотвращение распространения фальсифицированной фармацевтической продукции;
- наличие соответствующего оборудования, помещений и других необходимых условий, обеспечивающих надлежащее продвижение качественных лекарственных средств и изделий медицинского назначения до потребителя, включая хранение, учет и реализацию; и т.д

Эффективное управление любой современной организацией зависит от наличия четко и подробно описанных алгоритмов работы, которые призваны повысить качество обучения персонала, контроля ежедневной работы, снизить проблемы с мотивацией сотрудников и т.д. Производственные процессы, влияющие на качество и безопасность лекарственных средств, изделий медицинского назначения, а также качество работы аптечной организации в целом, пошагово прописываются в стандартных операционных процедурах (СОП).

СОПы разрабатываются на все рабочие процессы: получение и проверку поставок продукции, хранение лекарственных средств, изделий медицинского назначения и товаров аптечного ассортимента, очистку (обработку) оборудования и уборку помещений (включая борьбу с паразитами), регистрацию параметров условий хранения, применения и содержания средств измерений, ведение и хранение документов (учета лекарственных препаратов, заказов, возврата, фармацевтического досье и других), мониторинга побочных действий, проведение обучения персонала, самоинспекций, отпуска лекарственных препаратов и т.д.

Стандарт GPP предъявляет определенные требования к кадрам:
- укомплектованность достаточным количеством квалифицированного персонала;

- все сотрудники обязаны знать и выполнять требования GPP, проходить последующее повышение квалификации;
- ответственное лицо за качество должен иметь высшее фармацевтическое образование и практический опыт работы;
- в случае применения приборов и средств измерений должно быть назначено ответственное лицо за состояние средств измерений.

В аптеке для предоставления медицинских консультаций по вопросам самолечения и профилактике заболеваний необходимо наличие оборудованного места для проведения конфиденциальной беседы с пациентом; наличие врача или соответственно обученного персонала; возможность проведения диагностического тестирования;

Консультирование пациента по самостоятельному приему лекарственных препаратов предполагает наличие достоверной информации по лекарственным препаратам, отпускаемым без рецепта; знание симптомов и недомоганий, которые больному возможно диагностировать самостоятельно; наличие информационных материалов (брошюр, буклетов) по самолечению для посетителей аптеки.

В соответствии со стандартом GPP, в некоторых аптеках РК уже начали для консультирования пациентов работать врачи (не средние медработники). При этом получать дополнительную лицензию на деятельность не обязательно, но у медицинского специалиста при этом должен быть квалификационный сертификат[1].

Аптечные организации, не прошедшие аккредитацию, не внедрившие стандарты, не будут иметь право отпускать рецептурные лекарственные средства, что в ассортименте аптечных организаций составляет более 50%, и соответственно это скажется на рентабельности организации [2].

Выводы: Введение обязательных для выполнения требований GPP в РК способствует повышению качества обеспечения надлежащего качества фармацевтических услуг, оказываемых фармацевтическими работниками, путем внедрения в практическую деятельность аптек правил на все рабочие процессы, достоверного и полного информирования о лекарственных препаратах, предлагаемых на отечественном фармацевтическом рынке, оказания доврачебной фармацевтической помощи, а также оказание консультативной помощи пациенту в рациональном использовании лекарственных препаратов.

Список литературы:

1. М.И. Дурманова. К вопросу о переходе казахстанских аптек на GPP//«Казахстанский фармацевтический вестник» №20 (503), октябрь 2016 г.
2. Надлежащая аптечная практика: все для блага пациента [Электронный ресурс] https://pharm.reviews/stati/master-klassy/item/1487-nadlezhashchaya-aptechnaya-praktika-vse-dlya-blaga-patsienta.
3. Неволина Е.В. Первые шаги к надлежащей аптечной практике часть1 Эволюция стандартов // Российские аптеки. 2007. - № 3. - С. 12-14.
4. Стандарт СТ РК 1615-2006"Надлежащая аптечная практика. Основные положения"

УДК 615.322

ГЕМБЕЛЬ О.С.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ПЛЕНОК С ОКСИМЕТИЛУРАЦИЛОМ

Кафедра фармацевтической технологии с курсом биотехнологии, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

Научный руководитель - доктор фармацевтических наук, доцентЮ.В.Шикова

Резюме. В статье приведены результаты разработки состава и технологии приготовления лекарственной формы в виде пленок с оксиметилурацилом. Изучены органолептические и технологические свойства пленок.

Ключевые слова:пленки, вспомогательные вещества,оксиметилурацил, технология.

O.S.Gembel`

DEVOLOPMENT OF COMPOSITION AND TECHNOLOGY OF FILMS WITH OXYMETHYLURACIL

Bashkir State Medical University,Ufa

Scientific Advisor —Doctor of Pharmaceutical Sciences, assistant professorY.V.Shikova

Abstract. In article are brought results of the development of the composition and technologies of the preparation of medicinal form in the manner of film withoxymethyluracil. The studied organolepticand technological characteristic film.

Keywords:films, excipients,oxymethyluracil,technology.

Актуальность. Постоянное появление новых сведений о патогенезезаболеваний приводит к необходимости создания новых эффективных лекарственных средств.Решение проблемы оказания помощи и снижения количества заболеваний во многом зависит от широкого внедрения в практику эффективных, простых и доступных средств и методов лечения.

В терапии воспалительных заболеваний чаще всего используют традиционные лекарственные формы. Однако,применение многих из них приводит и целому ряду осложнений, что снижает их лечебные свойства. В связи с этим, создание пролонгированных лекарственных форм, обладающих противовоспалительным действием, ранозаживляющей,

антибактериальной активностью для применения в различных областях медицины имеет большое значение.

Одним из перспективных направлений технологии лекарств является разработка лекарственных пленок на полимерных основах. Данная лекарственная форма по сравнению с традиционными имеет ряд преимуществ: выраженную биологическую доступность и пролонгирующий эффект, сокращает сроки лечения, лучше переносится больными, уменьшает число процедур, точность дозировки лекарственных веществ, что сводит к минимуму побочные реакции. В связи с этим, проблема изыскания технологических решений, позволяющих получить высокоэффективные лекарственные формы, является весьма актуальной задачей фармацевтической технологии и отвечает нуждам здравоохранения.

Цель исследования - разработка состава и технологии получения пленоксоксиметилурацилом, обладающих широким спектром антимикробной активности, иммуностимулирующим и регенеративным действием.

Материалы и методы.В качестве объектов исследования использовали:оксиметилурацил; полимеры: метилцеллюлоза (МЦ), поливинилпирролидон (ПВП), карбоксиметилцеллюлоза (КМЦ), пластификатор глицерин, полиэтиленоксид-400.

Результаты и обсуждение. На первом этапе проводили критерии отбора пленкообразователей, которыми являлись удовлетворительный внешний вид (эластичность, толщина пленки, однородность, хорошее отставание от подложки, отсутствие микротрещин и разрывов).

В результате эксперимента было установлено,что использование КМЦ и МЦ в количестве более 5% приводит к формированию хрупких и толстых пленок. На основе ПВП получались липкие,тонкие пленки. Анализ результатов введения в качестве пластификаторов других вспомогательных веществ показал, что при использовании ПЭО-400 не обеспечивается достаточная эластичность,а при использовании глицерина в концентрации более 3% образуются липкие пленки.

На основании предварительных исследований, нами были выбраны 5 композиций, состав которых представлен в таблице 1.

Таблица1

Композиции исследуемых составов

№	Содержание компонентов в %

составов	МЦ	КМЦ	Желатин	ПВП	Глицерин	Оксиметилурацил	Вода очищенная
1	1,0				2,5	1,0	95,5
2		2,0			3,0	1,0	94,0
3			2,0		2,5	1,0	94,5
4	1,0	1,0			2,5	1,0	94,5
5				2,0	2,0	1,0	95,0

Следующий этап заключался в выборе оптимальной композиции матрицы. Критерием отбора служили следующие показатели качества пленок: pHводного раствора, влажность и толщина, значения которых представлены в таблице 2.

Таблица 2

Технологические параметры пленок

Номера составов	pH	Толщина, мм	Влажность, %
1	7,40±0,05	0,035±0,02	9,5±0,1
2	7,35±0,03	0,120±0,01	4,9±0,1
3	7,04±0,04	0,039±0,02	10,3±0,2
4	7,14±0,03	0,038±0,01	8,9±0,4
5	7,30±0,02	0,044±0,02	3,4±0,1

Анализ полученных данных показывает,что все растворы пленок имеют нейтральную реакцию среды, а оптимальными значениями показателей, таких,как толщина и влажность, обладают пленки составов №1,3,4 (табл. 2). Данные композиции использовались для дальнейших исследований (табл.3.).

На основании изучения данных в отобранные композиции вводили оксиметилурацил в количестве 1,0.

Таблица 3

Органолептические показатели пленок различных составов

№	Пленкообразователь	Качество пленки
1	МЦ	Прочная, однородная, без разрывов, эластичная
2	Желатин	Непрочная, однородная, без разрывов, эластичная
3	МЦ: КМЦ	Прочная, неэластичная, без разрывов, однородная

На основании проведенных исследований, были выбраны пленки №1 с пленкообразователем метилцеллюлоза. Пластины представляют собой прочные, однородные, эластичные и без разрывов прозрачные пленки без запаха с толщиной 0,035 мм. Из полученных пленок высекали скальпелем овальные формы с диаметром 9 мм и шириной 4,0 мм.

Таким образом, нами был подобран наиболее рациональный и оптимальный состав пленок.

Технология приготовления пленок заключалась в следующем:

Готовые однородные прозрачные полимерные растворы разливали на стеклянные чашки Петри, предварительно обработанные этиловым спиртом слоем в 5 мм.

Сушку пленочной массы производили при комнатной температуре до остаточной влажности 5%. Пластины представляли собой прочные, однородные, эластичные и без разрывов прозрачные пленки без запаха с толщиной 0,035 мм. Из полученных пленок высекали скальпелем овальные формы с шириной 4,0 мм и диаметром 9 мм.

Выводы:

1. Разработан оптимальный состав и технология приготовления пленок с оксиметилурацилом.

2. Изучены органолептические и технологические свойства разработанной лекарственной формы – пленок.

ЛИТЕРАТУРА:

1.Ю.В.Шикова, В.А.Лиходед, А.В.Браженко, З.Р.Ишмакова, И.Ф.Гирфанов. Разработка состава и технологии глазных лекарственных пленок с экстрактом алоэ // Фармация и фармакология. 2016. №4. с. 48-54.

2. Голованенко А.Л., Смирнова М.М., Алексеева И.В., Блинова О.А. Основные подходы к стандартизации пленок лекарственных // Современные проблемы науки и образования. 2012. №2.

УДК

УДК 615.322.015.13

А.Д. АЛИЕВ

ФИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАВЫ АСТРАГАЛА ШАРОГОЛОВОГО ASTRAGALUS GLOBICEPS BUNGE

Научный руководитель – д.фарм.н, доцент С.Р. Хасанова
Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа
Кафедра фармакогнозии и химии, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент[1]

Резюме: Изучен химический состав травы астрагала шароголового, произрастающего в диуом виде на территории Республики Казахстан. В качестве объектов исследования использовали воздушно-сухое растительное сырье астрагала шароголового из дикорастущей популяции в окрестностях г.Тюлькубас Южно-Казахстанской области. С использованием различных методов хроматографии установлено присутствие флавоноидов (рутин, гиперозид, кверцетин, циннарозид, катехин), оксикоричных кислот (кофейная кислота, хлорогеновая кислота) и производных дубильных веществ (галловая кислота, эпигаллокатехингаллат).

Ключевые слова: трава астрагала шароголового, тонкослойная хроматография, ВЭЖХ, флавноиды.

A.D. Aliev

PHYTOCHEMICAL STUDY OF GRASS OF THE *ASTRAGALUS GLOBICEPS* BUNGE

The scientific leader – of d.farm.n, the docent S.R. Khasanova
The department of pharmacognosy with the course of botany and bases of fitoterapii, Bashkir state medical university, Ufa

The department of pharmacognosy and chemistry, Southern- Kazakhstan state pharmaceutical academy, Shymkent[1], Kazachstan

Summary: Is studied the chemical composition of grass of the Astragal of sharogolovogo, that grows in diuom view of the territory of republic Kazakhstan. As the subjects of a study was used the air-dry vegetable raw material of the Astragal of sharogolovogo from the wild population in the environments of g.Tyulkubas of Southern- Kazakhstan region. With the use of different methods of chromatography is established the presence of flavonoids (rutin, hyperosid, quercetin, cinnarosid, catechin), hydroxycinnamic acids (caffeic acid, chlorogenic acid) and derived tanning substances (gallic acid, epigallokatekhingallat).
Keywords: grass of the astragal of sharogolovogo, thin-layer chromatography, HPLC, flavnoids.

Одно из приоритетных направлений деятельности государства в области внутренней политики является сохранение и укрепление здоровья общества. Решение этого вопроса связано с развитием рынка фармацевтической продукции. Казахстанский фармацевтический рынок остается рынком импорта. Спрос здравоохранения на лекарственные препараты в Казахстане почти на 90% покрывается за счет импорта, доля отечественных препаратов на фармацевтическом рынке республики Казахстан составляет лишь 10 -15%, что вдвое ниже уровня, рекомендованного ВОЗ (30%), для обеспечения стратегической безопасности любого государства [1]. Для снижения импортозависимости фармацевтического рынка Казахстана выгодно использовать лекарственное растительное сырье, как это делается во всех ведущих странах мира. Уникальные запасы лекарственного растительного сырья в Республике Казахстан имеют огромный потенциал в плане поиска новых биологически активных веществ и создания на их основе ценных препаратов. Среди флоры Казахстана с ее видовым разнообразием значительный интерес представляют растения рода Астрагал [2].

Цель исследований - фитохимическое исследование травы астрагала шароголового *Astragalus globiceps* Bunge, произрастающего в Южном Казахстане для дальнейшего его использования в официнальной медицине.

Материалы и методы исследования. В качестве объектов исследования использовали воздушно-сухое растительное сырье вегетативных и генеративных органов астрагала шароголового, собранного из дикорастущей популяции в окрестностях г.Тюлькубас Южно-Казахстанской области. Для выделения природных соединений из растительного сырья с целью выбора оптимального экстрагента навески измельченной травы астрагала шароголового, просеянные сквозь сито размером 1мм, заливали разнополярными

экстрагентами в соотношении 1:10 (вода, 40 %, 50 %, 70 %, 96 % спирт, ацетон и 50 % водный ацетон, этилацетат, хлороформ, бензол, гексан, и оставляли настаиваться при периодическом перемешивании в течение 2-3 дней при комнатной температуре. Извлечения, полученные при комнатной температуре, оценивали по качественному составу БАВ с помощью качественных реакций. Для изучения фенольных соединений использовали водно-этанольное извлечение. Для идентификации флавоноидов, фенолкарбоновых кислот нами использован метод тонкослойной хроматографии. Для обнаружения флавоноидных соединений в хроматограммах использовали 10%-ный спиртовый раствор хлористого алюминия, пары аммиака с последующим УФ-облучением. Хроматограммы рассматривали в УФ-свете до и после обработки хромогенными реактивами. Этилацетатное, хлороформное и н-бутанольное извлечение хроматографировали в системе растворителей бензол-этилацетат-кислота уксусная (50:50:1). Хроматограммы проявляли 5% спиртовым раствором алюминия хлорида.

Идентификацию качественного и количественного состава фенольных соединений проводили также методом ВЭЖХ путем сопоставления времен удерживания пиков, полученных на хроматограмме пробы, с временами удерживания растворов стандартных образцов. Хроматографирование проводили с использованием жидкостного хроматографа фирмы «Agilent Technologies» с колонкой размером 150 мм, диаметром 3,0 мм, заполненной сорбентом Zorbax Eclipse XDB C-18 размером частиц 5 мкм и оснащенной предколонкой с размером 20 мм, с диаметром 2 мм с сорбентом С-8; с УФ-детектором переменной длиной волны в градиентном режиме элюирования от 5% ацетонитрила до 60%. Подвижная фаза: ацетонитрил, 2% раствор муравьиной кислоты. Анализ проводили при комнатной температуре. Скорость подачи элюента 0,8 мл/мин. Объем пробы 15 мкл.

Результаты и обсуждение. С использованием качественных реакций в траве астрагала шароголового обнаружены аминокислоты; дубильные вещества; полисахариды; флавоноиды; сапонины; кумарины; карбоновые, фенолкарбоновые кислоты; алкалоиды.

На хроматограмме водно-спиртового извлечения травы астрагала шароголового по значениям R_f исследуемых веществ и стандартных образцов в системе: н-бутанол-уксусная кислота-вода (7:2:1) идентифицированы рутин, гиперозид, кверцетин, кофейная кислота, циннарозид. Хлороформная, бутанольная фракции содержали в основном агликоны, этилацетатная фракция - вещества гликозидного характера. В хлороформном извлечении методом ТСХ идентифицировали в по значениям R_f исследуемых веществ и стандартных

образцов: кверцетин, в этилацетатном и бутанольном извлечении кофейную кислоту, галловую кислоту, хлорогеновую кислоту.

Методом ВЭЖХ установили, что основными по содержанию являются галловая кислота 29,18%, катехин - 18,23%, эпигаллокатехингаллат - 20,03%, хлорогеновая кислота – 11,98%.

Заключение и выводы. Таким образом в результате проведенных исследований в траве астрагала шароголового установлено присутствие флавоноидов (рутин, гиперозид, кверцетин, циннарозид, катехин), оксикоричных кислот (кофейная кислота, хлорогеновая кислота) и производных дубильных веществ (галловая кислота, эпигаллокатехингаллат). Данные исследования в дальнейшем помогут установить возможные биологические свойства растения и внедрить его в медицинскую практику.

Список литературы:

1. Фармацевтический рынок Казахстана: история, основные направления развития и текущее состояние. - Алматы, 2015. - Электронный ресурс: URL: http://aequitas.kz.

2. АНАЛИЗ ФЛОРЫ ГОР УЛЫТАУ (ЦЕНТРАЛЬНЫЙ КАЗАХСТАН)/ Г.Ж. МЫРЗАЛЫ, М.Ю.ИШМУРАТОВА, В.И.ИВЛЕВ, А.Н.МАТВЕЕВ // ВЕСТНИК КАРГУ, 2014. - С.25-27.

УДК: 615.322

Д.Д. АСАДУЛЛИНА, В.В. ПУПЫКИНА

ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КАРОТИНОИДОВ В ЛИСТЬЯХ КИПРЕЯ УЗКОЛИСТНОГО ИЗ ФЛОРЫ БАШКОРТОСТАНА

Научный руководитель – д. фарм.н., профессор Пупыкина К.А.

Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье приведены сведения о количественном содержании каротиноидов в листьях кипрея узколистного, произрастающего на территории Республики Башкортостан и установлено, что каротиноиды накапливаются в большем количестве в образцах сырья 2014 года сбора в сравнении с 2015 г.

Ключевые слова: кипрей узколистный, количественное определение, каротиноиды.

D.D. Asadullina, V.V. Pupykina

THE STUDY OF THE CONTENT OF CAROTENOIDS IN THE FOLIA OF THE CHAMAENERION ANGUSTIFOLIUM FROM THE FLORA OF BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor – d.pharm.s., professor Pupykina K.A.

Department of Pharmacognosy with the course of botany and the fundamentals of phytotherapy

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The article presents information about the quantitative content of carotenoids in folia of the Chamaenerion angustifolium L. growing on the territory of the Republic of Bashkortostan and is installed that каротиноиды are accumulated in greater amount in sample cheese 2014 collection in comparison with 2015.

Keywords: Chamaenerion angustifolium L., *quantification, carotenoids.*

Актуальность. Лекарственные растения – важнейший источник ценных биологически активных веществ, которые обладают разнообразным спектром фармакологической активности [2]. В народной фитотерапии на протяжении многих лет успешно применяются сотни лекарственных растений. Однако не все они хорошо изучены и введены в научную

медицину. В связи с этим, в настоящее время особую актуальность приобретают вопросы научно обоснованного использования доступного и широко распространенного отечественного растительного сырья как важного источника биологически активных соединений и разработка на их основе рациональных лекарственных форм.

Одним из наиболее интересных растений является кипрей узколистный (*Chamaenerion angustifolium* L.), или иван-чай, который издавна применяется в России для приготовления вкусного и полезного чая, но химический состав этого растения изучен недостаточно. Поэтому более подробное изучение иван-чая может позволить расширить возможности его использования в медицине.

Цель исследования. Целью настоящей работы являлось изучение количественного содержания каротиноидов в листьях кипрея узколистного (иван-чая), заготовленного на территории Республики Башкортостан.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования служили образцы сырья иван-чая, заготовленного в Бирском районе Республики Башкортостан в 2014 и 2015 г.г. Образцы сырья хранили в сухом, чистом, хорошо вентилируемом помещении, без прямого попадания солнечных лучей. В исследуемых образцах определяли показатель влажности, который необходим для расчета количественного содержания биологически активных веществ в листьях иван-чая [1]. Качественный анализ каротиноидов проводили методом тонкослойной хроматографии. Количественное определение содержания каротиноидов осуществляли спектрофотометрическим методом в пересчете на β-каротин при длине волны 450 нм [3].

Результаты и их обсуждение. Качественное обнаружение каротиноидов проводили методом тонкослойной хроматографии в системе «гексан - диэтиловый эфир (80:20)», используя для проявления 10% спиртовый раствор фосфорномолибденовой кислоты [3]. Хроматографическую пластинку, после обработки хромогенным реактивом, прогревали при температуре 60-80^{0}С и наблюдали появление пятна синего цвета на желто-зеленом фоне (R_f~0,82), предположительно отнесенного к β-каротину.

Количественное содержание каротиноидов определяли спектрофотометрическим методом, которое проводили в три этапа: 1) экстракция пигментов, в том числе и каротиноидов ацетоном, затем перевод пигментов в петролейный эфир; 2) разделение пигментов методом адсорбционной хроматографии в «сухой» колонке на окиси алюминия (II степени активности по Брокману) петролейным эфиром до тех пор пока весь каротин,

отделяясь от других пигментов, в виде желтой полосы не перейдет в приемник; 3) количественное определение оптической плотности естественно окрашенного раствора каротиноидов при длине волны 450 нм в пересчете на β-каротин и в сравнении со стандартным раствором калия бихромата [3]. Результаты исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели содержания каротиноидов в листьях кипрея узколистного (иван-чая)

№ п/п	Наименование исследуемого образца	Влажность, %	Содержание каротиноидов, мг%
1	Листья иван-чая (2014 г.)	5,09 ± 0,15	35,69 ± 1,43
2	Листья иван-чая (2015 г.)	6,68 ± 0,19	31,82 ± 1,27

Анализируя полученные результаты можно отметить, что преобладало содержание каротиноидов в образцах иван – чая, собранного в 2014 году в отличие от 2015 года, что мы связываем с тем, что лето 2014 года было более жарким, с меньшим количеством осадков, что способствовало более высокому содержанию каротиноидов в исследуемом объекте.

Заключение и выводы. Таким образом, проведена сравнительная оценка содержания каротиноидов в листьях кипрея узколистного (иван-чая) и установлено, что каротиноиды накапливаются в большем количестве в образцах сырья 2014 года сбора в сравнении с 2015 г.

Список литературы:

1. Государственная фармакопея СССР 11-е издание: Вып. 1. Общие методы анализа. – М.: Медицина, 1987. – 296 с.

2. Куркин В.А. Фармакогнозия: учебник для студентов фармацевтических вузов. - Самара: ООО «Офорт», ГОУ ВПО «СамГМУ», 2004. – 1200 с.

3. Плешков, Б.П. Практикум по биохимии растений / Б.П. Плешков. Изд. 2-е, доп. и перераб. М., «Колос», 1976. – С.31-43.

УДК 615.322. 615.453.7

А.М. АСЫЛОВА

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ГЛАЗНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПЛЕНОК С СОКОМКАЛАНХОЭ

Кафедрафармацевтической технологии с курсом биотехнологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
Научный руководитель - к. фарм. н., доцент З.Р. Ишмакова

Резюме. Статья посвящена подбору вспомогательных веществ и разработке технологии получения глазных лекарственных пленок с сокомкаланхоэ. В результате получены прочные, эластичные, однородные, без разрывов прозрачные пленки на основе метилцеллюлозы с соком каланхоэ рекомендуемых для профилактики и для лечения воспалительных заболеваний глаз.

Ключевые слова: вспомогательные вещества, глазные пленки, соккаланхоэ, технология

A.A.Asylova

DEVOLOPMENT OF COMPOSITION AND TECHNOLOGY OF EYE MEDICINAL FILMS WITH KALANHOE JUICE

Scientific Advisor —candidate of pharmaceutical Sciences, assistant professorZ.R.Ishmakova
Department of Pharmaceutical Technology with a Course in Biotechnology,
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. The article is devoted to the selection of auxiliary substances and the development of technology for the production of eye medicinal films with Kalanchoe juice. As a result, strong, elastic, homogeneous, non-ruptured transparent films based on methylcellulose with the Kalanchoe juice recommended for the prevention and treatment of inflammatory eye diseases are obtained.

Keywords: excipients, eye films, kalanhoe juice, technology

Актуальность. В настоящее времявоспалительные процессы глаз и травматические поражения.занимают ведущее место в практике врача-офтальмолога на амбулаторно-поликлиническом приеме. Обязательным компонентом терапии являются лекарственные средства, стимулирующие регенерацию роговицы. Ассортимент этих препаратов из этой группы можно расширить используя отечественное сырье в целях импортозамещения.

Наше внимание привлек соккаланхоэ, которая обладает бактерицидными свойствами, активен в отношении таких бактерий как стрептококк, стафилококк, дифтерийная и дизентерийная палочки, эффективно при облучении, воспалительных заболеваниях глаз,

ускоряет процессы регенерации. Его применяют при лечении конъюнктивита, прогрессирующей близорукости и помутнении стекловидного тела.[1]

В основном для лечения офтальмологических заболеваний используют глазные капли. Основным недостатком глазных капель является короткий период терапевтического действия и необходимость частой инстилляции.

Поиск новых лекарственных препаратов обеспечивающих пролонгирование терапевтического эффекта в виде глазных лекарственных пленок (ГЛП) является перспективным.

Цель исследования**.**Целью исследования настоящей работы явился подбор вспомогательных веществ для создания лекарственной формы – глазные лекарственные пленки с сокомкаланхоэ и разработать оптимальную технологию получения.

Материалы и методы. В работе использованы: соккаланхоэ, полимеры: метилцеллюлоза (МЦ), поливинилпирролидон (ПВП), карбоксиметилцеллюлоза (КМЦ), пластификатор глицерин, полиэтиленоксид -400.

Влажность глазных лекарственных пленок определяли гравиметрическим методом; размеры пленок: толщину, длину, ширину измеряли в мм с помощью штангенциркуля; pH водного раствора пленок определяли потенциометрически[2].

Результаты и обсуждение.Критерием отбора пленкообразователей на первоначальном этапе являлся удовлетворительный внешний вид (однородность, хорошее отставание от подложки, отсутствие микротрещин и разрывов, эластичность, толщина пленок). Исходя из требований к глазным лекарственным формам, в состав пленок включен буферный раствор тетрабората натрия, который обеспечивает стабильность при приготовлении и применении.

В результате отсеивающего эксперимента установлено, что использование КМЦ и МЦ в количестве более 5% приводит к формированию толстых и хрупких пленок. На основе ПВП получали липкие, неэластичные и тонкие пленки. Анализ результатов введения в качестве пластификаторов различных вспомогательных веществ показал следующее: при использовании глицерина в концентрации более 3% образуются липкие пленки, ПЕО-400 не обеспечивает достаточной эластичности.

Таким образом, на основании предварительных исследований, выбрано 5 композиций, состав которых представлен в таблице 1.

Таблица1

Композиции исследуемых составов

№	содержание компонентов в %

составов	МЦ	КМЦ	Желатин	ПВП	Глицерин	Натриятетраборат	Вода очищенная
1	1,0				2,5	0,018	96,482
2		2,0			3,0	0,018	94,982
3			2,0		2,5	0,018	95,482
4	1,0	1,0			2,5	0,018	95,482
5				2,0	2,0	0,018	95,982

Следующий этап заключался в выборе оптимальной композиции матрицы. Критериями отбора служили следующие показатели качества пленок: pH водного раствора, толщина и влажность, значения, которых представлены в таблице №2.

Таблица 2

Технологические параметры пленок

Номера составов	pH	Толщина, мм	Влажность,%
1	7,41±0,05	0,034±0,01	9,1±0,1
2	7,35±0,03	0,120±0,01	4,9±0,1
3	7,14±0,04	0,039±0,02	10,3±0,2
4	7,14±0,03	0,038±0,01	8,9±0,4
5	7,31±0,02	0,044±0,02	2,4±0,1

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что все растворы пленок имеют нейтральную реакцию среды, а оптимальными значениями таких показателей, как толщина и влажность, обладают пленки составов №1,3,4.табл. Данные композиции основ были выбраны для дальнейших исследований.

На основании изучения литературных данных в отобранные образцы вводили 10% сокакаланхоэ.Готовые однородные прозрачные полимерные растворы разливали на стеклянные чашки Петри, предварительно обработанные этиловым спиртом слоем с толщиной 5 мм.Сушку пленочной массы производили при комнатной температуре до остаточной влажности 5%. Результаты в таблице 3.

Таблица 3

Органолептические показатели пленок различных составов

№	Пленкообразователь	Качество пленки
1	МЦ	прочная, эластичная, однородная, без разрывов
2	Желатин	непрочная, эластичная, однородная, без разрывов
3	МЦ: КМЦ	прочная, неэластичная, однородная, без разрывов

В результате данных исследований выбрали пленки №1 с пленкообразователем метилцеллюлоза. Пластины представляли собой прочные, эластичные, однородные, без разрывов пленки с толщиной 0,035 мм. Из полученных пленок высекали скальпелем овальные формы размером: с шириной 4,0 мм и диаметром 9 мм.

Выводы

1. Разработан оптимальный состав и технология глазных лекарственных пленок с сокомкаланхоэ.
2. На основании анализа полученных данных установлено, что разработанная основа максимально удовлетворяет всем физико-химическим и технологическим показателям.

Список литературы

1. Турищев, С.Н. Рациональная фитотерапия // С.Н. Турищев. М: Информпечать, 2000. –С.240.
2. Голованенко А.Л., Смирнова М.М., Алексеева И.В., Блинова О.А./ Основные подходы к стандартизации пленок лекарственных/ Современные проблемы науки и образования.-2012.-№2.

УДК 615.322

Л.А. АХАТОВА

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ, НА ОСНОВЕ ПОИСКОВО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ «МИР-ЛС»

Научный руководитель – к.ф.н., доцент С.Н.Ивакина

Кафедра управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье приведены результаты анализа российского рынка лекарственных средств, применяемых при заболеваниях мочеполовой системы, по различным показателям, с применением поисково-аналитической программы. Выявлены основные виды лекарственных препаратов, их формы выпуска, страны выпуска и производители.

Ключевые слова: поисково-аналитическая программа, лекарственный препарат, оптимальный ассортимент.

L.A. Akhatova

MARKETING RESEARCH OF MEDICINAL PRODUCTS MARKET USED IN DISEASES OF THE URINARY SYSTEM WITH APPLICATION OF SEARCH AND ANALYTICAL SOFTWARE "MIR-LS"

Scientific advisor – Ph.D., Associate Professor, S.N. Ivakina

Department of Management and Economics of Pharmacy course with MFM, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The article presents the results of the analysis of the Russian market of medicinal products used in diseases of the urinary system, according to various indicators with application of search and analytical software. The results have identified the main types of medicinal products,

method of production, producing countries and the producers.

Keywords: search and analytical software, medicinal product, optimal assortment.

Актуальность. На сегодняшний день в нашей стране имеется ряд негативных тенденций, вытекающих из-за возникшего финансово-экономического кризиса, которые привели к снижению потребления лекарственных препаратов (ЛП) и других товаров аптечного ассортимента на фоне роста курса доллара и обесценивания национальной валюты (рубля) [6,7].

Одной из проблем современного периода является падение реальных доходов и платежеспособности населения. Нами выявлено, что среднедушевые доходы в месяц, среднемесячная заработная плата и размер начисленных пенсий в реальности в 2014 году по сравнению с 2013 годом уменьшилась на 4,7%, 3,6% и 4,7% соответственно. Кроме того, что затраты на ЛП в месяц на 1 человека в структуре потребительских расходов в 2014 г. у 50% населения страны не превышали 300 руб. в городской местности и 200 руб. сельской местности. И лишь 20% самых богатых людей, с денежным доходом более 36924,9 руб. в городе и 21958,7 руб. в селе тратят на покупку ЛП более 500 руб. и более 300 руб. соответственно [7].

В сложившихся условиях аптечным организациям (АО) необходимо адаптировать свою деятельность путем правильного формирования ассортиментного портфеля ЛП с использованием современных компьютерных технологий управления [3,4]. Для этого необходим постоянный мониторинг рынка ЛП, что позволит следить за изменениями ассортимента ЛП и максимально удовлетворять спрос потребителей с учетом ценовой доступности и оптимального ассортиментного разнообразия [5]. В сложившихся условиях особую актуальность приобретают маркетинговые исследования, а вследствие трудоемкости данного процесса, возрастает необходимость автоматизации проводимых исследований.

Цель исследования. Проведение маркетинговых исследований рынка лекарственных препаратов, применяемых при заболеваниях мочеполовой системы, с помощью поисково-аналитической программы (ПАП).

Методы и материалы. Исследования проводились с помощью разработанной поисково-аналитической программой «МИР-ЛС». Разработка программы проводилась с привлечением специалиста по программированию.

Исследование проводилось на основе данных федеральной информационной системы Государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения по состоянию на 19 февраля 2017 года.

Результаты и обсуждение. В рамках решения проблемы, касающейся формирования рационального ассортимента, нами была разработана поисково-аналитическая программа, получившая название «МИР-ЛС» (маркетинговые исследования рынка лекарственных средств). Программа позволяет автоматизировать процесс поиска, сбора, обработки и анализа ассортимента ЛП на базе федеральной информационной системы «Государственный реестр лекарственных средств» (ГРЛС) и оценить имеющийся в АО ассортимент, а также предложить варианты его оптимизации с учетом полученных результатов анализа.

Предлагаемая нами ПАП «МИР-ЛС» позволяет провести путем использования модуля загрузки, обработки данных по ЛП, поиска и фильтрации ЛП по различным параметрам, провести анализ ассортимента и наглядно представить результаты исследования.

Программа была апробирована на группе «Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях мочеполовой системы», что объясняется ростом числа заболеваний мочевыделительной системы. Это в свою очередь связано с увеличением числа болезней женской половой сферы и мочевыделительной системы[1,2].

Согласно разработанной программе нами была проведена загрузка данных о всех ЛП, представленных в федеральной информационной системе ГРЛС. Данные о ЛП были представлены в виде Excel-таблицы, каждая строка содержала информацию по отдельно взятому препарату. После систематизации данных, структуризации информации по производителям и формам выпуска, устранения опечаток, унификации номенклатуры ЛП, мы могли приступить к разработке второго модуля.

Задачей второго модуля, включающего в себя гибкий поиск и сложную фильтрацию ЛП, является обработка и структурирование исходных данных. Путем введения в окно поиска названия группы согласно АТХ-классификации можно получить перечень всех препаратов, зарегистрированных на определенную дату в ГРЛС. После введения в окно поиска кода группы G01 «Антисептики и противомикробные препараты для лечения гинекологических заболеваний» в интерфейсе программы отображается список анализируемых нами ЛП.

После выбора опции «Построить отчёт по производителям» происходит построение аналитического отчёта по заданному параметру. Программа распределяет препараты по производителям и представляет их в виде перечней с указанием количества торговых наименований по каждому производителю. Аналогичным образом, можно провести анализ по таким параметрам, как дата регистрации, страна, международное непатентованное наименование (МНН), торговое наименование (ТН), форма выпуска. Построенные отчёты сохраняются в формате Excel.

Заключительный модуль анализа и построения отчётов дал возможность представить собранную и обработанную информацию по ЛП в виде аналитических отчётов, включающих в себя таблицы и графики: «Распределение ЛП по странам», «Распределение ЛП по производителям» и т.д. (таблица 1,2).

Таблица 1

Распределение производителей (ведущие 10 производителей) по количеству зарегистрированных ими торговых наименований ЛП в группе «Антисептики и противомикробные препараты для лечения гинекологических заболеваний»

№	Производитель	Кол-во ТН	Уд. вес
1	ОАО "Авексима"	11	7%
2	Биосинтез ОАО	6	4%
3	ОАО "Химико-фармацевтический комбинат "АКРИХИН"	6	4%
4	Поликем С.р.л.	6	4%
5	ЗАО "Вертекс"	5	3%
6	Инвар ООО	5	3%
7	Эксэлтис Хелскеа С.Л.	5	3%
8	ОАО Нижфарм	5	3%
9	Алтайвитамины ЗАО	4	2%

10	ООО "Фармаприм"	4	2%

Таблица 2

Распределение стран-производителей (ведущие 10 стран-производителей) по количеству зарегистрированных ими торговых наименований ЛП в группе «Антисептики и противомикробные препараты для лечения гинекологических заболеваний»

№ п/п	Страна	Количество ТН	Уд. вес
1	Россия	89	55%
2	Италия	10	6%
3	Индия	8	5%
4	Франция	8	5%
5	Турция	7	4%
6	Венгрия	6	4%
7	Германия	6	4%
8	Испания	5	3%
9	Республика Беларусь	4	2%
10	Республика Молдова	4	2%

Заключение и выводы.

Поисково-аналитическая программа «МИР-ЛС», состоящая из взаимосвязанных модулей, позволила провести автоматизированный поиск, анализ ЛП по различным параметрам (дата регистрации, страна, производитель, МНН, ТН, классификационная принадлежность ЛП согласно АТХ-классификации, форма выпуска), и была апробирована при проведении маркетинговых исследований рынка ЛП, применяемых при заболеваниях мочеполовой системы. Это способствовало упрощению процесса сбора, обработки, анализа

большого массива информации и наглядному представлению обработанной информации, рационально используя затраты различных видов ресурсов.

Список литературы.

1. Ахатова, Л.А. Оценка конкурентоспособности лекарственных растительных препаратов, применяемых в урологии/ Л.А. Ахатова, С.Н. Ивакина, А.Г. Цындымеев., К.А. Пупыкина// Фармацевтическое образование, наука и практика: горизонты развития / Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию фармацевтического факультета КГМУ. – Курск. - 2016. – С. 239-241.

2. Ахатова, Л.А. Маркетинговый анализ рынка лекарственных растительных препаратов, применяемых при заболеваниях мочевыделительной системы/ Л.А. Ахатова, С.Н. Ивакина, А.Г. Цындымеев., К.А. Пупыкина // Вестник БГМУ: сборник материалов 81-й Всероссийской итоговой молодежной научной конференции с международным участием «Вопросы теоретической и практической медицины». – 2016. - №4. – С. 463-469

3. Бадакшанов, А.Р. Теория и практика: разработка и внедрение технологий управления ассортиментом аптечной организации в учебный процесс фармацевтических вузов / А.Р. Бадакшанов, С.Н. Ивакина, Г.Ф. Лозовая // Теоретические и прикладные проблемы науки и образования в 21 веке: сборник научных трудов по материалам Международной заочной научно-практической конференции в 10 частях. – 2012. – часть 8. - С. 16-18.

4. Ивакина, С.Н. Разработка методических подходов и алгоритма ситуационного анализа для оптимизации ассортимента аптечной организации / С.Н. Ивакина, Г.Ф. Лозовая, Л.А. Зотова, Л.И. Запорожская // Медицинский альманах. - 2011. - №5 - С.286-289

5. Ивакина, С.Н. Анализ конкурентоспособности антигистаминных лекарственных препаратов /С.Н. Ивакина С.Н., Л.А. Зотова// Журнал «Вопросы обеспечения качества лекарственных средств» - 2015. - №3(8) – С. 15-21

6. Ивакина, С.Н. Оценка современного состояния российского фармацевтического рынка в условиях социально-экономического кризиса / С.Н. Ивакина, Г.М. Нагимова, Б.А. Бакиров // Медицинский вестник Башкортостана. - 2016. - №4. - С.1-4

7. Ивакина, С.Н. Выявление значимости затрат на лекарственные препараты в структуре потребительских расходов / С.Н. Ивакина, Т.В. Баркова, Г.М. Нагимова, Г.Ф. Лозовая // Медицинский вестник Башкортостана. - 2016. - Т.11. - №5(65). - С. 39-43.

УДК 615.15

А.А. АХМАТГАЛИЕВА

ИЗУЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВНУТРИКОРПОРАТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель - доцент, к. фарм. н., А. Р. Бадакшанов

Бирский медико-фармацевтический колледж, г. Бирск

Резюме: Статья посвящена изучению систему внутрифирменного обучения специалистов с фармацевтическим образованием в аптечных организациях различных форм собственности в Республике Башкортостан. Определен уровень владения фармацевтическими работниками основных компетенций, требующих для реализации основной профессиональной деятельности в аптечных организациях.

Ключевые слова: внутрифирменное обучение, специалисты фармацевтического профиля

A.A. Ahmatgalieva

STUDYING OF DIFFERENT TYPES OF INTERNAL TRAINING IN THE PHARMACEUTICAL ORGANIZATIONS OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor – c. of pharm. sc., associate professor A.R. Badakshanov

Birsk Medical and Pharmaceutical College, Birsk

Abstract: Article is devoted to studying system of intra-corporate training of experts with pharmaceutical education in the pharmaceutical organizations of various forms of ownership in the Republic of Bashkortostan. The level of proficiency in pharmaceutical workers of the main competences demanding for realization of the primary professional activity in the pharmaceutical organizations is defined.

Keywords: intra-corporate training, experts of a pharmaceutical profile

Актуальность. Для успешной работы аптечным организациям необходимо наличие высококвалифицированных специалистов, обладающих широким объёмом профессиональных знаний, умений и практических навыков. По этой причине внутрифирменное обучение занимает ведущее место в кадровой политике большинства современных фармацевтических организаций.

Цель исследования. Изучение и анализ внутрифирменного обучения провизоров и фармацевтов на примере аптечных организаций Республики Башкортостан.

Материалы и методы. Для проведения анализа использовались социологические и графоаналитические методы.

Результаты и обсуждение. Анализ системы внутрифирменного обучения был проведен методом анкетирования, в котором приняли участие 254 респондента, среди которых: руководители аптечных организаций различных форм собственности, фармацевтические работники среднего звена и провизоры. Анализ проводился по городам и районам Республики Башкортостан.

Первоначально, респондентам были предложены вопросы общего характера с целью определения наиболее перспективных и полезных форм и методов обучения, такие как: место работы, стаж работы, должность. После обработки данных анкет, нами был определен облик респондента: женщина, которая состоит в браке, имеет одного несовершеннолетнего ребенка в семье, среднее фармацевтическое образование и стаж работы в аптечной организации свыше 10 лет (рисунок 1).

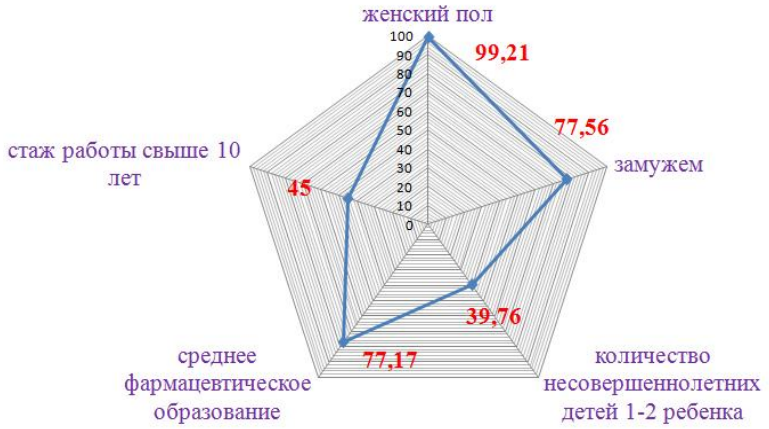


Рис. 1. Анализ важнейших характеристик респондентов

Имеет возможность обучаться в свободное от работы время, выбрал обучение без отрыва от рабочего места, формы обучения, такие как лекция и тренинги, использует для самообразования официальные фармацевтические сайты. Внутрифирменный образовательный процесс оценивает положительно (рисунок 2).



Рис. 2. Результаты анализа внутрифирменного обучения по некоторым характеристикам

Изученный материал во время обучения соответствовал занимаемой должности в высокой степени, из чего следует вывод, что знания были полезны и актуальны, уровень заработной платы останется без изменений.

Вторым этапом нашей работы стал сравнительный анализ уровня практических навыков и профессиональных компетенций фармацевтов и провизоров, которые каждый из них использует ежедневно в процессе трудовой деятельности. Респонденты оценивали свои знания самостоятельно по пятибалльной шкале. Среди компетенций были предложены: компетенции по фармакологии и фармакотерапии; знания нормативно-правовой базы; знания правил хранения; знания основ коммуникации, этики и деонтологии; экономике труда и планированию рабочего времени; работа с аппаратами и торговым оборудованием. Сравнительный анализ компетенций показал, что средний балл профессиональных навыков по каждой компетенции провизоров незначительно превышает средний балл компетенции фармацевтов. Эта разница в баллах связана с основными профессиональными обязанностями как провизора, так и фармацевта.

Заключение и выводы.

Анализ основных форм внутрифирменного обучения показал, что все они отличаются по степени сложности, времени прохождения, стоимости и каждой из них присущи свои достоинства и недостатки.

Список литературы.

1. Бадакшанов А.Р. Изучение системы стимулирования труда и найма на работу в негосударственных фармацевтических организациях / Бадакшанов А.Р., Ларионов М.В. //

Вопросы образования и науки: теоретический и методический аспекты : сб. науч. трудов по материалам Международной заочной научно-практ. конф.: в 7 частях. Часть 5. – Тамбов: Изд-во ТРОО «Бизнес-Наука-Общество», 2012 г. – С. 16-17.

2. Бадакшанов А.Р. Разработка системы контроллинга персонала аптечных организаций / Бадакшанов А.Р., Ларионов М.В. // Вопросы образования и науки: теоретический и методический аспекты : сб. науч. трудов по материалам Международной заочной научно-практ. конф.: в 7 частях. Часть 5. – Тамбов: Изд-во ТРОО «Бизнес-Наука-Общество», 2012 г. – С. 14-16.

3. Ларионов М.В. Методология экономического анализа деятельности персонала фармацевтических организаций / Ларионов М.В., Бадакшанов А.Р. // Наука и образование в XXI веке : сб. науч. трудов по материалам Международной заочной научно-практ. конф.: в 5 частях. Часть 1. – Тамбов: Изд-во ТРОО «Бизнес-Наука-Общество», 2012 г. – С. 70-71..

4. Шаймарданова Г.Ф. Анализ кадровой политики фармацевтических организаций в области подбора персонала / Шаймарданова Г.Ф., Бадакшанов А.Р. // Актуальные вопросы в научной работе и образовательной деятельности : сб. науч. трудов по материалам Международной научно-практ. конф.: в 11 частях. Часть 6. – Тамбов: Изд-во ООО «Консалтинговая компания Юком», 2014 г. – С. 154-155.

5. Шутова Т.Ю. Организационно-методические подходы к созданию системы внутрифирменного обучения специалистов фармацевтического профиля: автореф. дис. … канд. фармац. наук. – Пермь., 2011. – 24 с.

УДК 615.32: 547.9

Л.Н. АХМЕТЗЯНОВА

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКИ-ЗНАЧИМЫХ ПРИЗНАКОВ В РАСТИТЕЛЬНОМ СБОРЕ, ОБЛАДАЮЩЕМ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Научный руководитель – доцент, к.фарм.н. Р.Р. Файзуллина
Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия.

В настоящее время экспериментально обоснована возможность использования микроскопического метода анализа для определения подлинности, чистоты и постоянства состава различных лекарственных средств на основе измельченного растительного сырья, в том числе и растительных сборов.

В статье приведены результаты количественной оценки микроскопических диагностически-значимых признаков в растительном сборе, обладающим гипогликемической активностью.

Ключевые слова: гипогликемический сбор, диагностически-значимые признаки, микроскопический метод.

L. N. Akhmetzyanova

QUANTITATIVE CHARACTERIZATION DIAGNOSTICALLY SIGNIFICANT FEATURES IN THE PLANT COLLECTION, HAVING HYPOGLYCEMIC ACTIVITY

Scientific supervisor – associated Professor, candidate of Pharm.N. R. R. Faizullin
Department of pharmacognosy with course of botany and basics of phytotherapy, of the "Bashkir state medical University" Ministry of healthcare of Russia, Ufa, Russia.

Currently, experimentally proved the possibility of using the microscopic method of analysis for determining the authenticity, purity and constancy of composition of various medicines on the basis of the crushed plant material, including plant charges.

The article presents the results of quantitative microscopic evaluation of diagnostically important traits in plant collection, having hypoglycemic activity.

Key words: hypoglycemic collection, diagnostically significant signs, microscopic method.

Микроскопический анализ является основным методом определения подлинности измельченного лекарственного растительного сырья - резаного (дробленого), в брикетах и

гранулах (резано-прессованного). Сущность микроскопического анализа заключается в том, чтобы в общей картине анатомического строения различных органов и тканей отыскать характерные анатомо-диагностические признаки изучаемого объекта. Согласно ОФС.1.5.3.0003.15 «Техника микроскопического и микрохимического исследования лекарственного растительного сырья и лекарственных растительных препаратов», анатомо-диагностические признаки — это совокупность признаков анатомического строения лекарственного растительного сырья, отличающих данное лекарственное растительное сырье или растительный препарат от других видов при диагностике его подлинности [1].

В настоящее время экспериментально обоснована возможность использования микроскопического метода анализа для определения подлинности, чистоты и постоянства состава различных лекарственных средств на основе измельченного растительного сырья, в том числе и растительных сборов [2].

Целью исследования явилась количественная оценка диагностически-значимых признаков сбора, обладающего гипогликемической активностью.

Материалы и методы. Объектом исследования явился растительный сбор, обладающий гипогликемической активностью, состав которого разработан на кафедре фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Сбор включает 7 видов лекарственного растительного сырья (ЛРС), разрешённого к применению на территории РФ. Образцы растительного сырья были заготовлены на территории Республики Башкортостан и хранились в соответствии с требованиями ОФС.1.1.0011.15 «Хранение лекарственного растительного сырья и лекарственных растительных препаратов» [1].

Микропрепараты для исследования готовили в соответствии ОФС.1.5.3.0003.15 «Техника микроскопического и микрохимического исследования лекарственного растительного сырья и лекарственных растительных препаратов» [1]. Полученные микропрепараты расссматривали с помощью MINIMED 501 и микровизора μVisor (ЛОМО). Полученное на микровизоре изображение сохраняли и редактировали в программе Microsoft Photo Editor.

Определение анатомо-диагностических признаков и подсчет диагностически-значимых признаков (ДЗП) в сборе проводили по методике, разработанной О. Г. Потаниной и И.А. Самылиной [4]. Анализ проб проводили в 10 повторностях.

Результаты исследования. На первом этапе исследования нами были определены анатомо-диагностические и диагностически-значимые признаки (ДЗП) компонентов сбора. В табл. 1 представлено описание анатомо-диагностических признаков каждого компонента сбора, которые были определены нами как диагностически-значимые.

Таблица 1

Диагностически-значимые признаки компонентов сбора, обладающего гипогликемической активностью

Компонент	Диагностически-значимые признаки
Створки плодов фасоли *(Valvae fructuum Phaseoli vulgaris)*	фрагменты эпидермиса со складчатостью кутикулы и с многочисленными местами прикрепления оснований опавших волосков в виде радиальных розеток
Листья подорожника *(Folia Plantaginis majoris)*	фрагменты эпидермиса с головчатыми волосками на одноклеточной ножке
Листья крапивы *(Folia Urticae)*	фрагменты эпидермиса с цистолитами в виде продолговато-округлых образований с зернистой структурой и небольшим пятном в центре — ножкой. Головчатые, простые волоски с обеих сторон листа
листья земляники *(Folia Fragariae)*	фрагменты эпидермиса и извилисто стенные клетки - с устьицами аномоцитного типа; многочисленные волоски на обеих сторонах листа двух типов: головчатые, тонкостенные с одноклеточной овальной головкой на 2-3-клеточной ножке и простые, толстостенные, одноклеточные, остроконечные с расширенным основанием. Кристаллические включения в виде друз.
трава тысячелистника *(Herba Achillea millefolii)*	фрагменты эпидермиса с многочисленными простыми волосками, которые содержат по 4-7 коротких тонкостенных клеток у основания и длинную, толстостенную, слегка извилистую конечную клетку. Присутствие эфирномасличных железок на обеих сторонах листа. Устьица аномоцитные на обеих сторонах листа.
листья брусники *(Folia Vitis idaeae)*	фрагменты эпидермиса с железками с коричневым содержимым. Видны мелкие устьица, окруженные двумя околоустьичными клетками, расположенными параллельно устьичной щели
корень одуванчика	Пробка тонкая, светло-коричневая. Млечники

(Radices Taraxaci officinalis)	заполнены желтовато-коричневым содержимым. Древесина рассеяно-сосудистая, состоит из крупных сосудов и паренхимы.

Следующим этапом работы являлась количественная оценка ДЗП отдельных компонентов и в сборе (табл. 2).

Таблица 2

Проявляемость микродиагностически значимых признаков отдельных растительных компонентов и в сборе

Наименование сырья	Проявляемость диагностически значимых признаков, %	
	отдельных растительных компонентов	в сборе
Створки плодов фасоли *(Valvae fructuum Phaseoli vulgaris)*	34,83	23,45
Листья подорожника *(Folia Plantaginis majoris)*	53,32	31,43
Листья крапивы *(Folia Urticae)*	60,20	36,54
Листья земляники *(Folia Fragariae)*	51,80	28,01
Трава тысячелистника *(Herba Achillea millefolii)*	55,97	32,81
Листья брусники *(Folia Vitis idaeae)*	43,31	24,47
Корень одуванчика *(Radices Taraxaci officinalis)*	36,63	21,34

Таким образом, проведенное исследование показало, что процент проявления диагностически значимых частиц компонентов в сборе снижается, по сравнению с

проявлением этих признаков для отдельных компонентов, что объясняется снижением частоты встречаемости значимых частиц при анализе многокомпонентных смесей.

Полученные в ходе исследования результаты могут быть использования при разработке показателей качества сбора, обладающего гипогликемической активностью.

Выводы.

1. С помощью микроскопического анализа выявлены диагностически-значимые признаки отдельных растительных компонентов сбора, обладающего гипогликемической активностью.
2. Проведена количественная оценка проявляемости диагностически-значимых признаков отдельных растительных компонентов и в сборе. Показано, что процент проявления диагностически значимых частиц компонентов в сборе снижается, по сравнению с проявлением этих признаков для отдельных компонентов, что объясняется снижением частоты встречаемости значимых частиц при анализе многокомпонентных смесей.
3. Полученные в ходе исследования результаты могут быть использования при разработке показателей качества сбора, обладающего гипогликемической активностью.

Список литературы

1. Государственная фармакопея Российской Федерации XIII издания [Электронный ресурс]. -М. : Научный центр экспертизы средств медицинского применения ,2015. – Ч.1. -1470 с. URL: http://www.femb.ru/feml
2. Потанина О.Г. Количественное определение компонентов сборов микроскопическим методом / О.Г. Потанина, И.А. Самылина // Фармация. – 2003.- № 6. – С.14-16.
3. Потанина, О.Г. Оценка доброкачественности лекарственного растительного сырья с учетом диагностически значимых признаков / О.Г. Потанина, И.А. Самылина // Фармация. – 2003. - №4. – С. 12-14.
4. Способ определения содержания компонентов в сборе микроскопическим методом [Электронный ресурс] / О.Г. Потанина, И.А. Самылина // Патент № 2187803, 20.08.2002. URL: http://www.freepatent.ru/patents/2187803

УДК 615.1

А.Р. АХМЕТЬЯНОВА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОВАРОВЕДЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СБОРА, ОБЛАДАЮЩЕГО ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Научный руководитель — к. фарм. н., доцент Р.Р. Файзуллина

Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

В настоящее время актуальным является расширение ассортимента лекарственных средств растительного происхождения, обладающих гипогликемическим действием. Для внедрения в медицинскую практику лекарственного растительного сырья, необходимо его подробное изучение. Важным условием достижения стабильности лечебного эффекта при применении лекарственных средств растительного происхождения является их соответствие всем требованиям нормативной документации, для создания которой обязательным является проведение химических и товароведческих исследований.

В данной работе представлены результаты определения товароведческих показателей в разработанном нами сборе, обладающим гипогликемической активностью.

Ключевые слова: гипогликемический сбор, экстрактивные вещества, сахарный диабет.

A.R. Akhmetyanova

DETERMINATION OF COMMODITY VALUES FROM THE HERBAL MIXTURE WITH HYPOGLYCEMIC ACTIVITY

Scientific Advisor — Ph. D. in Pharmacy, Associate professor R.R. Faizullina

Department of pharmacognosy with course of botany and basics of phytotherapy, Bashkir state medical university, Ufa

Currently, the expansion of the range of herbal medicines with hypoglycemic action is an actual problem. For introduction into medical practice of herbal medicines required a detailed study. An important condition for achieving stability of the therapeutic effect in the use of drugs of plant origin is their compliance with all regulatory requirements, for which it is mandatory chemical and commodity researches.

This paper presents the results of determination of commodity values in our developed herbal mixture with hypoglycemic activity.

Keywords: herbal mixture with hypoglycemic activity, extractives, diabetes.

Актуальность. Сахарный диабет – одно из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний обмена веществ человека, в основе которого лежит инсулиновая недостаточность. Наиболее распространенным является сахарный диабет 2-го типа, связанный с развитием относительной инсулиновой недостаточности, и составляющий 90% всех случаев заболевания [4]. Поиск новых эффективных способов лечения сахарного диабета является одной из важнейших проблем мировой медицины и здравоохранения [3]. Современные методы лечения СД преимущественно ориентированы на использование медикаментозных средств [5]. Однако, при длительном приеме синтетических препаратов, все более увеличивается риск проявления побочных эффектов. Фитотерапия в лечении СД эффективна на начальных стадиях патологии, а также в комплексной терапии на более поздних стадиях. Лекарственные растения имеют некоторые преимущества перед синтетическими препаратами, поскольку они малотоксичны, могут длительно применяться без существенных побочных явлений, оказывают мягкое многостороннее действие на больной организм, хорошо сочетаются с лекарственными препаратами, усиливая их терапевтический эффект.

Таким образом, расширение ассортимента лекарственных средств растительного происхождения, обладающих гипогликемическим действием, является в настоящее время актуальной задачей. На кафедре фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии ФГБОУ ВО БГМУ разработан гипогликемический сбор, включающий 7 видов лекарственного растительного сырья, разрешенного к применению в официнальной медицине. Каждый из компонентов сбора оказывает как прямое, так и опосредованное гипогликемическое действие. На этапе фармакологических испытаний установлен гипогликемический эффект сбора в эксперименте на крысах с индуцированным стрептозоциновым диабетом [6]. Важным условием достижения стабильности лечебного эффекта при применении лекарственных средств растительного происхождения является их соответствие всем требованиям нормативной документации, для создания которой обязательным является проведение химических и товароведческих исследований.

Цель исследования - определение товароведческих показателей сбора гипогликемического.

Материалы и методы. Объектом исследования служил сбор гипогликемический. Образцы лекарственного растительного сырья были собраны в различных районах Республики Башкортостан и хранились в соответствии с требованиями ОФС.1.1.0011.15 «Хранение лекарственного растительного сырья и лекарственных растительных препаратов» [1].

Определение влажности проводили согласно ОФС.1.5.3.0007.15 «Определение влажности лекарственного растительного сырья и лекарственных растительных препаратов» [1].

Измельченность определяли согласно ОФС.1.5.3.0004.15 «Определение подлинности, измельченности и содержания примесей в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах» [1].

Общую золу определяли в соответствии со статьей «Определение золы» Государственной Фармакопеи СССР XI издания [2].

Определение экстрактивных веществ (ЭВ) проводили по методике, описанной в ОФС.1.5.3.0006.15 «Определение содержания экстрактивных веществ в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах» (методы 1 и 3) [1].

Согласно методу 1 извлечение ЭВ проводили однократной экстракцией водой и водно-этанольными растворами различной концентрации (30%, 70%). При использовании метода 3 навеску сырья обрабатывали последовательно 70%, 30% водно-этанольными растворами и водой, с определением содержания ЭВ в каждой фракции.

Статистическую обработку экспериментальных данных (P=95 %) проводили, используя критерии Стьюдента с вычислением граничных значений доверительного интервала среднего результата и определением ошибки единичного определения при различных значениях «n» по известным методикам [2].

Результаты и обсуждение

Содержание влаги в ЛРС служит одним из числовых показателей, характеризующим его доброкачественность, так как при повышенной влажности при хранении создаются условия, способствующие снижению его качества (изменяется окраска, появляется затхлый запах, плесень, разрушаются действующие вещества).

По показателю «общая зола» судят об общем содержании минеральных веществ в ЛРС и значительные отклонения от указанных в нормативных документах норм могут

свидетельствовать о загрязнении сырья минеральной примесью или о нарушениях правил заготовки.

Результаты определения влажности и зольности исследуемого нами сбора представлены в табл. 1.

Таблица 1

Влажность и зольность сбора гипогликемического, %

Показатель	Значение
Влажность	9,95±0,03
Зола общая	7,76±0,05

Таким образом, нами установлены верхние пределы содержания влаги и общей золы в сборе – не более 10 % и не более 8 % соответственно.

Измельченность является одним из показателей доброкачественности растительного сырья. Высушенное сырье в процессе упаковки и транспортировки частично ломается и перетирается, теряя товарный вид. Кроме того, оптимальный размер частиц растительного сырья является важным фактором, влияющим на процесс экстракции биологически активных веществ.

ЛРС, входящее в состав сбора, измельчали по отдельности до размера частиц, указанного в соответствующих фармакопейных статьях или нормативной документации на лекарственное растительное сырье. Затем компоненты смешивали до получения однородной смеси.

Измельченность сбора определяли с помощью ситового анализа, используя сита с диаметром отверстий 3, 2, 1; 0,5 мм.

Результаты определения представлены в табл. 2.

Таблица 2

Измельченность сбора гипогликемического

Диаметр отверстий сита	Среднее значение массы остатка на сите, г	% от массы навески сбора
3 мм	2,10±0,04	1,05
2 мм	3,15±0,03	1,58
1 мм	165,50±0,10	82,75
0,5 мм	19,20±0,08	9,65

Остаток (пыль)	10,05±0,03	5,03

Как видно из полученных результатов, в измельченном сборе преобладают частицы, проходящие сквозь сито с диаметром отверстий 2 мм.

Показатель «экстрактивные вещества» характеризует содержание в лекарственном растительном сырье или препарате растительного происхождения всей суммы биологически активных и балластных веществ, извлекаемых экстрагентом [1]. Содержание ЭВ в лекарственном растительном сырье — важный числовой показатель, необходимый при разработке рациональной лекарственной формы.

Результаты определения содержания ЭВ в исследуемом сборе представлены в табл. 3.

Таблица 3

Содержание экстрактивных веществ в сборе гипогликемическом, %

Экстрагент	Метод 1	Метод 3
Водно-этанольный раствор 70%	32,37±0,74	32,35±0,71
Водно-этанольный раствор 30%	35,54±1,12	23,84±0,27
Вода	30,94±0,65	12,81±0,15

Из полученных результатов следует, что минимальный выход экстрактивных веществ происходит в воду, а максимальный – в 30% водно-этанольный раствор.

Последовательная экстракция навески сбора водно-этанольными растворами различной концентрации и водой позволяет увеличить выход экстрактивных веществ в два раза – общий выход трех фракций составил 69,00±1,56 %.

Заключение и выводы. В результате проведенных исследований были определены товароведческие показатели сбора, обладающего гипогликемической активностью, а также была установлена общая закономерность извлечения из исследуемого сбора экстрактивных веществ водой и водно-этанольными растворами различной концентрации. Предложены верхние пределы содержания влаги и общей золы в сборе – не более 10 % и не более 8 % соответственно.

Список литературы

1. Государственная фармакопея Российской Федерации. – 13-е изд. – М., 2015. – Т. 2 – 1004 с.
2. Государственная фармакопея СССР.- 11-е изд. – М.: Медицина, 1987. – Вып.1 - 295 с.
3. Дедов И.И. Сахарный диабет у детей и подростков (руководство для врачей) / И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова. – М.: Медицина, 2008. – 160 с.
4. Сайт Международной федерации диабета (IDF) [Элекронный ресурс] // URL: http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figure (дата обращения 16.12.2016).
5. Сбор Сахаронорм. [Электронный ресурс]// URL: http://www.gabris.ru/gabris/health/herbs/mixture/saharonorm.php, (дата обращения 30.09.2012).
6. Файзуллина, Р.Р. Влияние растительной композиции на течение экспериментального диабета у крыс / Р.Р. Файзуллина, Н.В. Кудашкина, Н.Ж. Басченко // Медицинский вестник Башкортостана. – 2012. – Т.7, №5 (приложение). – С. 108-110.

УДК 615.322.015.

И.Р. БАЙМУХАМЕТОВ

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО СБОРА

Научный руководитель – д.фарм.н., доцент Хасанова С.Р.

Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии,

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: проведены исследования по определению биологической активности гепатопротекторного сбора. Изучены антиоксидантные свойства с использованием спектрофотометрического метода, основанного на аутоокислении адреналина. Установлено, что различные извлечении гепатопротекторного сбора обладают снижают аутоокисление адреналина и обладают антиоксидантным действием.

Ключевые слова: гепатопротекторный сбор, биологическая активность, антиоксиданты, адреналин.

I.R. Baimukhametov

STUDY OF THE ANTIOXIDANT ACTIVITY OF THE GEPATOPROTEKTORNOGO COLLECTIONSCIENTIFIC

Advisor — Ph. D. in Pharmacy, assistant professor Khasanova S.R.

The department of pharmacognosy with the course of botany and bases of fitoterapii,
Bashkir state medical university, Ufa

Summary: are carried out studies regarding the biological activity of gepatoprotektornogo collection. Are studied antioxidant properties with the use of the spectrophotometric method, based on the autooxidation of adrenaline. It is established that different the extraction of

gepatoprotektornogo collection possess is decreased the autooxidation of adrenaline they possess antioxidant.

Keywords: gepatoprotektornyy collection, biological activity, antioxidants, adrenaline.

Актуальность: за последние 20 лет во всем мире согласно данным Всемирной организации здравоохранения наметилась отчетливая тенденция к росту числа заболеваний печени. Так, по данным ВОЗ в мире насчитывается более 2 млрд. человек, страдающих заболеваниями печени, что в 100 раз превышает распространенность ВИЧ-инфекции [1]. Значимую долю в структуре печеночных патологий занимают хронические гепатиты, распространенность которых очень высокая и составляет около 5 % взрослого населения планеты. В этой связи, поиск новых препаратов, обладающих гепатопротекторным действием, является чрезвычайно актуальным. Определенные успехи, достигнутые в лечении заболеваний печени, во многом связаны с внедрением в практику эффективных лекарственных средств, в частности растительного происхождения. Механизм гепатопротекторного действия в основном обусловлен влиянием на антиоксидантную систему.

Цель исследования: исследование антиоксидантной активности гепатопротекторного сбора, разработанного на кафедре фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии Башкирского государственного медицинского университета. В сбор вошли 10 видов официнального лекарственного растительного сырья.

Материалы и методы: антиоксидантную активность водных извлечений, спиртовых извлечений (40% спирт этиловый), а также полиэкстракта, полученного из гепатопротекторного сбора оценивали по способности ингибировать аутоокисление адреналина (*in vitro*) и тем самым предотвращать образование активных форм кислорода [2].

К 4 мл 0,2 М раствора карбоната натрия (pH=12) добавляли 0,2 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида и определяли оптическую плотность через 20 мин при длине волны 347 нм в кювете толщиной 10 мм на спектрофотометре Shimadzu UV-1800 ($ОД_1$). Далее к 4 мл 0,2 М раствора карбоната натрия добавляли 0,02 мл исследуемого извлечения из

сбора и 0,2 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида и определяли оптическую плотность через 20 мин при длине волны 347 нм в кювете толщиной 10 мм ($ОД_2$).

Показатель антиоксидантной активности рассчитывали по формуле (1):

$$АОА = \frac{ОД_1 - ОД_2}{ОД_1} \times 100 \text{ (1), где}$$

$ОД_1$- изменение оптической плотности пробы в отсутствии экстракта;

$ОД_2$ – изменение оптической плотности пробы в присутствии экстракта.

При расчете антиоксидантной активности также учитывали то, что экстракты имеют свою собственную окраску, которая поглощает определенную длину волны в видимой области спектра. В качестве препарата сравнения использовали 0,05% спиртовый раствор кверцетина.

Результаты и обсуждение: на рисунке 1 приведен график влияния исследуемых препаратов на аутоокисление адреналина во времени. Из графика видно, что настой, настойка, а также полиэкстракт из исследуемого сбора и препарат сравнения оказывают влияние на аутоокисление адреналина, снижая его.

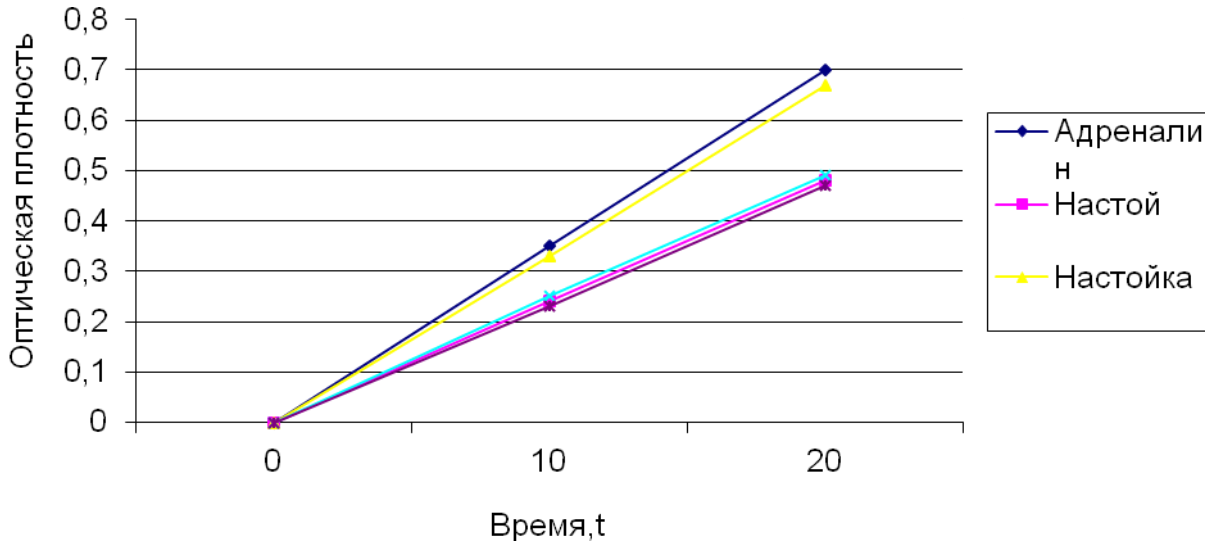


Рисунок 1. График влияния исследуемых препаратов на аутоокисление адреналина во времени

Показатель антиоксидантной активности извлечений из сбора рассчитывали исходя из полученной оптической плотности согласно формуле 1. Антиоксидантная активность согласно полученным расчетам составила у настоя 30,5±2,6%, 10%±2,6% у настойки, у полиэкстракта 29,5±2,6% и 32,4±3,5% у кверцетина соответственно.

Заключение и выводы: антиоксидантной активностью, согласно используемой методике, обладают вещества, у которых показатель антиоксидантной активности выше 10 %. Следовательно, настой и полиэкстракт из разработанного нами гепатопротекторного сбора обладает антиоксидантной активностью, сопоставимой с антиоксидантной активностью препарата сравнения.

Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. - URL: http://www.who.int.ru - Загл. с экрана.
2. Сирота, Т.В. Способ определения антиоксидантной активности супероксиддисмутазы и химических соединений / Т.В. Сирота. - Заявка №99103192 (003673), приоритет от 24.02.1999.

УДК 616.831-005.4-08-092.9

БАШИРЗАДЕ А.А.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС ПЕГИЛИРОВАННЫМИ СУБТИЛИЗИНАМИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель – к.б.н., ассистент К.И. Ершов
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и доказательной медицины
Новосибирский государственный медицинский университет
Новосибирск, Российская Федерация

Резюме: В работе представлен новый подход к лечению ишемического инсульта с помощью пегилированных субтилизиновых протеиназ (Тромбовазим). Лечебный эффект получен при экспериментальном моделировании тотальной шестиминутной ишемии мозга на лабораторных крысах. Эффективность Тромбовазима продемонстрирована в изменениях плотности периваскулярных и перицеллюлярных пространств мозга: процесс восстановления этих показателей отмечается ко 2 суткам, в то время как в контроле, постепенное возрастание данных параметров происходит с 7 суток после моделирования инсульта.По результатам оценки неврологических нарушений с помощью поведенческих тест-систем на фоне лечения препаратом, происходит постепенное восстановление проприоцептивной чувствительности, спонтанной и координированной двигательной активности, защитных рефлекторных реакций.

Ключевые слова: субтилизиновые протеиназы, тромбовазим, ишемия/реперфузия мозга, периваскулярные пространства, перицеллюлярные пространства

Bashirzade A.A.

AN EXPERIMENTAL TREATMENT OF LABORATORY RATS WITH SUBTILISIN PROTEASESAFTER TOTAL CEREBRAL ISCHEMIA

Scientific Advisor — Ph. D., assistant K.I. Ershov
Department of pharmacology, clinical pharmacology and evidence-based medicine
Novosibirsk state medical university
Novosibirsk, Russian Federation

Abstract: The article presents a new approach to the treatment of ischemic stroke with pegylated subtilisin proteinases (Thrombovazim). The therapeutic effect was obtained by experimental modeling of total six-minute cerebral ischemia on laboratory rats. Efficacy of Trombovazim is demonstrated in changes in the density of perivascular and pericellular spaces of the brain: the process of recovery of these indicators is marked by 2 days, while in control, the gradual increase of these parameters occurs from 7 days after the modeling of the stroke.Based on the evaluation of neurological disorders with the help of behavioral test systems against the background of drug treatment, a gradual restoration of proprioceptive sensitivity, spontaneous and coordinated motor activity, protective reflex reactions takes place.

Keywords: subtilisin proteases,trombovazim, ischemia / reperfusion of the brain, total ischemic stroke, perivascular spaces, pericellular spaces.

Актуальность: в настоящее время цереброваскулярная патология по-прежнему остается одной из ведущих причин смертности и инвалидизации населения [3]. Так как основной патогенетической моделью развития ишемического инсульта является атеротромботическая окклюзия крупных артерий, то целесообразным является исследование методов лечения, направленное на лизис тромба экстра- и интракраниальных артерий[4]. Современная тромболитическая терапия имеет множество противопоказаний и осложнений. Тромбовазим – первый отечественный тромболитик для перорального приема. Он представляет собой комплекс очищенных протеолитических ферментов – субтилизинов, иммобилизированных на ПЭГ-1500 с добавлением декстрана [5].

Цель исследования: выявить эффективность Тромбовазима при лечении экспериментального ишемического инсульта на лабораторных крысах.

Материалы и методы:

Лабораторные животные

Эксперимент проведен на 70 крысах-самцах Wistar весом 180-200 г. Все животные содержались при естественном освещении на стандартном рационе при свободном доступе к корму и воде. Все исследования на животных проведены в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных» (приложение к Приказу Министерства здравоохранения СССР № 755 от 12.08.1977).

Все животные были разделены на 2 группы. Первая группа с моделированием тотальной ишемии (60 крыс). Вторая – контрольная группа с 10 интактными животными. Первая группа была разделена на подгруппы с лечением посредством внутрибришинной

инъекции 180 ЕД/кг субтилизинов и физиологического раствора после экспериментального моделирования инсульта. Введение препаратов осуществлялось дважды в день (в утренние и вечерние часы) на протяжении всего исследования.

Моделирование ишемического инсульта

Животные наркотизировались раствором хлоралгидрата (450 мг/кг). Далее у крыс проводили интубацию трахеи. Поиск плечеголовного ствола, левой подключичной артерии и левой общей сонной артерии осуществлялся через один оперативный доступ в левом II межреберье. Тотальная ишемия головного мозга возникала в результате шестиминутного лигирования сосудов дуги аорты в сочетании с искусственной вентиляцией легких, на аппарате Zisline MV200, с корректировкой параметров вентиляции[8].

Взятие головного мозга и глубоких шейных лимфатических узлов производили через 0.5, 1, 6, 48, 168, 336 часов после инсульта и фиксировали в 10% нейтральном формалине. Окраска гистологического материала осуществлялась гематоксилин-эозином.

Морфологическое исследование

Морфометрический анализ срезов проведен при увеличении микроскопа 16х40 с использованием окулярной сетки на 289 точек. Подсчет проводили в 15 полях зрения каждого препарата[7]. В тканевом микрорайоне мозга и лимфатических узлов подсчитывали объемную плотность (Vv) периваскулярных и перицеллюлярных пространств в головном мозге, а также соотношение коркового и мозгового вещества лимфатических узлов[1].

Объемную плотность каждого структурного компонента определяли по формуле Vv=x/n, где x – количество точек, приходящихся на определенный компонент; n – общее количество подсчитанных точек.

Оценка неврологических нарушений

Для выявления неврологического дефицита были использованы следующие поведенческие тест-системы: тест Гарсия, «Постановка конечностей на опору», «Балансировка на перекладине» [7]. Животные в каждой контрольной точке, начиная с 6 часовпосле тотальной ишемии головного мозгаподвергались тестированию.

Результаты обсуждения: в ходе морфологического исследования глубоких лимфатических шейных узлов обнаружено, что после экстракраниальной обратимой окклюзии сосудов, кровоснабжаемых головной мозг корковомозговой индекс к 30 мин. снижается в 3 раза (относительно интактных значений), что свидетельствует о наличии фрагментированного типа лимфоузлов [2]. К 6 ч исследования в обеих подгруппах наблюдается схожая тенденция - наличие смешанного типа лимфоузлов, которые сочетают в

себе свойства лимфодренажных и иммунных процессов. Как раз на этот период отмечалась наивысшая степень летальности животных - 70%.

В ходе лечения, начиная со 2 суток, происходило вновь преобладание фрагментированных типов лимфоузлов с выраженной лимфодренажной функцией.

У животных в головном мозге после шестиминутной ишемии отмечался стаз кровеносных сосудов, их полнокровие, а также дистрофические изменения в ткани мозга. Периваскулярные пространства были умеренно выражены (табл. 1). Их объемная плотность снижена относительно интактных значений: с изотоническим раствором на 40%, с Тромбовазимом на 20%. У крыс с внутрибрюшинным введением препаратов к 6 ч происходило резкое снижение периваскулярных пространств, что сочетается с данными по корковомозговому индексу лимфоузлов, когда снижается лимфодренажная функция и возрастает степень выраженности иммунных процессов.

В дальнейшем изменения в подгруппах по плотности периваскулярных пространств имели разнонаправленный характер. При лечении физиологическим раствором этот показатель выходит на плато своего содержания. У животных с введением Тромбовазима после моделирования ишемического инсульта с 48 ч их количество вновь восстанавливалось.

Таблица 1

Изменение объемной плотности периваскулярных пространств

Группы / Время, ч	0,5	1	6	48	168	336
Интактные животные	2,38					
Физиологический раствор	1,88	2,05	0,83	0,70	1,02	0,67
Тромбовазим	1,86	1,71	1,13	1,67	1,72	1,83

Характер изменений объемной плотности перицеллюлярных пространств у обеих леченых подгрупп имели схожие тенденции.

При оценке неврологического статуса, было выяснено, что больше всего страдает тактильная и проприоцептивная чувствительность лабораторных крыс. Достоверное снижение оценок наблюдалось в тестах Гарсии, «Постановка конечностей на опору», «Балансировка на перекладине». Поражения чаще всего наблюдались на левой стороне. Наблюдались явные проявления неврологического дефицита в виде птоза и полуптоза век на левой стороне. В процессе лечения в группах с введением препаратов отмечалось быстрое

восстановление чувствительности у животных, а также уменьшение неврологического дефицита по спонтанной и координированной двигательной активности.

Заключение и выводы: в результате экспериментальных данных использования Тромбовазима, выявлена его эффективность через 6 часов после эксперимента, относительно контроля. Полученные данные могут расширить спектр клинического применения Тромбовазима в том числе и для лечения ишемического инсульта, наряду с тромболитической терапией ингибиторами тканевого активатора плазминогена.

Список литературы

1 Автандилов, Г.Г. Медицинская морфометрия: руководство [текст] / Г.Г. Автандилов. — М.: Медицина, 1990. — 384 с.

2 Бородин, Ю. И. Мозг и жидкие среды организма [текст] / Ю.И. Бородин, Я.М. Песин. — Бишкек, Новосибирск.: 2005 — 184 с.

3 Дайнеко, А.С. Методы оценки неврологического дефицита у крыс после 30-минутной фокальной ишемии мозга на ранних и поздних сроках постишемического периода [текст] / А.С. Дайнеко, А.А. Шмонин и др. // Региональное кровообращение и микроциркуляция. — 2014. —Т. 13, № 1(49). — С. 68-69.

4 Неврология и нейрохирургия [текст] / под ред. Е.И. Гусева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. —Т.1. — 624С.

5 Мадонов, П.Г. Химические и фармакологические свойства субтилизинов [текст] / П.Г. Мадонов, С.В. Мишенина, Д.Н. Киншт и др. // Сибирский научный медицинский журнал. — 2016. — Т. 36, № 3(177). — С.19

6 Силачёв, Д.Н. Оценка сенсомоторного дефицита в отдаленном периоде после ишемии/гипоксии головного мозга неонатальных крыс [текст] / Д.Н. Силачев, М.И. Шубина, С.С. Янкаускас и др. // Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова — 2013. — Т. 63, №3 с С.405

7 Лилли, Р. Патогистологическая техника и практическая гистохимия [текст]: пер. с англ. Р. Лили. — М.: Мир. — 1969. — 845с.

8 Ershov, K.I. Modification of method of cerebral total ischemia / K.I. Ershov, A.A. Bashirzade // Proceedings of the 10th European Conference on Biology and Medical Sciences. «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. Vienna. — 2016. — P. 112-115.

УДК 577.164.2:543.24:634.32

Ж. Н. АСКАРБЕКОВА, А. Т. НАРБАЕВА, З. М. МУРАТБЕКОВА КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИТАМИНА С МЕТОДОМ ТИТРИМЕТРИИ В РАЗНЫХ СОРТАХ МАНДАРИНА

Научный руководитель – преподаватель кафедры фармакогнозии и химии лекарственных средств Д. Токторбек к.

Кыргызская государственная медицинская академияим. И. К. Ахунбаева, Фармацевтический факультет, г.Бишкек, Республика Кыргызстан

Резюме. В данной статье представлены результаты исследования мандаринов разных сортов на количественное содержание витамина С методом йодиметрии.

Ключевые слова: мандарины, витамин С (аскорбиновая кислота), индикатор, титрант, йодиметрия.

J. N. Askarbekova,A. T. Narbaeva, Z. M. Muratbekova

QUANTITATIVE DETERMINATION OF VITAMIN C IN DUFFERENT SORTS OF MANDARINS WITH THE METHOD OF TITRIMETRY

Scientific Advisor –lecturer of the department pharmacognosy and chemistry of drugsD. Toktorbek k.

Kyrgyzstate medicine academy of I.K. Ahunbaev, Pharmaceutical faculty, Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. This article presents the results of the study of mandarins in different sorts on the quantitative content of vitamin C by the method of iodimetry.

Keywords:mandarins, vitamin C (ascorbic acid), indicator, titrant, iodimetry.

Актуальность:витамин С является одним из важнейших биологических активных веществ, который необходим для нормального функционирования организма.В результате дефицита наблюдается ослабление иммунной системы, повышенная утомляемость, депрессии, бессонница, выпадение волос, ухудшение зрения. Избыток витамина С в организме может

вызвать аллергию, сахарный диабет и расстройство пищеварения. Суточная потребность человека в витамине С-100 мг. [1]

Витамин С содержится в основном в продуктах растительного происхождения. Прежде всего, речь идет о цитрусовых: мандарины, лимоны, апельсины и т.д.

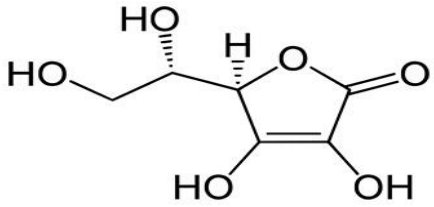


Рис. 1 . Витамин С (γ – лактон 2,3 – дегидро – L – гулоновой кислоты)

Цель исследования:1. Экспериментально выявить методику количественного определения витамина С в мандаринах, привезенных из разных стран методом йодиметрического титрования.

2. Определить влияние температуры на содержание витамина в продуктах.

3. Соответствие цены и качества мандаринов.

Материалы и методы. Для проведения исследования были использованы следующие материалы и выполнены действия: мандарины (Китай, Марокко, Турция, Пакистан); колбы конические (100 мл, 200мл, 500 мл, 1000мл); пипетки (2 мл, 5 мл, 10 мл); аналитические весы; бюретка (25 мл).

- приготовление растворов титранта (раствор йода 0,005 М) и индикатора (раствор крахмала); подготовка проб для анализа: взвешивание, очистка мандаринов от кожуры, прямой ручной отжим, измерение объёма сока;титрование сока мандаринов, запись результатов;

- обработка данных с помощью программного средства MICROSOFT EXCEL 2010 с использованием графиков и диаграмм, которые позволяют наглядно показать тенденцию изменения данных, и помогает анализировать задачи прогноза; [3]

Результаты и обсуждение:в нашей работе методомйодиметрии(один из методов титриметрического анализа, основанный на определении восстановителей прямым титрованием стандартным раствором йода. [4]) определяли количество витамина С в разных сортах мандарина.

Экспериментальная часть.*1.Приготовление раствора йода*: для приготовления 0,005 М раствора йода взяли 1,269г кристаллов йода, количественно перенесли его в мерную колбу на 1 л, добавили 2-кратное количество йодида калия (2,538г). Затем при перемешивании добавили воду, оставили, пока йод растворится, и довели уровень жидкости до метки.

2. Приготовление раствора крахмала:1г крахмала растворимого смешали с 5 мл воды до получения однородной кашицы, и смесь медленно вливали при постоянном размешивании в 100 мл кипящей воды. Прокипятили в течение 2 минут до получения слегка опалесцирующей жидкости. [2]

3.Титрование аскорбиновой кислоты (таблетки 500 мг): растворяем 1 таблетку в 0,5 л дистиллированной воде, тщательно перемешиваем и отбираем аликвотную долю 25 мл. Добавляем 1мл раствора крахмала и титруем раствором йода, постоянно перемешивая. Титрование надо вести до появления устойчивого синего окрашивания.

4. Йодиметрическое титрование: к 25 мл свежевыжатого сока мандарина добавляем 1мл раствора индикатора и титруем до окрашивания в стойкий синий цвет.

В ходе исследования было выявлено, что содержание витамина С меняется в определенных температурных интервалах. Для титрования мандаринов было израсходовано разные объемы раствора йода.

Расчет результатов экспериментапроизвели по следующей формуле:$C_{вит.\ C} = C_{J2}*V_{J2}/ V_{сок}= 0,005 * V_{J2} / V_{сок}$, где $C_{вит.\ C}$ - концентрация витамина С;V_{J2}–объем раствора йода, который пошел на титрование; CJ2 – концентрация раствора йода; $V_{сок}$– объем пробы сока.

Далее производим расчет витамина С в соке мандаринов (мл/100мг) по формуле:$m_{вит.\ C} = C_{вит.\ Ср.} * 0.1* M_{(C6H8O6)}\cdot 1000$. [3]. Значения показаны в таблице 1.

Таблица 1

Результаты титрования аскорбиновой кислоты в соках мандарина

Мандарины, № пробы	$V_{сок}$, мл	V_{J2}, мл	$C_{вит. С}$, моль/л	$C_{вит. С ср.}$, моль/л	mвит.С, мг/100 мл
Китай					
№1	25	10,3	0,00206	0,00217	38,22
№2	25	11,1	0,00222		
№3	25	11,1	0,00222		
Марокко					
№1	25	37,1	0,00742	0,005	128,,2
№2	25	35,6	0,00712		
№3	25	36,5	0,0073		
Пакистан					
№1	25	14,1	0,00282	0,00218	48,3
№2	25	13,1	0,00262		
№3	25	13,9	0,00278		
Турция					
№1	25	15,4	0,00308	0,00267	51,07
№2	25	14,5	0,0029		
№3	25	13,5	0,0027		

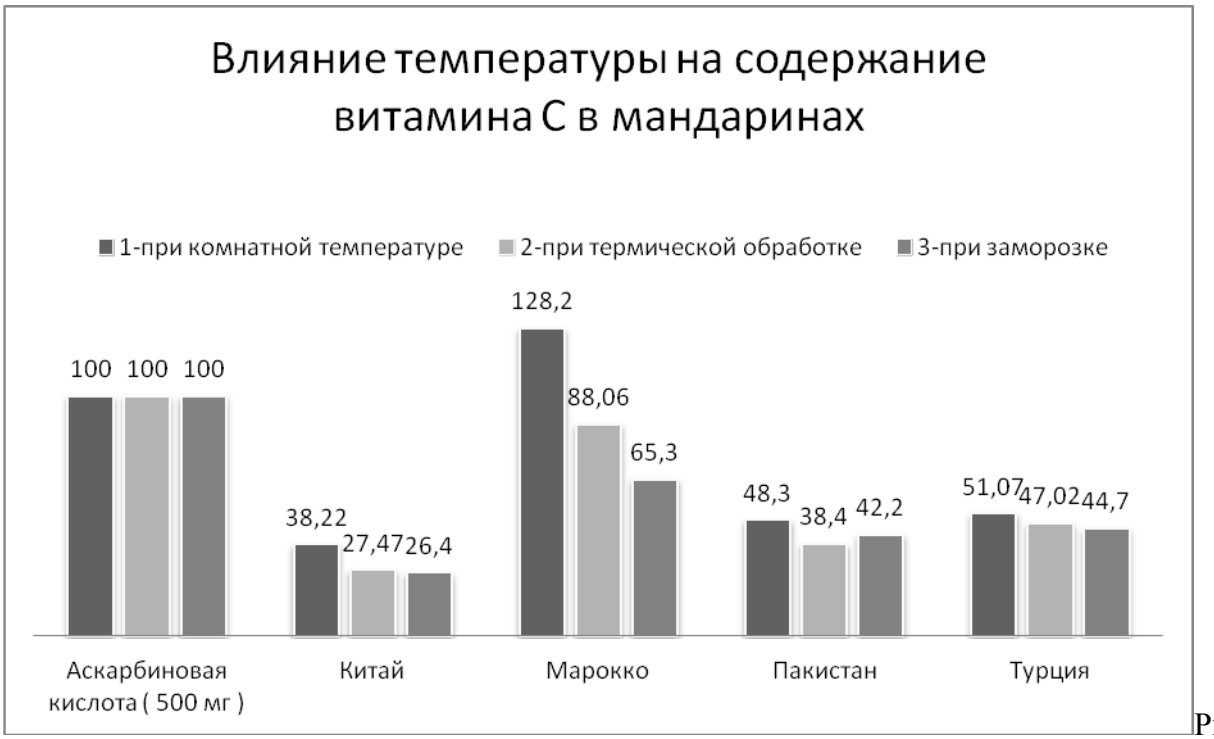


Рис. 2 . Диаграмма изменения количества витаминаС при разных температурах

Заключение и выводы.

1. В ходе эксперимента было выявлено: содержание витамина С зависит от страны произрастания (разные климатические условия, количество солнечного света, длина светового дня в месте произрастания). Также зависит от свежести продуктов, условий их хранения и способа проб подготовки. Больше витамина содержится в мандаринах, привезенных из: 1.Марокко; 2.Турция; 3. Пакистан; 4. Китай. Чтобы восполнить суточную потребность витамина, нам необходимо употребить: марокканских – 1 шт., пакистанских – 1 шт., турецких – 2 шт., китайских – 6 шт. или 1 таблетку аскорбиновой кислоты.
2. При термической обработке и при охлаждении мандаринов: Китай, Пакистан, Турция, количество витамина С уменьшилось на 10-20%, а из Марокко-32%.
3. Цена не всегда соответствует качеству. Мандарины из Пакистана дешевле всех, но содержание аскорбиновой кислоты выше мандаринов из Китая и немного ниже – из Турции. Марокканские мандарины самые дорогие и содержание витамина С в них больше всех.

Список литературы.

1. Алдашев А.А. Биохимия человека // Витамины: Витамин С – Бишкек (2013 гг.) – С. 77-78.
2. ГФ. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье // Индикаторы. Крахмал растворимый. Раствор индикатора: XI издание. Выпуск 2. Москва «Медицина» (1990 гг.). С. -88-89
3. Методическая разработка по аналитической химии для студентов фармацевтического факультета для самостоятельной работы // Титриметрический анализ. – Бишкек (2013гг.) – С. 10
4. Харитонов Ю.Я. Аналитическая химия. Количественный анализ. Физико-химические (инструментальные) методы анализа // Окислительно – восстановительное титрование Йодиметрия - Москва «Высшая школа» (2003 гг.) - С. 169

УДК 615.2.015.11:004.942

А.И. БОНДАРЕНКО

ДРАГ-ДИЗАЙН КАК ОСНОВА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Научный руководитель – к.б.н. Л.В. Гирина

Кафедра биологической химии, Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

Резюме: В современном мире высокую значимость приобретают персонифицированная медицина и фармация. Данное направление предполагает целенаправленное лечение больных, с «адресной доставкой» требуемых лекарств в необходимые участки организма больного. Развитие нанотехнологий привело к тому, что стало возможным создание специальных устройств для «адресной доставки» лекарств. Так развилось современное и актуальное направление в фармации – драг-дизайн.

Ключевые слова: драг-дизайн, «адресная доставка», наночастицы, персонифицированная медицина.

A.I. Bondarenko

DRUG-DESIGN AS A BASIS OF PERSONALIZED MEDICINE AND PHARMACY

Scientific Advisor – Ph. D. in Biology L.V. Girina

Department of Biological Chemistry, Orenburg State Medical University, Orenburg

Abstract: In the modern world, personalized medicine and pharmacy become very important. This direction involves targeted treatment of patients, with «targeted delivery» of the required drugs to the necessary areas of the patient's body. The development of nanotechnology has led to the creation of special devices for «targeted delivery» of drugs. So the modern and actual direction in pharmacy – drug-design – developed.

Keywords: drug-design, «targeted delivery», nanoparticles, personalized medicine.

Драг-дизайн – современная методика изготовления лекарственных средств, направленная на обеспечение их целесообразного и рационального использования, обеспечения «адресной доставки» лекарственных препаратов, необходимой для реализации полноты их функции адекватно потребностям организма.

Ещё знаменитый немецкий учёный XX века П. Эрлих выдвигал концепцию «волшебной пули», т.е. лекарственного средства, в силу своих функциональных особенностей могущего целенаправленно оказывать воздействие на поражённые клетки организма и нейтрализовать функциональные нарушения. В современной концепции науки

ведущую роль и особую значимость в научно-техническом прогрессе приобрели наноматериалы – наночастицы, могущие являться носителем какого-либо лекарства, обеспечивающие его направленное действие на подвергшиеся заболеваниям клетки организма.

Современная методология драг-дизайна в качестве базисных понятий предлагает следующие: «Мишень – это макромолекулярная биологическая структура, предположительно связанная с определенной функцией, нарушение которой приводит к заболеванию, и на которую необходимо совершить определенное воздействие. Лекарство – это химическое соединение, специфически взаимодействующее с мишенью и модифицирующее клеточный ответ, создаваемый мишенью». Таким образом, современная разработка новых лекарственных препаратов в своей основе предполагает обеспечение взаимодействия между потенциально избранной мишенью и целенаправленно воздействующим лекарством для реализации всех возможностей лекарственного препарата.

Сложность «адресной доставки» лекарства подчёркивается необходимостью контроля над высвобождением лекарственного средства в строго определённом участке организма, обеспечение сохранения лекарственного средства в нативном состоянии по мере его движения через функциональные системы организма. Разработка механизма и контроля над осуществлением механизма «контейнера» – носителя обладающего лекарственными свойствами вещества – требует решения комплексных исследовательских задач. Как уже было сказано, в решении подобного вопроса специфическое функциональное назначение может быть приобретено специальными веществами на основе наноматериалов – «наноконтейнерами».

В Лаборатории химического дизайна бионаноматериалов химического факультета МГУ был предложен и разработан оригинальный вариант системы для «адресной доставки» лекарственных препаратов. В данной системе к больному органу доставляется действующее вещество – лекарственный препарат. В конструкцию наночастицы включён блокатор реализации лекарственным веществом своих функций. Он не позволяет расходовать лекарство на совершение холостых реакций в других органах организма, препятствующих оптимизации его работы в больном органе. Поскольку магнитная наночастица создаётся на основе железной окалины, то её «адресная доставка» обусловливается воздействием на частицу магнитного поля (железная окалина обладает магнитными свойствами, т.е. фактически представляет собой устройство вроде магнита). Таким образом, реализуется комплексное воздействие лекарственного препарата на организм человека, и осуществляется

принцип «адресной доставки» лекарственного вещества, используемый и актуальный в современной медицине и фармации [1].

В методике драг-дизайна большую сложность представляет необходимость валидации мишени, т.е. определение точной локализации, в направлении которой следует работать лекарственному средству. Таким образом, исполняется необходимость затрагивания исключительно проблемных, связанных с болезнью участков организма, а протекание сопряжённых биохимических процессов не нарушается. Наиболее эффективным методом валидации мишени является изменение её функционирования либо «выключение» и дальнейшее наблюдение за состоянием организма. Подобная методика сложна и трудоёмка, поэтому прибегают к альтернативной методике валидации мишени для лекарственного средства:

1) «Геномные методы заключаются в подавлении синтеза мишени в тестовой системе путем получения мутантов с генным нокаутом (в которых ген мишени попросту отсутствует) или использования РНК-антисмысловых последовательностей, «выключающих» тот или иной ген;

2) Мишени можно инактивировать с помощью моноклональных антител или облучая мишень, модифицированную хромофором, лазерным излучением;

3) Мишени можно инактивировать с помощью низкомолекулярных лигандов-ингибиторов;

4) Также можно непосредственно производить валидацию мишени, устанавливая ее взаимодействие с тем или иным соединением методом плазмонного резонанса».

Экспериментальная проверка и подтверждение теоретически определяемых эффектов свидетельствует о нахождении точной локализации необходимой мишени для действия лекарственного средства [4].

Сложность представляет и выбор лекарственного средства для его направленного движения к мишени. Таким образом, только некоторые химические вещества (к примеру, свойства которых соответствуют правилу пяти Липинского) могут становиться лекарственными средствами. Чёткая локализация мишени и грамотный выбор эффективного лекарственного средства составляют важную задачу в драг-дизайне, поскольку определяют эффективность, а также целесообразность самого запуска процесса «адресной доставки» лекарственного препарата, адекватность его воздействия на конкретные мишени организма.

Эффективность драг-дизайна подтверждается использованием так называемых окольных троп, т.е. механизмов модификации лекарственного средства, при которых эффективность лекарств повышается, сущность их действия на необходимую мишень организма также совершенствуется. Так, возможно использование различных фармакофоров,

определяемых как «набор пространственных и электронных признаков, необходимых для обеспечения оптимальных взаимодействий с биологической мишенью, которые могут вызывать или блокировать её биологический ответ». Таким образом, создаются новые лекарственные препараты, обладающие позитивным объективным действием лечебного плана на организм [5].

Есть возможность внедрения результатов работ различной направленности в осуществление задач драг-дизайна. Так, к примеру, может оказаться важным использование методик идентификации молекул, составляющих лекарственные средства. Передовым методом является рентгеноструктурный метод, использование рентгеновского лазера, что наиболее актуально для идентификации необходимых веществ белковой природы. Сложность технологии драг-дизайна, трудоёмкость и требование использования множества ресурсов являются важными задачами, могущими найти решение в том числе с помощью точной идентификации направляемого для «адресной доставки» вещества [3].

Конкретным примером драг-дизайна как создания лекарственного вещества с заданными свойствами может служить получение биологически активных азосодержащих соединений 1-фенокси-2-пиперидилбут-2-инов на основе аминометилирования по Манниху исходных 3-фенокси-пропинов. Так, создание нового лекарственного средства с заданной целью (например, для преодоления антибиотикорезистентности) может разрешаться путём химической модификации вещества, что оказывается адекватным означенной цели [2].

Таким образом, следует отметить, что драг-дизайн представляет собой сложный комплекс задач по производству лекарств с определёнными свойствами и обеспечению достижения принятого в определённую структуру лекарственного вещества адресно доставляться в проблемные системы организма. Проект драг-дизайна предполагает решение задач в области биохимии, физики, генной инженерии, молекулярной биологии, нанотехнологий и др. дисциплин. Сегодняшние достижения в области подобной совокупности методик уже явлены, но следует отметить, что использование «адресной доставки» лекарств является основой персонифицированной медицины, и позволит достичь развития и повышения эффективности в практическом плане принципов современной медицинской науки и фармации.

Список литературы

1. Ефремова М. Наномеханика для адресной доставки лекарств – насколько это реально? URL: http://biomolecula.ru/content/1819 (дата обращения: 29.03.2017)

2. Омырзаков М.Т., Кияшев Д.К. Драг-дизайн на основе ароксипропинов. / «Научный поиск в современном мире»: сборник материалов 5-й Международной научно-практической конференции. Махачкала, ООО «Апробация», 2014. С. 145-146

3. Полянский А. Фемтосекундные рентгеновские лазеры — кристаллография будущего. URL: http://biomolecula.ru/content/1858 (дата обращения: 29.03.2017)

4. Чугунов А. Драг-дизайн: как в современном мире создаются новые лекарства. URL: http://biomolecula.ru/content/15 (дата обращения: 29.03.2017)

5. Шичкова П. Виртуальные тропы реальных лекарств. URL: http://biomolecula.ru/content/1505 (дата обращения: 29.03.2017)

УДК 615.326. 615.453.7

Э.Р. ГАЛЕЕВА

РАЗРАБОТКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ С ГУМАТОМ НАТРИЯ ИЗ ТОРФА

Кафедра фармацевтической технологии с курсом биотехнологии, кафедра фармакологии №1 с курсом клинической фармакологии
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
Научные руководители -к. фарм. н., доцент З.Р. Ишмакова
к. фарм. н., доцент Р.Р. Китапова;

Резюме. В статье приведены результаты разработки состава и технологии приготовления стоматологической лекарственной формы в виде пленок с гуматом натрия из торфа. Изучены органолептические и технологические свойства пленок.
Ключевые слова:стоматологические пленки, гумат натрия, технология.

A.R. Galeeva

THE DEVELOPMENT OF DENTAL MEDICINAL FORM WITH GUMATAE NATRII FROM PEAT

Department of Pharmaceutical Technology with a Course in Biotechnology,Department of Pharmacology number 1 with a course of clinical pharmacology
Bashkir State Medical University,Ufa
Scientific Advisors —candidate of pharmaceutical Sciences, assistant professor Z.R.Ishmakova
candidate of pharmaceutical Sciences, assistant professor R.R. Kitapova

Abstract. In article are brought results of the development of the composition and technologies of the preparation of dental medicinal form in the manner of film with gumataeNatrii. The studied organoleptic and technological characteristic film.
Keywords: dental of the film, gumataeNatrii, tehnology.

Актуальность. В терапии воспалительных заболеваний полости рта в основном используют традиционные лекарственные формы: полоскания, пасты, эмульсии, аэрозоли. Однако, применение многих из них приводит к целому ряду осложнений, что существенно снижает их лечебные свойства[1]. В связи с этим, создание пролонгированных лекарственных форм,

обладающих противовоспалительным действием, ранозаживляющей, антибактериальной активностью для применения в стоматологии имеет большое значение.

Разработка стоматологических пленок на полимерных основах является одним из перспективных направлений технологии лекарств. Поэтому получение высокоэффективных стоматологических лекарственных форм в виде пленок, имеющих выраженную биологическую доступность, является весьма актуальной задачей фармацевтической технологии.

Цель исследования - разработка состава и технологии стоматологических пленоксгуматом натрия из торфа, обладающихантимикробной противовоспалительной активностью, повышающей местный иммунитет[2].

Материалы и методы.В качестве объектов исследования использовали:гумат натрия, полимеры, желатин, пластификаторы, натрия сахаринат.

Результаты и обсуждение. На первом этапе проводили отсеивающийся эксперимент, цель которого был отбор вспомогательных ингредиентов: пленкообразователей и пластификаторов, способных сформировать пленку-матрицу для последующего введения в нее субстанции. Технология приготовления пленок заключалась в следующем:готовые полимерные массы гомогенизировали с использованием турбинной мешалки, затем проводили деаэрацию на центрифуге для удаления пузырьков воздуха и готовые однородные полимерные растворы разливали в стеклянные чашки Петри, предварительно обработанные этиловым спиртом, слоем 5 мм.

В связи с тем, что пленки были хрупкими, легко ломались при первом же складывании пленки пополам, в их состав необходимобыло ввести пластификатор, в качестве которого использовали глицерин. Концентрацию глицерина определяли по оценке качества пленки по показателю прочности на излом. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица1

Влияние концентрации глицерина на прочность стоматологических пленок

Концентрация глицерина %	Свойства пленки	
	Прочность, количество сгибаний	Внешний вид
1,0	2	однородная, легко удаляется с подложки
2,0	5	однородная, легко удаляется с подложки
2,5	6	однородная, гибкая легко удаляется с подложки, полупрозрачная

3,0	10	однородная, гибкая легко удаляется с подложки, полупрозрачная, прилипает к пальцам
3,5	12	однородная, эластичная, растягивается при удалении с подложки, прилипает к пальцам
4,0	15	однородная, эластичная, растягивается при удалении с подложки, прилипает к пальцам

Анализируя полученные результаты можно отметить, что составы с использованием глицерина в концентрации 2 - 2,5 % являются оптимальными.

Критерием отбора пленочных композиций являлся удовлетворительный внешний вид (эластичность, гладкая поверхность без шероховатостей, однородность, отсутствие микротрещин и разрывов в пленке, хорошее отставание от подложки). В результате отсеивающего эксперимента выбрано четыре композиции, состав которых приведен в таблицах 2 и 3.

Таблица 2

Составы исследуемых основ

Составы основ	МЦ	ГЭЦ	Желатин	Глицерин	Вода очищенная
№ 1	1,0			2,0	97,0
№ 2		2,0		2,0	96,0
№ 3			3,0	2,5	94,5
№ 4	1,0	1,0		2,0	96,0

Таблица 3

Влияние пленкообразователя на качество пленки

№	Пленкообразователь	Качество пленки
1	Желатин	непрочные, эластичные, однородные, без разрывов, прозрачные
2	Метилцеллюлоза (МЦ)	прочные, однородные, без разрывов
3	Гидроксиэтилцеллюлоза (ГЭЦ)	прочные, эластичные, однородные, без разрывов,

		прозрачные
4	МЦ + ГЭЦ	прочные, эластичные, однородные, без разрывов

На основании проведенных исследований выявлено, что оптимальными пленкообразователями, с использованием которых получаются хорошие по технологическим свойствам пленки, являются гидрооксиэтилцеллюлоза (ГЭЦ) и комплекс ГЭЦ с метилцеллюлозой (МЦ).

Для создания комфортных условий при нанесении пленки на десну в состав разрабатываемой лекарственной формы было решено добавить корригирующие компоненты. В качестве подсластителя, на основании анализа данных литературы и по экономическим соображениям, был использовансахаринат натрия, а для улучшения вкусовых ощущений и запаха использовали эфирное масло мяты. Введение вышеуказанных корригирующих веществ в состав пленки не изменялоее физиологических свойств.

Таким образом, нами был подобран наиболее рациональный и оптимальный состав стоматологических пленок, включающий гумат натрия,гидроксиэтилцеллюлозу,глицерин, натрия сахаринат, масло мятное иводу очищенную.

Технология приготовления стоматологических пленок заключалась в следующем: гидроксиэтилцеллюлозузаливали водой очищенной (90°С), в которой предварительно растворяли гумат натрия и натрия сахаринат. Полученную кашицеобразную массу ставили в морозильную камеру на 30 минут. К полученному гелю при перемешивании добавляли глицерин и масло мятное с последующей гомогенизацией с турбинной мешалкой. После проводили деаэрацию на центрифуге для удаления пузырьков воздуха. Готовый однородный полимерный раствор разливали слоем 5 мм в стеклянные чашки Петри, предварительно обработанные этиловым спиртом. Сушку пленочной массы производили при комнатной температуре. Из полученных пленок высекали скальпелем полоски с шириной 1,0 см и длиной 2 см. Пластины представляли собой прочные, эластичные, однородные, без разрывов пленки с характерным запахом, толщиной 0,030 см.

Выводы:

1. Разработан оптимальный состав и технология приготовления стоматологических пленок с гуматом натрия на основе полимера гидроксиэтилцеллюлозы, пластификатора глицерина.

2. Изучены органолептические и технологические свойства разработанной лекарственной формы – стоматологических пленок.

Список литературы:

1. Патент РФ № 2264817 Способ лечения слизистых оболочек. Авторы: Новиков Ю.Т., Ананьев В.Н., Фурин В.А, и др. Заявлен 20.12.2014. Опубл.27.11.2005 БИ №33.

2. Исматова Р.Р., Зиганшин А.У., Дмитрук С.Е. Перспективы использования гумата натрия// Башкирский химический журнал.-2008.-Том 15.- № 1.- с.48-51

УДК 57.049

А.М. ГАЛИМОВ

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У СТУДЕНТОВ-БАСКЕТБОЛИСТОВ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Научный руководитель - к.б.н., доцент Л.Р. Шафикова

Кафедра физической культуры, Башкирский государственный медицинский университет

Резюме: Статья посвящена изучению адаптационных характеристик сердечно-сосудистой системы у студентов 1 курса фармацевтического факультета Башкирского государственного медицинского университета, занимающихся в секции баскетбола.

Ключевые слова: студенты, сердечно-сосудистая система, адаптация, нарушение осанки.

A.M. Galimov

ADAPTIC OPPORTUNITIES OF THE BLOOD CIRCULATORY SYSTEM AT STUDENTS BASKETBALL PLAYERS OF THE BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY

Scientific supervisor - candidate of biological. n., associate Professor L.R. Shafikova

Department of physical education, Bashkir state medical University

Summary: Article is devoted to studying of adaptic characteristics of cardiovascular system at students of 1 course of pharmaceutical faculty of the Bashkir state medical university which is engaged in basketball section.

Keywords: students, cardiovascular system, adaptation, disturbance of a posture.

Актуальность: Проблема подготовки спортсменов-баскетболистов в условиях вуза всегда была актуальной. Ведь именно студенческий возраст является периодом наибольшей реализации спортивных результатов в баскетболе. Однако подготовка студенческих команд, особенно в вузах нефизкультурного профиля, имеет свои сложности и особенности. Состав баскетбольной студенческой команды все время меняется, так как одни спортсмены поступают на первый курс, другие оканчивают университет и выбывают из команды. Помимо этого, затруднена комплектация команды согласно функциям игроков: ведь далеко не всегда в университет поступают игроки именно тех амплуа и уровня подготовленности, которые необходимы команде в данный момент. В связи с чем, вопрос об отборе студентов 1 курса в секцию баскетбола остается актуальной. Критериями отбора в баскетбольную секцию являются такие индивидуальные параметры, как тип телосложения, темперамента, состояния здоровья и техническая подготовленность [1, 2, 5]. Несомненно, что одним из

основных критериев отбора в секцию по баскетболу является высокий рост [3]. Как правило, юноши с высоким ростом имеют астенический тип телосложения и в большей степени подвержены нарушениям осанки. Из всех нарушений преобладают нарушения осанки: сутулая, кифотическая, лордотическая, сколиотическая и их сочетания. Изменения в формах изгибов позвоночного столба приводят к недостаточной подвижности грудной клетки и диафрагмы, к снижению рессорной функции позвоночника, уменьшению колебания внутригрудного и внутрибрюшного давления. Всё это отрицательно сказывается на деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной систем, органов пищеварения, выделения. Недостаточная деятельность кардиореспираторной системы сопровождается гипоксемией и гипоксией органов, тканей и клеток. Ухудшается сопротивляемость к неблагоприятным воздействиям внешней среды [4]. На этом фоне наблюдается прекращение роста спортивных результатов и снижение спортивной подготовленности, которые проявляются в технических недостатках. Таким образом, нас интересовали адаптационные аспекты системы кровообращения студентов-баскетболистов с нарушением осанки на этапе отбора и начальной комплектации команды.

Цель исследования: исследовать адаптационные возможности системы кровообращения студентов-баскетболистов 17-18 лет Башкирского государственного медицинского университета.

Материалы и методы: В нашем исследовании приняли участие 3 группы студентов по 20 человек 17-18 лет, обучающихся на 1 курсе фармацевтического факультета Башкирского государственного медицинского университета. Исследуемые студенты преимущественно, имели рост не ниже 180 см.

Исследование проводилось на базе Учебно-спортивного комплекса №10 Башкирского государственного медицинского университета

В ходе исследования использовались следующие методы: анализ научно-методической литературы, визуальный метод, исследование морфологического развития (плечевой индекс) и адаптационного потенциала системы кровообращения по Р.М. Баевскому, методы математической статистики.

В целях определения уровня адаптационных возможностей организма студентов-баскетболистов с сутулостью и без нарушении осанки, был применен метод экспресс-оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Уровень функционального состояния системы кровообращения, изучался с помощью адаптационного потенциала (АП ССС) рассчитываемого в баллах по формуле:

АП ССС=0,011 (ЧСС)+0,014 (САД)+0,008 (ДАД)+0,014 (В)+0,009 (МТ)-0,009(Р)-0,27,

где ЧСС - частота сердечных сокращений (мин), САД и ДАД - соответственно систолическое и диастолическое артериальное давление (мм. рт. ст.), В - возраст (лет), МТ - масса тела (кг), Р - рост (см).

Для отнесения испытуемых к тому или иному классу функциональных возможностей их организма использовалась шкала:

Таблица 1

Шкала оценки АП ССС

Показатель АП ССС	Оценка
< 2,1 балла	Удовлетворительная адаптация
2,11-3,2 балла	Напряжение механизмов адаптации
3,21-4,3 балла	Утомление
> 4,31	Срыв адаптации

Рост определяется при помощи ростомера. Масса тела измерялась на электронных весах VITEK VT -1141. Артериальный пульс (ЧСС) и артериальное давление (АД) измерялся полуавтоматическим тонометром Citizen CH-308B.

Результаты и обсуждение: В результате визуального осмотра нами было определено, что многие студенты имели нарушения осанки: голова наклонена вперед, выраженный поясничный лордоз и грудной кифоз.

На рисунке 1 показаны результаты плечевого индекса, которые указывают, что более 45% отобранных в секцию по баскетболу студентов имеют нарушение осанки.

Не вызывает сомнения, что механизм адаптации организма к мышечным нагрузкам, которые испытывают баскетболисты во время тренировок, важную роль играет система дыхания и кровообращения, которые первые реагирует на возникшие воздействия физических упражнений.

В связи с этим является актуальным исследование уровня адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы студентов 1 курса фармацевтического факультета, занимающихся баскетболом.

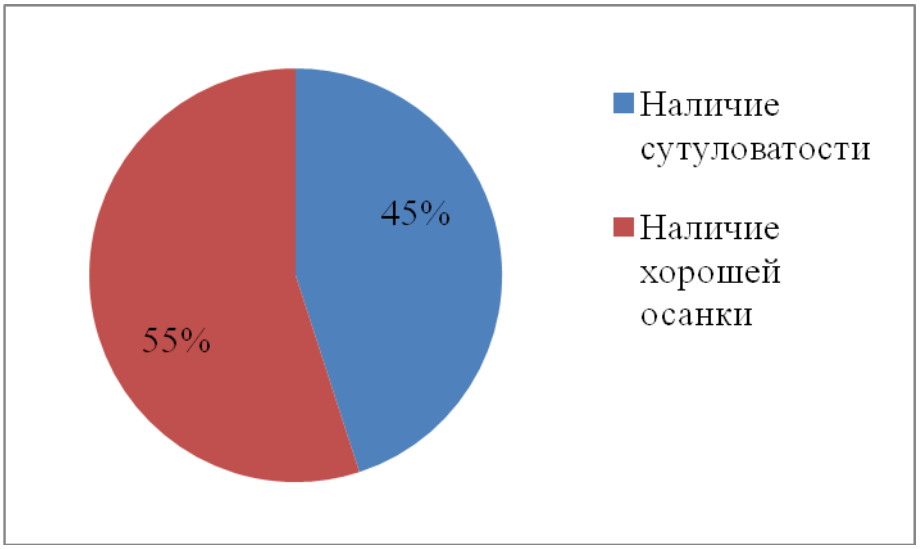


Рис. 1 Показатели плечевого индекса в группах по баскетболу (n=90)

В процессе педагогического исследования значение адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы у студентов с нарушениями осанки оценивалось как утомление и составило 3,97 балла. Результаты АП ССС у детей имеющие хорошую осанку составило 2,07 балла, и оценивалась как удовлетворительная адаптация.

По всей-видимости, нарушение осанки влияет на адаптационные возможности системы кровообращения баскетболистов и тренировочной процесс для сутулых студентов, носит характер выраженной стрессовой реакции.

Заключение и выводы: Из всего выше изложенного следует, что на сегодняшний день актуален и необходим поиск новых форм двигательной активности способствующих повышению уровня физической подготовленности, функционального состояния, а также спортивной результативности юношей 17-18 лет с признаками сутулости.

В связи с этим становится очевидной важностью в разработке новой оздоровительной методики коррекции нарушений осанки для юношей 17-18 лет, занимающихся баскетболом.

Список литературы:

6. Лосева И.В. Основные моменты отбора в баскетболе: методические рекомендации. - Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2000. - С. 24.

7. Мандриков В.Б., Туркин Р.А., Мицулина М.П., Ушакова И.А., Голубин С.А. Баскетбол на занятиях по физической культуре в медицинских и фармацевтических вузах: учебное пособие. - Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2012. - С. 237.

8. Скворцова М.Ю., Букреева Н.А. Подготовка высокорослых игроков в баскетболе. / Учебное пособие. — Кемерово: КузГТУ, 2012. С. 112.

9. Шафикова Л.Р., Стерехов Е.П. Адаптационные характеристики сердечно-сосудистой и дыхательной систем у баскетболистов с признаками сутулости на начальном этапе спортивной подготовки. /Актуальные вопросы физиологии, психофизиологии и психологии: сборник научных статей Всероссийской заочной научно-практической конференции. — Уфа: РИЦ Баш ИФК, 2011. С. 97-101.

10. Федеральный стандарт спортивной подготовки по виду спорта «Баскетбол»: учебное пособие. - Москва: Спорт, 2016. - С. 24.

УДК: 615.454.124

И.Ф.Гирфанов

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРНО-МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МАЗИ С ОБЛЕПИХОВЫМ МАСЛОМ.

Научный руководитель –д.фарм.н., профессор Ю.В. Шикова

Кафедра фармацевтической технологии с курсом биотехнологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Ключевые слова: Облепиховое масло, тиосульфат натрия, мазь.

Резюме: В данной статье представлены исследования лекарственной формы в виде назальной мази с облепиховым маслом и тиосульфатом натрия.

I.F.Ghirfanov

RESEARCH OF STRUCTURAL-MECHANICAL PROPERTIES OF OINTMENT WITH SEA BUCKTHORN OIL.

Scientific advisor - Doctor of Pharmaceutical Sciences, Full professor Y.V. Shikova

Department of pharmaceutical technology with courses of biotechnology, Bashkirian state medical university, Ufa

Keywords:Sea buckthorn oil, sodium thiosulfate, Ointment

Resume:In this article, studies of a dosage form in the form of a nasal ointment with sea buckthorn oil and sodium thiosulfate.

Актуальность.Заболевания полостей носа, такие как ринит и синусит, входят в число наиболее распространенных патологий верхних дыхательных путей. Число пациентов с заболеваниями околоносовых пазух в нашей стране и за ее пределами остается достаточно велико, не смотря на разработку и внедрение новых методов диагностики и лечения данных этиологий. По самым скромным подсчетам, в России синуситы ежегодно переносят около 10 млн. человек. Однако реальное количество больных в несколько раз выше указанных цифр, так как многие из них не обращаются к врачу при легких формах течения заболевания [2]. По мнению ряда авторов, в структуре заболеваний лор-стационаров синусит составляет от 18 до 36% [1].

Цель исследования. Изучение структурных и механических свойств назальной мази с облепиховым маслом и тиосульфатом натрия.

Материалы и методы.При разработке данной лекарственной формы использовались следующие действующие вещества – облепиховое масло, тиосульфат натрия; а так же вспомогательные - вода очищенная, глицерин, лутрол F-127, лутрол F-68, кремофор RH-40, полиэтиленгликоль 400 (ФС 42-1242-96), полиэтиленгликоль 1500 (ТУ 6-00205601082-00), полиэтиленгликоль 4000, твин-80, эмульгатор Т-2, хитозан, пентол.Для оценки лекарственной формы по степени стекания и оценки распределения по слизистой в качестве модельной жидкости использовали 3,8% водный раствор натриевой соли поликарбоксиметилового эфира целлюлозы (NaКМЦ) как наиболее подходящую систему по реологическим параметрам.Готовили две модельные подложки, имитирующие слизистые оболочки. Подложку получали на пластине из рифленого стекла шириной 15 см и длиной 30 см, термостатировали при 34±1^{o}С. На обратной поверхности стекла предварительно наносили по ширине у противоположных краев линию "старта" и линию "финиша".

На поверхность подложки на уровне линии "старта" наносили 5,0 исследуемой мази, предварительносмешанной при 37^{o}С с 5,0 мл модельной жидкости. Пластину располагали в пространстве термостата таким образом, чтобы плоскость поверхности пластины образовывала с плоскостью горизонтальной поверхности (стола) углы 45° и 90°, соответствующие необходимому положению тела. При этом линия "старта" находилась в верхней точке угла. Измеряли время прохождения фронта стекающей капли от линии "старта" до линии "финиша" при заданных углах наклона.

Определение реологических характеристик проводили на ротационном вискозиметре РВ-8М. Измерения проводили при температуре 34°С.

Для изучения параметра нанесения на слизистую оболочку, была определена намазываемость мази, а так же с целью выбора тароупаковочного материала. В процессе эксперимента были изучены реологические параметры лекарственной формы при малых и больших скоростях сдвига от 0,3 до 134,1 с-1 [4]. При изменении скорости вращения внутреннего цилиндра и при неподвижном внешнем, измеряли эффективную вязкость препарата. Скорость сдвига мази определяли как отношение сдвигающего напряжения к вязкости лекарственной формы. Полученные результаты отражены в таблице 3.

Результаты и обсуждения.Показатель предельной текучести играетнемаловажную роль в характеристике назальных лекарственных форм, так как определяет способность препарата фиксироваться на поверхности слизистой носа. Так, ранее на примере жидкофазных систем энтомологического назначения экспериментально было установлено, что данный показатель материала, позволяющий ему удерживаться на вертикальной подложке толщиной 10^{-3} м, должен составлять 9 Па (Патент 1769830 1991г).

Это позволяет препарату за счет необходимой вязкости фиксироваться на поверхности слизистой, предположительно обеспечивая необходимое взаимодействие активных компонентов лекарственной формы, адсорбционный эффект и пролонгацию[3].

Таблица 1

Кинетика степени стекания (Угол наклона 45^0) назальной мази *invitro*

Угол наклона 45^0								
Мазь с облепиховым маслом и тиосульфатом натрия (пример 1)	Пробег капель (см)	-	16,5 12,0 12,5 11,0 10,0 Ср=12,4	18,5 16,0 15,0 13,0 12,0 Ср=14,9	21,0 15,5 15,0 14,0 13,5 Ср=15,8	22,0 14,0 17,0 16,0 15,0 Ср=16,8	22,0 19,0 18,5 16,5 16,5 Ср=18,5	15,0 17,5 16,5 17,0 Ср=16,5
	Средняя скорость, мм/с	-	0,95	0,61	0,45	0,36	0,30	0,24

Таблица 2

Кинетика степени стекания (Угол наклона 90^0) назальной мази *invitro*

Угол наклона 90^0								
Мазь с облепиховым маслом и тиосульфатом натрия (пример 1)	Пробег капель (см)	-	18,0 17,0 14,0 6,5 8,0 9,5 14,5 Ср=12,5	24,0 21,0 19,0 8,5 11,0 11,5 21,0 Ср=16,5	23,0 21,5 11,0 10,0 14,0 22,5 Ср=17	10,5 13,0 14,0 Ср=12,5	11,5 12,5 16,0 Ср=13,3	12,0 12,5 16,0 Ср=13,5
	Средняя скорость, мм/с	-	1,025	0,68	0,47	0,26	0,22	0,18

Таблица 3

Реологические характеристики назальной мази

Возрастание предельного напряжения сдвига			Убывание предельного напряжения сдвига		
τ	η	d	τ	η	d
15,146	39,361	0,200	288,545	1,512	128,803
29,435	35,212	0,627	249,429	2,350	65,307
68,512	16,037	3,405	207,830	4,950	30,168
106,450	10,728	9,911	173,801	7,829	18,248
135,299	6,926	20,031	132,550	8,474	11,464
171,394	5,942	35,729	108,100	10,370	7,382

119,729	4,528	68,712	74,012	19,025	2,572
239,511	3,762	69,836	29,381	38,491	1,015
285,805	3,180	140,771	10,425	147,228	0,537

Примечание: τ – предельное напряжение сдвига, Па; η – эффективная вязкость, Па*с; d – скорость сдвига, $с^{-1}$

Вязкость системы при увеличении скорости сдвига постепенно уменьшается, а градиент снижения показателя вязкости при малых значениях скорости деформации больше, чем при более высокой скорости, что связано с низким уровнем межмолекулярного взаимодействия системы. Мазь с облепиховым маслом и тиосульфатом натрия относится к неньютоновским жидкостям с псевдопластическим типом течения. Данная система обладает свойством тиксотропности. Способность полностью восстанавливаться после полного разрушения системы под действием сдвигающих сил до первоначальных реологических параметров характеризует разработанный состав мази как стабильную систему и обеспечивает ее восстановление без расслаивания и седиментации. Это свидетельствует, что при возрастании предельного напряжения сдвига скорость деформации мази увеличивается до полного разрушения системы.В случае последующего убывания сдвигающего напряжения вязкость мази постепенно и равномерно увеличивается до полного восстановления, обеспечивая высокую стабильность системы.

Выводы. Определены структурно-механические свойства мази с облепиховым маслом. Установлено, что мазь обладает псевдопластическим типом течения.Способность полностью восстанавливаться после полного разрушения системы под действием сдвигающих сил до первоначальных реологических параметров характеризует разработанный состав мази как стабильную систему и обеспечивает ее восстановление без расслаивания и седиментации. Мазь с облепиховым маслом может фиксироваться на поверхности слизистой, обеспечивая необходимое взаимодействие действующих и вспомогательных веществ лекарственной формы, адсорбционный эффект и пролонгацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брико Н. И. Распространенность и возможности профилактики пневмококковых инфекций в мире и в России // Вакцинация. 2009. № 2. С. 5–7.
2. Козлов Р. С. Пневмококки: уроки прошлого — взгляд в будущее. Смоленск: МакМАХ, 2010. 127 с
3. Влияние высокомолекулярных соединений на адсорбционную активность мази / Шикова Ю.В., Лиходед В.А., Епифанова А.В., Симонян Е.В.// Разработка и регистрация лекарственных средств. 2013.- № 3(3).- С. 44-45.
4. Шикова, Ю.В. Сравнительное изучение реологических свойств мази на эмульсионной и гелевой основе / Ю.В.Шикова, В.А.Лиходед, А.И.Булгакова, А.В.Лиходед, А.В.Епифанова, В.В.Петрова, Е.Ф.Юничева // Медицинский альманах – 2013. - №2 (26). – с. 194-196.

УДК 615.1:616-03

А.И. Гумарова

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ РОССИЙСКОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ КАШЛЕ И ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Научный руководитель - к.ф.н., доцент С.Н. Ивакина
Кафедра управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Проведен маркетинговый анализ рынка лекарственных препаратов (ЛП), применяемых при кашле и простудных заболеваниях. Выявлено, что анализируемая группа включает 449 торговых наименований, содержащих 37 международных непатентованных наименований или комбинаций действующих веществ. Среди зарегистрированных ЛП, входящих в данную группу, преобладают препараты из подгрупп «Другие комбинированные препараты, применяемые при простудных заболеваниях» отечественного производства и «Муколитики» импортного производства, выпускаемые в виде таблеток и сиропа.

Ключевые слова: маркетинговый анализ, препараты при кашле и простудных заболеваниях.

A. I. Gumarova

MARKETING ANALYSIS OF THE RUSSIAN MARKET OF MEDICINES USED IN COUGH AND CATARRHAL DISEASES

Scientific advisor – Ph.D., Associate Professor, S.N. Ivakina
Department of Management and Economics of Pharmacy course with MFM, Bashkir State Medical University, Ufa

Summary: Conducted a market analysis of drugs used in cough and catarrhal diseases. It is revealed that the analyzed group includes 449 trade names containing 37 international non-proprietary names or combinations of active substances. Among registered drugs included in this group, dominated by the preparations of the subgroups "Other combined preparations applied at

catarrhal diseases," domestic production and "Mucolytics" imported, manufactured in the form of tablets and syrup.

Key words: marketing analysis, drugs for coughs and colds.

Актуальность. На сегодняшний день в условиях низкой платежеспособности населения аптекам приходиться адаптировать свою деятельность и формировать ассортимент товаров аптечного ассортимента с учетом спроса потребителей [1,5].

Лекарственные препараты (ЛП), применяемые при кашле и простудных заболеваниях занимают второе место по объему среди остальных групп согласно анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ-классификации). Это связано с тем, что грипп и ОРВИ являются самыми частыми инфекционными заболеваниями в холодную пору года. Почти 80% жителей нашей страны страдаю зимой от симптомов гриппа или простуды.

Однако на сегодняшний день отмечается снижение объема продаж данной группы препаратов в коммерческом секторе фармацевтического рынка в натуральных показателях. Так, за период с 2012 по 2014 годы, продажи в группе «Препараты для лечения заболеваний респираторной системы» снизились на 3,5% [6]. Причиной такого падения продаж ЛП является мало стабильная ситуация, сложившаяся на фармацевтическом рынке России, обусловленная ростом индекса потребительских цен, в том числе и на ЛП [4,7].

Поэтому изучение ассортимента ЛП приобретает особую актуальность, поскольку позволяют изучить и оптимизировать имеющийся в аптечной организации ассортимент ЛП, в том числе применяемых при кашле и простудных заболеваниях [1,2,3].

Цель исследования. Целью нашей работы является проведение маркетинговых исследований рынка ЛП, применяемых при кашле и простудных заболеваниях.

Материалы и методы. Контент - анализ ассортимента ЛП, применяемых при кашле и простудных заболеваниях, представленных на фармацевтическом рынке России, проводили по данным федеральной информационной системы «Государственный реестр лекарственных средств» по состоянию на 1 января 2017 года.

Результаты и обсуждение. В 2017 году на фармацевтическом рынке России предлагалось 449 торговых наименований (ТН) лекарственных препаратов, применяемых при кашле и простудных заболеваниях, содержащих 37 действующих веществ. Основные маркетинговые характеристики ассортимента ЛП, применяемых при кашле и простудных заболеваниях, согласно АТХ-классификации представлены в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что среди МНН преобладают ЛП подгрупп «Другие комбинированные препараты, применяемые при простудных заболеваниях» (67,6%) и «Отхаркивающие препараты» (16,3%). По количеству ТН преобладают ЛП подгрупп

«Другие комбинированные препараты, применяемые при простудных заболеваниях» и «Муколитики» (50,1% и 33,9% соответственно).

Таблица 1

Основные маркетинговые характеристики ассортимента лекарственных препаратов, применяемых при кашле и простудных заболеваниях

Группа	Количество МНН	%	Количество ТН	%	Производитель	
					Отечественные	Зарубежные
R05CA Отхаркивающие препараты	6	16,3	53	11,8	41	12
R05CB Муколитики	5	13,5	152	33,9	46	106
R05DB Прочие противокашлевые препараты	1	2,7	19	4,2	12	7
R05X Другие комбинированные препараты, применяемые при простудных заболеваниях	25	67,6	225	50,1	138	87
Итого:	37	100	449	100	237	212

По количеству зарегистрированных ТН ЛП лидирует Россия (59 %). На втором месте находится Германия, на третьем месте – Словения (19 % и 8 % соответственно). Удельный вес остальных стран (Индия, Франция, Израиль и другие) в производстве данной группы ЛП не превышает 3%.

В группе «Другие комбинированные препараты, применяемые при простудных заболеваниях», лидируют препараты, содержащие такое МНН как Солодки корни, удельный вес которого составил 24,4% по количеству зарегистрированных ТН. Все ТН являются препаратами отечественного производства.

В группе «Муколитики» на первом место находится МНН Бромгексин (56 ТН с данным МНН) и Амброксол (51 ТН). По количеству зарегистрированных торговых наименований ЛП данной подгруппы лидируют зарубежные производители (69,7 %).

В группе «Отхаркивающие препараты» наибольшее количество ТН включает МНН «Алтея лекарственного травы экстракт» и «Термопсиса ланцетного трава+[Натрия гидрокарбонат]» (49,1% и 18,9% соответственно). По количеству зарегистрированных торговых наименований ЛП данной подгруппы лидирует Россия (77,4%).

Группа «Прочие противокашлевые препараты» представлена одним МНН «Бутамират», которое имеет 19 ТН, среди которых преобладают ЛП отечественного производства.

Распределение ЛП, применяемых при кашле и простудных заболеваниях по форме выпуска показало, что в ассортименте российских и зарубежных производителей преобладают лекарственные формы ЛП, применяемых при кашле и простудных заболеваниях в виде таблеток (32,3%). Далее следуют сиропы и растительное сырье, величина которых равна 27,6% и 8,9% соответственно. Наименьшие показатели величин удельного веса приходятся на аэрозоли для местного применения, растворы для инъекций и мази для наружного применения (не более 0,7%).

Вывод. Проведенные маркетинговый анализ показал что, группа ЛП, применяемых при кашле и простудных заболеваниях, очень широко представлена и включает 449 ТН, содержащих 37 МНН или комбинаций действующих веществ. Среди зарегистрированных лекарственных препаратов, входящих в данную группу, преобладают ЛП отечественного производства, выпускаемые в виде таблеток и сиропа.

Список литературы.

1. Бадакшанов, А.Р. Теория и практика: разработка и внедрение технологий управления ассортиментом аптечной организации в учебный процесс фармацевтических вузов / А.Р. Бадакшанов, С.Н. Ивакина, Г.Ф. Лозовая // Теоретические и прикладные проблемы науки и образования в 21 веке: сборник научных трудов по материалам Международной заочной научно-практической конференции в 10 частях. – 2012. – часть 8. - С. 16-18.
2. Ивакина, С.Н. Разработка методических подходов и алгоритма ситуационного анализа для оптимизации ассортимента аптечной организации / С.Н. Ивакина, Г.Ф. Лозовая, Л.А. Зотова, Л.И. Запорожская // Медицинский альманах. - 2011. - №5 - С.286-289

3. Ивакина, С.Н. Анализ конкурентоспособности антигистаминных лекарственных препаратов /С.Н. Ивакина С.Н., Л.А. Зотова// Журнал «Вопросы обеспечения качества лекарственных средств» - 2015. - №3(8) – С. 15-21
4. Ивакина, С.Н. Оценка современного состояния российского фармацевтического рынка в условиях социально-экономического кризиса / С.Н. Ивакина, Г.М. Нагимова, Б.А. Бакиров // Медицинский вестник Башкортостана. - 2016. - №4. - С.1-4
5. Ивакина, С.Н. Выявление значимости затрат на лекарственные препараты в структуре потребительских расходов / С.Н. Ивакина, Т.В. Баркова, Г.М. Нагимова, Г.Ф. Лозовая // Медицинский вестник Башкортостана. - 2016. - Т.11. - №5(65). - С. 39-43.
6. Ивакина, С.Н. Актуальные вопросы оказания лекарственной помощи населению в современных условиях/ С.Н. Ивакина, Г.М. Нагимова, А.М. Медведев//Вестник Башкирского государственного медицинского университета. Приложение №2, 2016. – с.296-300
7. Ивакина, С.Н. Изучение доступности лекарственных препаратов в условиях социально-экономического кризиса/ Ивакина С.Н., Медведев А.М.//Научный альманах. – 2017. - №2-3(28). – С.343-346

УДК 615.322.015

В.А. ГУСАКОВА

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ СУШКИ НА СОХРАНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПЛОДАХ РЯБИНЫ ОБЫКНОВЕННОЙ

Научный руководитель – д.фарм.н., доцент С.Р. Хасанова

Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Для получения качественных препаратов, содержащих плоды рябины с высоким содержанием биологически активных веществ необходимо правильно собрать сырье и выбрать оптимальный режим сушки. В статье приводятся данные по исследованию содержания каротиноидов в плодах рябины обыкновенной, собранной на территории Республики Башкортостан и высушенных различными способами: воздушно-теневая сушка, искусственная сушка при 60°С и 90°С. Количественное определение каротиноидов проводили спектрофотометрическим методом в пересчете на β-каротин. Содержание каротиноидов составило в образце 1 – 0,58±0,05%, в образце 2 - 0,3±0,012%, в образце 3 – 0,27±0,026%. Согласно полученным данным, наибольшее содержание каротиноидов наблюдается в сырье, высушенном с использованием воздушно-теневой сушки.

Ключевые слова: плоды рябины обыкновенной, режимы сушки, спектрофотомерия, каротиноиды.

V.A. Gusakova

THE INFLUENCE OF DIFFERENT DRYING REGIMES ON THE RETENTION OF BIOLOGICALLY ACTIVE MATERIALS IN THE FRUITS OF THE ROWAN

The scientific leader – d.farm.n., assistant professor S.R. Khasanova

The department of pharmacognosy with the course of botany and bases of fitoterapii, Bashkir state medical university, Ufa

Resumes: For obtaining the qualitative preparations, which contain fruits of rowan with the high content of biologically active materials it is necessary to correctly gather raw material and to select optimum drying regime. In the article are cited the data on a study of the content of carotenoids in the fruits of the rowan of the usual, assembled in the territory republic Of bashkortostan and dried by the different methods: air-shady drying, kiln-drying with 60°C and 90°C. The quantitative determination of carotenoids was carried out by the spectrophotometric method in the conversion to the β- carotene. The content of carotenoids comprised in the model 1 – 0,58±0,05%, in the model 2 - 0,3±0,012%, in the model 3 – 0,27±0,026%. According by obtained data, the greatest content of carotenoids is observed in the raw material dried at air-shady drying.

Keywords: fruits of the rowan, the drying regimes, spektrophotomery, carotenoids.

Актуальность: Плоды рябины обыкновенной давно используются в качестве витаминного и общеукрепляющего средства. Согласно литературным данным, специфическое действие обеспечивают такие витамины, как аскорбиновая кислота, каротиноиды и флавоноиды. Имеются экспериментальные исследования, где описано, что у липофильного экстракта плодов установлены ранозаживляющие свойства, экстракт плодов снижает содержание липидов в печени, холестерина в крови и повышает резистентность кровеносных сосудов. Экстракт коры и липофильный экстракт плодов проявляют антибактериальную и антипротозойную активность [2]. Для получения качественных препаратов, содержащих плоды рябины с высоким содержанием биологически активных веществ необходимо правильно собрать сырье и выбрать оптимальный режим сушки. Так как плоды рябины являются сочными плодами, поэтому выбор оптимального режима сушки сырья для сохранения всего комплекса биологически активных веществ является актуальным.

Целью исследований явился выбор оптимального режима сушки плодов рябины для получения качественных лекарственных средств.

Материалы и методы. Для фитохимического исследования использовались плоды рябины обыкновенной, собранные в 2016 г в Уфимском районе Республики Башкортостан в период плодоношения растения. Плоды рябины высушены с использованием 3 режимов сушки: воздушно-теневая сушка (образец 1), искусственная сушка при 60°С (образец 2) и при 90°С (образец 3). В плодах определяли содержание каротиноидов с использованием спектрофотометрической методики в пересчете на β-каротин [1], модифицированной нами,

по следующей методике: 5,0 г измельченного сырья рябины помещали в колбу вместимостью 100 мл, добавляли 25 мл петролейного эфира. Экстракцию проводили в течение 1 часа. Экстракт фильтровали через бумажный фильтр. 3 мл экстракта помещали в мерную колбу вместимостью 25 мл и доводили до метки петролейным эфиром. Определяли оптическую плотность раствора на спектрофотометре при длине волны 450 нм в кювете с толщиной слоя 1 см. В качестве раствора сравнения использовали петролейный эфир. Параллельно определяли оптическую плотность раствора стандартного образца бихромата калия.

Содержание суммы каротиноидов (X) в перерасчете на β-каротин и абсолютно сухое сырье в % вычисляли по формуле (1):

$$X = \frac{K*100*V*A*100}{m*3*Ao*(100-W)} \qquad (1)$$

K-количество каротина в 1 мл стандартного раствора 0,00208 мг бихромата калия;

V-объем петролейного раствора каротиноидов, мл;

A - оптическая плотность исследуемого раствора;

Ao - оптическая плотность раствора стандартного образца бихромата калия;

M - навеска сырья ,г;

W - потеря в массе при высушивании сырья,%

Результаты и обсуждение. Согласно проведенным исследованиям содержание каротиноидов в сырье высушенном при комнатной температуре в среднем составило 0,58±0,05%. Метрологическая характеристика методики приведена в таблице 1.

Таблица 1

Метрологическая характеристика количественного определения каротиноидов в образце №1

N	x		$(x-)^2$		E_α	$E_{отн}$
1	0,56	0,58	0,0004	0,003	0,05	10,5
2	0,54		0,0016			

3	0,65		0,0049			

Содержание каротиноидов в сырье высушенном при 60° С в среднем составило 0,3±0,05%. Метрологическая характеристика методики приведена в таблице 2.

Таблица 2

Метрологическая характеристика количественного определения каротиноидов в образце №2

n	X		$(x-)^2$		E_α	$E_{отн}$
1	0,23	0,3	0,0003	0,0038	0,012	4,0
2	0,28		0,0004			
3	0,39		0,0081			

Содержание каротиноидов в сырье высушенном при 90° С в среднем составило 0,27±0,05%. Метрологическая характеристика методики приведена в таблице 3.

Таблица 3

Метрологическая характеристика количественного определения каротиноидов в образце №3

n	X		$(x-)^2$		E_α	$E_{отн}$
1	0,25	0,27	0,0004	0,015	0,0277	10,6
2	0,28		0,0001			
3	0,30		0,0009			

Для определения достоверности различий между содержанием каротиноидов в образцах 1-3 были рассчитаны критерии Фишера (F). Так, эмпирический критерий Фишера между содержанием каротиноидов в образцах 2 и 3 составил Fэмп.=0,5. Критический

критерий Фишера Fкр.=2,78. Так как Fэмп.<Fкр., ссоответственно, различий между образцами 2 и 3 по содержанию каротиноидов нет. Fэмп. между образцами 1 и 2 составил 5,6. F кр. – 2,78. Так как Fэмп.>Fкр., следовательно, в образце 1 содержание каротиноидов достоверно больше, чем во 2 образце. Fэмп. между образцами 1 и 3 составил 10. F кр. – 2,78. Так как Fэмп.>Fкр., следовательно, в образце 1 содержание каротиноидов достоверно больше, чем во 3 образце.

Заключение и выводы. Таким образом, содержание каротиноидов в сырье, высушенном с использованием воздушно-теневой сушки, почти в два раза выше, чем в образцах, высушенных с использованием искусственной сушки. Следовательно, каротиноиды являются термолабильными соединениями и плоды рябины обыкновенной необходимо сушить только с использованием воздушно-теневой сушки.

Список литературы:

1. Ветров, П.П. Определение содержания липофильных веществ и суммы каротиноидов в растительном сырье / П.П. Ветров, С.В. Гарная // Химико-фармацевтический журнал. – 1989, №3 – с. 34-38.
2. Растительные ресурсы России: Дикорастущие цветковые растения, их компонентный состав и биологическая активность. Т. 2. Семейства Actinidiaceae – Malvaceae, Euphorbiaceae – Haloragaceae / Отв. ред. А. Л. Буданцев. – СПб.; М.: Товарищество научных изданий КМК, 2009. – 513 с.

УДК 615.15

ДАШКИНА А.И., РАШИТОВА Г.Р.

ЛОГИКО-СЕМАНТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬСИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УРОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ НА ЭТАПЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Научный руководитель: профессор, д.фарм.н. Ибрагимова Г.Я.
Кафедра управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения
ФГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России

Резюме: В статье приведены результаты проектирования системы оказания фармацевтической помощи урологическим пациентам на этапе анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии на основе логико-семантической модели. Показаны основные координаты, составляющие систему оказания фармацевтической помощи, и факторы, влияющие на нее.

Ключевые слова:Фармацевтическая помощь, пациенты, логико-семантическая модель, этап оказания медицинской помощи, урологические пациенты

Dashkina A.I., Rashitova G.R.

LOGIC-SEMANTIC MODEL OF PHARMACEUTICAL ASSISTANCE SYSTEM FOR UROLOGICAL PATIENTS AT THE STAGE OF ANESTHESIOLOGY, REANIMATION AND INTENSIVE THERAPY

Scientific Advisor: Professor Ibragimova G.Ya.
Department of management and economics of pharmacy with the course of medical and pharmaceutical commodity science
Bashkir State Medical University, Ufa

The article presents the results of designing a system for the provision of pharmaceutical care to urological patients at the stage of anesthesiology, resuscitation and intensive care based on the logical semantic model. The main coordinates constituting the system of rendering pharmaceutical assistance and the factors affecting it are shown.

Keywords Pharmaceutical Aid, Patients, Logico-Semantic Model, Stage of Medical Care, urological patients.

Актуальность: Тяжесть состояния пациентов на этапе анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ЭАРИТ) нуждается не только в оказании медицинской помощи (МП), но и фармацевтической помощи (ФП) с применением высокоэффективных лекарственных препаратов (ЛП). Выбор Лекарственного ассортимента в первую очередь зависит от финансовых возможностей лечебного учреждения, а также сознательному подходу медицинских и фармацевтических специалистов.Поэтому так важно охватить все связующие цепочки фармацевтической помощи,благодаря которой в целом происходит лечение пациента.

Проектирование системы ФП на этапе анестезиологии реанимации интенсивной терапии(ЭАРИТ) является актуальным, так как можно рассмотреть вопросы взаимодействия всех систем ФП, как в целом, так и в частности.

Цель исследования: Построить логико-семантическую модель системы оказания фармацевтической помощи урологическим больным на этапе анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Задачи:

1. Определить методические подходы к построению логико-семантической модели.
2. Выделить координаты (факторы), влияющие на систему оказания эффективной фармацевтической помощи на ЭАРИТ.

Материалы и методы: В процессе исследования использовались методы логического, логико-семантического моделирования(метод В.Э.Штейнберга). Объектами исследования явились данные медицинских карт урологических пациентов ЭАРИТ Клиники БГМУ за период 2013-2016 гг.

Результаты и обсуждение: Логико-семантическая модель (ЛСМ) - это универсальная образно-понятийная модель для многомерного представления и анализа знаний на естественном языке во внешнем и внутреннем планах деятельности. [1]. В ЛСМ выделяют два компонента: логический и семантический (смысловой). Логический компонент раскрывает порядок расстановки осей и узловых точек, представлен нумерацией осей и последовательностью расположения точек (от центра к периферии). Семантический (смысловой) компонент, раскрывающий содержание осей и узловых точек, представлен их названиями. Конструирование моделей включает следующие этапы:

- в центр системы координат помещается объект конструирования: тема, проблемная ситуация и т.п.;

- определяется набор координат – «круг вопросов» по проектируемой теме, в число которых могут включаться смысловые группы (объект и предмет изучения), определяется набор опорных узлов – «смысловых точек» для каждой координаты.

На основе системного анализа, используя методологию построения логико-семантических моделей по В.Э.Штейнбергу, нами была разработана модель системы оказания фармацевтической помощи урологическим больным на этапе анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (далее Модель).

В центре системы координат мы поместили «эффективная фармацевтическая помощь урологическим больным на ЭАРИТ. Далее на основе системного и логического анализа нами были определены основные координаты (факторы), влияющие на эффективность оказания ФП. Наглядно Модель отображена на рис. 1.

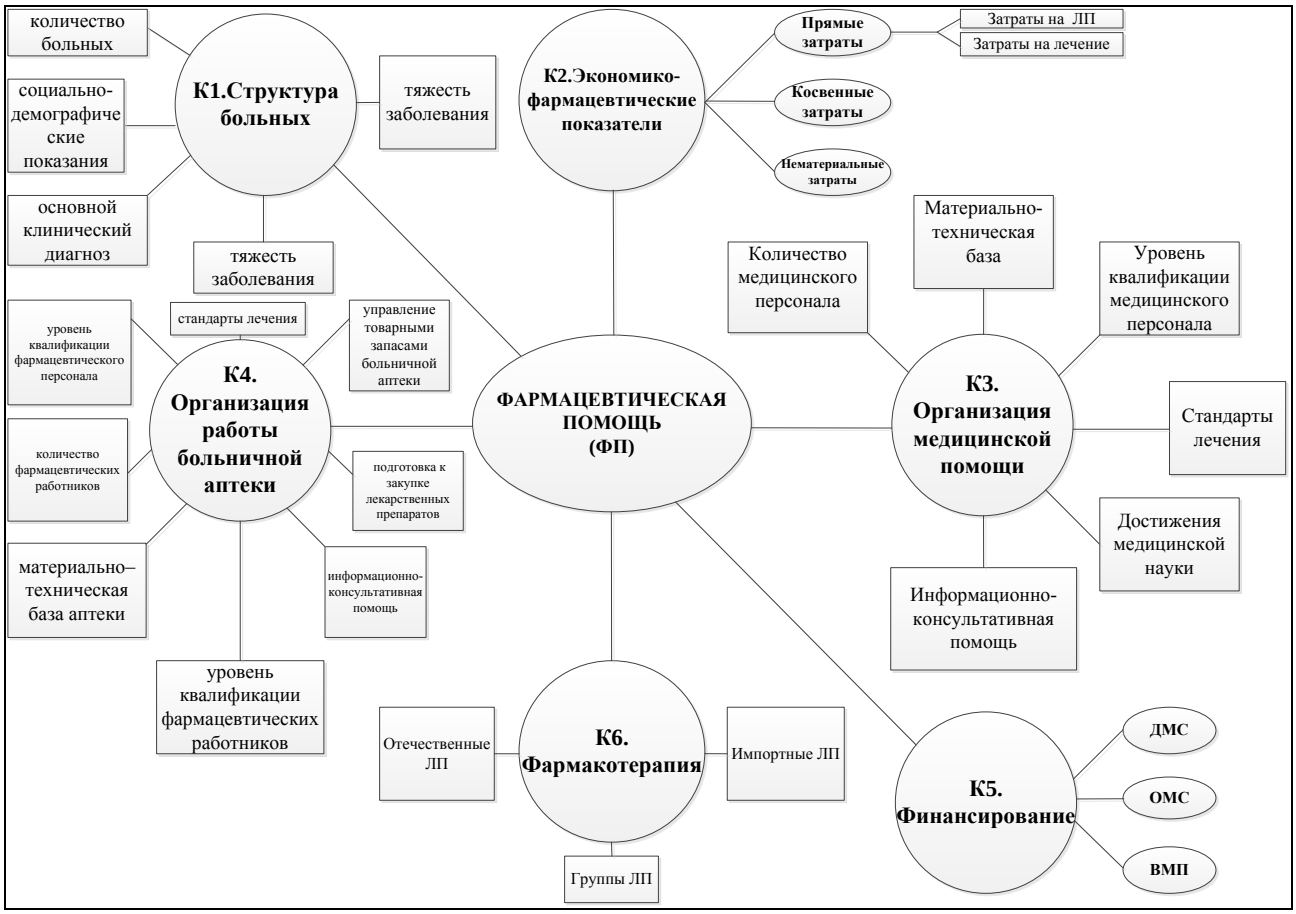


Рис. 1. Модель системы оказания фармацевтической помощи урологическим больным на этапе анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии

Модель представлена 6 координатами:

К1 – «Структура больных», узловыми точками являются: количество больных;социально-демографические показания;основной клинический диагноз;сопутствующие заболевания;тяжесть заболевания.

К2 –«Экономико–фармацевтические показатели», узловыми точками являются:

- Затраты на ЛП (стоимость ЛП; стоимость ЛП на курс лечения);
- Затраты на лечение(стоимость лабораторного и инструментального обследования для диагностики заболевания; стоимость койко дня; стоимость медицинских услуг (оплата консультаций врачей, оплата работы врачей или медицинских сестер); стоимость медицинских процедур (хирургические операции, реабилитация в отделении, санитарно-противоэпидемические операции); использование медицинского оборудования, помещений);
- Косвенные затраты на лечение (отсутствие пациента на рабочем месте, потеря в заработной плате; стоимость безрецептурных ЛП; социальные выплаты больному, оплата больничного листка, пособие по инвалидности; преждевременная смерть пациента);
- Нематериальные затраты на лечение (моральное, физическое состояние пациента; качество жизни пациента).

К3 –«Организация медицинской помощи», узловыми точками являются: количество медицинского персонала; материально-техническая база; уровень квалификации медицинского персонала; стандарты лечения; достижения медицинской науки; информационно-консультативная помощь.

К4 –«Организация работы больничной аптеки», узловыми точками являются: уровень квалификации фармацевтического персонала; количество фармацевтических работников; материально–техническая база аптеки; уровень квалификации фармацевтических работников; стандарты лечения; управление товарными запасами больничной аптеки; информационно-консультативная помощь; подготовка к закупке лекарственных препаратов.

К5 – «Финансирование», узловыми точками являются: ВМП;ОМС;ДМС.

К6 – «Фармакотерапия», узловыми точками являются:

- Отечественные ЛП;
- Импортные ЛП;
- Группы ЛП: Гематотропные средства (антиагреганты; антикоагулянты; заменители плазмы и других компонентов крови; ингибиторы фибринолиза; коагулянты (в т.ч. факторы свертывания крови); гемостатики; стимуляторы гемопоэза); Нейротропные

средства (анксиолитики; антидепрессанты; местные анестетики (наркозные средства, нейролептики); ноотропы; общетонизирующие средства и адаптогены; опиоиды, их аналоги и антагонисты; психостимуляторы; седативные; снотворные); Метаболики (регуляторы водно-электролитного баланса; средства для энтерального и парентерального питания; ферменты; регидратанты; макро- имикроэлементы; белки и аминокислоты; антигипоксанты и антиоксиданты; витамины и витаминоподобные средства); Ненаркотические анальгетики, включая нестероидные и другие противовоспалительные средства; Желудочно-кишечные средства (адсорбенты; антациды; гастропротекторы; гепатопротекторы; желчегонныеи препараты желчи); Средства, регулирующие функцию органов мочеполовой системы (диуретики; средства, влияющие на обмен веществ в предстательной железе, и корректоры уродинамики); Гормоны и их антагонисты (инсулины; кортикостероиды).

Заключение и выводы:Построена логико-смысловая модельсистемы оказания фармацевтической помощи пациентам на этапе анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, позволяющая наглядно представить факторы, влияющие на систему оказания фармацевтической помощи, и получить возможность проанализировать структуру фармацевтической помощи, оценить проблемы, методы и способы оказания фармацевтической помощи, а так же представить информацию в компактной форме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Штейнберг В. Э. Дидактические многомерные инструменты: теория, методика, практика. — М. : Народное образование, 2002.

УДК 338.45

А.С. ДЖУПАРОВ

ИЗУЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ МАЛОГО И СРЕДНЕГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Научный руководитель - к. фарм.н., доцент О.А. Борисова

Кафедра управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического товароведения, Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

Резюме: В статье рассматриваются вопросы государственной политики в области развития малого и среднего предпринимательства на фармацевтическом рынке РФ, критерии отнесения фармацевтических организаций к ним, особенности предпринимательской деятельности на фармацевтическом рынке.

Ключевые слова: предпринимательство, фармацевтический рынок, лекарственные препараты

A.S. Djuparov

STUDYING STATE POLICY IN THE FIELD OF DEVELOPMENT OF SMALL AND MEDIUM ENTREPRENEURSHIP IN PHARMACEUTICAL MARKET

The supervisor is Ph. D., Associate Professor OA. Borisova

Department of Management and Economics of Pharmacy, Medical and Pharmaceutical Commodity Science, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk

Summary: The article examines the issues of state policy in the development of small and medium-sized business in the Russian pharmaceutical market, the criteria for classifying pharmaceutical companies for them, and the specifics of entrepreneurial activity in the pharmaceutical market.

Keywords: entrepreneurship, pharmaceutical market, drugs

Актуальность. Рыночные преобразования в хозяйственной системе Российской Федерации с 1991 г. обусловили смену принципов организации лекарственного обеспечения населения, привели к формированию фармацевтического рынка и, как следствие, развитию предпринимательства в этой сфере. Особая социальная значимость фармацевтического бизнеса, вызывает необходимость совершенствования регулирования предпринимательской деятельности на фармацевтическом рынке. [1,2]

Цель исследования заключается в изучении особенностей государственного регулирования предпринимательской деятельности на фармацевтическом рынке РФ.

Задачи исследования.

1. определить субъекты регулирования предпринимательской деятельности на фармацевтическом рынке РФ, критерии отнесения фармацевтических организаций к субъектам малого и среднего предпринимательства;

2.изучить мировой опыт совершенствования государственного регулирования предпринимательской деятельности на фармацевтическом рынке;

3. охарактеризовать направления государственного регулирования предпринимательской деятельности на фармацевтическом рынке.

Материалы и методы. Федеральный закон от 24 июля 2007 г. № 209-ФЗ «О развитии малого и среднего предпринимательства в РФ», Единый реестр субъектов малого и среднего предпринимательства (Федеральный закон № 408-ФЗ от 29.12.2015). Методами исследования служили контент-анализ, логический.

Результаты и обсуждения. Гражданский кодекс РФ определяет сущность предпринимательской деятельности как самостоятельную, осуществляемую на свой риск деятельность, направленную на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законе порядке (п.1,ст.2).

Анализ нормативных документов показал, что предпринимательская деятельность на фармацевтическом рынке - это деятельность, осуществляемая организациями оптовой торговли и аптечными организациями в сфере реализации ЛС, включающая оптовую и розничную торговлю лекарственными средствами, их хранение изготовление и перевозку.

Анализ Федерального закона от 24 июля 2007 г. № 209-ФЗ «О развитии малого и среднего предпринимательства в РФ» показал, что к субъектам малого и среднего предпринимательства относятся коммерческие организации (за исключением государственных и муниципальных), внесенные в единый государственный реестр юридических лиц, а также физические лица, внесенные в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей и осуществляющие свою предпринимательскую деятельность без образования юридического лица. В таблице 1 представлены критерии отнесения фармацевтических организаций к субъектам малого и среднего предпринимательства.

Таблица 1

Критерии отнесения фармацевтических организаций к субъектам малого и среднего предпринимательства

№ п\п	Критерии	Значения
1	Соблюдение суммарной доли участия в уставном капитале ООО РФ, субъектов РФ, муниципальных образований и др.	Не более 25%
2	Соблюдение суммарной доли участия иностранных юридических лиц и (или) юридических лиц, не являющихся субъектами малого и среднего предпринимательства	Не более 49%
3	Соблюдение размера среднесписочной численности работников за предшествующий календарный год	От 101 до 250 чел. для средних предприятий; до 100 чел. для малых предприятий; до 15 чел. для микропредприятий
4	Доход, полученный от осуществления предпринимательской деятельности за предшествующий календарный год, определяемый в порядке, установленном налоговым законодательством (суммируется по всем осуществляемым видам деятельности и применяется по всем налоговым режимам)	Не должен превышать предельные значения, установленные Правительством РФ для каждой категории субъектов малого и среднего предпринимательства: - микропредприятия - 120 млн руб.; - малые предприятия - 800 млн руб.; - средние предприятия - 2 млрд руб.

Около 50 % аптек и почти 95 % аптечных пунктов и аптечных киосков в РФ имеют негосударственную форму собственности и по своим организационно-правовым формам представляют общества с ограниченной ответственностью (ООО), как ООО зарегистрированы и некоторые предприятия-производители (ООО Фармадон, г. Ростов, ООО Авиценна, г. Екатеринбург и др.). Известны и фармацевтические дистрибьюторы с аналогичной организационно-правовой формой (ООО Биотэк, г. Москва; ООО Инвар, г. Саратов; ООО Лаакс, г. Новосибирск и др.). В форме акционерных обществ (открытых и закрытых) зарегистрировано большинство (90 %) отечественных фармацевтических

предприятий-производителей, например такие, как ОАО Акрихин, Московская обл.; ЗАО Верофарм, г. Белгород; ЗАО Алтайвитамины, г. Бийск и др. Российские дистрибьюторы, которые на 96 % являются частными, также регистрируются как ОАО или ЗАО (ЗАО ЦБ Протек; ЗАО СИА Интернейшнл ЛТД; ОАО Фармимэкс и др.).

Менее 40 % аптечных организаций в РФ находятся в государственной или муниципальной собственности и соответственно зарегистрированы в большинстве случаев как государственные и муниципальные предприятия (ГП и МП).

Специфика фармацевтического рынка определяется необходимостью государственного регулирования, охватывающего различные аспекты обращения ЛС; существованием специализированных каналов реализации ЛС и специализированных субъектов рынка; особенностями формирования спроса на фармацевтическую продукцию (участие государства в финансировании значительной части потребляемых ЛС; действие специфического демографического фактора – заболеваемости; необходимость соблюдения особых этических норм при продвижении ЛС).

На основе анализа мирового опыта по совершенствованию регулирования фармацевтического рынка установлено, что развитие благоприятной конкурентной предпринимательской среды на социально значимом рынке, при условии эффективного государственного регулирования, должно привести к сокращению государственных расходов, росту предпринимательской активности, к развитию реальной конкуренции и повышению социальной ответственности участников этого рынка, к повышению доступности лекарственных препаратов для потребителей, что скажется на повышении качества жизни, улучшении демографической ситуации и социальных условий в стране.

Основными целями государственной политики в области развития малого и среднего предпринимательства являются:

1) развитие субъектов малого и среднего предпринимательства в целях формирования конкурентной среды в экономике РФ;

2) обеспечение благоприятных условий для развития субъектов малого и среднего предпринимательства;

3) обеспечение конкурентоспособности малого и среднего предпринимательства;

4) оказание содействия субъектам малого и среднего предпринимательства в продвижении производимых ими товаров (услуг, работ), результатов интеллектуальной деятельности на рынок Российской Федерации и рынки иностранных государств;

5) увеличение количества субъектов малого и среднего предпринимательства;

6) увеличение доли производимых субъектами малого и среднего предпринимательства товаров (работ, услуг) в объеме валового внутреннего продукта;

7) увеличение доли уплаченных субъектами малого и среднего предпринимательства налогов в налоговых доходах федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов.

В целях реализации государственной политики в области развития малого и среднего предпринимательства в РФ предусмотрены следующие меры поддержки:

1) специальные налоговые режимы, упрощенные правила ведения налогового учета, упрощенные формы налоговых деклараций по отдельным налогам и сборам для малых предприятий;

2) упрощенные способы ведения бухгалтерского учета, включая упрощенную бухгалтерскую (финансовую) отчетность, и упрощенный порядок ведения кассовых операций для малых предприятий;

3) упрощенный порядок составления субъектами малого и среднего предпринимательства статистической отчетности;

4) льготный порядок расчетов за приватизированное субъектами малого и среднего предпринимательства государственное и муниципальное имущество;

5) особенности участия субъектов малого и среднего предпринимательства в качестве поставщиков (исполнителей, подрядчиков) в осуществлении закупок товаров, работ, услуг для государственных и муниципальных нужд и др.

В РФ существуют следующие особенности системы регламентации фармацевтического сектора экономики:

- несовершенство законодательства, в том числе терминологические недостатки, нечетко прописанные требования, предъявляемые как к продукции, так и к субъектам обращения ЛС;
- недостаток финансовых ресурсов в системе государственного регулирования фармацевтического рынка;
- недостаток квалифицированных кадров;
- слабость профессиональных организаций (отсутствие экспертных советов) и практическое отсутствие механизмов саморегулирования.

Основной целью государственной политики РФ по развитию национальной фармацевтики на период до 2020 года является создание условий для ее перехода на

инновационную модель развития, подразумевающую, что государство возьмет на себя основную нагрузку по запуску инновационного цикла с последующим нарастающим рефинансированием исследований и разработок за счет средств предпринимательских структур данного рынка. Целью регулирования является создание устойчивой национальной предпринимательской системы, способной обеспечить население РФ доступными, эффективными ЛС в необходимых количествах, обеспечивающих национальную независимость и безопасность.

Выводы: Улучшение регулирования предпринимательской деятельности на фармацевтическом рынке призвано: создать предпосылки для устойчивого развития субъектов предпринимательства на нем; обеспечить определенный уровень их саморегулирования, повышающий безопасность потребителей на рынке; обеспечить высокое качество ЛС; оградить рынок от некачественной и опасной для здоровья продукции.

Список литературы

1. Кулагина, С. В. Особенности российского фармацевтического рынка. Проблемы и перспективы / И. Е. Бельских, С. В. Кулагина // Известия Волгоградского государственного технического университета. – 2010. – № 13 (73). – С. 55-65. – 2,0 п. л.
2. Кулагина, С. В. Госрегулирование предпринимательства на фармацевтическом рынке // Российское предпринимательство. – 2011. – № 1 (2). – С. 141-146. – 0,4 п. л.

УДК 615.322

К.И. ЕНИКЕЕВА, О.А. ГИБАДУЛЛИНА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В РАЗЛИЧНЫХ СОРТАХ ПИОНОВ В СРАВНЕНИИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ВИДОМ

Научный руководитель – д. фарм.н., профессор Пупыкина К.А.

Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье приведена сравнительная оценка содержания аскорбиновой кислоты в различных сортах декоративных пионов, выращенных в Республике Башкортостан в сравнении с лекарственным видом. При этом установлено, что в большем количестве аскорбиновая кислота накапливается в пионах сортов «Полярник» (0,464%), «Сабантуй» (0,227%) и «Ольга Кравченко» (0,181%), а пионе лекарственном – 0,127%.

Ключевые слова: пионы, количественное определение, аскорбиновая кислота.

K.I. Enikeeva, OA Gibadullina

DETERMINATION OF ASORBINIC ACIDI IN DIFFERENT SORT OF THE PAEONIA IN COMPARISON WITH MEDICINAL KIND

Scientific Advisor – d.pharm.s., professor Pupykina K.A.

Department of Pharmacognosy with the course of botany and the fundamentals of phytotherapy

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The article compares the content of ascorbic acidi in different sort of the paonia grown in the Republic of Bashkortostan in comparison with the medicinal species. Is it herewith installed that in greater amount ascorbic acidi is accumulated in peony sort "Polyarnik" (0,464%), "Sabantuy" (0,227%) and "Oliga Kravchenko" (0,181%), but peony medicinal - 0,127%.

Keywords: paonia, quantitative determination, ascorbic acid.

Актуальность. В настоящее время ассортимент лекарственных средств растительного происхождения, применяемых в практическом здравоохранении, неуклонно растет. Расширение исследований по изысканию источников для получения новых эффективных и безопасных лекарственных препаратов растительного происхождения является актуальной задачей медицины.

В этом плане интересен для изчучения пион уклоняющийся (*Paeonia anomala* L.) , который представляет ценное лекарственное растение, издавна используемое в восточной медицине. Спектр применения его достаточно широк, так пион уклоняющийся или лекарственный применяется в качестве успокаивающего, противосудорожного, обезболивающего, противовоспалительного, бактерицидного и противоопухолевого средства. В России официальное медицинское признание получила настойка из корневищ, корней *Paeonia anomala* L., применяемая при неврастенических состояниях, бессоннице, вегетативно-сосудистых нарушениях [2]. Поэтому проведение исследований в плане изучения химического состава и биологический активности других близкородственных видов пионов, интродуцируемых в РБ, является актуальной задачей.

Цель исследования. Целью настоящей работы явилось изучение количественного содержания и особенностей накопления аскорбиновой кислоты в образцах сырья различных сортов пионов в сравнении с лекарственным видом.

Материалы и методы. Объектами исследования служили образцы сырья семи сортов пионов в сравнении с пионом лекарственным, выращенных в Ботаническом саду УНЦ РАН. Были заготовлены разные части растений – корни, стебли, цветки и листья. Образцы сырья высушивали и хранили в сухом, чистом, хорошо вентилируемом помещении, без прямого попадания солнечных лучей. В исследуемых образцах определяли показатель влажности, который необходим для расчета количественного содержания биологически активных веществ в образцах сырья пионов [1]. Качественный анализ кислоты аскорбиновой проводили методом тонкослойной хроматографии. Количественное определение содержания аскорбиновой кислоты осуществляли титриметрическим методом по фармакопейной методике [1, 3].

Результаты и их обсуждение. Для обнаружения аскорбиновой кислоты в водном извлечении использовали метод тонкослойной хроматографии, подвижная фаза - система «этилацетат - уксусная кислота (80:20)», хроматографирование вели около 20 минут, хроматограмму высушивали и детектирование осуществляли в УФ-свете до и после

обработки 0,04% водным раствором 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия. В извлечениях из сырья пионов наблюдали появление белого пятна на розовом фоне со значением R_f~0,89 – зона аскорбиновой кислоты.

Количественное содержание аскорбиновой кислоты определяли титриметрическим методом в водном извлечении. Точную навеску сырья помещали в колбу вместимостью 100 мл, добавляли 30 мл воды очищенной и встряхивали в течение 10 мин. К 1 мл фильтрата прибавляли 1 мл хлористоводородной кислоты 2%, 13 мл воды, перемешивали и титровали раствором 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия (0,001 моль/л) до появления розовой окраски, не исчезающей в течение 30-60 с [1]. Результаты исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели содержания аскорбиновой кислоты в исследуемых образцах

№ п/п	Наименование исследуемого образца	Вид сырья	Влажность, %	Содержание аскорбиновой кислоты, %
1	Пион гибридный «Полярник»	цветки	6,26	0,464
		стебли	5,39	0,139
		листья	7,18	0,398
		корни	5,74	0,126
2	Пион гибридный «Сабантуй»	цветки	7,09	0,227
		стебли	5,46	0,07
		листья	7,17	0,170
		корни	5,45	0,111
3	Пион гибридный «Мечта Королевы»	цветки	7,19	0,085
		стебли	5,43	0,139
		листья	7,17	0,113
		корни	5,68	0,084

4	Пион гибридный «Ольга Кравченко»	цветки	6,42	0,141
		стебли	5,45	0,181
		листья	7,08	0,170
		корни	5,74	0,098
5	Пион иноземный	цветки	6,45	0,084
		стебли	5,57	0,097
		листья	6,54	0,113
		корни	6,19	0,112
6	Пион молочноцветковый	цветки	6,35	0,098
		стебли	5,37	0,111
		листья	6,25	0,056
		корни	4,87	0,097
7	Пион Делавея	цветки	5,87	0,098
		стебли	5,38	0,126
		листья	6,62	0,084
		корни	5,35	0,125
8	Пион лекарственный	цветки	7,03	0,085
		стебли	5,38	0,097
		листья	6,44	0,127
		корни	5,64	0,097

Анализируя полученные результаты, можно отметить, что содержание аскорбиновой кислоты в гибридных сортах пионов не уступает содержанию аскорбиновой кислоты в

официальном виде пиона. Однако в большем количестве аскорбиновая кислота накапливается в пионах сортов «Полярник» (0,464%), «Сабантуй» (0,227%) и «Ольга Кравченко» (0,181%), а пионе лекарственном – 0,127%.

Заключение и выводы. Таким образом, проведена сравнительная оценка содержания аскорбиновой кислоты в различных сортах декоративных пионов, выращенных в Республике Башкортостан в сравнении с лекарственным видом. Полученные результаты подтверждают целесообразность дальнейших исследований по изучению химического состава различных сортов декоративных пионов с целью выявления наиболее перспективных видов для возможного применения в медицинской практике.

Список литературы:

1. Государственная фармакопея СССР 11-е издание: Вып. 1. Общие методы анализа. – М.: Медицина, 1987. – 296 с.

2. Куркин В.А. Фармакогнозия: учебник для студентов фармацевтических вузов. - Самара: ООО «Офорт», ГОУ ВПО «СамГМУ», 2004. – 1200 с.

3. Химический анализ лекарственных растений / Е.Я. Ладыгина, Л.Н. Сафронич, В.Э. Отряшенкова [и др.].– М.: Высшая школа, 1983. – 176 с.

УДК615.4

Н.К. ЖАЛАЛОВА.
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Научный руководитель - к.ф.н., доцент А.Д.Мураталиева

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К.Ахунбаева
г.Бишкек
Кыргызская республика

Резюме. Подготовка кадров с высшим фармацевтическим образованием для фармацевтической отрасли проводится в КГМА им.И.К.Ахунбаева с 1981года. За эти годы выпушено более 1500 специалистов. Учебный процесс проводится в соответствии с Государственным образовательным стандартам по специальности 530005 «Фармация».

Ключевые слова. Фармацевтическое образование, фармацевтический факультет, фармацевтический сектор, государственный стандарт, учебные программы.

N.K. Zhalalova.

Pharmaceutical education in the Kyrgyz Republic

The scientific adviser is Ph.D., Associate Professor A.D. Muratalieva

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek
Republic of Kyrgyzstan

Summary. Training of personnel with higher pharmaceutical education for the pharmaceutical industry is carried out in KGMA after I.Kh. Akhunbaev since 1981. Over the years, more than 1500 specialists have been graduated. The educational process is conducted in accordance with the State educational standards in the specialty 530005 "Pharmacy".

Key words. Pharmaceutical education, pharmaceutical faculty, pharmaceutical sector, state standard, training programs.

Актуальность. Глобализация экономического пространства, начавшаяся в конце прошлого столетия, затронуло практически все сферы жизни общества. Следствие преобразований в сфере экономических и общественных отношений стало формирование единого рынка труда, способного обеспечить производственную, культурную и социальную сферы высококвалифицированными специалистами именно этот фактор обуславливает необходимость преобразований высшего образования, по сути созданий адекватной потребности рынка сферы образовательных услуг.

Востребованность высшего образования, стремление получить качественное высшее образование как основу профессионального и карьерного роста, увеличение количества образовательных учреждений формирует соответствующие требования к высшему образованию, в том числе и к высшему фармацевтическому образованию.

Поэтому одна из важнейших задач – формирований специалиста, отвечающего новым реалиям жизни и будущий профессиональной деятельности остается актуальным [2].

Цель исследования. Основной целью реформирования высшего фармацевтического образования в Кыргызской республике является создание саморазвивающейся, эффективной системы образования, которая будет способствовать экономическому подъему Кыргызской республики, совершенствованию человеческих ресурсов и обеспечению квалифицированными фармацевтическими кадрами.

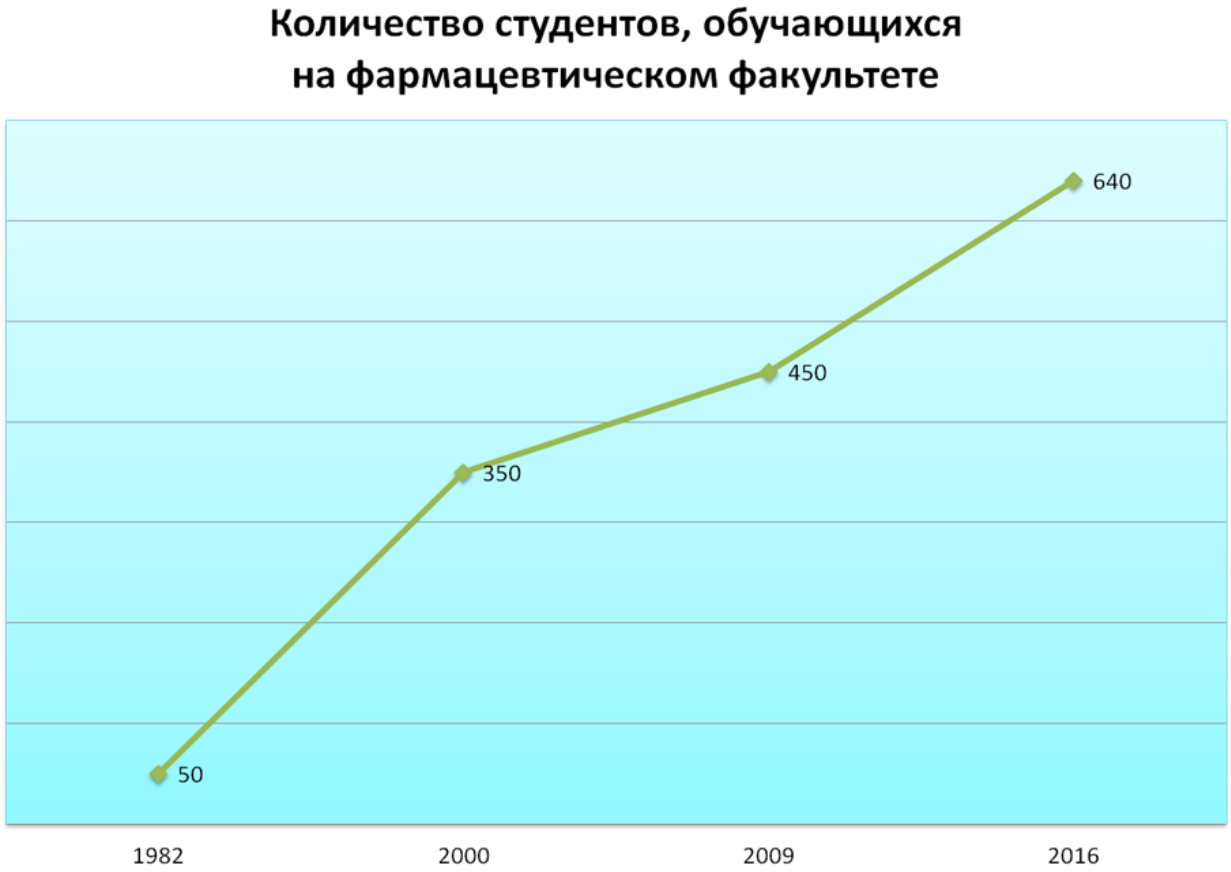
Материалы и методы. Социологический опрос, интервьюирование среди студентов фармацевтического факультета, отчетные материалы деканата фармацевтического факультета.

Результаты и обсуждения.

Подготовка кадров с высшим фармацевтическим образованием для фармацевтического сектора республики осуществляется на фармацевтическом факультете КГМА им. И.К. Ахунбаева, организованном в 1981 году. Первый набор абитуриентов составил 50 человек. За 33 года фармацевтическим факультетом выпущено более 1500 провизоров.

В настоящее время всего на фармацевтическом факультете обучается 640 студентов:
- на дневном отделении- 500;

- на вечернем отделении – 140. (рис. №2)



Форма обучения контрактная, срок обучения 5 лет.

Квалификация по выдаваемому диплому – Фармация.

Студенты фармацевтического факультета обучаются на 25 кафедрах КГМА им. И.К. Ахунбаева, 3 из них являются профильными:

- кафедра управления и экономики фармации, технологии лекарственных средств;

- кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств;

- кафедра базисной и клинической фармакологии.

Практические навыки и умения студенты приобретают при прохождении учебно-производственной практики на следующих базах:

- Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники МЗ КР;

- фармацевтические заводы;

- аптечные учреждения;

- ботанический сад НАН КР.

Глобальные изменения в сфере экономики, здравоохранения, фармации, информационных технологий и психологии потребителя привели к изменению взаимоотношений, в системе *ВРАЧ - ПАЦИЕНТ – ФАРМАЦЕВТ.*

Из документов ВОЗ, в частности, из правил надлежащей аптечной практики (GPP), следует, что занятый в розничной аптеке фармацевт не торговец, но прежде всего носитель специализированных знаний.

Требования в области здравоохранения постоянно расширяющийся и усложняющийся арсенал ЛС, пациенты ненадлежащим образом принимают прописываемые им лекарства, изменение роли фармацевтов в сторону подхода, направленного на пациентов.

Системный подход к обучению определил задачи разработки образовательного Госстандарта нового поколения на основе *внутрипредметной* и *междисциплинарной* интеграции, которая предусматривает вертикальную и горизонтальную интеграцию знаний и умений, полученных студентами при изучении гуманитарных и социально - экономических, профессиональных дисциплин [3].

Объекты профессиональной деятельности:

• разработка ЛС,
• научные исследования,
• производство,
• изготовление,
• хранение, упаковка, перевозка,
• государственная регистрация,
• стандартизация и контроль качества ЛС,
• Реализация ЛС, маркировка, реклама, применение ЛС, ИМН, ЛРС;
• уничтожение ЛС

Виды профессиональной деятельности выпускников:

• организационно-управленческая;

• контрольно-разрешительная;
• производственная;
• реализация ЛС и других фармацевтических товаров;
• фармаконадзор;
• химико-токсикологический анализ;
• научно-исследовательская;
• образовательная;
• информационно-консультативная.

Заключение и выводы. Таким образом, необходимы реформы как в содержании образовательных программ и технологий преподавания, ориентированных на международные стандарты и направленных на существенное улучшение качества образования, образовательных технологий, так и нормативно-правовой базы, обеспечивающей подготовку специалистов, обладающих высокими профессиональными знаниями и отвечающих внутренним потребностям Кыргызской республики в условиях динамичного развития современного общества.

Список литературы:

1.Закон КР « О лекарственных средствах».

2. «Стратегия реформирования высшего медицинского и фармацевтического образования в Кыргызской республике». 10-11 2008. Бишкек.

3. Гармонизация высшего медицинского образования в России. Настоящее и будущее. Монография/Под ред. Академика М.А.Пальцева. – М.; Издательский дом «Русский врач», 2007. – С.9-16; 83-95;187-199.

УДК: 615.453.4

КАДЫРОВ А.Р., ТУРГИНБАЕВА Д.Б.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ КАПСУЛ С ИЗОНИАЗИДОМ И ОФЛОКСАЦИНОМ

Научный руководитель – д.фарм.н., профессор Ю.В. Шикова

Кафедра фармацевтической технологии с курсом биотехнологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Ключевые слова: Изониазид, офлоксацин.

Резюме: В данной статье представлены исследования получения по разработке состава и технологии получения капсул с изониазидом и офлоксацином.

Kadyrov A. R., Turginbayeva D.B.

DEVELOPMENT OF THE COMPOSITION AND TECHNOLOGY OF CAPSULE WITH ISONIAZIDE AND OFLOXACIN

Scientific advisor - Doctor of Pharmaceutical Sciences, Full professor Y.V. Shikova

Department of pharmaceutical technology with courses of biotechnology, Bashkirian state medical university, Ufa

Keywords: Isoniazid, ofloxacin

Resume:In this article presented studies of obtaining development and technology capsules with isoniazid and ofloxacin.

В настоящее времяшироко используется комбинированный лекарственный препарат противотуберкулезного действия, который содержит противотуберкулезный химиопрепарат - изониазид, а в качестве потенцирующего агента, усиливающего действие химиопрепарата, наночастицы серебра при определенном соотношении компонентов [1]. Лекарственное средство, содержит изониазид и дибазол в качестве действующих веществ, интерполимерный комплекс поли(мет)акриловой кислоты и полиэтиленгликоля в качестве полимерного носителя [2]. Биофармацевтические исследования в современной технологии лекарств служат основой поиска, создания, исследования и изготовления высокоэффективных лекарственных препаратов.

Целью настоящего исследования – разработка состава и стандартизации капсулы с изониазидом и офлоксацином, обладающих противотуберкулезным действием.

Материалы и методы:

Изониазид (ФС 42-0236-07), обладающий противотуберкулезным, антибактериальным, бактерицидным действием, ингибирует ДНК-зависимую РНК-полимеразу и подавляет синтез миколовой кислоты, оказывает бактерицидное действие на Mycobacterium tuberculosis в стадии размножения, МПК 0,015 мкг/мл. Действует на возбудителей, расположенных вне- и внутриклеточно (внутриклеточные концентрации в 50 раз превышают внеклеточные). *Офлоксацин* П-8-242 №009143 17.02.97.

Офлоксацин эффективен в отношении микроорганизмов, устойчивых к большинству антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. Возможна перекрестная резистентность бактерий к офлоксацину и др. фторхинолонам. Спектр действия включает: E. coli, Salmonella spp., Enterobacter spp., Serratia spp., Citrobacter spp., Yersinia spp., Haemophilus influenzae, Haemophilus ducreyi, Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Pseudomonas spp., в т.ч. Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter spp., Aeromonas hydrophilia, Bordetella parapertussis, Bordetella pertussis, Klebsiella spp., в т.ч. Klebsiella pneumoniae, Moraxella (Branhamella) catarrhalis, Morganella morganii, Providencia spp., Neisseria gonorrhoeae, Neisseria meningitidis, Shigella sonnei, Helicobacter pylori, Mycoplasma spp., Ureaplasma urealyticum, Vibrio spp., Gardnerella vaginalis, Chlamydia spp., Legionella pneumophila, Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Enterococcus faecalis, Listeria monocytogenes, Propionibacterium acnes, Clostridium perfringens, Mycobacterium tuberculosis (включая мультирезистентные штаммы).

Капсулы, содержащие лечебный комплекс, включающий изониазид 300 мг и офлоксацин 200 мг, вспомогательные вещества – молочный сахар до 0,1 г. Исследования по проведению стандартизации, валидации методик, воспроизводимости проводилось в двух лабораториях на жидкостных хроматографах: "Стайер" фирмы Аквилон и Agilent 1200 в градиентном режиме с УФ детектированием. Капсулы предназначены для лечения туберкулеза, обладают механизмом высвобождения изониазида и офлоксацина, капсулы рекомендуется применять однократно в сутки. Средство растворяется через 6 минут после приема.

Результаты: В ходе эксперимента было получено 10 составов лекарственной формы в виде капсул, различных вспомогательных веществ и их сочетания. Изучено высвобождение изониазида и офлоксацина до своего разрушения под действием различных факторов в желудочно-кишечном тракте, а именно pH, ферментного состава и температуры. Для наполнения используют капсулу белого цвета (номер 0, диаметр 7,65 мм, длина 21,7 мм, объем наполнения 0,68 мл, масса 0,096 г). Результаты определения совместимости компонентов лекарственной формы представлены в таблице 1.

Таблица 1 Результаты определения совместимости компонентов лекарственных веществ

Наименование компонентов	Содержание примесей,%			
	Офлоксацина примесь	Изониазид, Примесь	Единичные неиденти-фицированные примеси,%	Сумма примесей,%
Офлоксацин	н/о	н/о	0,04	0,04
			0,01	
			0,01	
			0,01	
Изониазид	-	0,12	н/о	0,15
Офлоксацин+	н/о	0,12	0,05	0,18
вспомогательные вещества			0,02	
			0,01	
молочный сахар			0,02	
			0,01	
Изониазид + вспомогательные вещества	н/о	-	0,08	0,16
			0,02	
молочный сахар			0,03	
			0,02	
			0,01	
			0,01	
			0,01	

Сумма примесей, рассчитанная путем арифметического сложения содержания изониазида примеси, офлоксацина примеси и единичных неидентифицированных примесей, должна быть не более 2,0 %. На основании проведенных исследований анализ показал, что изониазид, офлоксацин и вспомогательные вещества совместимы друг с другом. В

результате определения стабильности капсулы в процессе хранения, было выявлено, что капсулы соответствует показателям качества, таким как органолептические свойства, pH водного извлечения и средняя масса [3].Содержание изониазида примеси (единичной неидентифицированной примеси) должно быть не более 0,5 %.

Изучен процесс растворения разработанных капсул. Лекарственная формарастворилась в течение 6 минут (до 7 минут).

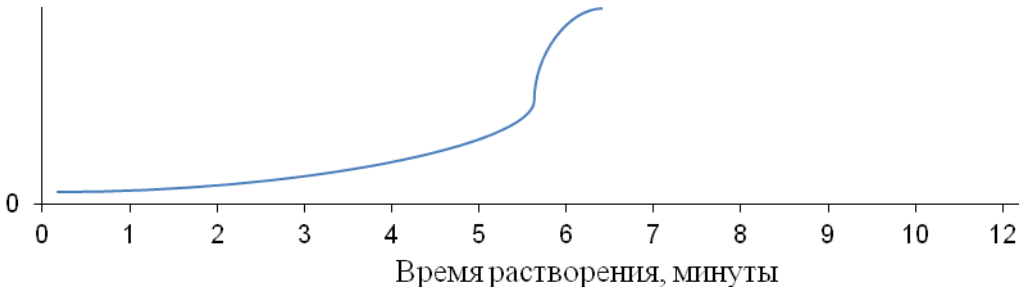


Рисунок 1 Растворимость капсул

Разработку норм качества полученных капсулы проводили в соответствии с требованиями ГФ XIII и ОСТ 91500.05.001-00 «Стандарты качества лекарственных средств. Основные положения», представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели и нормы качества капсулы с офлоксацином и изониазидом

Показатель качества	*Требования*	*Вывод*
Описание	Капсулы для внутреннего применения	Удовлетворяет
Внешний вид	Белого цвета с желтоватым оттенком, в форме шара, с гладкой поверхностью	Удовлетворяет
pH спиртового извлечения	6,0 – 6,5	Удовлетворяет

Подлинность изониазида	Реакция подлинности с сульфатом меди. Около 0,1 г порошка растертых капсулы взбалтывают с 10 мл воды очищенной в течение 10 минут, а затем фильтруют, отбрасывая первые порции фильтрата (раствор А). К 2 мл раствора «А» прибавляют 5 капель раствора сульфата меди. Раствор окрашивается в голубой цвет и появляется осадок, который при последующем нагревании растворяется, голубая окраска раствора при дальнейшем нагревании переходит в изумрудно-зеленую, а затем в грязно – желтую. При этом выделяются пузырьки газа.	Удовлетворяет
Подлинность офлоксацина	Определение фтора после минерализации. Фторид-ионы обесцвечивают ализариновый комплекс с цирконием (красного цвета), т.к. образуется прочный бесцветный комплекс $Na_2[ZrF_6]$.	Удовлетворяет
Количественное определение изониазида	ВЭЖХ	Удовлетворяет
Количественное определение офлоксацина	ВЭЖХ	Удовлетворяет

Для разработанной методики количественного определения изониазида и офлоксацина в препарате проведены валидационные оценки. Для определения правильности методики применяли модельные смеси РСО в трех концентрациях в процентах относительно первоначального значения 80, 100, 120%. Полученный средний процент восстановления в трех концентрациях для трех повторностей составил 100,12 %, что укладывается в допустимые пределы приемлемости 100±5%. Достоверность методики определяли с помощью метода «введено-найдено» на четырех значениях концентраций. Относительная ошибка опытов с добавками находилась в пределах случайной ошибки предложенных методик, что свидетельствует об отсутствии ошибки систематической.

Выводы: 1. Обоснована технология получения лекарственных средств с изониазидом и офлоксацином в виде капсул, для лечения туберкулеза, с учетом технологических свойств действующих веществ, вспомогательных веществ в результате теоретических, технологических, физико-химических, аналитических исследований.В результате проведенных экспериментальных исследований установлены наполнители: молочный сахар, крахмал картофельный 1500, 2% твина-80. Проведена стандартизация капсулы, методика количественного определения изониазида и офлоксацина в препарате валидирована по параметрам правильность, прецизионность (сходимость и воспроизводимость) специфичность, линейность и диапазон. Полученные результаты свидетельствуют о воспроизводимости методики (RSD ≤ 1%) и незначительной погрешности определения.

ЛИТЕРАТУРА

1.Соснина О.Ю., Грачева И.Е. с соавт. Комбинированный лекарственный препарат противотуберкулезного действия // Патент RU 2403050, 2010 г.

2.Демихова О.В., Кеменова В.А., Чучалин А.Г. с соавт. / Противотуберкулезная композиция на основе изониазида, противотуберкулезная композиция, противотуберкулезное средство, противотуберкулезный препарат и способы его получения // патент RU 2491935, 2013г.

3.Шикова Ю.В., Ивакина С.Н., Кадыров А.Р. с соавт. Анализ ассортимента лекарственных препаратов для выявления и разработки нового комбинированного противотуберкулезного препарата // Медицинский вестник Башкортостана №5, 2016, -С.56-60.

УДК: 615.453.4

КАДЫРОВ А.Р.

ПОЛУЧЕНИЕ ЛИПОСОМ С ИЗОНИАЗИДОМ

Научный руководитель – д.фарм.н., профессор Ю.В. Шикова

Кафедра фармацевтической технологии с курсом биотехнологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Ключевые слова: Изониазид, липосомы.

Резюме: В данной статье представлены исследования получения липосомальных лекарственных форм.

Kadyrov A. R.

OBTAINING LIPOSOME WITH IZONIAZIDE

Scientific advisor - Doctor of Pharmaceutical Sciences, Full professor Y.V. Shikova

Department of pharmaceutical technology with courses of biotechnology, Bashkirian state medical university, Ufa

Keywords:, Isoniazid liposomes.

Resume: This article presents studies of the preparation of liposomal dosage forms.

Актуальность: Постоянное появление новых сведений о патогенезе социально значимых заболеваний приводит к необходимости создания новых эффективных лекарственных средств, для лечения туберкулеза. Изониазид используется для лечения и профилактики туберкулеза с 1952 года. Практически с началом его применения стали фиксироваться первые изониазид-устойчивые штаммы микобактерий туберкулеза [1]. Изониазид является пролекарством, превращается в лекарство внутри микробной клетки [4]. Изониазид активируется под действием фермента каталазы-пероксидазы KatG [1,4]. Полученные активные частицы реагируют с NAD +, чтобы сформировать соединение изониазид-NAD, которое ингибирует еноил ACP-редуктазу InhA, что приводит к ингибированию биосинтеза миколевой кислоты (основного компонента клеточной стенки микобактерий) и гибели клеток микобактерий. Основным механизмом устойчивости к изониазиду является мутация в katG, кодирующем активатора изониазида. Один специфический вариант KatG, S315T,

обнаружен у 94% изониазид-устойчивых клинических изолятов. Второй механизм резистентности INH является мутация в промоторной области inhA (c-15t), в результате чего происходит избыточная экспрессия inhAи приводит к титрованию препарата [1].Другие механизмы устойчивости к изониазиду включают в себя изменения экспрессии активаторов лекарственных средств, окислительно-восстановительные изменения, инактивацию лекарства и активацию эффлюкс-насоса [1, 6]. Для приготовления липосомы используют фосфолипиды. Многослойные липосомы очень легко образуются при встряхивании водной дисперсии набухшего липида, при этом получается взвесь липосомы с широким распределением частиц по размерам. Гомогенную дисперсию липосомы можно получить, пропустив их через поликарбонатные фильтры с заданным размером пор. Расстояние между соседними липидными бислоями составляет 2-3 нм, но может возрастать и до 20 нм и более в случае заряженных бислоев. На 1 моль липида многослойные липосомы содержат от 1 до 4 литров воды. Они обладают свойствами идеального осмометра, меняя свой объем в ответ на изменение концентрации веществ в окружающей водной среде. Малые моноламеллярные липосомы не обладают осмотической активностью и не коагулируют в течение длительного времени. Их получают из многослойных при обработке их ультразвуком при впрыскивании спиртового раствора липидов в водную среду, продавливанием под большим давлением воднолипидных дисперсий через небольшое отверстие и удалением детергента, солюбилизирующего липид, диализом или гель-фильтрацией. Такие липосомы содержат от 0,2 до 1,5 литров воды на 1 моль липида. Большие моноламеллярные липосомы обладают осмотической активностью и имеют значительный внутренний объем воды от 8 до 14 литров на 1 моль липида. Их получают удалением солюбилизирующего детергента в условиях контролируемого диализа или впрыскиванием раствора липида в легколетучем растворителе (диэтиловый эфир, петролейный эфир, пентан) в подогретую до 60 °С воду. Крупные однослойные липосомы могут быть получены из малых липосом путем их слияния под действием ионов кальция или в условиях термотропного фазового перехода. Получены также липосомы, образованные липидами, которые способны полимеризоваться. Полимеризация может осуществляться как в гидрофобной, так и в гидрофильной области бислоя и приводить к полимерным липосомам. Полимерные липосомы отличаются от обычных липосом большей стабильностью. Липосомы широко применяют в качестве модельных систем при изучении принципов молипосомы организации и механизмов функционирования биолипосомы мембран, они пригодны для изучения пассивного транспорта ионов и малых молекул через липидный бислой. Во внутренний объем липосомы

можно включать лекарства, пептиды, белки, нуклеиновые кислоты, что создает возможность практического применения липосомы как средства доставки разных веществ в определенные органы и ткани. Анализ ассортимента лекар-ственных препаратов для выявления и разработки нового комбинированного противо туберкулезного препарата показал актуальность настоящих исследований получения липосом с изониазидом [3].

Цель исследования: Получение липосом с изониазидом для расширения арсенала средств, обладающих противотуберкулезным действием.

Материалы и методы:

Изониазид (ФС 42-0236-07), обладающий противотуберкулезным, антибактериальным, бактерицидным действием, ингибирует ДНК-зависимую РНК-полимеразу и подавляет синтез миколовой кислоты (основного компонента клеточной мембраны микобактерий туберкулеза). Оказывает бактерицидное действие на Mycobacterium tuberculosis в стадии размножения, МПК 0,015 мкг/мл. Действует на возбудителей, расположенных вне- и внутриклеточно (внутриклеточные концентрации в 50 раз превышают внеклеточные). Наиболее эффективен при остро протекающих процессах. Активность в отношении атипичных микобактерий низкая; сочетание изониазида и офлоксацина со вспомогательными веществами обеспечивает пролонгированное действие лекарственного комплекса за счет поверхностно-активных свойств вспомогательных веществ.

4,2 г яичного лецитина (Лецитин яичный по ТУ 6-09-0001-87 Д) смешивают с 1,4 г расплавленного ПЭГ 2000, ПЭГ 400 и 0,7 г твина- 80, растворяют в диэтиловом эфире при постоянном перемешивании на шейкере в течение 10 минут, эфир выпаривают на роторном испарителе под вакуумом на водяной бане при 40°С до образования липидной пленки, которую затем сушат в течение 2 ч. Полученную фосфолипидную пленку гидратируют 10 мл раствора изониазида (3,0 г изониазида в 10 мл воды). Полученный раствор взбалтывают в течение 2 часов на шейкере (шейкер лабораторный S – 3.02L, тип движения – орбитальное вращение, скорость 300 об/мин). Полученную смесь продавливают через мембранные фильтры «Nuclepore» (Whatman, Великобритания) с диаметром пор 400 нм по 20 раз с применением ручного мини-экструдера (Avanti Mini-Extruder, США). Для наполнения используют капсулу белого цвета (номер 0, диаметр 7,65 мм, длина 21,7 мм, объем наполнения 0,68 мл, масса 0,096 г). Первым этапом исследований было изучение степени включения изониазида в липосомальную форму. 10 мл липосом (точная навеска) центрифугировали до полного осаждения липосом, надосадочную жидкость помещали в

мерную колбу вместимостью 100 мл, прибавляли 1 раствора нингидрина в ацетоне (1%) , нагревали на водяной бане, доводили до метки водой, хорошо перемешивали и измеряли оптическую плотность полученного раствора на спектрофотометре СФ – 56 в кювете с толщиной рабочего слоя 10 мм. В результате экспериментальных исследований установлено, что степень включения изониазида составляет 41,5%. Для увеличения степени включения нами было использование введение криопротектора (глюкоза, фруктоза, сахароза) в различных концентрациях, таблица 1.

Таблица 1

Введение криопротектора в различных концентрациях

№ п/п	Эффективность включения изониазида, %		
Концентрация сахара в гидратирующем растворе, %	сахароза	глюкоза	фруктоза
0,1	41,7	41,8	41,4
0,2	41,6	41,6	41,7
0,3	42,0	42,1	41,5
0,4	41,8	41,8	41,7
0,5	41,7	41,7	41,6
0,6	41,6	41,6	41,6
0,7	41,6	41,5	41,8
0,8	41,0	42,3	41,7
0,9	41,9	41,8	41,8
1,0	41,3	41,5	41,4

В качестве криопротектора, позволяющего забрать излишнюю воду, лучше использовать сахарозу в концентрации 0,5%. Однако добавление криопротектора не влияет на степень включения изониазида. Для дальнейшего исследования изучили влияние холестерина на эффективность включения. Для этого добавляли определенное количество холестерина в различных соотношениях, в результате установлено, что холестерин не оказал влияние на эффективность включения изониазида, таблица 2.

Таблица 2

Влияние соотношения фосфолипида и холестерина на эффективность включения изониазида

Соотношение фосфолипид : холестерин	% включения изониазида
1:0,1	42,50
1:0,2	43,10
1:0,3	44,76
1:0,4	43,25
1:0,5	42,10

Изучение влияния соотношения фосфолипида с ПЭГ 2000, ПЭГ 400 и твин 80 на эффективность включения, показало, что оптимальным оказалось соотношение 6:1:2:1. Изучено влияние температурного режима на эффективность включения изониазида, процесс изготовления и перемешивания проводили при 30, 40, 50 и 60^0С. Было установлено, что максимальная степень включения изониазида наблюдалась при перемешивании при 40^0С.

В результате проведенных экспериментальных исследований было установлено, что липосомы с изониазидом обладают высокой биодоступностью. Состав капсул, содержащих липосомы, способствует быстрому и далее пролонгированному высвобождению действующего вещества изониазида. Придание лекарственному средству формы капсул с липосомами обеспечивает удобство и гигиеничность применения, стойкость при хранении. За счет введения в состав лекарственного средства изониазида капсулы с липосомами обладают широким спектром биологической и лечебной активности: оказывают противотуберкулезное действие. Кроме этого, капсулы с липосомами обладают равномерным высвобождением действующих веществ и выраженным пролонгированным действием, удобны для перорального применения больными.

Выводы: Получены липосомы с изониазидом, обладающие противотуберкулезной активностью, для последующего введения в капсулы, которые обеспечивают скорую максимальную доставку изониазида из желудочно-кишечного тракта в кровоток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова.- Смоленск МАКМАХБ, 2007.- С.28.
2. Соснина О.Ю., Грачева И.Е., Лобановкий В.М. с соавт. Комбинированный лекарственный препарат противотуберкулезного действия // Патент RU 2403050, 2010 г.

3. Шикова Ю.В., Ивакина С.Н., Кадыров А.Р. с соавт. Анализ ассортимента лекарственных препаратов для выявления и разработки нового комбинированного противо туберкулезного препарата // Медицинский вестник Башкортостана №5, 2016, -С.56-60.

4. Vilchèze C, Jacobs WR Jr. Resistance to Isoniazid and Ethionamide in Mycobacterium tuberculosis: Genes, Mutations, and Causalities.Microbiol Spectr. 2014 Aug;2(4):MGM2-0014-2013.

УДК 633.88.58

Б.М. КАПАРОВ

«МАКРО- И МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЦВЕТКОВ БЕССМЕРТНИКА САМАРКАНДСКОГО»

Научный руководитель – член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор Зурдинов А.З.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия

имени И.К. Ахунбаева

Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме:*Изучение и поиск новыхгепатопротекторныхфитопрепаратов в Кыргызской Республике имеет большое будущее потому, что природа нашей страны богата лекарственными растительными ресурсами. Поэтому изучение особенностей цветков бессмертника самаркандского, произрастающей в Кыргызской Республике и получение фитопрепарата из него для замещения импортируемых фитопрепаратов бессмертника песчаного представляет большой интерес для науки и практической медицины и является актуальным на сегодняшний день.*

Ключевые слова:*лекарственное растительное сырье, фармакогностический анализ, микроскопический анализ, макроскопический анализ, фитопрепараты.*

B.M. Kaparov

Macro- and microscopic examination of Helichrysum Samarkand flowers

Research advisor – corresp. N.A.S K.R., doctor of medical Sciences, professorZurdinov A.Z.

Kyrgyz State of Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva

Department of Pharmacognosy and Chemistry of Drugs

Bishkek,

Kyrgyz Republic

Abstract. *Studying and searching for new hepatoprotecticphitodrugsin the Kyrgyz Republic has a great future, because the nature of our country is rich in medicinal plant resources. Therefore, the studying of the peculiarities of Helichrysum Samarkand flowers, grown in the Kyrgyz Republic and receiving phytomedicine from it to replace imported herbal crude drugs sandy immortelle is of great interest to science and practical medicine and is relevant today.*

Keywords:*herbal crude drug, pharmacognosy quality analysis, microscopic analysis, macroscopic analysis, phitodrugs.*

Актуальность.В последние десятилетия во всем мире наблюдается повышенный интерес практической медицины к лекарственным средствам, получаемые из лекарственного растительного сырья. Проведенные в последние годы фармакоэпидемиологические исследования свидетельствуют о широком использовании лекарственных средств растительного происхождения в разных странах, таких как Северная Америка, Австралия и страны Евросоюза, тем более известно, что 60 % всех лекарственных средств, применяемых в современной медицине, получают из лекарственного растительного сырья.

Как показывает практика, на сегодняшний день, увеличилась частота заболеваний связанные с нарушениями функции печени и желчных протоков. В свете этих тенденций, возрастает актуальность изучения и создания лекарственных препаратов для профилактики и лечения печеночных заболеваний. Потребность в синтетических препаратах высока, но они постепенно уходят на второй план, так как большая часть пациентов отдают предпочтение фитопрепаратам. Изучение и поиск новыхгепатопротекторныхфитопрепаратов в Кыргызской Республике имеет большое будущее потому, что природа нашей страны богата лекарственными растительными ресурсами.

Поэтому изучение особенностей цветков бессмертника самаркандского, произрастающей в Кыргызской Республике и получение фитопрепарата из него для замещения импортируемых фитопрепаратов бессмертника песчаного представляет большой интерес для науки и практической медицины и является актуальным на сегодняшний день.

Целью нашего исследования является изучение морфологической характеристики и подлинности цветков бессмертника самаркандского, в частности макро- и микроскопический анализ лекарственного растительного сырья.

Задачи:

- изучение морфологической характеристики бессмертника самаркандского;

- макроскопический анализ цветков бессмертника самаркандского;

- исследования микроскопический анализ цветков бессмертника самаркандского.

Материалы и методы. Для исследования бессмертника самаркандского мы руководствовались фармакогностическими методами, описанными в Государственной

фармакопеи XI издания, лекарственное растительное сырье цветки бессмертника самаркандского было заготовлено в Ошской области Кыргызской Республики.

Результаты и обсуждение.

Бессмертник самаркандский (Helichrysummaracandicum) – многолетнее травянистое растение высотой 15-75 см. Беловато-войлочное растение, благодаря обилию волосков уменьшается испарение влаги. Прикорневые листья продолговато-яйцевидные, стеблевые-линейно-ланцетные. Цветки собраны в верхушечное щитковидное соцветие. Соцветия бессмертника самаркандского сухие, пленчатые, лимонно-желтого цвета. Срезанные после цветения сохраняют прежний вид. Цветет в июне до сентября.[4,5]

Бессмертник самаркандский растет среди зарослей кустарников обычно каменистых, щебнистых осыпях и мелкоземистых склонах гор не выше 2500 метров, проникая в лесостепную и лесную зоны. Ареал произрастания Чуйская, Джалал-Абадская и Ошская области [2]



Рисунок №1

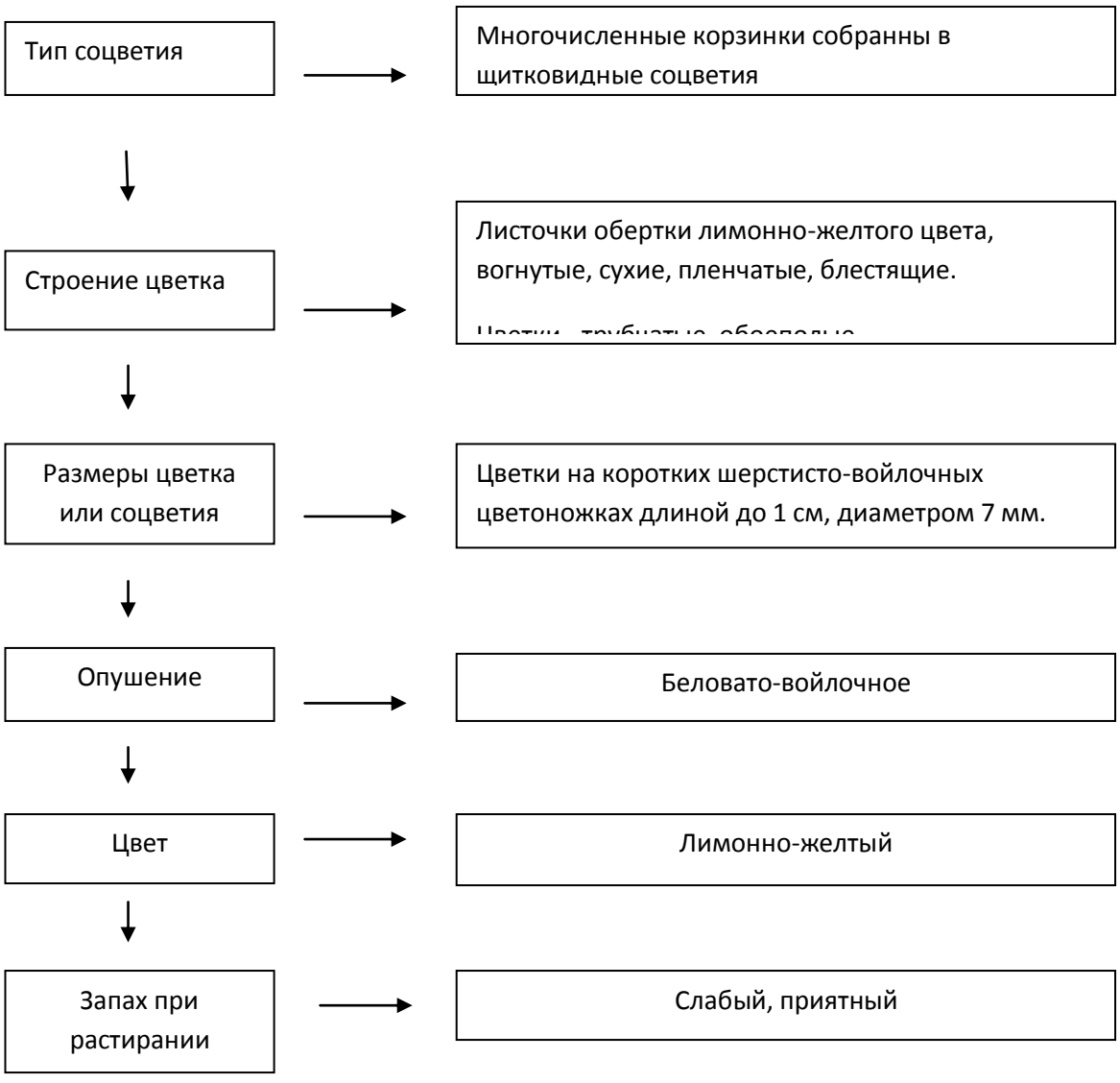
Нами был проведен макроскопический анализ цветков бессмертника самаркандского.

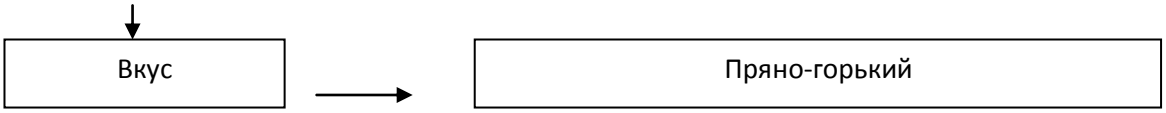
Техника макроскопического анализа сводится к изучению невооруженным глазом или под лупой внешнего вида цветков бессмертника самаркандского, измерению отдельных ее частей, органолептическим пробам (определение цвета, запаха, вкуса).[3]

Макроскопический анализ цветков бессмертника самаркандского был проведен по следующей схеме №1:

Схема №1

Макроскопический анализ цветки бессмертника самаркандского





Исследовали цельное сырье цветков бессмертника самаркандского (FloresHelychrysimaracandicum), которое состоит из шаровидных, одиночных или собранных по несколько корзинок:

- корзинки – на коротких шерстисто-войлочных цветоножках длиной до 1 см, диаметром 7 мм;

- листочки обертки – лимонно-желтые, вогнутые, сухие, пленчатые, блестящие;

- цветки –мелкие, трубчатые, обоеполые, лимонно-желтые;

- запах – слабый, приятный;

- вкус –пряно-горький.

Также нами был проведен микроскопический анализ цветков бессмертника самаркандского. Определение микроскопии цветков проводят главным образом по чашечкам и венчикам, поэтому для приготовления микропрепарата цветков бессмертника самаркандского мы выбирали чашечку и венчик.

Для размягчения и просветления чашечку и венчика кипятили в растворе хлоралгидрата, разведенной водой (1:1) в течение 5-10 минут, не допуская сильного размягчения. После кипячения содержимое пробирки вылили в чашку Петри и тщательно промыли водой. Просветленные и отмытые водой кусочки сырья поместили на предметное стекло в каплю глицерина, разделяя препаровальной иглой на две части, осторожно переворачивая одну из них. Кусочки сырья накрывали покровным стеклом и слегка подогрели до удаления пузырьков воздуха. После чего охлажденный микропрепарат рассматривали под микроскопом.[1]

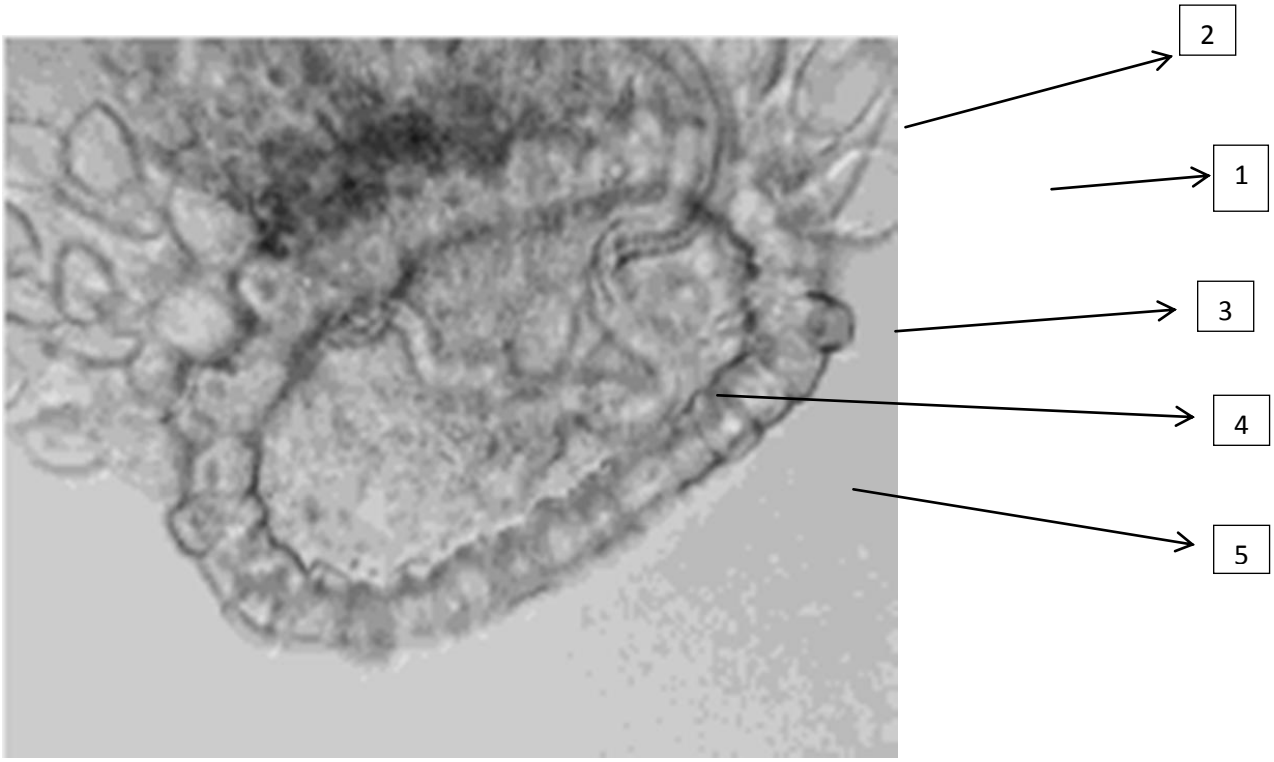


Рисунок №2.

Микропрепарат цветков бессмертника самаркандского

1. эпидермис; 2. бичевидные волоски; 3. овальная завязь; 4. кольцевое основание; 5. четырехугольные толстостенные клетки

Микроскопическое исследование показало, что цветки бессмертника самаркандского имеет эпидермис(1)слегка вытянутыми пористыми клетками, так же множество простых бичевидных волосков(2) в суженной части листочка.При рассмотрении цветка с поверхности видна овальная завязь(3) с многочисленными вздутыми волосками и ее кольцевое основание(4) из четырехугольных толстостенных клеток(5). На верхушке завязи виден хохолок, состоящий из тонких щетинок, сросшихся друг с другом у основания. Зубцы венчика с неровными и бахромчатыми краями. На венчике множество головчатых волосков с одноклеточной головкой на 12-14-клеточной ножке.

Выводы.

Наше исследование показали, что бессмертник самаркандский относится к субэндемичным лекарственным растениям. Особенность макроскопического анализа показал, что бессмертник самаркандский имеет более крупные цветки с ярко выраженным лимонным цветом. Отличительные характеристики цветков бессмертника самаркандского

при микроскопии показали, что микропрепарат имеет зубцы венчика с неровными и бахромчатыми краями. На венчике множество головчатых волосков с одноклеточной головкой на 12-14-клеточной ножке.

Список литературы:

1. ГФ СССР XI издания, ч. 1 стр. 275-286, ч. 2 стр. 24-29, Москва, Медицина, 1999.
2. Флора киргизской ССР, III Фрунзе Изд. АН Кирг ССР. 1960.
3. Маркова А.В. Народная медицина. Настоящая книга целителя. Санкт-Петербург. Изд. «Сова» 2007. 45с.
4. Муравьева Д.А. Фармакогнозия Изд. «Медицина» 2007. 567с.
5. Яковлев Г.П. Фармакогнозия. Лекарственное сырье растительного и животного происхождения. Изд. «СпецЛит» 2010.

УДК 615.322:582.998.2

КАСИМОВ С.З., ЫДРЫС М.Е., АРЗЫКУЛОВА А.Н. ПОЛЫНЬ МАРШАЛЛА КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТИТЕЛЬНОЕ СЫРЬЕ

Научные руководители – к.х.н., и.о. профессора Алиханова Х. Б.,
д.х.н., профессор Патсаев А.К.
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент,
Республика Казахстан

Резюме: Проведены литературный обзор, морфолого-анатомические исследования Полыни Маршалла, а также качественные реакции на содержание групп биологически активных веществ в экстрактах.

Ключевые слова: лекарственные растения, полынь Маршалла, макроскопический анализ, микроскопический анализ, качественные реакции.

Kasimov S.Z., Ydrys M.E., Arzykulova A.N.

ARTEMISIA MARSCHALLIANA AS A PERSPECTIVE MEDICINAL PLANT MATERIAL

Scientific advisor – candidate of Chemical sciences, e.r. of professor Alikhanova H.B.,
doctor of Chemical sciences, professor Patsaev A.K.
South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

Abstract: Conducted literature review, morphological and anatomical research of Artemisia Marschalliana, as well as qualitative reactions to the content of groups of biologically active substances in extracts.

Key words: medicinal plants, Artemisia Marschalliana, macroscopic analysis, microscopic analysis, qualitative reactions.

Актуальность: Наиболее перспективным направлением в современном мире является поиск новых видов лекарственных растений среди близкородственных видов. Большой интерес в качестве лекарственного сырья представляют растения рода Полынь (Artemisia L.) семейства Астровые, который насчитывает около 400 видов. На территории Казахстана произрастает 81 вид, из них 17 – эндемики. На юге Казахстана растет очень редкий вид полыни – сантонинная, которой по лекарственным свойствам нет равных[8,9].

Полыни издавна широко использовались в различных сферах деятельности, особенно в народной медицине[2]. Содержащиеся в полынях горечи и эфирные масла способствуют выведению кишечных паразитов и обладают антисептическими свойствами[7]. Некоторые виды полыней используются в качестве средств, улучшающих аппетит, регулирующих обмен веществ, желчегонных, противовоспалительных, антисептических и противоглистных[1].

Цель исследования: Фитохимический и фармакогностический анализ растительного сырья Полыни Маршалла, произрастающей в Южно – Казахстанской области, для проведения дальнейших исследований по выделению экстрактов и индивидуальных веществ и выявлению биологической активности индивидуальных веществ и экстрактов, с целью создания на их основе биологически активных добавок.

Материалы и методы: Объектом исследования является растительное сырье Полыни Маршалла, произрастающее в Южно-Казахстанской области.

Для проведения качественного анализа на содержание групп биологически активных веществ (БАВ) в растительном сырье Полыни Маршалла мы руководствовались общеизвестными методиками[6].

Результаты и обсуждение**:** Полынь цитварная (Artemisia cina) является ценным лекарственным растением. Сантонин, содержащийся в растениях данного рода, является активно действующим веществом и применяется против круглых глистов (аскарид), которыми чаще всего страдают дети. В связи с этим препараты цитварной полыни широко применяются в медицине как глистогонное средство. Попытки заменить сантонин растительного происхождения синтетическими средствами оказались безуспешными, так как синтетические средства неравноценны по силе и действию в сравнении с сантонином природных источников. Легкий отвар из семян данного вида полыни повышает иммунную защиту организма и снижает интоксикацию у больных туберкулезом.

Полынь горькая (Artemisia absinthium L.) применяется в народной медицине многих стран в виде настойки, настоя, жидкого экстракта в качестве желудочного средства, возбуждающего аппетит и улучшающего пищеварение. В медицине и фармации препараты

данного вида полыни применяются при бессоннице, гриппе, гастритах, заболевании печени, желчного пузыря. Из надземной части полыни горькой получают хамазулен, используемый при лечении, экзем, ревматизма, бронхиальной астмы и ожогов рентгеновскими лучами[4].

Настои и отвары листьев полыни лечебной (Artemisia abrotanum L.) применяются при простуде, ангине, гриппе, лихорадке, золотухе (скрофулезе), ревматизме. Из растолченной травы в народной медицине изготавливают различные мази, которыми лечат раны, свищи, ушибы, вывихи, нарывы, уплотнения желез, обмороженные места. Спиртовую или водочную настойку корней применяют при эпилепсии и туберкулезном менингите в небольших дозах[3].

Полынь обыкновенная (Artemisia vulgaris L.) обладает тонизирующим, кроветворным, успокаивающим, ранозаживляющим, желчегонным и мягким слабительным действием; улучшает аппетит и пищеварение, налаживает работу желудка и помогает при лихорадке. В народной медицине многих стран надземная часть и корни полыни обыкновенной применяются при гастрите, туберкулезе, отеках, геморрое, гипертонической болезни, метеоризме, эпилепсии, неврастении, менингите, проказе[5].

Полынь Маршалла – сорное растение, произрастающее повсеместно, образуя заросли. Данный вид произрастает на территории России, Казахстана и некоторых районов Европы на открытых склонах, изредка в лесных районах. Цветет растение в июле-октябре.

Высота растения до 1 метра. Лист черешковый, сложный, дважды перисто-рассеченный, имеется белое опушение с обеих сторон. Листовая пластинка обратно-ланцетной формы, вершина округлая, основание низбегающее, края цельные. Жилкование листа сетчатое. Длина листа – 1,0 см, ширина – 0,1 см. Расположение листьев очередное. Цвет листа с нижней и с верхней стороны бледно-зеленый, лист имеет ароматный запах. Венчики срединных цветков бледно-пурпурные или желтоватые, а краевые пленчатые. Внешние листочки оберток ланцетные, с пленчатой каймой. Обертки соцветий (корзинок) густо опушены сероватыми прижатыми волосками. Корзинки собраны в продолговатую метелку.

При проведении микроскопического анализа листа были обнаружены клетки верхней эпидермы со слегка извилистыми, нижней эпидермы с более извилистыми стенками. Устьица с обеих сторон листа, окружены 3-5 клетками эпидермиса (аномоцитный тип). Многочисленные Т-образные волоски состоят из коротких 2-х и 4-х клеточных ножек, несущие длинные тонкостенные клетки с заостренными концами. Т-образные волоски лежат горизонтально и прикреплены к ножке посередине. В местах прикрепления Т-образных

волосков видны круглые валики. На поверхности и по жилкам видны многочисленные простые, многоклеточные волоски.

Путем проведения общих и частных качественных реакций были определены содержащиеся в сырье БАВ. Были проведены реакции на флавоноиды, дубильные вещества и фенольные соединения.

Для проведения качественных реакций на флавоноиды использовали спиртовой экстракт: 2 г измельченного растительного сырья экстрагировали 95% этиловым спиртом на кипящей водяной бане в течение 1,5 ч в соотношении 1:10.

При добавлении водного раствора борной кислоты образовался белый осадок, что говорит о наличии вещества с ортодиоксигруппировкой.

При добавлении хлорида железа окисного наблюдается темно-синее окрашивание, что свидетельствует о наличии флавоноидов, антрахинонов, фенолов, фенолокислот.

При добавлении спиртового раствора алюминия хлорида появилось ярко-желтое окрашивание, что говорит о наличии флавонов, флавонолов, халконов, ауронов.

При добавлении концентрированной серной кислоты появилось красно-коричневое окрашивание, что указывает на наличие изофлавонов в исследуемом сырье.

Для проведения качественных реакций на дубильные вещества использовали водный экстракт: 1 г измельченного растительного сырья залили 100 мл очищенной воды и экстрагировали на водяной бане 30 минут, отфильтровали.

При добавлении 1% раствора желатина в растворе появилась муть, исчезающая при избытке желатина, что говорит о наличии дубильных веществ.

При добавлении 1% раствора железоаммониевых квасцов наблюдается темно-зеленое окрашивание, что говорит о том, что в растворе присутствуют конденсированные дубильные вещества.

При добавлении бромной воды раствор мутнеет, что является свидетельством наличия катехинов.

При добавлении ацетата свинца раствор приобрел желтый цвет, что говорит о наличии фенолов в исследуемом сырье.

При добавлении раствор железоаммониевых квасцов наблюдался зеленый цвет, что говорит о наличии фенольных соединений с орто-диоксигруппировкой.

Заключение и выводы: Таким образом, Полынь Маршалла является ценным растительным сырьем, содержащим биологически активные вещества и есть возможность получения биологически активных добавок к пище и лекарственных препаратов на его основе.

Список литературы:

1. Атажанова Г.А. Перспективы использования в медицинской практике эфирных масел растений флоры Казахстана // В сб. Химия и применение природных и синтетических биологически активных соединений. — Алматы: Комплекс, 2004. — С. 230-235.
2. Горяев М.И., Базалицкая В.С., Поляков П.П. Химический состав полыней. — Алма-Ата: Изд. АН КазССР, 1962. — 164 с.
3. Губанов И.А. и др. 1270. Artemisia abrotanum L. (A. procera Willd.) — Полынь лечебная, или высокая, Божье дерево // Иллюстрированный определитель растений Средней России. В 3 т. — М.: Т-во науч. изд. КМК, Ин-т технолог. иссл., 2004. — Т. 3. Покрытосеменные (двудольные: раздельнолепестные). — С. 334. — ISBN 5-87317-163-7.
4. Губанов И.А. и др. 1271. Artemisia absinthium L. — Полынь горькая // Иллюстрированный определитель растений Средней России. В 3 т. — М.: Т-во науч. изд. КМК, Ин-т технолог. иссл., 2004. — Т. 3. Покрытосеменные (двудольные: раздельнолепестные). — С. 335. — ISBN 5-87317-163-7.
5. Губанов И.А. и др. 1282. Artemisia vulgaris L. — Полынь обыкновенная, или Чернобыльник // Иллюстрированный определитель растений Средней России. В 3 т. — М.: Т-во науч. изд. КМК, Ин-т технолог. иссл., 2004. — Т. 3. Покрытосеменные (двудольные: раздельнолепестные). — С. 346. — ISBN 5-87317-163-7.
6. Музычкина Р.А., Корулькин Д.Ю., Абилов Ж.А. «Качественный и количественный анализ основных групп БАВ в лекарственном растительном сырье и фитопрепаратах». Алматы, 2004г.
7. Никитина Е.В., Убукеева А.У. Полыни Киргизии и их хозяйственное значение. — Алма-Ата: Изд. АН КазССР, 1964.
8. Флора Казахстана. — Алма-Ата: Наука, 1966. — Т. IX. — С. 76-140.
9. Флора СССР. — М.: Изд-во АН СССР, 1959. — Т. 26.

УДК. 615.322.615.433.64

Р.Р. КАСИМОВА, И.Р. БАЙМУХАМЕТОВ, Р.Ф. КИЛЬДИЯРОВ

РАЗРАБОТКА СОСТАВА, ТЕХНОЛОГИИ И ИССЛЕДОВАНИЕ ТАБЛЕТОК С ЭКСТРАКТОМ ПЕРВОЦВЕТА

Научный руководитель - к.ф.н., доц. Ф.Х. Кильдияров

Кафедра фармацевтической технологии с курсом биотехнологии,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье отражены результаты разработки состава, технологии таблетированной лекарственной формы на основе экстракт первоцвета и исследованы её технологические и биофармацевтические свойства. Показано, что разработанный состав таблеток на основе экстракта первоцвета обладает удовлетворительными технологическими и биофармацевтическими свойствами и может быть рекомендован для дальнейших углубленных исследований.

Ключевые слова: экстракт первоцвета, таблетки, технологические свойства, прочность, биодоступность.

R. R. Kasimova, I. R. Bajmukhametov, R. F. Kildiyarov

DEVELOPMENT OF COMPOSITION, TECHNOLOGY AND RESEARCH OF PILLS PRIMROSE EXTRACT

Scientific supervisor - Assoc.N., Assoc. F. H. Kildiyarov

Department of pharmaceutical technology biotechnology course,

Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: the article reflects the results of the development of composition, technology tableted dosage forms on the basis of the primrose extract and investigated its technological and biopharmaceutical properties. It is shown that the composition of tablets based on the extract of Pimpernel has satisfactory technological and biopharmaceutical properties and can be recommended for further in-depth studies.

Keywords: primroseextract, tablets, technologicalproperties, strength, bioavailability.

Актуальность: В Федеральной целевой программе «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» поставлена задача обеспечения Российского фармацевтического рынка широким ассортиментом доступных и качественных лекарственных средств (ЛС) отечественного производства. Это связано с тем, что в настоящее время на фармацевтическом рынке Росси доминируют зарубежные (до 80%),часто дорогостоящие ЛС.

Эта проблема актуально для многих групп ЛС, в том числе и лекарственных средств на основе лекарственного растительного сырья произрастающего на территории Республики Башкортостан, востребованных в практической медицине. Лекарственное растительное сырье обладает рядом преимуществ перед традиционными видами сырья, это – малая токсичность, обеспечивают мягкое действие, не вызывают побочных действий [2]. Первоцвет используется в медицине главным образом как отхаркивающее средство при заболеваниях дыхательных путей (бронхитах, трахеитах, ларингитах). Для этого применят настой размельченных корневищ и отвар листьев первоцвета. Одновременно эти же лекарственные формы обладают болеутоляющими (используют при ревматизме) и мочегонными свойствами (назначают при заболеваниях почек и мочевого пузыря)[1]. Твердые лекарственные формы достаточно широко используются в медицине. Популярны твердые формы в виде гранул и таблеток, но, пожалуй, наибольший интерес представляет такая лекарственная форма как таблетки. Поэтому разработка таблеток с привлечением фитокомпонентов, является актуальной.

Цель исследования: разработка состава и технологии таблеток на основе экстракта первоцвета.

Материалы и методы: объектами исследования явились: густой экстракт первоцвета (ФСП), сахароза, глюкоза, лактоза, агар-агар, гидрокарбонат натрия и другие вспомогательные вещества.Густой экстракт первоцвета–густая вязкая масса темно-зеленого цвета с приятным специфическим запахом, горьковатого вкуса. Хорошо растворим в воде, спирте этиловом, не растворим в эфире, хлороформе, бутаноле, этилацетате (ФСП).

С целью теоретического обоснования состава и технологии таблеток на основе экстракта первоцвета были изучены физико-механические и технологические свойства субстанции (сыпучесть, насыпная масса, угол естественного откоса, гранулометрический состав).

Результаты и обсуждение: экстракт первоцвета представляет собой высоковязкую гигроскопичную массу темно- коричневого цвета, хорошо растворимый в воде очищенной.

Предварительные исследования показали, что экстракт первоцвета обладает низкими технологическими свойствами, поэтому для создания стабильной твердой лекарственной формы, отвечающей всем требованиям НД, его подвергали влажному гранулированию. Изучено влияние различных наполнителей и количеств наполнителей, разрыхлителей и связывающих веществ и их концентраций. Исследовали различные условия сушки гранул на остаточную влажность гранул, влияние ее на количественное содержание действующих веществ.Основная часть эксперимента по созданию гранул из экстракта первоцвета

посвящена выбору вспомогательных веществ и их количества. При этом исходили из того, что они должны придавать гранулируемой массе необходимые технологические свойства, хорошуюдозируемость и обеспечивать получение гранул, обладающих удовлетворительными технологическими свойствами для получения таблеток.Для изготовления гранулируемой массы желаемого качества были изучены следующие вспомогательные вещества: сахароза, глюкоза, лактоза, агар-агар, гидрокарбонат натрия. Исследуемые модельные составы гранул представлены в табл.1.

Таблица 1

Составы гранул с экстрактом первоцвета

Компоненты гранул	Номер серии,г						
	1	2	3	4	5	6	7
Экстракт первоцвета	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Глюкоза	1,4			0,4	0,7		
Сахароза			1,4		0,7		
Лактоза		1,4		1,0		1,0	1,0
Агар-агар							0,4
Гидрокарбонат натрия						0,4	

В качестве связывающего агента для формирования гранулируемой массы использовали: 5% раствор метилцеллюлозы (МЦ), 5% крахмальный клейстер (КК), 10% раствор поливинилпирролидона (ПВП), 50% раствор спирта этилового (СЭ). У полученных гранул изучали технологические характеристики, результаты представлены в табл.2.

Таблица 2

Технологические свойства исследуемых гранул

Связывающий агент	Насыпная плотность, г/см^2	Сыпучесть, г/сек	Прочность на истирание, %	Распадаемость, сек
5% раствор МЦ	0,57±0,04	7,6±0,13	95,8±0,2	870±17
5 % раствор КК	0,63±0,03	11,0±0,14	92,9±0,2	980±18
10% раствор ПВП	0,58±0,05	9,9±0,12	97,8±0,1	420±15
50% раствор СЭ	0,47±0,01	5,8±0,15	94,7±0,1	260±16

Как видно из таблицы, после анализа модельных прописей гранул выбрана серия, где в качестве гранулирующего агента использовали 10% раствор поливинилпирролидона.

Технология получения гранул состоит из следующих стадий: 1) отвешивание исходных компонентов и их смешивание; 2) увлажнение смеси для получения гранулята необходимым количеством увлажнителя до получения однородной гранулируемой массы; 3) протирание гранулируемой массы через сита с диаметром отверстий 1,0 мм; 4) сушка гранулята в сушильном шкафу при температуре 50-60°С; 5) регрануляция через сито с диаметром отверстий 0,5 мм. Нами были наработаны 7 серий гранул, различающихся по составу и количеству вспомогательных веществ. У полученных гранул определяли фракционный состав, насыпную плотность, растворимость в соответствии с требованиями НД.

Фракционный состав или распределение частей порошка по крупности оказывает определенное влияние на сыпучесть, а следовательно, стабильность массы получаемых таблеток, точность дозирования лекарственного вещества.Наиболее быстрым и удобным методом определения фракционного состава является ситовой анализ.Принято считать, что наибольшее влияние на технологические свойства порошков оказывают доминирующие фракции, поэтому строгая характеристика линейных размеров и формы необходима именно для этих фракций. Результаты определения фракционного состава представлены в табл. 3.

Таблица 3

Фракционный состав исследуемыхгранулятов

№	Фракции	Состав гранулята, %

п/п		1	2	3	4	5	6	7
1	2 мм	2,04	2,02	29,29	6,25	3,09	7,92	2,06
2	1 мм	14,29	10,10	13,13	9,38	9,28	31,68	17,53
3	0,5 мм	83,67	87,88	57,58	84,37	87,63	60,40	80,41

Как видно из таблицы гранулы из первоцвета весеннего представлены тремя фракциями с размером частиц от 2 и до 0,5 мм, доминирующими являются фракции 0,5 мм.Изучение фракционного состава гранул ситовым методом подтвердило, что лучшими являлись гранулы серии № 2, 5 и 4.

По значению насыпной плотности можно прогнозировать объем матричного канала таблеточной машины и объем упаковки при дозировании гранул. Результаты исследования насыпной плотности гранул из экстракта первоцвета представлены в табл.4

Таблица 4

Значения насыпной плотности исследуемых составов

№ состава	Значение насыпной (объемной) плотности, г/ м^3
1	0,400±15,5
2	0,490±17,1
3	0,660±11,3
4	0,500±14,4
5	0,490±16,8
6	0,580±13,3
7	0,490±19,2

Результаты исследования показывают, что объемная плотность минимальная у состава 1 и максимальная у состава 3. У составов 2,4 и 5 насыпная плотность практически одинаковая (0,490 – 0,500). Известно, что с увеличением насыпной плотности улучшается сыпучесть порошка, однако этого нельзя сказать в данном случае.

Полученные результаты позволили заключить, что из отобранных по показателям доминирующей фракции, насыпной плотности состав № 4 отвечает требованиям ГФ XIII.

На основании проведенного комплекса исследований определен состав гранул с экстрактом первоцвета, это состава №4, который обладает хорошими органолептическими свойствами (внешний вид) и удовлетворительными технологическими свойствами. Данный состав будет использоваться для получения таблеток.

Заключение и выводы:

1. Оптимальным является состав гранул серии № 4, так как обладает оптимальным фракционным составом (доминирующая фракция составляет 84,37%). Подобрана оптимальная технология гранулированиядля получения гранулята для таблеток с экстрактом первоцвета способом влажного гранулирования.
2. Определены технологические свойства состава гранулятаэкстракта первоцвета, что показало их удовлетворительные свойства по показателям насыпной плотности 0,500 г/м^2, угла естественного откоса 29,0° и фракционного состава.

Список литературы:

1. Латыпова Г.М., Иванова Д.Ф., Катаев В.А, Кильдияров Ф.Х., Иксанова Г.Р. Изучение влияния технологических факторов на выход биологически активных веществиз сырья первоцвета весеннего //Медицинский вестник Башкортостана.2016.N 5. С.87-90.
2. Свиридонов Г.М. Растения и здоровье. - М. 2002.

УДК 615.322.021.15.

М.Г. КОКУРИНА

ИССЛЕДОВАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ МЕТОДОВ СТАНДАРТИЗАЦИИ НАСТОЙКИ ЭВКАЛИПТА

Научный руководитель – д.фарм.н, доцент С.Р. Хасанова
Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме: В статье приводятся данные по изучению содержания дубильных веществ в настойке эвкалипта. С использованием окислительно-восстановительного титрования установлено содержание дубильных веществ в лабораторной настойке эвкалипта, взятого как стандарт, и настойки эвкалипта, реализуемой в аптечных учреждениях Республики Башкортостан. Содержание дубильных веществ в стандартной настойке эвкалипта составило 2,13±0,12%. В исследуемой настойке промышленного производства ООО «Гиппократ» содержание дубильных веществ составило 0,69±0,032%.

Ключевые слова: эвкалипт прутовидный, настойка, стандартизация, титриметрия

M.G. Kokurina

STUDIES ON THE DEVELOPMENT OF THE METHODS OF THE STANDARDIZATION OF THE LIQUEUR OF THE EUCALYPTUS

Scientific leader – of d.farm.n, the docent S.R. Khasanova
with Botany and fundamentals of herbal medicine, Bashkir State Medical University, UFA

Summary: In the article the data on the study of the content of tanning substances in the liqueur of eucalyptus are cited. With the use of oxidation-reduction titration is established the content of tanning substances in the laboratory liqueur of the eucalyptus, undertaken as standard, and the liqueur of eucalyptus, realizable in the pharmaceutical establishments republic Of Bashkortostan. The content of tanning substances in the standard liqueur of eucalyptus comprised 2,13±0,12%. In the liqueur of industrial production OOO “Hippocrates being investigated” the content of tanning substances comprised 0,69±0,032%.

Keywords: eucalyptus, liqueur, standardization, titrimetry

Актуальность. Эвкалипт прутовидный – вечнозеленое дерево высотой до 50 метров, кора гладкая, серовато-белая, постепенно растрескивается и отпадает. Молодые листья супротивные, сидячие или стеблеобъемлющие, узко- или широколанцетовидные, длиной 5-10 см, шириной 1,5-2 см. Взрослые листья черешковые, светло-зеленые, длиной 10-25 см, шириной 2-3 см, ланцетовидные или серповидные. Цветки в пазушных зонтиках. Плод - четырехстенная коробочка. Родиной эвкалиптов считаются Австралия и остров Тасмания. Произрастает на Черноморском побережье Кавказа, в сухих лесных районах; культивирован в Западной Грузии, в районах, Краснодарского края и Ленкоранского района Азербайджана [2].

Фармацевтическая промышленность из листьев эвкалипта прутовидного получает настойку на 70% этиловом спирте. Нормативной документацией на данный лекарственный препарат является фармакопейная статья, последний выпуск которой был включен в ГФ X издания (1968г.). Параметры данной статьи несколько устарели и не соответствуют современным требованиям. Поэтому разработка новых методов стандартизации настойки эвкалипта является актуальной задачей фармации.

Цель работы. Целью работы являлось исследование по разработке методов стандартизации настойки эвкалипта.

Материалы и методы. Объектами исследования стали настойки эвкалипта лабораторного производства и производителя ООО «Гиппократ».

Количественное определение содержания дубильных веществ в настойках эвкалипта лабораторного и промышленного производства проводилось по методике Левенталя [1]. В коническую колбу вместимостью 750 мл, отбирали 5 мл настойки эвкалипта, прибавляли 500 мл. воды, 25 мл раствора индигосульфокислоты и титровали при постоянном перемешивании раствором перманганата калия (0,02 моль/л) до золотисто-желтого окрашивания. Параллельно проводили контрольный опыт. 1 мл раствора перманганата калия (0,02 моль/л) соответствует 0,004157г дубильных веществ в пересчете на танин.

Содержание дубильных веществ (х) в процентах вычисляют по формуле (1):

$$x = \frac{(V - V_1) * 0{,}004157 * 1000}{10 * a_n} \quad (1),$$

где V – объем титранта, пошедший на титрование опыта (1), V1 – объем титранта, пошедший на титрование контрольного опыта, а – объем настойки, взятой для анализа.

Результат и обсуждения.

Содержание дубильных веществ в настойке эвкалипта опытного производства составило в среднем (n=5) 2,13±0,12%. В исследуемой настойке промышленного производства ООО «Гиппократ» содержание дубильных веществ составило в среднем (n=5) 0,69±0,032%.

Выводы: Количественное содержание дубильных веществ в настойке эвкалипта лабораторного производства значительно выше, чем в настойке производителя ООО «Гиппократ». Мы предлагаем для включение в проект новой ФС «Эвкалипта настойка» норматив содержания дубильных веществ не менее 1,8%.

Список литературы:

1. Государственная фармакопея Российской Федерации XIII издания [Электронный ресурс]. - М. : Научный центр экспертизы средств медицинского применения, 2015. - Ч. 1. - 1470 с. - Режим доступа: http://www.femb.ru/feml
2. Лекарственные растения: Справочное пособие. / Н.И. Гринкевич, И.А. Баландина, В.А. Ермакова и др.; Под ред. Н.И. Гринкевич – М.: Высшая школа, 1991. – 134с.

УДК 615.12:615.15:331.211/.218(045)

С. А. КОНДРАТЬЕВА

ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОПЛАТЫ ТРУДА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Научный руководитель – к. пед. н., доцент И.В. Новокрещенов
Кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией
Саратовский государственный медицинский университет имени
В.И. Разумовского, г. Саратов

Резюме: С целью выявления особенностей организации и оплаты труда в фармацевтических организациях было проведено анкетирование фармацевтических работников г. Саратова. Изучены наиболее распространенные формы организации труда фармацевтических работников. Определены системы оплаты труда, применяемые в аптечных организациях. Выявлены основные факторы, влияющие на удовлетворенность работой.
Ключевые слова: аптечные организации, фармацевтические работники, оплата труда.

S. A. Kondratyeva

FORMS OF ORGANIZATION AND LABOR PAYMENT OF PHARMACEUTICAL WORKERS

Scientific Advisor – Candidate of Pedagogical Science, Assistant Professor
I.V. Novokreshchenov
The Department of Economics and Management of Health care and Pharmacy
Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Saratov

Abstract: A questionnaire survey among pharmacists of Saratov was conducted to identify characteristics of the organization and labor payment in pharmaceutical organizations. The most common forms of work organization of pharmacists were studied. Systems of labor payment used in pharmaceutical organizations were identified. The main factors influencing job satisfaction were revealed.
Keywords: pharmaceutical organization, pharmaceutical workers, labor payment.

Актуальность: Без рационального и полного использования трудового потенциала невозможно повышение производительности труда, обеспечение высокого качества работы, повышение конкурентоспособности. Важной задачей организации труда является выбор оптимального режима рабочего времени и системы оплаты труда с учетом интересов, как работодателя, так и работника [1]. Наиболее часто в аптечных организациях встречается сменный режим работы, реже круглосуточный [2]. В аптечных организациях применяется повременно-премиальная система оплаты труда, предусматривающая выплату премий за выполнение плана по выручке, за продажи определенных товаров, эффективную работу с посетителями аптеки, а также выплаты дополнительных мотивационных премий [3].

Цель исследования: выявление особенностей организации и оплаты труда в фармацевтических организациях.

Материалы и методы: социологический метод в форме анкетирования фармацевтических работников с использованием авторской анкеты. В опросе приняли участие 50 работников аптек г. Саратова. Основная часть респондентов представлена лицами женского пола (94%) в возрасте от 22 до 38 лет (средний возраст опрошенных – 26,8±0,4 года) со средним фармацевтическим образованием (74%). Все респонденты оформлены на рабочем месте по трудовому договору. Половина респондентов занимают должность фармацевта, 28% – заведующие аптеками и заместители заведующих аптеками. Стаж работы опрошенных находится в пределах от 6 месяцев до 12 лет и в среднем составляет 5,6±0,4 года.

Математическая обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel 97–2003. В работе использовались методы описательной статистики. Рассчитывались средние и относительные величины, их ошибки. Достоверность различий оценивалась с использованием критерия Стьюдента (уровень значимости 0,05).

Результаты и обсуждение:

Большинство респондентов (80%) работают в сетевых аптеках (56%) и аптечных пунктах (36%). Режим работы аптечных организаций, в которых работают респонденты, ежедневный (84%), реже круглосуточный (10%). В аптеке средняя численность сотрудников составляет 6 человек, которые работают в одну (4%), две (84%) или три (12%) смены. У основной части (73%) заведующих аптеками и заместителей заведующих пятидневная рабочая неделя с двумя выходными днями (суббота и воскресение), остальные 27% работают по сменам 2/2 (два дня рабочих, два дня выходных). График работы «первостольников» в основном сменный (77%). Продолжительность рабочего дня фармацевтических работников

варьируется в пределах от 6 до 24 часов. Средняя продолжительность рабочего дня заведующих аптеками и их заместителей составляет 9,4±0,6 часа (от 8 до 14 часов). Продолжительность рабочего дня работников «первого стола» в среднем на 2,4 часа дольше, чем у заведующих аптеками и их заместителей, и составляет 11,8±0,5 часа.

64% респондентов отметили, что в их организации применяется повременно-премиальная форма оплаты труда, в равной степени часто встречается простая повременная (14%) и сдельно-премиальная (16%) форма оплаты труда. Помимо должностного оклада заработная плата респондентов включает в себя премии (68%) и доплаты и надбавки стимулирующего характера (42%). Половина (52%) опрошенных получают премии каждый месяц, 14% – один раз в квартал, по 8% получают премии один раз в год и один раз в полгода. 18% респондентов вообще не получают премии. Стоит отметить, что премии сотрудникам в сетевых аптечных организациях начисляются значительно чаще (98% работников), чем в несетевых (20% работников). Разница относительных показателей достоверна, оценена с помощью критерия Стьюдента (t=6,08). Опрошенные получают надбавки к заработной плате за работу в выходные и праздничные дни (42%), совмещение профессий (40%), работу в ночное время (24%) и сверхурочную работу (28%).

Размер среднемесячной заработной платы фармацевтов и консультантов составляет 20250,0±904,1 рублей, провизоры зарабатывают в среднем 21500,0±2217,4 рубля. Среднемесячный заработок заведующих аптеками и их заместителей – 26555,6±1519,4 рубля. Размер желаемой заработной платы, соответствующий затратам времени и физической нагрузке работника, оказался значительно выше реального размера заработной платы (табл. 1).

Таблица 1

Реальный и желаемый уровни заработной платы респондентов

Должность	Реальный уровень ЗП, руб.	Желаемый уровень ЗП, руб.	Разница между желаемым и реальным уровнем ЗП, руб.
Фармацевт	20250,0±915,4	30684,2±1258,4	10184,2±1174,5
Провизор	21500,0±2217,4	32500,0±2500,0	11000,0±2309,4
Зав. аптекой	26555,6±1519,4	40000,0±3644,8	13500,0±2817,4

Для оценки удовлетворенности работой использовалась четырёхбалльная шкала (максимальное значение удовлетворенности – 5, минимальное значение удовлетворенности – 2). Все опрошенные в целом удовлетворены своей работой. Самые высокие оценки

набрали критерии удовлетворенности организацией в целом (средняя оценка 4,14±0,13) и распорядком рабочего дня (средняя оценка 4,12±0,12). Менее удовлетворены сотрудники условиями труда (средняя оценка 3,90±0,12) и заработной платой (средняя оценка 3,60±0,13).

Удовлетворенность работой опрошенных зависит от графика работы, наличия премии и частоты премирования и не зависит от их должности. Респондентов, работающих по сменному графику, распорядок рабочего дня устраивает в меньшей мере, чем респондентов с пяти- или шестидневной рабочей неделей (средние оценки удовлетворенности распорядком рабочего дня 3,90±0,15 и 4,41±0,21 соответственно; разница относительных показателей недостоверна, оценена с помощью критерия Стьюдента (t=1,98).

Респонденты, имеющие премию удовлетворены своей работой в большей мере, чем опрошенные, которые премию не получают (разница показателей достоверна, оценена с помощью критерия Стьюдента (табл. 2). При этом удовлетворенность заработной платой также зависит и от частоты премирования: работников, получающих ежемесячные премии заработная плата устраивает больше, чем получающих премии реже одного раза в месяц (средние оценки удовлетворенности заработной платой 3,89±0,16 и 3,47±0,26 соответственно; разница показателей недостоверна, оценена с помощью критерия Стьюдента (t=1,38).

Таблица 2

Оценка удовлетворенности работой в зависимости от наличия премии

Фактор	Оценка респондентов, не имеющих премию	Оценка респондентов, имеющих премию	Критерий Стьюдента
организацией в целом	3,33±0,33	4,32±0,12	2,82
условиями труда	3,11±0,31	4,07±0,11	2,92
распорядком рабочего дня	3,33±0,29	4,29±0,12	3,06
заработной платой	3,00±0,29	3,73±0,14	2,27

Заключение и выводы:

Проблема выбора рациональной организации и оплаты труда фармацевтических работников является актуальной задачей. Результаты анкетирования соответствуют данным литературных источников: основная часть фармацевтов и провизоров работают в сетевых аптеках и аптечных пунктах по сменному графику при ежедневном режиме аптечной организации. Заработная плата фармацевтических работников включает должностной оклад

и премию, которая зависит от выполнения финансовых показателей и эффективной работы с клиентами. Удовлетворенность фармацевтических работников уровнем заработной платой оказалась самой низкой по сравнению с другими факторами, ее реальный размер существенно отличается от желаемого. Наиболее высоко оценили удовлетворенность работой респонденты с пяти- или шестидневной рабочей неделей и получающие ежемесячную премию.

Список литературы:

1. Бойченко Т.А. Рабочее время практика применения / Т.А. Бойченко // HR-Portal. – 18.10.2007. – Режим доступа: http://hr-portal.ru/article/rabochee-vremya-praktika-primeneniya (дата обращения: 18.01.2017).

2. Ершова Н.В. Аптечные правила / Н.В. Ершова // Кадровая служба и управление персоналом предприятия. – 2007. – №4. – Режим доступа: http://hr-portal.ru/article/aptechnye-pravila (дата обращения: 11.01.2017).

3. Лисовский П. Система мотивации персонала в аптеках и аптечных сетях / П. Лисовский // Российские аптеки. – 2012. – №1-2. – Режим доступа: http://pharmblog.ru/pharmmarketing/sistema-motivacii-personala-v-aptekah-i-aptechnyh-setyah.html (дата обращения: 28.01.2017).

УДК 547.857.4.

В.А. НЕБОГАТОВА, К.И. ШАНГАРЕЕВА

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАКЦИЙ ЭТИЛОВОГО ЭФИРА 2-[8-БРОМ-3-МЕТИЛ-7-(ТИЕТАНИЛ-3)КСАНТИНИЛ-1]УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ С АМИНАМИ И ГИДРАЗИНОМ

Научный руководитель – д.фарм.н. Клен Е.Э.

Кафедра фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Реакциями этилового эфира 2-[8-бром-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинил-1]уксусной кислоты с пиперидином, морфолином и гидразингидратом синтезированы аминопроизводные ксантина. Структура синтезированных соединений подтверждена спектральными данными. Проведен прогноз биологической активности синтезированных соединений в программе PASS и OSIRIS.

Ключевые слова: ксантин, тиетан, гидразин, пиперидин, морфолин.

V.A. Nebogatova, K.I. Shangareyeva

RESEARCH OF REACTIONS OF THE ETHYL 2-[8-BROMO-3-METHYL-7-(THIETANYL-3)XANTHINYL-1]ACETATE WITH AMINES AND HYDRAZINE

The supervisor of studies is d.pharm.sci. Klen E.E.

Department of Pharmaceutical Chemistry with courses of analytical and toxicological chemistry, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The amino derivatives of 2-[3-methyl-7-(thietanyl-3)xanthinyl-1]acetic acid have been synthesized by reactions of ethyl 2-[8-bromo-3-methyl-7-(thietanyl-3)xanthinyl-1]acetate with piperidine, morpholine and hydrazine hydrate. The structure of synthesized compounds was confirmed by spectral data. The prognosis of the biological activity of synthesized compounds in the PASS and OSIRIS program was carried out.

Keywords: xanthine, thietane, hydrazine, piperidine, morpholine.

Актуальность: Гетероциклические соединения непрерывно пополняют арсенал синтетических лекарственных веществ. Предпосылками для этого является «родство» их строения с природными биологически активными веществами, где они играют огромную

роль в ключевых процессах жизнедеятельности. Неудивительно, что в последние десятилетия химия гетероциклических соединений интенсивно развивается.

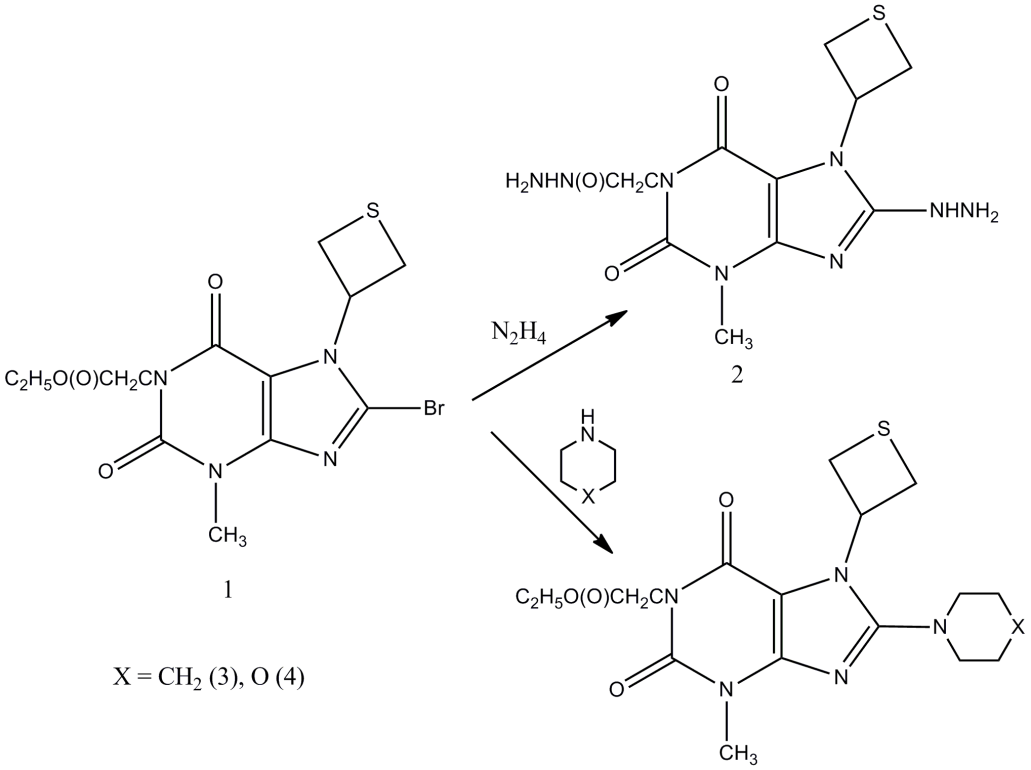
Цель исследования: синтез новых потенциально биологически активных аминопроизводных 2-[3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинил-1]уксусных кислот.

Материалы и методы: ИК-спектры синтезированных соединений сняты на приборе Инфралюм ФТ-02 в таблетках с калия бромидом. Спектры ЯМР ^{1}Н и ЯМР ^{13}С сняты на приборе Bruker AM-500. Индивидуальность синтезированных соединений определялась методом тонкослойной хроматографии на пластинках Sorbfil в системе бутанол : уксусная кислота : вода (4:1:2) и бензол : метанол : ЛУК (11:2:1). Пятна проявляли в камере с парами йода и в УФ-свете. В качестве исходного соединения использован этиловый эфир 2-[8-бром-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинил-1]уксусной кислоты (1) [1].

Результаты и обсуждения: В литературе описаны способы получения гидразида теофиллинилуксусной кислоты реакцией гидразингидрата с пропилтеофиллинацетатом [3]. Реакции образования амидов протекают при взаимодействии эфиров ксантинил-7-уксусной кислоты с метиламином [2]. В различных условиях получают метиламид 3-метилксантинил-7-уксусной кислоты и 8-метиламино-3-метилксантинил-7- уксусной кислоты [2].

В продолжение изучения реакционной способности ранее полученного этилового эфира 2-[8-бром-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинил-1]уксусной кислоты (1) нами исследованы его реакции с гидразингидратом и аминами. Установлено, что при взаимодействии с гидразингидратом в изо-пропаноле протекает как образование гидразида, так и замещение атома брома по положению 8 ксантинового бицикла с образованием гидразида 2-[8-гидразино-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинил-1]уксусной кислоты (2) с выходом 61% (Схема 1). При нагревании этилового эфира 1 с пиперидином и морфолином в среде низших спиртов бразование амидов не наблюдается, а протекает только нуклеофильное замещение по положению 8 с образованием 8-пиперидино- (3) и 8-морфолинопроизводных (4) (Схема 1).

Схема 1.



X = CH_2 (3), O (4)

Индивидуальность синтезированных соединений была подтверждена методом ТСХ, структура синтезированных соединений подтверждена данными ИК- и ЯМР-спектроскопии.

В ИК-спектре соединения **2** наблюдаются полосы поглощения валентных колебаний связей N-H группы фрагмента гидразина в интервале 3324-3388 $см^{-1}$.

В ЯМР ^1H – спектре соединения **3** регистрируются три мультиплета протонов двух $S(CH)_2$-групп тиетанового цикла в интервалах 3,22-3,29 м.д. и 4,29-4,35 м.д. и NCH-группы в интервале 5,40-5,49 м.д.. Сохранение сложноэфирной группы подтверждает наличие сигналов протонов этоксигруппы - триплета при 1,28 м.д. и квартета при 4,22 м.д. Наличие пиперидинового фрагмента подтверждается тремя мультиплетами протонов в интервалах 1,62-1,67 м.д., 1,72-1,78 м.д. и 3,11-3,16 м.д.

Результаты прогноза биологической активности синтезированных соединений в программе PASS и токсичности в программе Osiris представлены в таблице 1. Установлено, что синтезированные соединения могут быть ингибиторами фосфодиэстеразы АМФ, стимулировать функцию почек, проявлять иммуномодулирующее действие. При этом соединения не должны обладать мутагенностью, раздражающим эффектом и влияют на репродуктивную функцию организма. Лишь соединение **2** может проявить онкогенный эффект.

Таблица 1.

Результаты прогноза биологической активности и токсичности для соединений 2-4 в программах PASS и Osiris

Соединение	P_a	P_i	Активность/ эффект	Токсические риски				Drug-likeness
				Мутагенность	Онкогенность	Раздражающий	Репродуктивный	
2	0,773	0,001	Ингибитор бета-лизина 5,6-аминомутазы	(-)	(+)	(-)	(-)	-1,45
	0,535	0,010	Ингибитор CDK9/ циклин T1					
3	0,646	0,009	Ингибитор фосфодиэстеразы AMP	(-)	(-)	(-)	(-)	-2,59
	0,601	0,055	Антиишимический					
	0,531	0,005	Диуретический					
	0,540	0,072	Стимулятор функции почек					
4	0,684	0,007	Ингибитор фосфодиэстеразы AMP	(-)	(-)	(-)	(-)	-1,59
	0,606	0,053	Антиишимический					
	0,537	0,009	Иммуномодулирующий					

Показатель Drug-likeness имеет отрицательные значения, что говорит об отсутствии в существующих лекарственных препаратах фрагментов синтезированных нами соединений.

Заключение и выводы:

1. Установлено, что при взаимодействии этилового эфира 2-[8-бром-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинил-1]уксусной кислоты с гидразингидратом образуется гидразид 2-[8-гидразино-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинил-1]уксусной кислоты, а с аминами этиловые эфиры 2-[3-метил-8-пиперидино/морфолино-7-(тиетанил-3)-ксантинил-1]уксусной кислоты.

2. Полученные соединения могут быть ингибиторами фосфодиэстеразы АМФ, стимулировать функцию почек, проявлять иммуномодулирующее действие и не должны обладать мутагенностью, раздражающим эффектом, влиять на репродуктивную функцию организма.

Список литературы:

1. Небогатова, В.А. Синтез этилового эфира [8-бром-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантинил-1]уксусной кислоты / В.А. Небогатова, Е.Э. Клен, Ф.А. Халиуллин // ОргХим-2016. – Санкт-Петербург, 2016. – С/159-160.

2. Александрова, К.В. Синтез та фізико-хімічних властивості естерів ксантиіл-7-оцтовоі кислоти / К.В. Александрова, Д.М. Юрченко, М.І. Романенко, О.О. Мартинюк // Запорожский медицинский журнал. –2010. - №1. - С.7-10.

3. Гоцуля, А.С. Синтез і дослідження фізико-хімічних властивостей солей 2-(5-((теофілін-7’-іл)метил)-4-феніл-4Н-1,2,4-тріазол-3-ілтіо)-ацетатноі кислоти / А.С. Гоцуля, О.О. Міколасюк, О.І. Панасенко, Є.Г.Книш // Запорожский медицинский журнал. – 2014.- №1 (82). – С.91-94.

УДК: 615.322

Е.В. КРАСЮК, В.А. СЕЛЕЗНЕВА

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ТРАВЕ МОНАРДЫ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ

Научный руководитель – д. фарм.н., профессор Пупыкина К.А.

Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье приведены результаты сравнительной оценки определения дубильных веществ в пяти видах монарды различными методами и установлено, что более объективный метод количественного определения дубильных веществ в сырье монарды – спектрофотометрический после их осаждения 1% раствором желатина.

Ключевые слова: монарда трубчатая, монарда двойчатая, монарда гибридная, монарда лимонная, монарда Рассела, спектрофотометрия, дубильные вещества.

E.V. Krasyuk, V.A. Selezneva

COMPARATIVE ESTIMATION OF DETERMINATION OF TANNINS IN THE HERBA MONARDA DIFFERENT METHODS

Scientific Advisor – d.pharm.s., professor Pupykina K.A.
Department of Pharmacognosy with the course of botany and the fundamentals of phytotherapy
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstrac: In article are brought results comparative estimation of the determination of tannins in five types of Monarda and installed that the most objective method of the quantitative determination of tannins in raw material spectrophotometri after their rein 1% solution of the gelatin.

Keywords: Monarda fistulosa, Monarda didyma, Monarda hybrida, Monarda citriodora, Monarda Rassela, spectrophotometry,tannins.

Актуальность. Монарда (*Monarda*) – растение семейства губоцветных (*Lamiaceae*), произрастает в Северной Америки, где растение естественно обитает на влажных лугах, холмах и лесных полянах. Была успешно натурализована в теплых регионах Европы и Азии. Растения рода монарда содержат разнообразные ценные биологически активные вещества: эфирные масла, каротиноиды, аскорбиновую кислоту, флавоноиды, антоцианы, горечи, дубильные вещества, которые обусловливают различные лекарственные свойства растения. Монарда обладает антибиотическими, антигельминтными, иммуномодулирующими свойствами [3]. Противовоспалительная и антиоксидантная активность связана не только с содержанием в монарде эфирного масла, но и содержанием большого количества дубильных веществ. Дубильные вещества широко распространены в растительном царстве, обладают характерным вяжущим вкусом. Сырье, содержащие дубильные вещества, применяется наружно и внутрь как вяжущие, противовоспалительные, бактерицидные и кровоостанавливающие средства. Действие основано на способности дубильных веществ связываться с белками с образовать плотные альбуминаты. При взаимодействии с воспаленной слизистой оболочкой или раневой поверхностью происходит их уплотнение, образуются поверхностная пленка, защищающая от раздражения чувствительные нервные окончания.

Цель исследования. Целью настоящей работы являлось сравнительное изучение количественного содержания дубильных веществ в траве монарды различными методами.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования использовали образцы сырья монарды, интродуцированные в Ботаническом саду-институте Уфимского научного центра РАН: монарда трубчатая (*M.fistulosa*), монарда двойчатая (*M.didyma*), монарда гибридная (*M.hybrida*), монарда лимонная (*M.citriodora*) и монарда Рассела (*M. Rassela*), собранные в фазу цветения и высушенные до воздушно-сухого состояния.

Результаты и их обсуждение. Количественное определение дубильных веществ в растительном сырье проводили тремя методами: метод 1 – фармакопейный, основан на окислении полифенольных соединений перманганатом калия в кислой среде [1], метод 2 – спектрофотометрический метод, основан на образовании окрашенных комплексов с железо-тартратным реактивом в присутствии фосфатного буфера; метод 3 - спектрофотометрический метод, основан на определении дубильных веществ после осаждения 1%-ным раствором желатина и определение в пересчете на кислоту галловую [2]. Результаты определения дубильных веществ в исследуемых образцах монарды различными методами представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели содержания дубильных веществ в сырье монарды

Наименование сырья	Метод 1	Метод 2	Метод 3		
			сумма дубильных веществ,%	осаждаемые дубильные вещества,%	не осаждаемые дубильные вещества,%
М. трубчатая	7,83±0,26	4,63±0,23	5,61±0,36	3,09±0,14	2,52±0,34
М. двойчатая	9,44±0,46	5,55±0,21	6,43±0,33	4,82±0,18	1,61±0,28
М.гибридная	9,05±0,32	4,82±0,28	6,30±0,27	3,48±0,18	2,82±0,34
М. лимонная	5,42±0,36	3,13±0,19	4,79±0,30	3,15±0,24	1,64±0,28
М. Рассела	8,23±0,19	4,20±0,26	5,96±0,23	3,77±0,25	2,19±0,24

Анализируя полученные результаты, можем отметить, при использовании всех трех методов наибольшее содержание дубильных веществ отмечалось в сырье монарды двойчатой и гибридной. Считаем, что более объективным методом количественного определения дубильных веществ в сырье монарды является спектрофотометрический метод после осаждения дубильных веществ 1% раствором желатина, так как дает стабильные результаты, при выполнении методики не требуется сложной аппаратуры, метод быстр и прост в выполнении и пересчет ведется на кислоту галловую, которая преоблаает в сумме дубильных веществ травы монарды, что подтверждается результатами качественных реакций и хроматографического анализа.

Заключение и выводы. Таким образом, проведена сравнительная оценка содержания дубильных веществ в траве монарды различными методами и установлено, что наибольшее их содержание отмечается в монарде двойчатой и гибридной, при этом более объективным методом количественного определения дубильных веществ считаем спектрофотометрический метод после осаждения дубильных веществ 1% раствором желатина.

Список литературы:

1. Государственная фармакопея СССР 11-е издание: Вып. 1. Общие методы анализа. – М.: Медицина, 1987. – 296 с.

2. Данилова, Н.А. Количественное определение дубильных веществ в корнях щавеля конского методом спектрофотометрии в сравнении с методом перманганатометрии / Н.А. Данилова, Д.М. Попов. // Вестник ВГУ. Серия: Химия. Биология. Фармация. — 2004. – N2 – 32 с.

3. «Химия растительного сырья» Алтайский край, АГУ 2000. № 3. С.19-24.

УДК 615.15

А.С. КРЕНЗЕЛЬ

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ПРИМЕРЕ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель – к.фарм.н., доцент А.Р. Бадакшанов

Кафедра управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Статья посвящена изучению проблемы общественного здравоохранения и анализу встречаемости сопутствующих заболеваний у пациентов больных шизофренией в Оренбургской области. Установлено, что в Оренбургской области сопутствующие заболевания встречаются у 50% пациентов с шизофренией, следовательно, медицинским организациям необходимо обеспечивать фармацевтическую помощь также и для терапии сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: шизофрения, сопутствующие заболевания, фармацевтическая помощь

A.S. Krenzel

THE ANALYSIS OF OCCURRENCE OF ASSOCIATED DISEASES AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA ON THE EXAMPLE OF THE ORENBURG REGION

Scientific Advisor - candidate of pharmaceutical sciences, associate professor A.R. Badakshanov

Department of management and economy of pharmacy with a course of medical and pharmaceutical merchandizing, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Article is devoted to studying of a problem of public health care and the analysis of occurrence of associated diseases at patients of patients with schizophrenia in the Orenburg region. It is established that in the Orenburg region associated diseases occur at 50% of patients with schizophrenia, therefore, the medical organizations need to provide the pharmaceutical help as well for therapy of associated diseases.

Keywords: schizophrenia, associated diseases, pharmaceutical help

Актуальность. Психические заболевания представляют актуальную проблему общественного здравоохранения России, с учетом многообразия их взаимно пересекающихся и взаимосвязанных клинических, гуманитарных и социально-экономических последствий [3].

До 40% психиатрического бюджета страны уходит на лечение больных шизофренией, что составляет 0,5% ВВП страны [3].

Цель исследования. Поэтому целью данной работы стало проведение анализа встречаемости сопутствующих заболеваний у пациентов с шизофренией в Оренбургской области.

Материал и методы. Объектами исследования явились оперативно-статистическая отчетность профильных, психиатрических, медицинских организаций Оренбургской области, осуществляющих лечение и реабилитацию больных с шизофренией. В работе использовались системный, логический и сравнительный метод, а также контент-анализ амбулаторных карт, на предмет встречаемости сопутствующих заболеваний у пациентов с шизофренией.

Результаты и обсуждения. Как показали результаты исследования 242 историй болезней, пациентов с шизофренией за 2013 год, в 50% случаев пациенты имеют сопутствующие заболевания (рисунок 1).

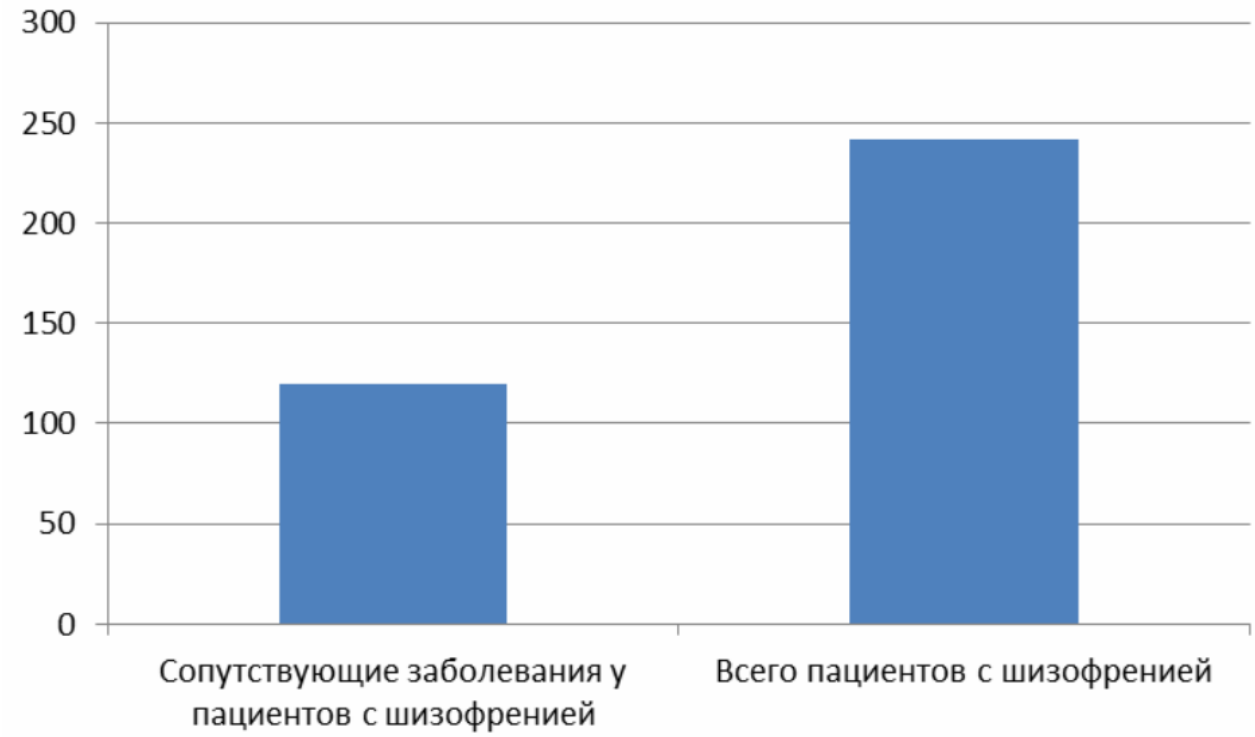


Рис. 1. Количество пациентов с шизофренией с сопутствующими заболеваниями

Кардиологические заболевания выявлены у 61% пациентов, заболевания органов дыхания у 25%, заболевания желудочно-кишечного тракта у 23%, заболевания почек и мочевыводящих путей у 22%, а также у 17% обнаружены ВИЧ и гепатиты В,С (рисунок 2).

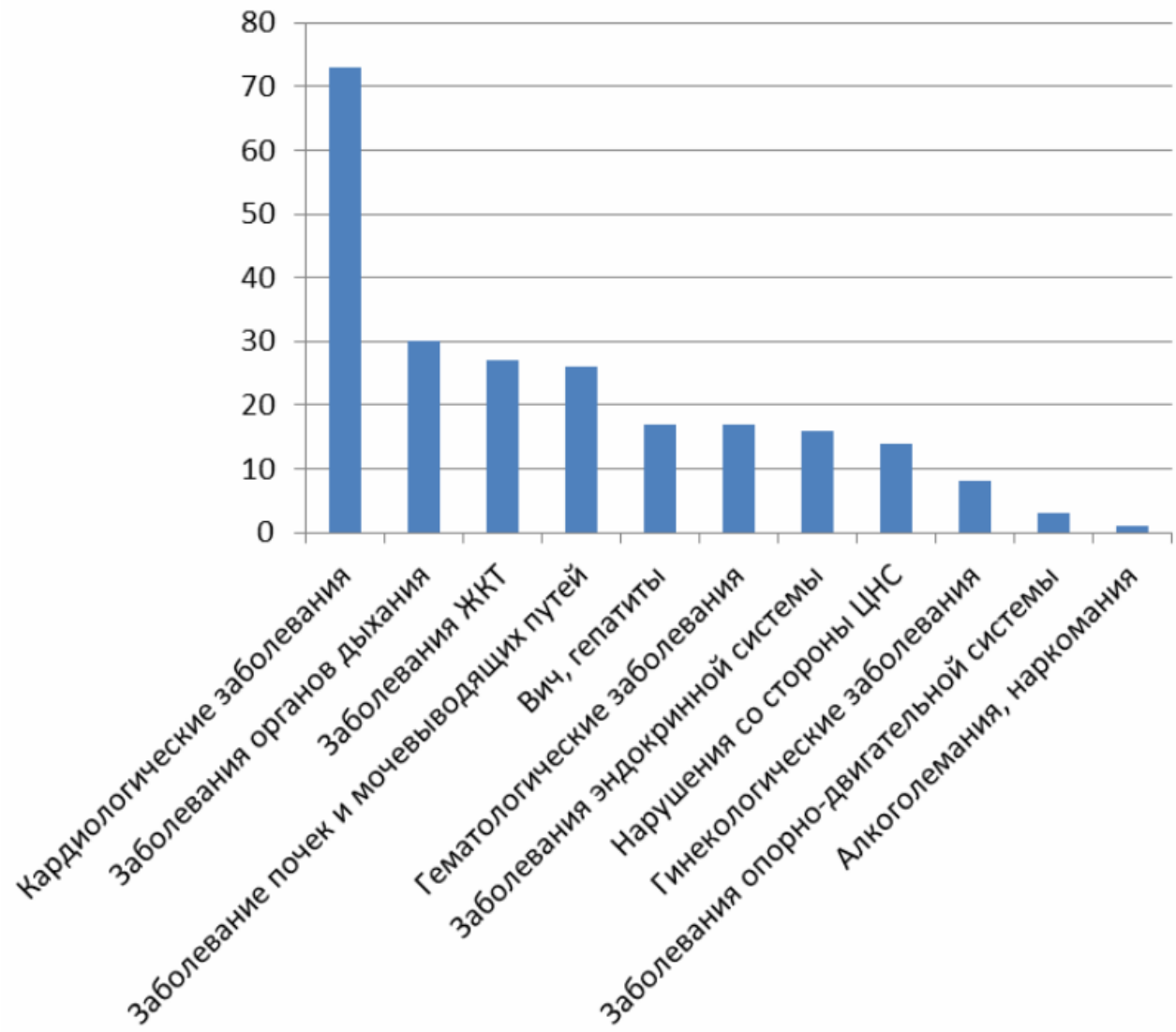


Рис. 2. Количество сопутствующих заболеваний у пациентов с шизофренией

Опираясь на данные исследований, можно прогнозировать в каком количестве случаев, потребуются различные фармакологические группы препаратов, эта информация может быть полезна при формировании плана-графика психиатрического стационара, а соответственно и более рационального использования бюджетных средств [1].

Заключение и выводы. В ходе исследования, было установлено, что на сегодняшний день, в Оренбургской области сопутствующие заболевания встречаются у 50% пациентов с шизофренией. Таким образом, при нахождении пациента в круглосуточном стационаре, ЛПУ обязано обеспечивать его не только лекарственными препаратами для терапии основного заболевания, но и для терапии сопутствующих заболеваний. Именно поэтому необходимо продолжать исследования в данной области, для выявления закономерностей, и построении на их основе алгоритма оптимизации закупаемых лекарственных средств.

Список литературы.

1. Бадакшанов А.Р. Анализ рынка атипичных нейролептиков и их основных потребителей в Оренбургской области / Бадакшанов А.Р., Крензель А.С. // Медицинский вестник Башкортостана. 2016. Т. 11. № 5 (65). С. 10-15.

2. Бадакшанов А.Р. Маркетинговые исследования и моделирование стратегии лекарственного обеспечения больных пограничными психическими расстройствами в республике Башкортостан и близлежащих регионах //Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Башкирский государственный медицинский университет. - Уфа, 2002.

3. Любов Е.Б., Экономическое Бремя Шизофрении в России / Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю., Былим И.А., Гажа А.К., Доронин В.В., Косов А.М., Петухов Ю.Л., Фадеев П.Н. // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 3. С. 36-42.

УДК 615.32: 547.9

А.С. ЛАПИНА, Н.Р. ВАРИНА, Е.В. АВДЕЕВА

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель – д.фармац.н., профессор В.А. Куркин

Кафедра фармакогнозии с ботаникой и основами фитотерапии, Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Резюме: В настоящей статье обсуждаются актуальные аспекты разработки лекарственных фитопрепаратов, применяемых для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта и горла. В результате комплексных фитохимических, аналитических, технологических, медико-биологических исследований, в соответствии с основными принципами фитотерапии разработаны составы, технология получения, параметры качества и методики анализа серии фитопрепаратов «Дентос».

Ключевые слова: разработка лекарственных препаратов, фитотерапия, инфекционно-воспалительные заболевания полости рта, оториноларингология, стоматология.

N.R. Varina, V.A. Kurkin, E.V. Avdeeva, A.S. Lapina

THE METHODOLOGICAL APPROACHES TO DEVELOPMENT OF THE MULTI-COMPONENT REMEDIES BASED ON MEDICINAL PLANTS WHICH IS PROPOSE TO TREATMENT OF SOME STOMATOLOGICAL AND OTORHINOLARYNGOLOGICAL DISEASES

Scientific chief – doctor Doctor of pharmaceutical sciences, Professor V. A. Kurkin

Department of pharmacognosy and botany with basics of phytotherapy

Samara State Medical University, Samara.

Summary: In this paper there was discussed the actual aspects of the development of medicinal herbal remedies which is used for the treatment of infectious-inflammatory diseases of the mouth and throat. As a result of complex phytochemical, analytical, technological, biomedical researchis, in accordance with the basic principles of the phytotherapy there was developed composition, technology, parameters of the quality and methods of analysis of a series of herbal pharmaceuticae «Dentos».

Keywords: the development of remedies, phytotherapy, infectious-inflammatory diseases of the oral cavity, otolaryngology, stomatology.

Актуальность. Разработка лекарственных средств (ЛС) на основе лекарственного растительного сырья (ЛРС) является перспективным направлением на современном этапе развития медицины и фармации, поскольку фитопрепараты имеют ряд преимуществ по сравнению с синтетическими ЛС: мягкость воздействия и широкий терапевтический спектр, минимальное проявление побочных эффектов при рациональном применении, практически отсутствующий риск возникновения резистентности у патогенной микрофлоры, возможность включения в комплексные схемы лечения в комбинациях с синтетическими лекарственными препаратами (ЛП), ведущая роль на этапах профилактики и начала развития заболевания, а также периода реабилитации. Все эти свойства дают возможность их длительного применения, что особенно востребовано на фоне уже имеющихся хронических заболеваний. В этом плане крайне актуальным представляется широкий нозологический спектр инфекционно-воспалительных заболеваний ротовой полости. Так, частота инфекционно-воспалительных заболеваний пародонта у населения развитых стран, по данным ВОЗ, составляет более 80%.

Эпидемиологические исследования заболеваемости верхних дыхательных путей свидетельствуют о неуклонном росте числа заболеваний инфекционного характера со стороны ЛОР-органов, при котором поражаются слизистые оболочки дыхательных путей. Так, по данным Минздрава России, заболеваемость инфекциями верхних дыхательных путей за 2015 год составила около 30 млн. человек [1]. Воспалительные заболевания слизистой оболочки ротовой полости и горла представляют собой серьезную медико-социальную проблему, последствиями которой являются появление в полости рта очагов хронической инфекции, микробной сенсибилизации, снижение реактивности организма, развитие аллергических состояний и другие проявления. С этой проблемой сталкиваются как клиники и отделения оториноларингологического, стоматологического профилей, подразделения челюстно-лицевой хирургии (на этапах дооперационной и послеоперационной санации), так и врачи амбулаторного звена.

Современная фитотерапия позволяет при грамотном и рациональном применении достичь оптимального баланса между эффективностью и безопасностью ЛП, а при варьировании лекарственных форм (ЛФ) и способов применения эффективно решить различные клинические ситуации с позиций патогенетического, этиологического и симптоматического подходов к лечению.

Целесообразность создания новых ЛП связана еще и с тем обстоятельством, что ассортимент используемых в настоящее время ЛС растительного происхождения является недостаточным. Так, в ходе ранее проведенных маркетинговых исследований нами установлено, что в основном действующими веществами ЛП для лечения заболеваний ротовой полости и горла являются синтетические соединения - 74%, доля природного сырья составляет 14%, а комбинированных – 12% . Кроме того, по-прежнему остается актуальной проблема зависимости от импортных ЛП: на фармацевтическом рынке РФ и Самарской области доминируют зарубежные препараты – на их долю приходится 81% и 82% соответственно (в основном это дорогостоящие импортные разработки). Среди таблеток для рассасывания, применяемых при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний горла, 98% торговых наименований - импортного производства, некоторые ЛФ, например, пастилки, в РФ не производятся [2].

Имеющиеся на современном фармацевтическом рынке немногочисленные отечественные разработки («Ротокан», «Настойка календулы», «Хлорофиллипт», «Сальвин») зачастую имеют зауженный спектр фармакологической активности, не всегда содержат оптимальный состав биологически активных соединений (БАС), в т.ч. из-за использования не оптимальных технологических приемов получения. Данная проблематика нашла отражение в принятой Государственной стратегии «Фарма-2020», в соответствии с которой необходимо увеличение доли отечественных оригинальных и импортозамещающих ЛП.

Целью работы являлась разработка серии ЛП на основе ЛРС. Для чего необходимо было решить ряд задач по подбору компонентного состава, разработке технологии получения и изучению показателей качества и разработке на их основе нормируемых числовых показателей.

Материалы и методы: в качестве базовой фитокомпозиции для создания серии ЛП «Дентос» был выбран разработанный ранее ЛП «Дентос» (в форме сложной настойки) [2].

Для проведения экспериментальных исследований, учитывая многокомпонентный состав ЛП, содержащих различные по химической природе и физико-химическим характеристикам группы БАС, использован комплекс современных методов фармацевтического анализа: хроматографические методы (ТСХ), химические методы (качественные реакции), современные инструментальные физико-химические методы анализа (УФ-спектрометрия), а также совокупность технологических методов.

Результаты и обсуждение: Следует отметить, что предъявляемые к современным ЛП требования эффективности и безопасности, оптимального соотношения «цена-качество»

могут быть наиболее успешно реализованы в отечественных импортозамещающих разработках на основе натуральных компонентов, в частности, лекарственных растений.

В оригинальный состав «Дентос», на который получен патент на изобретение РФ, в соответствии с основными принципами фитотерапии (безопасности, целесообразности, индивидуализации лечения и др.) включено пять фармакопейных видов ЛРС: листья эвкалипта (*Eucaliptus viminalis* Labill.), трава эхинацеи пурпурной (*Echinacea purpurea* (L.) Moench.), цветки календулы (*Calendula officinalis* L.), кора дуба (*Quercus robur* L.), а также масло гвоздичного дерева (*Caryophyllus aromaticus* L.). Состав прописи сбалансирован таким образом, что включение каждого компонента обосновано с позиций необходимости обеспечения определенного вида фармакологической активности и комплексности воздействия (антимикробный эффект (бактериостатическое действие); антисептическое; дезодорирующее и вяжущее действие, обеспечивающее местную анестезирующую и противовоспалительную активность; местное иммуномодулирующее действие.

Целесообразность дальнейших исследований по разработке и внедрению новых ЛП в различных ЛФ в медицинскую практику подтверждена результатами микробиологических и фармакологических исследований (доказана выраженная ранозаживляющая и противовоспалительная активность, сопоставимая с синтетическим препаратом «Хлоргексидин» и имеющая преимущества перед растительным препаратом «Стоматофит»).

В технологическом плане «Дентос» представляет собой сложную настойку, которая не всегда удобна и комфортна в применении (применяется в режиме полоскания), требует особых условий хранения, поэтому дальнейшим актуальным направлением исследования является создание серии ЛФ на его основе, которые обеспечивали бы пролонгацию терапевтического эффекта, улучшали адгезию ЛП на поверхности слизистой, обеспечивая тем самым равномерное высвобождение действующих веществ.

С целью расширения использования прописи «Дентос», учитывая ее общее санирующее действие на ротовую полость, возможно создание разнообразных ЛФ на его основе, значительно расширяющих возможности, показания и сферы его применения: стоматологический гель, стоматологическая повязка, лекарственные леденцы, таблетки для рассасывания, лечебно-профилактическая зубная паста и др.

Стандартизация многокомпонентных лекарственных препаратов в фармацевтической практике является традиционно сложной задачей. Фитопрепарат «Дентос», равно как и ЛФ на его основе, содержит в себе комплекс различных по физико-химическим характеристикам групп БАС, что затрудняет анализ. Соответственно, для решения вопросов стандартизации новых ЛП необходим комплексный многоуровневый подход. Кроме того, необходимо,

помимо вопросов установления подлинности и качества, решить вопросы предварительной пробоподготовки для каждой ЛФ в соответствии с современным принципом унификации и гармонизации методик в ряду «ЛРС – лекарственная субстанция – лекарственный препарат».

Важным ориентиром для последующего выведения ЛП на фармацевтический рынок является его оценка (особенно – позиции конкурентов) и правильное понимание целевого сегмента рынка. При анализе ценовых характеристик ЛП было выявлено, что в среднем цены на отечественные ЛП для лечения стоматологических и ЛОР-заболеваний находятся в пределах до 100 руб. за упаковку, на импортные ЛС – в диапазоне от 100 до 300 руб., что является основанием для выработки стратегии коммерциализации разрабатываемых ЛС. Так, предварительные расчеты позволяют прогнозировать стоимость разрабатываемой линейки фитопрепаратов в пределах от 50 до 150 руб. за упаковку, а благодаря обеспечению эффективной терапевтической концентрации будет сокращено количество упаковок на курсовое лечение, т.е. стоимость курса лечения будет ниже по сравнению с существующими аналогами.

Разрабатываемая серия лекарственных фитопрепаратов является полностью натуральным продуктом (без синтетических добавок, красителей, ароматизаторов, усилителей вкуса и т.д.), предназначенным для этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии инфекционно-воспалительных заболеваний ротовой полости и горла, что открывает перспективы их применения не только среди взрослого населения, но также и в педиатрической и гериатрической практике.

Выводы:

1. В результате экспериментальных исследований разработана линейка фитопрепаратов, которые можно рассматривать в качестве перспективных импортозамещающих лекарственных препаратов, обеспечивающих комплексный подход в лечении и профилактике инфекционно-воспалительных стоматологических и оториноларингологических заболеваний.
2. Обоснована оптимальная концентрация действующих веществ, обеспечивающая необходимый фармакотерапевтический эффект в случае каждой ЛФ из разрабатываемой линейки фитопрепаратов.
3. Разработана технология и схемы получения для каждой ЛФ с применением различных экстракционных способов получения ЛП.
4. Разработаны нормируемые показатели качества для каждого ЛП, гарантирующие подлинность и качество фитопрепаратов.

5. Совокупность проведенных маркетинговых исследований позволяет прогнозировать, высокую конкурентоспособность разрабатываемых ЛП (доступность сырьевой базы, предварительный расчет себестоимости фитопрепаратов), которые смогут занять нишу эффективных, безопасных и доступных по стоимости для широких слоев населения ЛП.

Список литературы:

1. Здоровье полости рта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/ru. – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 20.02.2017).
2. Рязанова Т.К. Исследование номенклатуры лекарственных средств для местного лечения инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта и горла, представленных на фармацевтическом рынке Российской Федерации / Т.К. Рязанова, Н.Р. Варина, В.А. Куркин, И.К. Петрухина, Е.В. Авдеева, Л.Д. Климова, А.С. Лапина // Медицинский альманах. – 2016. – № 5 (45). – С. 207-210.

УДК 615.322

Е.С. ЛАСЫЙ, Д.А. АХАДОВА, Ю.В. ШУР, М.У. СЕРГАЛИЕВА

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА ОРГАНИЧЕСКИХ КИСЛОТ В ЭКСТРАКТАХ РАЗЛИЧНЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РОДА АСТРАГАЛ (*ASTRAGALUS*)

Научный руководитель — д.м.н., М.А. Самотруева

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань

Резюме: Статья посвящена изучению количественного содержания органических кислот в траве различных представителей растений рода Астрагал с целью определения наиболее перспективного источника получения данных биологически активных веществ. Изучение проводили методом алкалиметрического титрования водных экстрактов растений.

Ключевые слова: Астрагал шерстистоцветковый; Астрагал лисий; Астрагал прутьевидный; органические кислоты.

E.S. Lasiy, D.A. Akhadova, J.V. Shur, M.U. Sergaliyeva

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE QUANTITATIVE COMPOSITION OF ORGANIC ACIDS IN EXTRACTS OF VARIOUS MEMBERS OF THE GENUS ASTRAGALUS (*ASTRAGALUS*)

Scientific director — Dr. Sci. in Medicine, Professor M. A. Samotrueva
Astrakhan State Medical University, Astrakhan

Summary: The article is devoted to the study of the quantitative content of organic acids in the grass of various representatives of plants of the genus Astragalus in order to determine the most promising source of obtaining these biologically active substances. The study was carried out by alkalimetric titration of water extracts of plants.

Key words: *Astragalus dasyanthus; Astragalus vulpinus; Astragalus virgeus*; Organic acids.

Актуальность. Сложная экологическая обстановка в мире, а также постоянные воздействия техногенных и социальных факторов приводят к нарушениям функционирования всех систем организма и могут проявляться в виде синдрома хронической усталости. Перспективным направлением для повышения неспецифической сопротивляемости организма к такому широкому спектру вредных воздействий является применение адаптогенов.

Потенциально новым сырьем для получения препаратов данной группы являются представители растений рода Астрагал (*Astragalus*), а именно Астрагал солодколистный *(Astragalus glycyphyllos)*, Астрагал эспарцетный *(Astragalus onobrychis)* и Астрагал шерстистоцветковый *(Astragalus dasyanthus)*, обладающие широким спектром биологической активности и характеризующиеся антистрессорным, антиоксидантным, иммуностимулирующим и седативным влияниями [3,4].

По результатам проведенных ранее исследований установлено, что экстракты растений рода *Astragalus* содержат богатейший комплекс биологически активных соединений: флавоноиды, тритерпеновые сапонины, кумарины, органические кислоты, полисахариды, витамины группы С, дубильные вещества, эфирные масла и камеди и др. [2,5].

Цель исследования. Данное исследование посвящено изучению количественного определения суммы органических кислот в экстрактах травы Астрагала шерстистоцветкового (*Astragalus dasyanthus*), Астрагала лисьего *(Astragalus vulpinus)* и Астрагала прутьевидного (*Astragalus virgeus*).

Материалы и методы исследования. Объектами исследования явились высушенная резаная трава Астрагала шерстистоцветкового (*Astragalus dasyanthus*), собранная на территории Краснодарского края, а также свежая цельная трава Астрагала лисьего (*Astragalus vulpinus*), и Астрагала прутьевидного (*Astragalus virgeus*), собранная на территории Астраханской области в период цветения растений. Заготовку и высушивание свежесрезанного сырья проводили согласно требованиям, указанным в нормативной документации. При проведении исследования использовались фармакопейные методы анализа биологически активных веществ в растительном сырье [1].

Для извлечения суммы органических кислот использовали воду очищенную. Около 1.0 г сырья помещали в колбу вместимостью 500 мл, заливали 250 мл воды и выдерживали в течение 2 ч на кипящей водяной бане, затем охлаждали, фильтровали, отжимая ЛРС, и количественно переносили в мерную колбу вместимостью 250 мл. Доводили объём извлечения водой до метки и перемешивали.

Затем отбирали 10 мл извлечения, прибавляли 100 мл свежепрокипяченой воды, 6 капель 1% спиртового раствора фенолфталеина, 12 капель 0.1% спиртового раствора метиленового синего и титровали раствором натра едкого (0.01 моль/л) до перехода окраски от зеленовато-голубой до лиловой. Параллельно проводили контрольный опыт.

Содержание суммы свободных органических кислот в пересчёте на яблочную кислоту в абсолютно сухом сырье в процентах (X) вычисляли по формуле:

$$x, \% = \frac{(V_0 - V_K) \times K \times 0.00067 \times 250 \times 100 \times 100}{10 \times a \times (100 - W)},$$

где 0.00067 – количество яблочной кислоты, соответствующее 1 мл раствора натра едкого (0.01 моль/л), в граммах; V_0 – объём раствора натра едкого (0.01 моль/л), пошедшего на титрование в основном опыте, в миллилитрах; $V_к$ – объём раствора натра едкого (0,01 моль/л), пошедшего на титрование в контрольном опыте, в миллилитрах; а – масса сырья в граммах; W – потеря в массе при высушивании сырья в процентах.

Заключение и выводы. Результаты проведения количественного содержания органических кислот травы Астрагала шерстистоцветкового (*Astragalus dasyanthus),* прутьевидного (*Astragalus virgeus)* и лисьего (*Astragalus vulpinus)* представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Сравнительное содержание органических кислот в представителях рода Астрагал

Представитель	Содержание органических кислот, %
Астрагал шерстистоцветковый (*Astragalus dasyanthus*)	2,94

Астрагал лисий (*Astragalus vulpinus)*	2, 05
Астрагал прутьевидный (*Astragalus virgeus)*	0,18

По результатам, приведённым в таблице 1, можно сделать вывод о том, что содержание органических кислот в траве Астрагала шерстистоцветкового (*Astragalus dasyanthus)* больше, чем в лисьем (*Astragalus vulpinus)* и прутьевидном (*Astragalus virgeus),* что может быть обусловлено местообитанием использованных растений и влиянием эколого-климатических условий, а также условиями первичной обработки, сушки и хранения сырья.

Список литературы

1. Государственная фармакопея Российской Федерации: в 3 томах / ред. Г.В. Авраменко, О.Г. Потанина, Е.В. Буданова. –XIII. – Москва, 2015.
2. Ласый Е.С. Биологически активные вещества травы Астрагала шерстистоцветкового (*Astragalus dasyanthus*) / Е.С. Ласый, Д.А. Ахадова, А.Л. Ясенявская, М.У. Сергалиева, А.И. Гречухин // Фармацевтическое образование, наука и практика: горизонты развития: мат-лы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию фармацевтического факультета КГМУ (г. Курск, 20-21 октября 2016 г.) / ред. кол.: В.А. Лазаренко, И.Л. Дроздовой, И.В. Зубковой, О.О. Куриловой. – Курск: ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России, 2016. – С. 491–494.
3. Сергалиева М.У., Мажитова М.В., Самотруева М.А. Биологическая активность экстрактов растений рода *Astragalus* // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – С. 648.
4. Сергалиева М.У., Мажитова М.В., Самотруева М.А. Растения рода астрагал: перспективы применения в фармации // Астраханский медицинский журнал. – 2015. Т. – 10. – № 2. – С. 17-31.
5. Шур Ю.В., Ласый Е.С., Ахадова Д.А., Гречухина М.И. Фармакогностическое изучение травы Астрагала шерстистоцветкового (*Astragalus dasyanthus*) // Фармацевтические науки: от теории к практике: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – 2016. – С. 155-157.

УДК 616.155.194.8-085.272-05:303.62

К.В. ЛОЗОВАЯ, С.В. ДЕМЬЯНЧУК

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ ПРИ ВЫБОРЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель — д. фарм. н., профессор Г.Ф. Лозовая

Структурное подразделение, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из основных причин смертности населения во многих странах мира. Российская Федерация занимает лидирующее место в Европе по уровню смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [4,6]. Согласно данным популяционных исследований известно, что распространённость стенокардии увеличивается с возрастом у лиц обоего пола с 5-7% у женщин в возрасте 45-64 лет до 10-12% у женщин в возрасте 64-84 лет; и у мужчин с 4-7% в возрасте 45-64 лет до 12-14% у мужчин в возрасте 64-84 лет [1,7]. Несмотря на значительное количество лекарственных средств, безопасность и эффективность фармакотерапии ИБС является актуальным и острым вопросом. Современные подходы к терапии ИБС преследуют две цели: устранение симптомов и предотвращение сердечно-сосудистых событий [2,3,5], для этого требуется назначение нескольких лекарственных препаратов на длительный срок, что требует значительного контроля безопасности и эффективности терапии.

Комплексный подход лекарственного обеспечения рабочих с профессиональными сердечно - сосудистыми заболеваниями в санаторно-курортных условиях реабилитации (долечивание непосредственно после стационарного лечения) позволил нам решить следующие вопросы: сдерживание роста затрат на здравоохранение, оценку общей стоимости разных методов лечения, варианты подходов к использованию бюджета. Применение фармакоэкономических методов оценки различных подходов в лечении ИБС представляет собой технологию, позволяющую определить место лекарственных средств (ЛС) в существующем многообразии рекомендаций, формуляров и стандартов лечения.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, фармакоэкономические исследования, комбинации лекарственных средств, выбор поставщика.

K.V. Lozovaya, S.V. Demyanchuk

THE USE OF METHODS OF PHARMACOECONOMICS IN THE SELECTION OF MEDICINES FOR THE TREATMENT OF ISCHEMIC HEART DISEASE IN SANATORIUM-RESORT CONDITIONS IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN.

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor G.F. Lozovaya

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Coronary heart disease (CHD) is one of the main causes of mortality in many countries. The Russian Federation occupies a leading position in Europe in terms of mortality from cardiovascular disease [4,6]. According to population-based studies it is known that the prevalence of angina pectoris increases with age in both sexes from 5-7% in women aged 45-64 years to 10-12% in women aged 64-84 years; and in men with 4-7% aged 45-64 years to 12-14% in men aged 64 to 84 years [1,7]. Despite the significant number of drugs, the safety and effectiveness of pharmacotherapy for IBS is urgent and pressing issue. Modern approaches to the treatment of IBS have two goals: elimination of symptoms and the prevention of cardiovascular events [2,3,5], this requires assigning several drugs for a long time, and requires significant monitoring safety and the effectiveness of therapy.

An integrated approach of drug supply working with professional cardiovascular disease in sanatorium-resort conditions of the rehabilitation (aftercare immediately after inpatient treatment) allowed us to address the following issues: containment of health care costs, to estimate the total cost of different treatment methods and options for approaches to the use of the budget. The application of pharmacoeconomic methods evaluate the different approaches in the treatment of IBS is a technology that allows to determine the place of medicines (drugs) in the variety of recommendations, forms and standards of treatment.

Key words: coronary heart disease, pharmacoeconomic studies, drug combinations, the choice of supplier.

Актуальность: Среди кардиологических заболеваний проблема болезней органов системы кровообращения наиболее актуальна. Для населения Республики Башкортостан характерна высокая заболеваемость ИБС. В 2010 году заболеваемость населения республики выше, чем по РФ, на 51,6%, и превышает показатель по ПФО в 1,3-1,6 раза.

Цель исследования: проведение фармакоэкономического анализа и выбор комплексов ЛС, обеспечивающих наилучший терапевтический эффект при наибольшей безопасности и наименьших затратах, для более эффективного управления ресурсами в условиях санаторно-курортного лечения пациентов с ИБС, работавших на крупных промышленных предприятиях.

Материалы и методы: Для оценки эффективности было проведено ретроспективное открытое сравнительное краткосрочное исследование, в которое были включены 18 345 пациентов с диагнозом ИБС, проходивших реабилитацию в санаторно-курортных условиях в 2004-2013г.г.

Для выявления наиболее эффективных, безопасных и экономически доступных комплексов ЛС, необходимых при лечении ИБС, нами были проведены следующие исследования:

1. Отбор наиболее эффективных и безопасных ЛС применяемых при комплексной терапии ИБС в условиях санаторно-курортного лечения с использованием метода экспертных оценок на основе программы OPTIMAL-BALL, разработанной на кафедре УЭФ, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ»;
2. Фармакоэкономическая оценка различных схем лечения пациентов с ИБС лекарственными препаратами и выявление наиболее эффективных и менее затратных;
3. Сравнительный анализ стоимости курса лечения ИБС по ценам основных федеральных дистрибьюторов на территории Республики Башкортостан

Экспертами в нашей работе были врачи санатория «Зеленая Роща», врачи Республиканского кардиологического диспансера. В целом было задействовано 7 экспертов.

О компетентности экспертной группы свидетельствуют следующие данные:

- средний возраст участников группы составил 40 лет
- средний стаж работы в здравоохранении составил 16 лет
- средний стаж работы в кардиологии составил 14 лет

- в качестве источников информации о ЛС эксперты использовали справочники, регистры, медицинские журналы.

Результаты и обсуждение: На основании результатов экспертной оценки при проведении научно – обоснованного отбора наиболее эффективных и безопасных методов, применяемых при комплексной терапии ИБС в условиях санаторно-курортного лечения из 10 комбинаций лекарственных препаратов нами были отобраны 4 наиболее эффективных, более безопасных, менее затратных и наиболее значимых комбинаций лекарственных препаратов. Коэффициент активности экспертов равен 1,0, что говорит о 100% активности. Коэффициент вариации составляет 28,61%, что свидетельствует о высокой согласованности мнений экспертов и достоверности данных (табл. 1).

Таблица 1.

Расчет стоимости и ранжирование комбинаций ЛС,

применяемых для лечения пациентов с ИБС

№№ п/п	Комбинация ЛС	Кратность приема ЛС	Стоимость курса лечения (21день)	Эффективность ЛС	Ранг по эффективности ЛС	Выраженность побочных эффектов	Ранг по побочным эффектам ЛС
1	Эналаприл 5мг №20+ Бисопролол 5мг №50+ Ацетилсалициловая кислота 100мг №30	1таб *1раз+ 1таб *1раз+ 1таб *1раз	221,25	0,90	1	0,10	1
2	Нитроглицерин 10мг №50+ Метопролол 50мг	1таб*4раза + 1таб*3раза	397,75	0,90	1	0,10	1

	№60+ Рамиприл 5мг №28	+ 1/2таб*2раза					
3	Бисопролол 5мг №50+ Изорбида мононитрат 20мг №50+ Эналаприл 5мг №20	1таб *1раз+ 1таб*2раза + 1таб*2раза	431,82	0,80	2	0,20	2
4	Нитроглицерин 10мг №50 + Пропафенон 150мг №50 + Ацетилсалициловая кислота 100мг №30	1таб*4раза + 1таб*3раза + 1таб *1раз	478,23	0,90	1	0,10	1

Примечание: ранжирование проведено:

- по стоимости - по возрастающей сумме;

- по эффективности - от большего значения к меньшему;

- по безопасности - от меньшего значения к большему.

Для оптимизации расходов на лекарственное обеспечение были проанализированы прайс-листы крупных федеральных дистрибьюторов ЛС и проведено сравнение стоимости аналогичных комбинаций лекарств. Полученные данные позволили провести сравнительный анализ общей стоимости исследуемых комбинаций ЛС, применяемых для лечения ишемической болезни сердца у разных дистрибьюторов и определить наиболее экономически выгодные условия закупки препаратов (табл. 2).

Таблица 2.

Сравнительный анализ стоимости курса лечения ИБС по ценам основных федеральных дистрибьюторов на территории Республики Башкортостан

Комбинации лекарственных средств	Стоимость комбинаций лекарственных средств, руб.			
	ЗАО ЦВ Протек	ЗАО СИА Интернейшнл	ЗАО НПК Катрен	ГУП Башфармация РБ
Эналаприл 5мг №20+ Бисопролол 5мг №50+ Ацетилсалициловая кислота 100мг №30	196,96	216,12	206,23	221,25
Нитроглицерин 10мг №50+ Метопролол 50мг №60+ Рамиприл 5мг №28	420,66	457,67	429,42	397,75
Бисопролол 5мг №50+ Изорбида мононитрат 20мг №50+ Эналаприл 5мг №20	373,92	346,35	391,04	431,82
Нитроглицерин 10мг №50 + Пропафенон 150мг №50 + Ацетилсалициловая кислота 100мг №30	382,57	480,82	331,99	478,23
Общая стоимость комбинаций ЛС, руб.	*1374,11*	*1500,96*	*1358,68*	*1495,76*
Средняя стоимость одной комбинации ЛС, руб.	*343,53*	*375,24*	*339,67*	*373,94*

Полученные данные позволяют выделить наиболее выгодные в экономическом плане условия закупки ЛС, а также определить поставщиков, у которых наиболее рационально и экономически обосновано производить закупку лекарственных препаратов. Как видно из таблицы 2, стоимость комбинаций ЛС у дистрибьюторов практически не различаются, но

самые экономически выгодные условия у таких поставщиков как ООО ЦВ Протек и ЗАО НПК Катрен.

Заключение и выводы:

1. С помощью метода экспертной оценки сформирован ассортимент наиболее безопасных и эффективных комбинаций ЛС для лечения ИБС в санаторно-курортных условиях.

2. Проведена фармакоэкономическая оценка различных схем лечения ИБС и выявлены наиболее эффективные и менее затратные.

3.На основании проведенных исследований нами были отобраны 4 наиболее эффективных, более безопасных, менее затратных и наиболее значимых комбинаций ЛС: Эналаприл 5мг №20+Бисопролол 5мг №50+ Ацетилсалициловая кислота 100мг №30; Нитроглицерин 10мг №50+Метопролол 50мг №60+Рамиприл 5мг №28; Бисопролол 5мг №50+Изорбида мононитрат 20мг №50+Эналаприл 5мг №20; Нитроглицерин 10мг №50+Пропафенон 150мг №50+Ацетилсалициловая кислота 100мг №30.

4. Проведен сравнительный анализ общей стоимости исследуемых комбинаций ЛС, применяемых для лечения ишемической болезни сердца у различных дистрибьюторов и определены наиболее экономически выгодные условия закупки препаратов у поставщиков.

Список литературы:

1. Воробьев А.И. Построение системы рационального лекарственного обеспечения. Роль формулярного комитета Минздрава РФ. / Воробьев А.И., Воробьев П.А., Сура М.В. // Ремедиум. – 2002. - №5. – С. 7-11.
2. Колесников А.В. Оценка эффективности деятельности санаторно-курортных организаций в условиях современного рынка: дис. кандидата экон. наук – Хабаровск, 2007. - с. 133-146.
3. Лозовая Г.Ф. Анализ рынка потребителей лекарственных средств, применяемых для терапии профессиональных заболеваний / Г.Ф. Лозовая, З.С. Терегулова, Г.В. Рябушинская, Б.Ф. Терегулов // Медицинский вестник Башкортостана 2010. - № 1. – С. 17-20.
4. Ольбинская Л.И. Терапия ишемической болезни сердца: место ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента / Ольбинская Л.И., Михайлова Н.В. // Лечащий врач. – 2008. - N 1. – С. 84-86.

5. Рекомендации по лечению стабильной ишемической болезни сердца. ESC 2013 // Российский кардиологический журнал № 7 (111). 2014. С:44.

6. Сычев, Д.А. Отечественный опыт применения фармакогенетического тестирования для персонализации дозирования варфарина: реальная возможность для российского врача / Д.А. Сычев, В.Г. Кукес // Consilium medicum. - 2013.-N 10.-С.111-

7. National Institutes of Health NH, Lung, and Blood Institutes. Morbidity & Mortality. 2012. Chart Book on Cardiovascular, Lung, and Blood diseases, Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institutes. 2012.

УДК 615.326. 615.453.7

А.Ф. МАВЛИЯРОВА

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ГЛАЗНЫХ ЛЕКАРСВЕННЫХ ПЛЕНОК С ГУМАТОМ НАТРИЯ ИЗ ТОРФА

Научные руководители – к. фарм. н. доцент З.Р. Ишмакова
к. фарм. н. доцент Р.Р. Китапова
Кафедра фармацевтической технологии с курсом биотехнологии, кафедра фармакологии №1 с курсом клинической фармакологии
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье приведены результаты разработки состава и технологии приготовления глазных лекарственных пленок с гуматом натрия. Изучены органолептические и технологические свойства пленок.
Ключевые слова: пленки глазные, гумат натрия, технология.

A.F. Mavliyarova

DEVOLOPMENT OF COMPOSITION AND TECHNOLOGY OF EYE MEDICINAL FILMS WITH GUMATAE NATRII FROM PEAT

Department of Pharmaceutical Technology with a Course in Biotechnology, Department of Pharmacology number 1 with a course of clinical pharmacology
Bashkir State Medical University, Ufa
Scientific Advisor —candidate of pharmaceutical Sciences, assistant professor Z.R.Ishmakova
candidate of pharmaceutical Sciences, assistant professor R.R.Kitapova

*Abstract: The article presents the results of development of the composition and technology of preparation of eye medicinal films with humates Natrii. The organoleptic and technological properties of the films were studied***.**
Keywords: eye films, gumatae Natrii, tehnology.

Актуальность. В настоящее время очень распространены поражения органа зрения грибковой инфекцией. Одной из важных причин роста грибковых заболеваний глаз в последние десятилетия единодушно признают широкое, не всегда рациональное, местное и общее применение антибиотиков и кортикостероидов для лечения самых различных

болезней человека[1]. Обязательным компонентом терапии грибковых заболеваний глаза являются антимикотические средства, арсенал которых незначителен. Анализ фармацевтического рынка показывает, что ассортимент этих препаратов недостаточно широк. Поиск новых препаратов обладающих противогрибковым, противовоспалительным действием для лечения грибковых инфекций глаза является актуальным.

Цель исследования. Целью исследования нашей работы является разработка состава и технологии глазных пленок с гуматом натрия, обладающей противогрибковой и антимикробной, противовоспалительной активностью, рекомендуемых для лечения грибковых инфекций глаза[2].

Материалы и методы. В работе использованы: гумат натрия, полимеры: метилцеллюлоза (МЦ), поливинилпирролидон (ПВП), карбоксиметилцеллюлоза (КМЦ), пластификатор глицерин.

Влажность глазных лекарственных пленок определяли гравиметрическим методом; размеры пленок: толщину, длину, ширину измеряли в мм с помощью штангенциркуля.

Результаты и обсуждение. Для экспериментальной проверки разрабатываемой глазной пленки были приготовлены прописи, содержащие различные полимеры, в качестве пластификатора глицерина. При постановке эксперимента учитывался важный фактор «комфортность», т. е. обеспечение стабильности лекарственного вещества в препарате – глазных пленок и соответствие pH слезной жидкости. В качестве буферного компонента использовали натрия тетраборат.

В химическом стакане в рассчитанным количестве воды очищенной, при температуре 80±5°С растворяли натрия тетраборат, гумат натрия и вводили различные полимеры. После набухания диспергировали до получения однородной дисперсии и в полученные гели вводили глицерин, далее гомогенизировали турбинной мешалкой. После проводили центрифугирование для удаления пузырьков. Однородную массу разливали на стеклянные чашки Петри, предварительно обработанные этиловым спиртом, высотой 5 мм. Сушку пленочной массы производили при комнатной температуре до остаточной влажности 5%.

Оптимальную композицию для пленок установили по качеству приготовленных составов визуально по оценке внешнего вида. Результаты представлены в таблице 1и 2.

Таблица 1

Композиции исследуемых составов

№ соста	содержание компонентов в %						
	МЦ	КМЦ	Желатин	ПВП	Глицерин	Натрия тетраборат	Вода

вов							очищенная
1	1,0				2,5	0,018	96,482
2		2,0			3,0	0,018	94,982
3			2,0		2,5	0,018	95,482
4	1,0	1,0			2,5	0,018	95,482
5				2,0	2,0	0,018	95,982

Критериями отбора служили следующие показатели качества пленок: толщина и влажность, значения, которых представлены в таблице 2.

Таблица 2

Технологические параметры пленок

Номера составов	Толщина, мм	Влажность,%
1	0,033±0,01	9,3±0,1
2	0,122±0,01	4,7±0,1
3	0,036±0,02	9,3±0,2
4	0,035±0,01	8,9±0,4
5	0,045±0,02	2,2±0,1

Оптимальными значениями показателей, как толщина и влажность, обладают пленки составов №1;3;4 (таблица 2). По органолептическим показателям таким как: прочность, эластичность, однородность, отсутствие разрывов была выбрана основа №4 для дальнейших исследований. Из полученных пленок высекали скальпелем овальные формы размером: с толщиной 0,035 мм, с шириной 4,0 мм и диаметром 9 мм.

Выводы

1. Разработан оптимальный состав и технология глазных лекарственных пленок с гуматом натрия.
2. На основании анализа полученных данных установлено, что разработанная основа максимально удовлетворяет всем физико-химическим и технологическим показателям.

Список литературы.

1. Аветисов С.Э. Офтальмология. Национальное руководство.// 2008 Издательство: ГЭОТАР-Медиа - С.1017

2. Средство, обладающее противомикробным и противогрибковым действием /Исматова Р.Р., Зиганшин А.У., Дмитрук С.Е., Федько И.В., Халиков Р.Р. //Патент на изобретение № 2340328 от 10 декабря 2008 г.

УДК 615.322.021.34

Н.А. МАХМУТОВА

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ В ПОБЕГАХБОЯРЫШНИКА МЯГКОВАТОГО*CRATAEGUS SUBMOLLIS*SARG.

Научный руководитель – доцент, д.фарм.н. Хасанова С.Р.

Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме.В статье рассмотрены вопросы содержания флавоноидов в побегах боярышника мягковатого спектрофотометрическим методом. Для исследования были использованыпобеги боярышника мягковатого, заготовленные в период цветения от культивируемых видов боярышника мягковатого.Установлено, что побеги боярышника мягковатого содержится 2,43% флавоноидов в пересчете на рутин.В последующем данные исследования могут стать основой для разработки методов стандартизации побегов боярышника мягковатого.

Ключевые слова:побеги боярышника мягковатого, флавоноиды,спектрофотомерия, количественное определение.

N.A. Makhmutova

QUANTIFICATION OF FLAVONOIDS IN HAWTHORN *CRATAEGUS SUBMOLLIS*SARG. SHOOTS

Supervisor-Assistant Professor, d. Pharm. Khasanova S.R.

Department of pharmacognosy to Botany and the basics of phytotherapy, Bashkir State Medical University, Ufa

Summary. This article looks at the content of flavonoids in Hawthorn wood Spectrophotometric method. For research were used Hawthorn shoots harvested during flowering from cultivated species of Hawthorn. Found that Hawthorn shoots contains 2.43% of flavonoids in terms of rutin. In a subsequent survey data could form the basis for the development of methods of standardization shoots Hawthorn.

Keywords: *shoots Hawthorn, flavonoids, spektrofotomery, quantification.*

Актуальность.Боярышник мягковатый (лат.*Crataegussubmollis*Sarg.) – американский вид, природный ареал которого охватывает северо-восточные районы США и в Канаде.Деревья и кустарники морозоустойчивы, нетребовательны к плодородию почвы. Боярышник мягковатый – это дерево, достигающее 8 м в высоту, с достаточно мощным стволом. Иногда встречаются многоствольные формы.В России вид интродуцирован и введен в культуру в основном в качестве источника сочных съедобных плодов[1]. Полезные свойства боярышника обусловлены содержащимися в нем биологически активными веществами.

Целью работы явилось определение содержания флавоноидов в побегах боярышника мягковатого, культивируемого в Республике Башкортостан.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования использовались побеги боярышника мягковатого, заготовленные в период цветения с культивируемых на территории Республики Башкортостан растений в мае 2016 г. Количественное определение флавоноидовпроводилось по методике, разработанной для листьев боярышника кроваво-красного[2].Аналитическую пробу сырья измельчали до размера частиц, проходящих сквозь сито с диаметром отверстий 2 мм. Около 1 г (точная навеска) сырья помещают в колбу термостойкого стекла со шлифом вместимостью 200-250 мл, прибавляют 100 мл 80 % этилового спирта, присоединяют к обратному холодильнику и нагревают на кипящей водяной бане в течение 15 минут. Полученное извлечение осторожно фильтруют через бумажный складчатый фильтр в мерную колбу на 200 мл, избегая попадания частиц сырья в воронку. К оставшемуся в колбе сырью прибавляют 100 мл 80 % этилового спирта, присоединяют к обратному холодильнику и нагревают на кипящей водяной бане в течение 15 минут. Колбу охлаждают в течение 15 минут. Содержимое колбы фильтруют в мерную колбу с первой порцией извлечения через тот же бумажный фильтр. Оставшееся в колбе сырье ополаскивают 20 мл 80 % этилового спирта и фильтруют в мерную колбу. Полученное извлечение доводят в мерной колбе до 200 мл (раствор А).

В мерную колбу вместимостью 25 мл помещают 3 мл раствора А, 2 мл 3% спиртового раствора хлорида алюминия, 0,1 мл 30% раствора уксусной кислоты и доводят раствор до метки этиловым спиртом 95% (раствор В). Через 30 минут измеряют оптическую плотность раствора на спектрофотометре при длине волны 409 нм в кювете толщиной слоя 1 см. В качестве раствора сравнения используют раствор, состоящий из 3 мл раствора А, 0,1 мл 30% раствора уксусной кислоты, доведенный этиловым спиртом 95% до метки в мерной колбе вместимостью 25 мл.

Параллельно измеряют оптическую плотность комплекса раствора ГСО рутина с раствором алюминия хлорида: к 1 мл 0,05% раствора ГСО рутина прибавляют 2 мл 3% спиртового раствора алюминия хлорида, 0,1 мл 30% раствора уксусной кислоты и доводят раствор этиловым спиртом 95% до 25 мл в мерной колбе (раствор С).

Содержание суммы флавоноидов (Х) в пересчете на рутин и абсолютно сухое сырье (в %) вычисляют по формуле:

$$X = \frac{D \cdot m_0 \cdot 200 \cdot 100 \cdot 100}{D_0 \cdot m \cdot V \cdot (100 - W)}$$ (5), где

D – оптическая плотность исследуемого раствора;

D_0 – оптическая плотность комплекса ГСО рутина с алюминия хлоридом;

m - навеска сырья, в граммах;

m_0- масса ГСО рутина в спектрофотометрируемой пробе, в граммах;

V – объем исследуемого раствора, взятого для анализа, мл;

W – потеря в массе сырья при высушивании, %.

Результаты и обсуждения. В результате исследования было выявлено, что содержание флавоноидов в боярышнике мягковатомв пересчете нарутинсоставляет 2,436±0,107%. Согласно метрологической характеристике опыта (табл. 1) ошибка опыта составила 4,4%.

Таблица 1

Метрологическая характеристика количественного определения флавоноидов

N	x	$\bar{x}$	$(x-\bar{x})$	Sy	ε	$\bar{\varepsilon}$,%
1	2,36	2,436	0,0049	0,041872	0,1076	4,4
2	2,18		0,0625			
3	2,69		0,676			
4	2,34		0,0081			
5	2,61		0,324			

Обсуждение и выводы. На основании проведённых исследований можно сделать заключение о том, что в побегах боярышника мягковатого содержится достаточно высокое количество

флавоноидов. В дальнейшем данные исследования могут стать основой для разработки методов стандартизации побега боярышника мягковатого.

Список литературы:

3. Полетико О. М. Род 26. Боярышник — Crataegus L. // Деревья и кустарники СССР. Дикорастущие, культивируемые и перспективные для интродукции. / Ред. тома С. Я. Соколов. — М.—Л.: Изд-во АН СССР, 1954. — Т. III. Покрытосеменные. Семейства Троходендроновые — Розоцветные. — С. 559. — 872 с.
4. Хасанова, С.Р. Экспериментально-теоретическое обоснование создания и стандартизации лекарственных растительных препаратов с антиоксидантной активностью: дис. … доктора фарм. наук: 14.04.02 / Хасанова Светлана Рашитовна. - Самара, 2016. - 362с.

УДК 615.1:339.138

А.Ф. ДАВЛЕТЬЯНОВА, М. ЭЛЬ МУССАВИ

АВС/VEN-АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЗАКУПАЕМЫХ ДЛЯ НУЖД ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №18 Г.УФЫ

Научный руководитель – д. фарм. н., профессор Ж.В. Мироненкова
Кафедра управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: с помощью метода совмещенного ABC/VEN-анализа рассчитаны затраты на лекарственные препараты в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Городская клиническая больница №18 городской округ г. Уфа (ГБУЗ ГКБ №18 ГО г. Уфа) за 2014-2016 г.г. в натуральном и суммовом выражении. Определены финансовые затраты по фармакотерапевтическим группам и видам лекарственных форм. Установлено, что выделяемые финансовые средства расходовались рационально: наибольшие объемы финансирования приходились на жизненно важные лекарственные препараты (76,3%). Выявлены резервы повышения эффективности расхода финансовых средств на закупку лекарственных препаратов.

Ключевые слова: городская клиническая больница №18 г. Уфа, рациональность, лекарственные препараты, ABC/VEN-анализ, государственные закупки, лекарственное обеспечение.

A.F. Davletianova, M. Al Moussawi

ABC / VEN-ANALYSIS OF THE RANGE OF THE MEDICINES PURCHASED FOR THE NEEDS OF THE URBAN CLINICAL HOSPITAL №18 OF THE CITY OF UFA

Scientific Advisor – Doctor of Pharmaceutical Sciences,
Full professor Zh.V. Mironenkova
Department of management and economics of pharmacy
Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Abstract.

The combined ABC/VEN-analysis was used for calculating the costs for purchasing the medicines for the state budgetary healthcare city clinical hospital №18 of the city of Ufa for 2014-2016 in volume and monetary terms. The financial costs were determined according to pharmacotherapeutic groups and types of dosage forms. It is established that the financial resources

are spent rationally: the greatest amount of funding accounted for a vital medicines (76,3 %). The reserves for increasing of efficiency of the costs for the purchase of medicines were determined.

Key words: city clinical hospital №18 of the city of Ufa, rationality, medicines, ABC/VEN-analysis, public procurement, provision of medicines.

В настоящее время закупки лекарственных препаратов осуществляются по новым правилам контрактной системы в соответствии с ФЗ-44, а также вновь принятым нормативно-правовым актам с учетом антимонопольного законодательства, Гражданского кодекса РФ, бюджетного кодекса РФ, практики судов [3]. В связи с этим актуальными являются научные исследования, направленные на анализ и совершенствование системы закупок лекарственных препаратов в медицинских организациях. За последние 10 лет проблеме государственных закупок посвятили свои научные исследования такие российские ученые, как Зибзеева Е.В., Шабанова Е.В., Овчинский В.А. и другие [1,2,4]. Вместе с тем, несмотря на определенный прогресс в данной области, для Республики Башкортостан до сих пор остается нерешенной проблема рационального подхода к использованию выделяемых финансовых ресурсов в системе государственных закупок ЛП на уровне конкретных медицинских организаций, что обусловило цель нашего исследования.

Цель исследования. Исследование рациональности использования бюджетных средств, выделяемых на лекарственное обеспечение в Городской клинической больнице №18 городской округ г. Уфа (ГБУЗ ГКБ №18 ГО г. Уфа).

Материалы и методы. Исходной информацией являлись материалы статистической отчетности, годовые отчеты, спецификации к государственным контрактам аптек ГБУЗ ГКБ №18 ГО г. Уфа за 2014-2016 г.г. Методом исследования являлся совмещенный ABC/VEN-анализ.

Результаты исследования и их обсуждение. Для оценки рациональности расхода финансовых средств и повышения эффективности использования бюджетных и внебюджетных средств, выделяемых на лекарственное обеспечение группы преобладающих лекарственных препаратов (ЛП) в ГБУЗ ГКБ №18 ГО г. Уфа, нами был проведен ABC/VEN-анализ за 2014-2016 г.г. ABC-анализ проводился путем распределения ЛП по доле финансовых затрат на каждый ЛП в общей структуре расходов медицинской организации от наиболее затратного к наименее затратному. VEN-анализ проводился параллельно с ABC-анализом. В соответствии с международной практикой ЛП были распределены на жизненно важные (vital - V), необходимые (essential - E) и второстепенные (non-essential - N).

Нами было установлено, что большая часть финансирования приходилась на жизненно важные и необходимые ЛП (78,6%). В группе V (жизненно важных ЛП) наибольшую долю составили ЛП группы А (табл. 1).

Таблица 1

Результаты ABC/VEN-анализа лекарственных препаратов, закупленных для нужд ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфы Республики Башкортостан за 2014-2016 г.г.

Группа ЛП	Распределение ЛП по степени необходимости		
	V,%	E,%	N,%
A	76,3	2,3	3,0
B	5,7	1,7	2,3
C	5,0	1,0	2,7
Итого	87,0	5,0	8,0

Выводы. Проведенный нами ABC/VEN анализ за период 2014-2016 г.г. показал, что в структуре государственных закупок для нужд ГБУЗ РБ ГКБ №18 ГО г. Уфа преобладала группа V – «Жизненно важные» ЛП. Такая ситуация является результатом закупок преимущественно препаратов, входящих в Федеральный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Литература

1. Зибзеева Е. В. Финансовые инструменты эффективного использования бюджетных средств при размещении государственного заказа // Автореф. дисс…канд. экон. н. - Ростов–на–Дону. - 2013. - 26 с.

2. Овчинский В.А. Развитие института федеральной контрактной системы // Автореф. дисс…канд. экон. н. - Москва. - 2013. - 24 с.

3. Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. N 44 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

4. Шабанова Е. В. Экономические проблемы надежности контрактной системы в сфере закупок: региональный аспект // Автореф. дисс…канд. экон. н. - Иваново. - 2015. - 21 с.

УДК 615.322: 547.9

Г.Р. ЯББАРОВА, Т.В. МОРОЗОВА

ПОЛУЧЕНИЕ ВОДНЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ИЗ СЫРЬЯ БОЯРЫШНИКА КРОВАВО-КРАСНОГО

Научные руководители: к. фармац. н., доцент Климова Л.Д., д. фармац. н., профессор Куркин В.А., д. фармац. н., доцент Правдивцева О.Е.

Кафедра фармацевтической технологии,

Кафедра Фармакогнозии с ботаникой и основами фитотерапии,

Самарский Государственный медицинский университет, г. Самара

Резюме: листья боярышника кроваво-красного (Crataegus L.) являются перспективным видом лекарственного растительного сырья. Сравнительное исследование содержания суммы флавоноидов в водных извлечениях на основе различных видов сырья боярышника кроваво-красного показало, что настой листьев (0,0307%) не уступает по содержанию флавоноидовнастою из цветков (0,0304%).

Ключевые слова: боярышник кроваво-красный, Crataegus sanguineaPall., цветки, листья, плоды, гиперозид, флавоноиды, настои.

G.R. YABBAROVA, T.V. MOROZOVA

OBTAINING OF THE AQUEOUS EXTRACTS FROM THE RAW MATERIAL OF HAWTHORN BLOOD-RED

Scientific supervisors: PhD, associate professor Klimova L.D., Doctor Science of Pharmacy, professor Kurkin V.A., Doctor Science of Pharmacy, associate professor Pravdivtseva O.E.

Department of Pharmaceutical Technology,

Department of Pharmacognosy with Botany and the basics of Phytotherapy,

Samara State Medical University

Abstract: The leaves of the hawthorn blood-red (Crataegus L.)are a promising kind of medicinal plant raw material. The comparative study of the content of total flavonoids in aqueous extracts from the different types of hawthorn blood-red raw materials showed that the content of total flavonoids of infusion of leaves (0.0307%) is not inferior to the content of total flavonoids of infusion from flowers (0.0304%).

Keywords: Hawthorn blood-red, CrataegussanguineaPall., flowers, leaves, fruits, hyperoside, flavonoids, infusions.

Актуальность. Растения рода боярышник (*Crataegus* L., сем.Розоцветные - *Rosaceae*) широко распространены на территории Российской Федерации и за ее пределами [1, 2, 3, 4]. Цветки и плоды боярышника находят применение в научной и народной медицине в качестве кардиотонических средств [1, 2, 3, 4]. Ранее было отмечено, что для препаратов боярышника кроваво-красного характерна антидепрессантная и диуретическая активность [5]. Перспективным видом сырья боярышника являются листья, которые имеют сложный химический состав, включающий флавоноиды (гиперозид, рамнозидвитексина), аскорбиновую кислоту и дубильные вещества [6, 9, 10]. Заготовка листьев менее трудоемкая, чем для цветков и плодов, причем преимуществом является длительный период заготовки сырья. Листья боярышника находят применение зарубежной медицине [12]. Все виды сырья боярышника содержат флавоноиды в форме гликозидов, поэтому целесообразным является получение водных извлечений - настоев в качестве лекарственной формы. Настой с точки зрения технологи является одной из лекарственных форм, приготовление которых возможно даже в домашних условиях [1, 2].

Целью исследованияявилось сравнительное исследование настоев из листьев, цветков и плодов боярышника кроваво-красного.

Материалы и методы. Цветки, листья и плоды боярышника кроваво-красного были собраны на территории Самарской области в одном районе заготовки, в течение вегетационного периода 2016 года. Все виды сырья были высушены на воздухе. На основе всех видов сырья с использованием общих правил были получены настои в соотношении 1:20 [2]. Настоиполучали с использованием инфундирного аппарата. Перед получением водных извлечений листья были измельчены до размера частиц не более 7 мм, плоды до размеров частиц 5 мм, а цветки использовались цельными, в соответствии с требованиями [1].

При определении объема воды для экстрагирования учитывают величину общей потери объема экстрагента в процессе экстракции[11]. Она обусловлена поглощением воды лекарственным растительным сырьем, а также потерями за счет смачивания стенок инфундирки и испарения.

Потерю, связанную с водопоглощением лекарственного растительного сырья, учитывают до начала экстракции с использованием соответствующего коэффициента водопоглощения (КВП). Для исследуемых видов лекарственного растительного сырья боярышника КВП не определены [2, 8]. Потеря экстрагента вследствие испарения и смачивания стенок аппаратуры составляет около 16% от объема потери [11]. Ее компенсируют путем доведения объема извлечения до требуемого значения [8]. Однако это приводит к нежелательному разбавлению настоя. Поэтому для расчета объема воды для экстрагирования нами были экспериментально установлены коэффициенты общей потери экстрагента (КОП) для листьев, цветков и плодов боярышника кроваво-красного.

Методика: лекарственное растительное сырье в количестве 5 г помещали в перфорированный стакан инфундирки, которую предварительно прогревали 15 мин на кипящей водяной бане. Заливали 100 мл воды очищенной и настаивали в инфундирном аппарате на кипящей водяной бане 15 мин, а затем при комнатной температуре 45 мин, периодически помешивая (режим настоя). После настаивания лекарственное растительное сырье отжимали в перфорированном стакане инфундирки. Полученное извлечение фильтровали. Измеряли его объем при комнатной температуре. КОП рассчитывали по формуле:

$$КОП = \frac{100 - V_н}{5}$$, где

100 – объем воды, взятый для экстрагирования, мл;

$V_н$ - объем полученного извлечения, мл;

5 – масса лекарственного растительного сырья, г;

КОП – коэффициент общей потери экстрагента, мл/г

Средние результаты трех определений для каждого вида лекарственного растительного сырья боярышника представлены в таблице 1.

Установленные КОП экстрагента использовали в расчетах объема воды для получения настоев листьев, цветков и плодов боярышника по формуле:

Vводы = Vнастоя + Млрс × КОП, где

Vводы – объем воды для экстрагирования, мл;

Vнастоя – требуемый объем настоя, мл;

Млрс – масса лекарственного растительного сырья, г;

КОП – коэффициент общей потери экстрагента, мл/г.

Отклонения в объеме полученных настоев из лекарственного растительного сырья соответствовали требованиям нормативного документа (± 3% для настоев объемом 100 мл) [11].

Таблица 1

Коэффициенты общей потери экстрагента (КОП)

сырьябоярышникакроваво-красного

№ п/п	Названиесырья	Измельченность, мм	КОП, мл/г
1	Цветки	Цельные	8,0
2	Листья	до 7 мм	4,8
3	Плоды	до 5 мм	3,0

Во всех полученных настоях определяли содержание суммы флавоноидов в пересчете на гиперозид. Для этого использовали методику, разработанную нами ранее для спиртовых извлечений на основе сырья боярышника [7]. Содержание суммы флавоноидов в настоях отражено в таблице 2.

Таблица 2

Содержание суммы флавоноидов в водных извлечениях на основе сырья боярышника кроваво-красного

№ п/п	Препарат	Содержание суммы флавоноидов в пересчете на гиперозид, %
1	Настой цветков боярышника кроваво-красного	0,0304 ± 0,0020
2	Настой листьев боярышника кроваво-красного	0,0307 ± 0,0020
3	Настой плодов боярышника кроваво-красного	0,0030 ± 0,0002

Результаты и обсуждение. Можно отметить, что водные извлечения листьев и цветков боярышника кроваво-красного содержат примерно одинаковое количество флавоноидов. Настой плодов боярышника кроваво-красного значительно уступает им по содержанию флавоноидов.Следует также отметить, что спирт этиловый 70% концентрации является наиболее эффективным экстрагентом для всех видов сырья боярышника[7]. Препараты, представляющие собой жидкие экстракты на основе тех же видов сырья содержат гораздо большее количество флавоноидов, чем настои [6]. Однако различный уровень содержания флавоноидов можно легко скорректировать дозировкой лекарственного препарата. Важным обстоятельством является тот факт, что в настоях отсутствует этиловый спирт, противопоказанный многим категориям пациентов.

Выводы. На наш взгляд настой листьев боярышника кроваво-красного является перспективной лекарственной формой.

Список литературы

1. Государственная фармакопея СССР. Одиннадцатое издание / МЗ СССР. Вып. 2. М.: Медицина, 1990. – 400 с.

2. Государственная Фармакопея Российской Федерации. - Тринадцатое издание. – Вып. 3. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2015. Настои и отвары (ОФС 1.4.1.0018.15)

3. Куркин В.А. Фармакогнозия. Учебник для студентов фармацевтических вузов (факультетов). - 3-е изд., перераб. и доп. - Самара: ООО «Офорт»; ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 2016. - 1279 с.

4. Куркин В.А. Основы фитотерапии: учебное пособие. - Самара: ООО «Офорт»; ГОУ ВПО «СамГМУРосздрава», 2009. – 963 с.

5. Куркин В.А., Куркина А.В., Зайцева Е.Н., Дубищев А.В., Правдивцева О.Е., Морозова Т.В. Диуретическая и антидепрессантная активность густого экстракта боярышника кроваво-красного // Бюллетень сибирской медицины. - 2015. - Т. 14, № 3. - С. 18-22.

6. Куркин В.А., Правдивцева О.Е., Лямин А.В., Морозова Т.В. Сравнительное фитохимическое и микробиологическое исследование жидких экстрактов из сырья боярышника кроваво-красного // Сборник научных трудов Международной научно-практической конференции «Биологические особенности лекарственных и ароматических растений и их роль в медицине», посвященной 85-летию ВИЛАР. М.: Щербинская типография, 2016. - С. 389-391.

7. Куркина А.В. Флавоноиды фармакопейных растений: монография. – Самара: ООО «Офорт», ГБОУ ВПО СамГМУМинздравсоцразвития России, 2012. – 290 с.

8. Об утверждении правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность: приказ МЗ РФ № 751н от 26.10.2015 г.

9. Растительные ресурсы СССР: Цветковые растения, их химический состав, использование; Семейства *Hydrangeaceae – Haloragaceae.* – Л.: Наука, 1987. – С. 34-42.

10. Хасанова С.Р., Трофимова С.В., Кудашкина Н.В. Определение флавоноидного состава листьев боярышника кроваво-красного из флоры РБ методом ВЭЖХ // Современная медицина и фармацевтика: анализ и перспективы развития: материалы 8 Международной научно-практической конференции. – М.: Изд-во «Спутник», 2013. – С. 36.

11. Чижова Е.Т., Михайлова Г.В. О коэффициентах водопоглощения лекарственного растительного сырья // Фармация. – 2001. - № 1. – С. 35-37.

12. European Pharmacopoeia. – 6-th Ed. – Rockville: United States Pharmacopoeial Convention, Inc., 2008.

УДК: 616.45-001.1/.3

В. Х. МУРТАЛИЕВА

ВЛИЯНИЕ СЕМАКСА НА ПОВЕДЕНИЕ ЖИВОТНЫХ В ТЕСТЕ «ПОРСОЛТ» В УСЛОВИЯХ «СОЦИАЛЬНОГО» СТРЕССА

Научный руководитель - д.м.н. М.А. Самотруева, к.м.н. А.Л. Ясенявская
Кафедра фармакогнозии, фармацевтической технологии и биотехнологии,
Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Резюме. Целью настоящего исследования явилось изучение влияния Семакса на поведение крыс-самцов в условиях «социального» стресса. Данный вид стресса моделировали путем формирования агрессивного и субмиссивного типов поведения на модели сенсорного контакта. Психоэмоциональное состояние животных оценивали по результатам изучения поведения в тесте «Порсолт». Установлено, что воздействие «социального» стресса на поведение крыс-самцов, способствовало увеличению ситуативной тревожности и появлению депрессивноподобных поведенческих реакций. Семакс в условиях «социального» стресса проявил психомодулирующее действие, устраняя депрессивноподобные нарушения в поведении животных.

Ключевые слова: «социальный» стресс; сенсорный контакт; Семакс; тест «Порсолт»

V. H. Murtalieva

THE EFFECT OF SEMAX ON ANIMAL BEHAVIOR IN PORSOLT TEST IN CONDITIONS OF "SOCIAL" STRESS

Scientific Advisor — Dr. Sci. in Medicine M.A. Samotrueva,
Cand. Sci. in Medicine A.L. Yasenyavskaya
Department of pharmacognosy, pharmaceutical technology and biotechnology,
Astrakhan State Medical University, Astrakhan

Abstract. The purpose of this study was to study the influence of Semax on the behavior of male rats in conditions of "social" stress. "Social" stress was modeled by the formation of aggressive and submissive types of behavior on model of sensor contact. The psychoemotional state of the animals was assessed by the results of studying the behavior in the "Porsolt" test. It was found that the impact of "social" stress on the behavior of male rats, contributed to an increase in situational anxiety and the appearance of depressive-like behavioral responses. It is established

that Semax has a psychomodulatory effect in conditions of "social" stress, eliminating depressive disturbances-like in animal behavior.

Keywords: social stress; touch contact; Semax; test "Porsolt"

В последние годы проблема стресса приобретает новое виденье и особую актуальность в современной медицине. Стресс, являясь мощным неспецифическим фактором, рассматривается как ведущая причина развития неврозов, депрессии, полинейропатий, бессонницы и многих других патологических состояний [3]. Для исследования особенностей развития стресс-индуцированных нарушений используют экспериментальное моделирование на животных, которые позволяют воспроизводить формы стрессорного воздействия, встречающиеся в повседневной жизни. Изменение поведения особей и их взаимоотношений в группе является объективным и достаточно информативным критерием эмоционального психического состояния [7]. Наряду с этим, остро встает вопрос о своевременной профилактике и коррекции стресса, а также способах устранения его последствий [6]. С этой целью в последние десятилетия для лечения патологических состояний нервной системы используют препараты из группы аналогов нейропептидов, близких по природе к эндогенным регуляторам организма. В качестве такого перспективного средства компенсации стресс-индуцированных нарушений особый интерес представляет Семакс [1, 2].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния Семакса на поведение крыс-самцов в тесте «Порсолт» в условиях «социального» стресса.

Материалы и методы. Исследование выполнено на беспородных крысах-самцах (6-8 мес.). «Социальный» стресс у животных моделировали путем формирования агрессивного и субмиссивного типов поведения самцов в условиях парного дистантного сенсорного контакта [5]. Животные были разделены на 3 группы (n=10): 1-я – интактные самцы, определенные по одному в клетках; 2-я – животные, подвергавшиеся воздействию «социального» стресса (20 дней); и 3-я – крысы, подвергавшиеся воздействию «социального» стресса (20 дней), получавшие интраназально Семакс (0,1% раствор) в дозе 150 мкг/кг/сут. Психоэмоциональное состояние животных оценивали по результатам изучения поведения в тесте «Порсолт» [4]. Исследование проводилось в соответствии с существующими международными этическими и научными стандартами качества планирования и проведения исследований на животных. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью определения t-критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что под воздействием «социального» стресса в тесте «Порсолт» у животных выявлено изменение

психоэмоционального состояния. Так, конфронтации у животных с агрессивным и субмиссивным типами поведения приводили к увеличению латентного периода до первого движения в среднем на 30% ($p<0,05$). Латентный период до первой иммобильности уменьшился на 30% ($p<0,05$) у агрессоров, и на 35% ($p<0,01$) у жертв по сравнению с интактными животными. В условиях стресса наблюдалось увеличение времени иммобильности у животных с агрессивным типом поведения на 35% ($p<0,05$), с субмиссивным – более чем на 40% ($p<0,001$). На фоне этого, время пассивного плавания статистически значимо увеличилось, тогда как время активного плавания, напротив, достоверно сократилось как у животных с агрессивным, так и с субмиссивным типами поведения, относительно контрольных показателей (табл. 1).

Таблица 1.

Влияние Семакса на поведение крыс-самцов в тесте «Порсолт»
в условиях «социального» стресса

Экспериментальные группы (n = 10) Поведенческие показатели (M ± m)	Контроль	«Социальный» стресс (20 дней)	«Социальный» стресс + Семакс (150 мкг/кг/сут)
Животные с агрессивным типом поведения			
ЛП до 1-го движения, с	3,9 ± 0,3	4,9 ± 0,4*	3,5 ± 0,3#
ЛП до 1-ой иммобильности, с	160,0 ± 12,5	113,5 ± 9,9*	143,7 ± 6,6#
Иммобильность, с	65,0 ±6,4	88,0 ± 6,6*	68,7 ± 5,7#
Пассивное плавание, с	90,0 ± 8,3	142,0 ± 12,2**	100,8 ± 8,9#
Активное плавание, с	145,0 ± 12,6	70,0 ± 7,4***	130,4 ± 8,0###
Животные с субмиссивным типом поведения			
ЛП до 1-го движения, с	3,9 ± 0,3	5,0 ± 0,3*	4,0 ± 0,3#
ЛП до 1-ой иммобильности, с	160,0 ± 12,5	103,9 ± 8,9**	139,0 ± 10,2#
Иммобильность, с	65,0 ±6,4	91,3 ± 5,9**	69,5 ± 4,9#
Пассивное плавание, с	90,0 ± 8,3	145,1 ± 9,4***	111,3 ± 9,0#
Активное плавание, с	145,0 ± 12,6	63,6 ± 5,4***	119,3 ± 9,3###

Примечание: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$ уровень значимости относительно контроля; # – $p<0,05$; ## – $p<0,01$; ### – $p<0,001$ – относительно стрессированных животных; ЛП – латентный период

При изучении влияния Семакса на поведение животных с агрессивным и субмиссивным типами поведения в тесте «Порсолт» установлено, что латентный период до

первой иммобильности уменьшился в среднем на 30% ($p<0,05$), а продолжительность периода иммобильности — в среднем на 25% ($p<0,05$), относительно стрессированных животных. Кроме того, введение Семакса способствовало снижению продолжительности пассивного плавания в среднем на 25% ($p<0,05$), и увеличению активного более чем на 80% ($p<0,001$) у агрессоров и жертв, относительно группы «стресс» (табл. 1).

Выводы. Результаты, полученные в ходе изучения воздействия «социального» стресса на поведение крыс-самцов, свидетельствуют об увеличении тревожности и появления депрессивноподобных поведенческих реакций, что подтверждалось изменением соотношения времени активное/пассивное плавание в сторону увеличения последнего, а также нарастанием суммарного времени иммобильности. Семакс в условиях «социального» стресса оказывает психомодулирующее действие, устраняя депрессивноподобные нарушения в поведении животных.

Список литературы:

1. Ашмарин И. П. Закономерности взаимодействия и функциональный континуум нейропептидов (на пути к единой концепции) : Обзор / И. П. Ашмарин, С. В. Королева // Вестник РАМН. – 2002. – № 6. – С. 40—48.

2. Соловьев В. Б. Нейропептиды: структурно-функциональная классификация / В. Б. Соловьев // Actualscience. – 2015. – Т. 1, № 4 (4). – С. 22-35.

3. Самотруева М. А. Психоиммуномодулирующее действие фенотропила у иммунострессированных животных / М. А. Самотруева, И. Н. Тюренков, Д. Л. Теплый, Т. К. Сережникова, Е. Б. Хлебцова // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2011. – № 1. – С. 59-62.

4. Самотруева, М. А. Экспериментальные модели поведения / М. А. Самотруева, Д. Л. Теплый, И. Н. Тюренков // Естественные науки. – 2009. –№2. – С. 140–152.

5. Kudryavtseva N. N. The sensory contact model for the study of aggressive and submissive behaviors in male mice / N. N. Kudryavtseva // Aggress Behav. – 1991 – № 17 (5). – P. 285-291.

6. Ясенявская А.Л. Влияние Семакса на поведение животных в тесте «Открытое поле» в условиях «социального» стресса / А. Л. Ясенявская, В. Х. Мурталиева // Научный форум: Медицина, биология и химия Сборник статей по материалам III международной заочной научно-практической конференции. – 2017. – С.55-59.

7. Ясенявская А. Л. Экспериментальное подтверждение формирования состояния повышенной тревожности в условиях информационного воздействия / А. Л. Ясенявская, М. У. Сергалиева, М. А. Самотруева, М. В. Мажитова // Астраханский медицинский журнал. – 2016. – Т.11, №2. – С. 92-98.

УДК 615

А.М. МЫЛЬНИКОВ, Д.А. МУДРАК

АДАПТОГЕННАЯ И ГЛЮКОКОРРЕКТИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ АВРАНА ЛЕКАРСТВЕННОГО

Научный руководители – д.м.н. профессор Н.В. Полуконова,
асс. Кафедры патологической анатомииН.А. Наволокин
Структурное подразделение, Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов

Резюме: Альтернативой синтетических средств повышающих работоспособность и стрессоуствойчивость являются вещества растительного происхождения, обладающие адаптогенными свойствами, основное достоинство которых - минимальное проявление побочных эффектов при их применении. Проводилась сравнительная характеристика, по показателям времени плавания и уровня глюкозы, экстрактовРододендрона Адамса, Эхинацеи пурпурной и Аврана лекарственного. Была выявлена глюкокорректирующая активностьэкстрактаАврана лекарственного и увеличение времени плавания у животных, которые получали этот экстракт, по сравнению с группой без воздействия.

Ключевые слова: Авран лекарственный, глюкокорректирующая активность, адаптогенная активность, флавоноид, растительный экстракт.

A.M. Mylnikov, D.A. Mudrak,

ADAPTOGENIC AND GLUCOCORRECTING ACTIVITY OF THE GRATIOLA OFFICINALIS

Scientific Advisor — Ph. D. in Biology, Full professor N.V. Polukonova,
assistant of the Department of pathological anatomyN.A. Navolokin
Department, Saratov State Medical University, Saratov

Abstract: An alternative to synthetic agents that increase working capacity and stress resistance are substances of plant origin possessing adaptogenic properties, the main advantage of which is the minimal manifestation of side effects when applied. The comparative characteristics of extracts of Rhododendron Adams, Echinacea purpurea and Avran medicinal in terms of swimming time and glucose index were carried out. We found the glucocorrecting activity of the Avran drug extract and the increase in the swimming time of the animals that received this extract, in comparison with the intact group.

Key words: Gratīola officinālis, glucocorrecting activity, adaptogenic activity, flavonoid, plant extract.

Актуальность

Хорошая физическая работоспособность и стрессоустойчивость - это качества, которые необходимы человеку в современной жизни. Применение анаболических средств и синтетических антидепрессантов зачастую оказывает пагубное влияние на состояние здоровья человека. Альтернативой им являются вещества растительного происхождения с адаптогенными свойствами, основное достоинство которых - минимальное проявление побочных эффектов при их применении.

Экстракт Аврана лекарственного ранее не был изучен ни по одному из заявленных свойств [1-7,10,11]. Поэтому на основе, выбранных нами, известных адаптогенов, которыми являются растительные экстракты Эхинацеи пурпурной (за счет действия цикориевой кислоты) и Рододендрона Адамса (за счет действия тритерпеновых сапонинов) была проведена сравнительная характеристика их действия в условиях эксперимента.

Цель исследования:

Сравнить эффект на физическую активность, стрессоустойчивость и уровень глюкозы в крови лабораторных крыс экстракта Аврана лекарственного с действием экстрактов, обладающих адаптогенными свойствами - Эхинацеи пурпурной и Рододендрона Адамса

Задачи исследования:

1. На модели плавания с грузом до отказа исследовать изменения продолжительности плавания в группах животных, как показатель физической активности, как в контрольной группе, так и под действием экстрактов.
2. Определить уровень глюкозы в крови у животных, как показатель адаптации к фактору стресса, как в контрольной группе, так и под действием экстрактов. Выявить зависимость влияния экстрактов на время плавания и уровень глюкозы в крови.
3. Выявить зависимость влияния экстрактов на уровень глюкозы с аллоксан-индуцированным сахарным диабетом.

Материалы и методы

Изучались водные растворы экстрактов: Аврана лекарственного, Эхинацеи пурпурной, Рододендрона Адамса.

В эксперименте использовались: высушенная готовая 15%-спиртовая настойка Эхинацеи, высушенный настой Рододендрона. Экстракт Аврана ранее не применялся как адаптоген. Для получения сухого экстракта Аврана авторским способом[10], который направлен на выход флавоноидов.

Дизайн исследования**:**

На модели однократного плавания до отказа с грузом, составляющим 10 % от массы тела, исследованы изменения времени плавания под влиянием экстрактов[8]. Исследование проводили на 20 самцах белых беспородных крыс линии Wistar. Животные были разделены на 4 группы (по 5 животных в каждой):

1 – группа контрольных животных, которые получали внутримышечно по 0,5 мл дистиллированной воды, что соответствовало объему инъекции в эксперименте; 2, 3, 4 – группы животных, получавших соответственно экстракт Аврана лекарственного, экстракт Эхинацеи пурпурной, экстракт Рододендрона Адамса по 50 мг/кг веса в виде внутримышечной инъекции;

На модели аллоксан-индуцированного сахарного диабета исследовано влияние экстрактов на течение патологического процесса у самцов лабораторных крыс линии Wistar массой тела 450 – 500 г. Модель экспериментального сахарного диабета создается при внутрибрюшинном введении аллоксан тригидрата[9].

Животные в количестве 40 особей были разделены на группы (по 5 животных):

1 – контрольная группа без воздействия; 2 – группа сравнения, животные с аллоксан-индуцированным сахарным диабетом, получавшие по 50 мг/кг веса дистиллированной воды;

3, 5, 7 – экспериментальные группы животных, получавших внутримышечно по 50 мг/кг соответственно экстракта Аврана лекарственного, экстракта Эхинацеи пурпурной, экстракта Рододендрона Адамса; 4, 6, 8 –экспериментальные группы животных с аллоксан-индуцированным сахарным диабетом, получавшие по 50 мг/кг экстракта Аврана лекарственного, экстракта Эхинацеи пурпурной, экстракта Рододендрона Адамса;

Производилось измерение уровня глюкозы крови. Забор крови для исследования уровня глюкозы, осуществлялся из хвостовой вены животного. Исследование уровня глюкозы крови произведено глюкометром Accu-Chek.

Данные были подвергнуты статистической обработке при помощи программного обеспечения Statistika 20.0. Проведенный анализ показал, что распределение признаков по группам не соответствует нормальному, поэтому для обработки данных был использован непараметрический критерий U Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение:

В ходе эксперимента были получены показатели уровня глюкозы в крови, массы тела и времени плавания крыс.

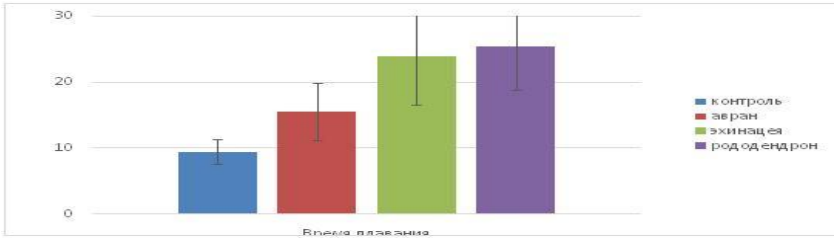


Рисунок 1. Диаграмма влияния экстракта на продолжительность плаванья.

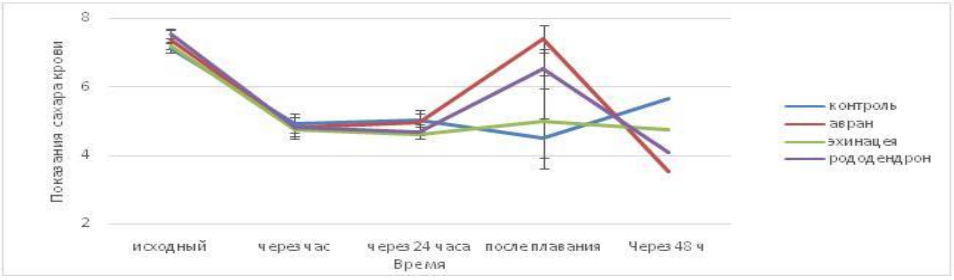


Рисунок 2. График уровня глюкозы в крови в эксперименте на модели плаванья.

Было установлено увеличение уровня глюкозы в крови в первые сутки после плавания у животных получавших экстракт Аврана лекарственного и снижение через 48 часов по сравнению с контрольной группой (p1=0,01; p2=0,016). Также выявлено, что данный экстракт не влияет на время плавания (p=0,233). Введение экстракта Эхинацеи пурпурной привело к незначительному увеличению времени плавания крыс и снижению уровня глюкозы в крови (p>0,05). Экстракт R. Adamsii увеличивает время плавания (p=0,02) и не оказывает влияния на уровень глюкозы. (Рисунок 1, Рисунок 2).

Для уточнения результатов эксперимента на модели плавания до отказа с грузом, где экстракт Аврана лекарственного оказал глюкокорректирующее действие, был проведен дополнительный эксперимент. На модели аллоксан-индуцированного сахарного диабета у лабораторных крыс было выявлено снижение уровня глюкозы в крови при внутримышечном введении экстракта аврана по сравнению с контрольной группой, где животным с сахарным диабетом внутримышечно вводилась дистиллированная вода (Рисунок 3).

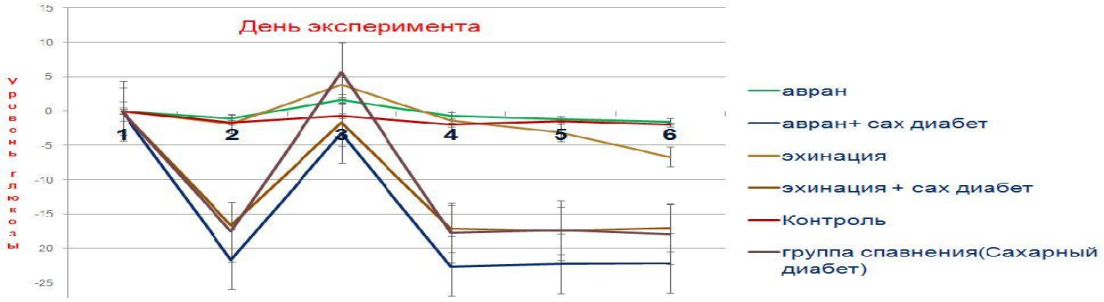


Рисунок 3. Изменения дельты уровня глюкозы у животных в эксперименте на модели аллоксан-индуцированного сахарного диабета.

Выводы: Влияние экстрактов на уровень глюкозы в крови у животных до нагрузки плаванием отсутствует. Следовательно, при отсутствии стрессов и критических влияний на организм, все представленные экстракты не проявляют воздействия на нормальные метаболические процессы, физиологические показатели уровня глюкозы в крови поддерживаются на уровне нормы. Значительное снижение уровня глюкозы в крови было выявлено под воздействием экстракта аврана лекарственного. Также было установлено резкое снижение уровня глюкозы в крови при внутримышечном введении экстракта аврана у животных с аллоксан-индуцированным сахарным диабетом.

Список литературы

1. Наволокин Н.А., Полуконова А.В., Бибикова О.А. и др. Цитоморфологические изменения в культуре клеток почки эмбриона свиньи при воздействии экстракта аврана лекарственного (Gratiolaofficinalis l.) Фундаментальные исследования. 2014. №10-7.1369-1374.

2. Наволокин Н.А., Скворцова В.В., Полуконова Н.В. и др. Противотуберкулезная активность экстракта аврана лекарственного (Gratiolaofficinalis l.) Invitro. Экспериментальная и клиническая фармакология. 2015. Т.78. №4. С.10-13

3. Наволокин Н.А., Мудрак Д.А., Тычина С.А., Корчаков Н.В. Изменения лейкоцитарной формулы, красного костного мозга и опухоли лабораторных крыс с перевитой саркомой-45 при введении экстрактов аврана лекарственного, бессмертника песчаного, кукурузы антацианової. Саратовский научно-медицинский журнал. - 2015. - Т. 11. - № 3. - С. 328-332.

4. Наволокин Н.А., Полуконова Н.В., Маслякова Г.Н. и др., Противоопухолевая активность растительных экстрактов, содержащих биофлавоноиды. Российский биотерапевтический журнал. 2013- Т.12 .- №2. – С. 59-59а

5. Наволокин Н.А., Полуконова Н.В., Мудрак Д.А. и др. Сравнение противоопухолевой активности экстракта аврана лекарственного и входящего в его состав кверцетина при интротуморальном введении / Российский биотерапевтический журнал. 2015. Т. 14. № 1. С.

6.ПолуконоваН.В., Наволокин Н.А., Райкова С. В.и др., Противовоспалительная, жаропонижающая и антимикробная активность флаваноидсодержащего экстракта аврана лекарственного (Gratiolaofficinalis l.) Экспериментальная и клиническая фармакология. 2015. Т.78. №1. С. 34-38

7. Скворцова В.В., Наволокин Н.А. Патоморфоз саркомы s45 при внутримышечном введении флавоноидсодержащего экстракта лабораторным крысам. Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - Т. 3. - № 2. - С. 258.

8. Миронов А.Н., Бунатян Н.Д. и др. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств. Часть первая. 2010. Глава 52, п. 2.1.4, стр. 792

9.Экпериментальный сахарный диабет/ Под ред. В.Г. Баранова – Л.:Наука, 1983, стр.240.

10. Polukonova N.V., Kurchatova M.N., Navolokin N.A., et al. A newextractionmethod of bioflavanoids from poisonous plant (Gratiolaofficinalis l.). Russian Open Medical Journal. 2014. V.3. №3. P.304

11. Tkachenko N., Pravdin A., Terentjuk G., Navolokin N., Kurchatova M., Polukonova, Inhibiton of photodynamic haemolysis by gratiolaofficinalis l. extract. Proc. SPIE. 2015; 9448: 94480P doi: 10.1117/12.2179862

УДК 616.155.194.8-085.272-05:303.62

Г. М. НАГИМОВА

СОВРЕМЕННЫЙ ПОРТРЕТ ПОТРЕБИТЕЛЯ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Научный руководитель – к. фарм. н., доцент С. Н. Ивакина
Кафедра управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: составлен современный портрет потребителя железосодержащих лекарственных препаратов (ЛП) по результатам проведенного социологического опроса. Выявлены особенности потребительского поведения при выборе железосодержащих ЛП в Республике Башкортостан.

Ключевые слова: портрет потребителя, железосодержащие лекарственные препараты, железодефицитная анемия (ЖДА)

G. M. Nagimova

A MODERN PORTRAIT OF THE CONSUMER OF IRON – CONTAINING DRUGS

Scientific advisor - cand. of pharm. s., assis. prof. Ivakina S. N.
Department of Management and Economics of Pharmacy course with MFM,
Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: a modern portrait of the consumer of iron-containing drugs (MP) was compiled based on the results of the conducted sociological survey. The peculiarities of consumer behavior are revealed in the selection of iron-containing MP in the Republic of Bashkortostan.

Keywords: portrait of the consumer, iron-containing drugs, iron-deficiency anemia (IDA)

Актуальность: Проблема железодефицитной анемии является одной из актуальных в современном мире, поскольку с каждым годом наблюдается тенденция увеличения заболеваемости.

По данным ВОЗ, более 1,6 млрд. человек в мире страдают анемией, связанной с дефицитом железа. В 2014 году общероссийские числовые показатели заболеваемости ЖДА составили 1084,2 случая на 100 000 населения, что по сравнению с 2011 годом выше в 1,1 раза. Приволжский федеральный округ, в состав которого входит Республика Башкортостан, занимает второе место по заболеваемости ЖДА, показатели которого превышают общероссийские в 1,2 раза [1,4,5].

Лечение ЖДА состоит в сочетании сбалансированного рациона питания и применения железосодержащих лекарственных препаратов. Поэтому интерес представляет выявление особенностей потребительского поведения при выборе и покупке железосодержащих ЛП, особенно в условиях социально-экономического кризиса и падения платежеспособности населения [2,3].

Цель исследования: разработка портрета потребителя железосодержащих ЛП на основе социологического опроса.

Материалы и методы: Для опроса потребителей железосодержащих ЛП нами была составлена анкета, которая включала 23 вопроса относительно пола, возраста, социального статуса, дохода на одного члена семьи, рациона питания, образа жизни, этиологии ЖДА, наличия знаний о железосодержащих препаратах, кратности денежной суммы на приобретение препарата железа, критериев выбора того или иного железосодержащего ЛП, страны-производителя данной группы ЛП, побочных действий и времени наступления терапевтического эффекта (если имеется). В опросе приняло участие 250 человек – целевая выборка. Социологический опрос проводился в городе Уфа. Данные опроса были обработаны в программе Microsoft Office Excel 2007, версии 12.0.

Результаты и обсуждение: Потребителями железосодержащих ЛП являются женщины (71,6%) в возрасте 26-30 лет (16,8%). Большинство опрошенных – это рабочие, составляющие 73,5% от общего количества респондентов. Доходы на одного члена семьи у опрошенных потребителей разнятся: до 10 000 рублей – 22%, от 10 000 до 15 000 рублей – 23,2%, от 15 000 до 20 000 рублей – 24%, более 20 000 рублей – 30,8%.

В рацион питания потребители включают преимущественно мясную продукцию (19,1%), овощи (18,2%) и фрукты (14,2%). 17,5% опрошенных респондентов предпочитают разнообразное питание.

Большинство потребителей железосодержащих ЛП имеют приверженность к здоровому образу жизни (35%), а 30,8% - не имеют вредных привычек. Только 13,7% респондентов из общего числа опрошенных не ведут здоровый образ жизни.

Среди факторов, влияющих на состояние здоровья, потребители препаратов железа отмечают следующие (рис. 1):

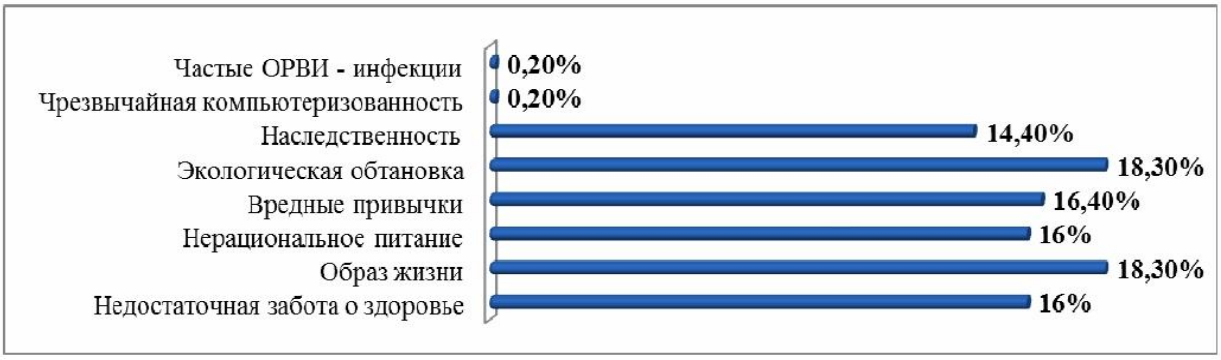


Рис. 1 – Факторы, влияющие на состояние здоровья

Как видно из рисунка 1, лидирующее положение среди факторов, влияющих на состояние здоровья, занимают экологическая обстановка и образ жизни (по 18,3%). Частые ОРВИ – инфекции и чрезвычайная компьютеризованность имеют наименьшие показатели (по 0,2%).

ЖДА у большинства потребителей является сопутствующим заболеванием (83,3%), этиологией которого являются кровотечения и заболевания желудочно-кишечного тракта (по 40%). Генез кровотечений связан преимущественно с гинекологическими патологическими состояниями (дисфункциональные маточные кровотечения, меноррагии).

Потребители железосодержащих ЛП приобретают препараты железа для себя - 61,6% и родственников – 30,3%. Знаниями о том или ином препарате железа располагает большинство респондентов – 78,4%. Основными источниками получения сведений являются (рис. 2):



Рис. 2 – Источники получения сведений о препаратах железа

Из рисунка 2 можно отметить, что основной объем информации о железосодержащих ЛП потребители получают из интернета, а наименьший – из СМИ. Поскольку это рецептурная группа препаратов, реклама в СМИ является недопустимой согласно федеральному закону № 38 «О рекламе» [6].

Сумма, которую респонденты готовы потратить на приобретение железосодержащего ЛП различна, что связано с возникшим социально – экономическим кризисом (рис. 3):

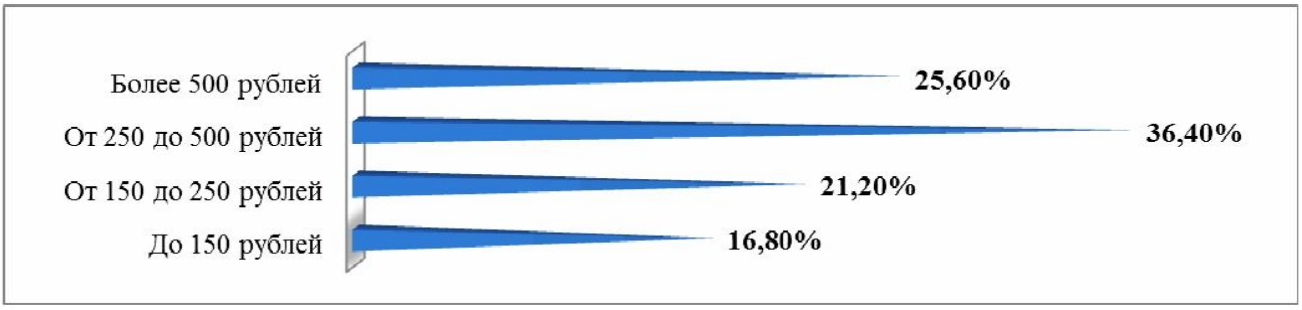


Рис. 3 – Сумма на приобретение железосодержащего ЛП

Основными критериями, влияющими на выбор препарата железа, по мнению потребителей, являются (рис. 4):

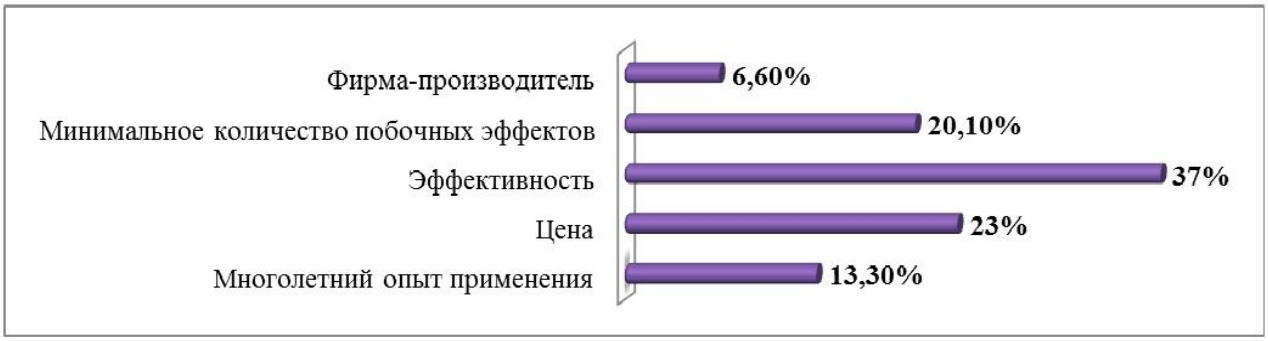


Рис. 4 – Критерии, влияющие на выбор железосодержащего ЛП

Как видно из рисунка 4, на выбор потребителями железосодержащего ЛП в первую очередь влияют эффективность и минимальное количество побочных эффектов. Фирма-производитель является маловажным параметром для респондентов, и при выборе ЛП не имеет значения (52%).

Большинство потребителей железосодержащих ЛП (77,2%) отмечают наступление терапевтического эффекта при приеме препаратов железа. Время, в течение которого респонденты наблюдали улучшение, составляет преимущественно 1 месяц (32,2%).

Среди побочных действий потребители препаратов железа выделяют следующие (рис. 5):



Рис. 5 – Побочные действия железосодержащих ЛП

Из рисунка 5 видно, что наиболее часто среди побочных действий препаратов железа встречаются расстройства со стороны ЖКТ (тошнота, рвота, поносы, запоры, боли в животе).

Заключение и выводы: На основе проведенного социологического опроса составлен современный портрет потребителя железосодержащих ЛП. Это женщина в возрасте 26-30 лет с денежным доходом более 20 000 рублей на одного члена семьи в месяц (30,2%), имеющая приверженность к здоровому образу жизни. Приобретает железосодержащие ЛП для себя стоимостью от 250 до 500 рублей. При покупке того или иного ЛП основным критерием выбора является высокая эффективность и минимальное количество побочных эффектов.

Список литературы:

1. Ивакина, С. Н. Технология ситуационного анализа ассортимента лекарственных препаратов, применяемых при железодефицитной анемии / С.Н. Ивакина, Г.М. Нагимова, Г.Ф. Лозовая, Т.А. Лиходед // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – Т.10 - №5 (59) – С. 74-76)
2. Ивакина С.Н., Нагимова Г.М., Бакиров Б.А. Оценка современного состояния российского фармацевтического рынка в условиях социально-экономического кризиса // Медицинский вестник Башкортостана. - 2016. - №4. - С.1-4
3. Ивакина С.Н., Баркова Т.В., Нагимова Г.М., Лозовая Г.Ф. Выявление значимости затрат на лекарственные препараты в структуре потребительских расходов // Медицинский вестник Башкортостана. - 2016. - Т.11. - №5(65). - С. 39-43
4. Нагимова, Г. М. Эпидемиологические и фармацевтические исследования по вопросу железодефицитной анемии / Г.М. Нагимова, С.Н. Ивакина // Вестник БГМУ: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье как социально-философская проблема». – 2016. - №2. – С. 301-306

5. Нагимова, Г.М. Оценка потребление железосодержащих лекарственных препаратов в аптечных организациях города Уфы / Г.М. Нагимова, С.Н. Ивакина // В сборнике: The tenth European Conference on Biology and Medical Sciences. – 2016. – С. 117-121
6. О рекламе: федеральный закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ (в ред. от 03.07.2016) // Собр. законодательства РФ. – 2006. - № 12. - Ст.1232:№ 27 (ч. I) - Ст. 4214

УДК 615.074

А.А. НИЗАМОВА

ИЗУЧЕНИЕ ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТ ЛИСТЬЕВ ГИНОСТЕММЫ ПЯТИЛИСТНОЙ (*GYNOSTEMMAPENTAPHYLLUM* (THUNB.))

Научный руководитель – к.фарм.н., доцент Галиахметова Э.Х.

Структурное подразделение, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»МЗ РФ, г. Уфа

Резюме: В листьях гиностеммы пятилистной, выращенной на территории Республики Башкортостан исследованы дубильные вещества. Определено, что в листьях содержатся и гидролизуемые и конденсированные дубильные вещества. Также, используя спектрофотометрический метод,в исследуемом сырье определено их количественное содержание.

Ключевые слова:дубильные вещества, катехин, галловая кислота, гиностемма пятилистная, Gynostemmapentaphyllum.

A.A. Nizamova

THE STUDY OF TANNING SUBSTANCE LEAVES *GYNOSTEMMA PENTAPHYLLUM*

Scientific adviser scientific adviser- candidate of pharmaceutical Sciences, **docent E.H. Galiakhmetova**

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: In the leaves of Gynostemmapentaphyllumgrown in the territory of the Republic of Bashkortostan investigated tannins. Determined that the leaves are hydrolyzable tannins and condensed tannins. Also, using a spectrophotometric method, in the studied raw materials is determined by their quantitative content.

Key words: tannins, catechin, gallic acid, Gynostemmapentaphyllum.

Актуальность. В китайской медицине широко используется такое лекарственное растение как гиностемма пятилистная («южный жень-шень»), которая обладает рядом ценных фармакологических свойств: нормализует уровень холестерина и уровень сахара в крови, предупреждает онкологические заболевания, оказывает антиоксидантное действие, улучшает и регулирует мозговое кровообращение и др. В нашей стране гиностемма пятилистнаямало известна и сырье гиностеммы мало доступно.Нам удалось вырастить ее,и оказалось, что изучаемое растение хорошо акклиматизируется к условиям Урала.

На данном этапе изучения мы в сырье исследовали дубильные вещества, действие которые основано на их способности связываться с белками и образовывать стойкие альбуминаты.Дубильные вещества оказывают противовоспалительное, вяжущее, бактерицидное действие, способствуют укреплению стенок кровеносных сосудов, заживлению ран, оказывают положительное действие при отравлениях.

Целью наших исследований явилось изучение дубильных веществ листьев гиностеммы пятилистной, выращенной в условиях Республики Башкортостан.

Материал и методы исследования

В качестве объекта исследования служило растительное сырье - листья гиностеммы пятилистной -*Gynostemmapentaphyllum*Thunb.,интродуцированной на территории Республики Башкортостан.

Качественное обнаружение дубильных веществпроводили в водном извлечении (1:10)с раствором железоаммонийных квасцов. Для определения группы дубильных веществ использовали реактивы: 10% среднюю соль свинца ацетата и 1% раствор железоаммонийных квасцов с кристаллическим натрий ацетатом[2].

Количественное определение дубильных веществ осуществляли спектрофотометрическим методом в пересчете на галловую кислоту и на катехин в спиртовых извлечениях в трех сериях по 5 опытов.

При проведении измерений в пересчете на галловую кислоту оптическую плотность раствора определялипри длине волны 277 нм в кювете с толщиной слоя 10 мм. В качестве раствора сравнения используют буферный раствор с pH=9.

Содержание суммы полифенольных соединений в пересчете на галловую кислоту в процентах вычисляют по формуле:

$$X = \frac{D*50*50*100}{508*m*0,5*(100-W)}, \text{ где}$$

D - оптическая плотность раствора;

508 - удельный показатель поглощения галловой кислоты при 277 нм;

m - масса сырья, г;

W - потея в массе сырья при высушивании, %[1].

При проведении измерений в пересчете на катехин оптическую плотность раствора определяли в максимуме поглощения при длине волны 279 нм в кювете с толщиной слоя 10 мм. В качестве раствора сравнения использовали спирт этиловый 50% подкисленный.

Содержание суммы полифенольных соединений в пересчете на (+)- катехин в абсолютно сухом сырье в процентах (X) вычисляли по формуле:

$$X = \frac{D*50*25*100}{144*m*0,5*(100-W)}, \text{ где}$$

D - оптическая плотность раствора;

144 - удельный показатель поглощения (+)-катехина при 279 нм в 50% этиловом спирте подкисленном;

m - масса сырья, г;

W - потея в массе сырья при высушивании, %[3].

Статистическую обработку всех экспериментальных данных (P = 95%) проводили по государственной фармакопее используя критерий Стъюдента.

Результаты и обсуждения.

При выполнении реакции с железоаммонийными квасцами не наблюдали четкого появлениячерно-синего или черно-зеленого окрашивания. Поэтому появилась необходимость проведения дополнительной реакциидля обнаружения дубильных веществ при совместном присутствии гидролизуемых и конденсированных групп.

Данные, полученные при проведении исследований по определению количественного содержания дубильных веществ в листьях гиностеммы, представлены в таблицах 1-4.

Таблица 1

Содержание дубильных веществ в листьях гиностеммы пятилистной в пересчете на галловую кислоту

Серия	№ анализа	Результат анализа (оптическая плотность)	Концентрация дубильных веществ, %

	1	0,111	1,16
	2	0,100	1,04
1	3	0,100	1,04
	4	0,103	1,07
	5	0,115	1,20
	1	0,122	1,27
	2	0,107	1,12
2	3	0,102	1,06
	4	0,102	1,06
	5	0,100	1,04
	1	0,063	0,66
	2	0,061	0,64
3	3	0,054	0,56
	4	0,060	0,63
	5	0,060	0,63

Таблица 2

Метрологическая характеристика результатов исследования содержания дубильных веществ в листьях гиностеммы пятилистной в пересчете на галловую кислоту

n	f	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	P	t(P,f)	ε	ε,%
15	14	0,95	0,0118	95%	2,15	0,025	2,63

Таблица 3

Содержание дубильных веществ в листьях гиностеммы пятилистнойв пересчете на катехин

Серия	№ анализа	Результат анализа (оптическая плотность)	Концентрация дубильных веществ, %
1	1	0,176	3,24
	2	0,152	2,79
	3	0,165	3,03
	4	0,151	2,77
	5	0,146	2,68
2	1	0,154	2,83
	2	0,156	2,87
	3	0,153	2,81
	4	0,158	2,9
	5	0,152	2,79
3	1	0,158	2,9
	2	0,151	2,77
	3	0,147	2,7
	4	0,142	2,61
	5	0,142	2,61

Таблица 4

Метрологическая характеристика результатов исследования содержания дубильных веществ в листьях гиностеммы пятилистной в пересчете на катехин

n	f	$\bar{x}$	$S_{\bar{x}}$	P	t(P,f)	ε	ε,%
15	14	2,82	0,0017	95%	2,15	0,003	0,001

В ходе исследования было выявлено, что содержание дубильных веществ в пересчете на галловую кислоту составляет 0,950% ± 0,025, а в пересчетена катехин – 2,820% ± 0,003.

Выводы.

На основании проведенных исследований можно сделать заключение о том, что в листьях гиностеммы пятилистной, выращенной в условиях Республики Башкортостан, содержатся как гидролизуемые, так и конденсированные дубильные вещества, которые обуславливают определенное фармакологическое действие. Также из результатов видно, что методикиколичественного определения отличаются точностью и воспроизводимостью.

Литература

1. Денисова, М.Н. Определение содержания дубильных веществ в цветках и плодах некоторых представителей рода CrataegusL. / М.Н. Денисова, Т.Л. Киселева, И.А. Самылина // Ресурсоведче-Науч. тр ВНИИФ – М., 1991. Т. XXIX. – С.136 – 144.
2. Практикум по фармакогнозии: Учеб.пособие для студ. вузов / Ковалев В.Н. [и др.]; под общ. ред. В.Н. Ковалева. – Харьков: изд-во НФаУ: Золотые страницы: МТК – Книга, 2004. –512 с.
3. Технические условия 9377-158-04868244-2005 «Сабельника болотного корневища с корнями»

УДК 613:796.011:378.172

И.А. НУРОВА, И.Р. ЮСУПОВ

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ И ОТНОШЕНИЯ К НЕМУ, ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Научные руководители – д.ф.н., проф. Г.Я. Ибрагимова, к.м.н., доцент Р.А. Гайнуллин

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

Ключевые слова: студенческая молодежь, физическая подготовленность, физическое здоровье, профилактика заболеваний, медицинский вуз

Аннотация: В статье рассмотрены результаты социологического опроса студентов медицинского вуза по комплексу проблем, связанных с отношением к своему здоровью и самостоятельно предпринимаемыми мерами профилактики заболеваний, а также показатели оценки уровня физического здоровья и физической подготовленности студентов первокурсников фармацевтического факультета Башкирского Государственного Медицинского Университета.

I.A. Nurova, I.R. Yusupov

Scientific Advisor—Ph. D. in Medicine, Full professor G.Y. Ibragimova, Ph. D. in Medicine, Docent R.A. Gaynullin

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF HEALTH AND ATTITUDE, PHYSICAL FITNESS OF MEDICAL STUDENTS.

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Keywords: students, physical fitness, physical health, prevention of diseases, medical school

Abstract: In the article the results of sociological survey of medical students on a range of issues related to healthy attitudes and self-measures of disease prevention, as well as indicators to measure the level of physical health and physical fitness of first-year students of pharmaceutical faculty of the Bashkir State Medical University.

Актуальность: Одной из приоритетных задач Российской Федерации является решение проблемы охраны здоровья населения, особенно молодежи, так как именно здоровье молодых людей является гарантией стабильного развития и благополучия общества.

Сохранение здоровья студенческой молодежи является одной из приоритетных задач любого учебного заведения, в том числе и медицинского. Молодые специалисты после окончания вуза не только служат базой и резервом для работы в медицинском сообществе, но и являются составной частью интеллектуального потенциала страны [3,4]. Несмотря на важность проблемы сохранения и укрепления здоровья, повышения работоспособности студенческой молодежи и значительное количество проводимых исследований, многие вопросы остаются нерешенными и требуют детальной оценки состояния здоровья, профилактики заболеваний, расширения пропаганды здорового образа жизни, усиления борьбы с вредными привычками, улучшения оздоровительной и спортивной работы [1,2,3].

Цель: Основной целью проводимого исследования выступала оценка отношения в своему здоровью современной молодёжи. Достижение поставленной цели предполагало изучение, как субъективных поведенческих и ценностных установок молодежи, так и объективного состояния ее физического здоровья и уровня физической подготовки.

Методы: социологический опрос, антропометрические и функциональные измерения, контрольно- педагогические испытания (тесты), методы математической статистики.

Изучение и оценка уровня здоровья и физической подготовленности студентов проводились в начале 2016/2017 учебного года на фармацевтическом факультете Башкирского государственного медицинского университета. Исследование проводилось со студентами первого курса фармацевтического факультета в возрасте 17-20 лет в количестве 69 человек. Данные обработаны при помощи программного пакетаSPSSv.22.

Для оценки уровня здоровья мы использовали методику профессора Г.Л. Апанасенко [1]. При этом оценка уровня физической подготовленности проводилась на основании контрольных тестов: 1) на определение скоростных качеств (бег на 100 м); 2) силовых качеств (у юношей – подтягивание на перекладине, у девушек – подъём и опускание туловища из положения лёжа на спине («пресс»); 3) скоростно-силовых качеств (прыжок в длину с места);4) общей выносливости (у юношей – бег на 3000м, у девушек – бег на 2000 м).

Результаты и обсуждение.

Социологический опрос студентов-первокурсников фармацевтического факультета показал, что рейтинге жизненных ценностей студентов здоровье занимает главное место – этот пункт выбрали большинство опрошенных (61%). Угрозу своему здоровью 70,2% опрошенных видят в стрессе, в экологических проблемах – 44,1%, низком уровне медицинского обслуживания – 23,5%, недостатке информации о диагностике и лечении различных заболеваний – 30,9%, а также в хронических заболеваниях – 28,4% и в недостатке денег на лекарства – 11,3%.

Сравнивая с данными прошлых исследований, мы видим, что главной угрозой для молодежи десятилетней давности были экологические проблемы (65,6%), курение, (53,8%) недостаток денег на лекарства (32,8%), низкий уровень медицинского обслуживания (24,9%).

Ранговая оценка проведения досуга показала, что в свободное время молодежь общается в социальных сетях (58%), спит (43,6%), посещает спортивный клуб (36,2%), ходит в кино (32,2%) и т.д.

Субъективная оценка здоровья молодежи оказалась высокой. 54,2% опрошенных оценили свое здоровье как хорошее. 23,6% студентов считают себя практически здоровыми, у 21% студентов здоровье удовлетворительное. Лишь 1,2% будущих провизоров указали, что здоровье у них плохое. Анализ полученных данных показал, что респонденты ежедневно жалуются на повышенную утомляемость (38,5%), боли в спине (16,7%), боли в животе (16,2%), головную боль (10,2%), нарушение памяти (9,4%) и бессонницу (9,2%). Распределение симптомов заболеваний по частоте возникновения изображено на Рисунке 1:

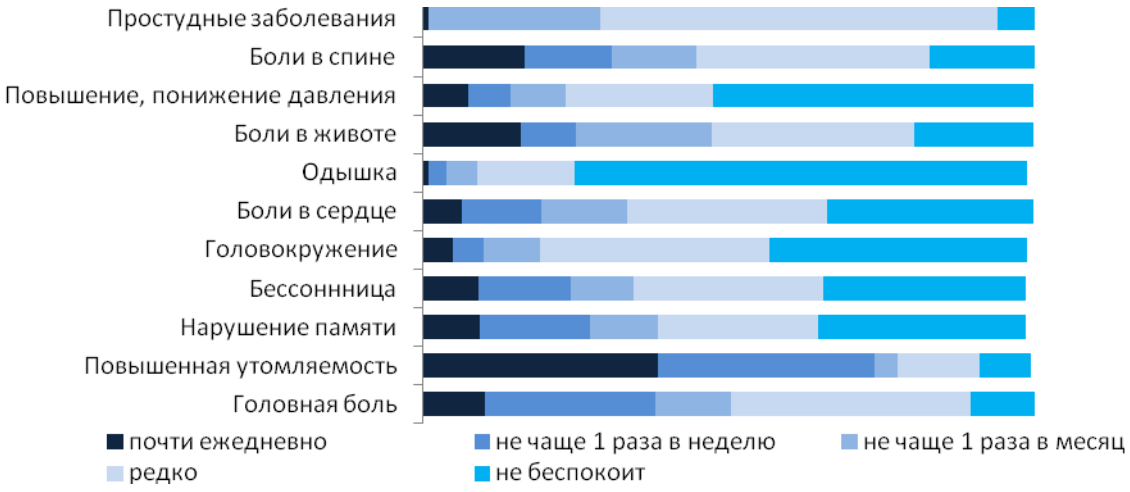


Рис. 1 - Распределение симптомов заболеваний по частоте возникновения, %

Физическая культура в образовательной подготовке будущих врачей занимает одно из приоритетных направлений образовательной деятельности студентов. [3]

Результаты по определению уровня физического здоровья (УФЗ) студентов-первокурсников (по методу Г.Л. Апанасенко) показали, что у студентов-фармацевтов в целом по факультету преобладает средний уровень физического здоровья (средний балл составил 11,0±0,8). У девушек – ниже среднего, у юношей – средний уровень здоровья.

Высокий уровень физического здоровья (V) имеют только 4,2 % студентов, выше среднего (IV) – 28,0%, средний (III) – у 37,6%, ниже среднего (II) – у 23,3% и низкий (I) – 6,9% (см. рис. 2). Следует заметить, что студентов с низким и ниже среднего уровнем здоровья, отмечается больше у девушек – 44,0%, против 17,4% у юношей.

Безопасным уровнем здоровья, по данной системе оценок, считается уровень выше среднего (от 14 баллов и выше). Исходя из полученных результатов, можно сказать, что только 42,8% юношей и 20,9% девушек фармацевтического факультета имеют высокий уровень функционального состояния, который может им гарантировать защиту от риска проявления и развития различных заболеваний.

Анализ средних величин показателей физической подготовленности в контрольно-педагогических тестах у студентов позволил констатировать неудовлетворительные результаты в развитии выносливости у юношей и девушек, и скоростных качеств – у девушек.

При распределении результатов тестирования студентов по оценочной шкале получили следующую картину: в тесте на определение скоростных качеств (бег 100 м) показали результаты на оценку 3 и выше балла (уложились в норматив) 6 юношей (69,1%) и 35 девушек (45,5%); на определение силовых качеств («пресс» (девушки), подтягивание (юноши)) – 4 юноши (84,0%) и 30 девушки (71,1%); скоростно-силовых (прыжок в длину с места) – 10 юношей (60,5%) и 10 девушек (62,3%); общей выносливости (бег на 3000 м (юноши), бег 2000 м (девушки)) – 8 юношей (39,4%) и 25 девушек (18,2%).

Анализируя данные физической подготовленности студентов, можно отметить, что уровень развития физических качеств в основном удовлетворительный, у юношей в сравнении с девушками он выше. На оценку отлично и хорошо не было получено средних результатов ни по одному показателю. Наиболее успешным стал тест на определение силовых качеств, как для юношей, так и для девушек. Тест на выносливость, косвенно оценивающий функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, показал низкий уровень кислородообеспечения у студентов-первокурсников.

Заключение и выводы.

Здоровье занимает центральное место в рейтинге жизненных ценностей студенческой молодежи и проблемы со здоровьем остро ею воспринимаются. Среди наиболее опасных угроз здоровью будущие специалисты выделяют алкоголь, высокую умственную нагрузку и стресс. Изменился сам образ жизни молодых людей - меньше времени стало хватать на живое общение и даже сон. Молодежь практически перестала сидеть за просмотром телевизора, однако возросла активность в социальных сетях. Самыми распространенными недугами среди опрошенных являются простудные заболевания, боли в спине и животе. Эти недуги во многом вызваны особенностями ритма современной жизни – больше информационной нагрузки, больше времени тратится за просмотром экранов гаджетов в малоподвижной позе. В свою очередь, мало времени уделяется пребыванию на свежем воздухе. И хотя сами молодые люди оценивают свое здоровье достаточно высоко, результаты объективных тестов говорят о том, что показатели физического здоровья и физической подготовленности молодежи в целом ниже нормативных.

Список литературы.

1. Гайнуллин, Р.А. Физическая культура и спорт как основа здорового образа жизни в Башкирском государственном медицинском университете / Р.А. Гайнуллин //

Проблемы и перспективы развития физической культуры и спорта в вузах. – Уфа, 2014. – Т. 1. – С. 8.

2. Ибрагимова, Г.Я. Изучение показателей здоровья лиц молодого возраста на основе социологических исследований / Г.Я. Ибрагимова, Е.М. Генералова, Л.Ю. Шайдурова // В сборнике материалов межрегиональной конференции «Региональные особенности развития и охраны здоровья детей и подростков» – Уфа, 2005 – С. 113-115.
3. Лысцова Н.Л. Оценка здоровья студенческой молодежи // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 2-8. – С. 1699-1702; [Электронный ресурс] URL: https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=37295
4. Халикова С.С. Здоровье студенческой молодежи как социальная ценность: региональный аспект / С.С.Халикова , автореф. на соиск. уч. ст. к.соц. н., Хабаровск, 2011 – 25 с.

УДК 615.1:614.27

Ю.С. ОРЛОВСКАЯ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ МИНИМАЛЬНОГО АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель - д. фарм. н., доцент И.А. Джупарова

Кафедра управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического товароведения, Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

Резюме: в статье рассматривается организационные и правовые основы формирования минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи, анализируется минимальный ассортимент лекарственных препаратов для аптек, аптечных пунктов, киосков.

Ключевые слова: лекарственные препараты, минимальный ассортимент

Yu.S. Orlovskaya

ORGANIZATIONAL AND LEGAL FRAMEWORKS FOR FORMATION OF MINIMUM ASSORTMENT OF MEDICINAL MEDICINES NECESSARY FOR RENDERING MEDICAL CARE

The supervisor of studies is d. Farm. N., Associate Professor IA. Djuparova

Department of Management and Economics of Pharmacy, Medical and Pharmaceutical Commodity Science, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk

Summary: The article considers the organizational and legal bases for the formation of the minimum assortment of medicines needed to provide medical care, analyzes the minimum assortment of medicines for pharmacies, drugstores, kiosks.

Key words: medicinal preparations, minimum assortment

Актуальность. Формирование товарного ассортимента аптечными организациями в значительной степени обусловлено правовыми ограничениями и требованиями, установленными законами и иными нормативными правовыми актами, регламентирующими обращение лекарственных средств и иных товаров медицинского назначения. [1,2,3,4]

Цель: Изучить организационные и правовые основы формирования минимального ассортимента ЛП, необходимых для оказания медицинской помощи.

В задачи исследования входило:

11. Контент-анализ нормативных документов, регулирующих формирование и функционирование минимального ассортимента ЛП, необходимых для оказания медицинской помощи.
12. Анализ минимального ассортимента ЛП, необходимых для оказания медицинской помощи.

Материалы и методы:

1. Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств"
2. Постановление Правительства РФ от 19 января 1998 г. N 55 «Об утверждении правил продажи отдельных видов товаров, перечня товаров длительного пользования, на которые не распространяется требование покупателя о безвозмездном предоставлении ему на период ремонта или замены аналогичного товара, и перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих возврату или обмену на аналогичный товар других размера, формы, габарита, фасона, расцветки или комплектации»
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 647н от 31.08.2016 «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского

применения»

4. Постановление Правительства РФ от 28 августа 2014 г. № 871 «об утверждении правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»

Методами исследования служили контент-анализ, социологический.

Результаты и обсуждение. Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 28 августа 2014 г. N 871 «Об утверждении правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» минимальный ассортимент формируется для различных видов аптечных организаций и индивидуальных предпринимателей (ИП) по международным непатентованным наименованиям (МНН) лекарственных препаратов (ЛП) (при отсутствии таких наименований - по группировочным или химическим наименованиям) из лекарственных препаратов для медицинского применения, отвечающих следующим критериям:

а) лекарственный препарат зарегистрирован в установленном порядке в Российской Федерации;

б) лекарственный препарат входит в перечень важнейших лекарственных препаратов;

в) лекарственный препарат, находящийся в обращении на территории Российской Федерации, имеет не менее 2 соответствующих ему по международному непатентованному наименованию либо заменяющему такое наименование группировочному или химическому наименованию воспроизведенных лекарственных препаратов в аналогичных лекарственных формах и дозировках, производимых двумя и более производителями (за исключением лекарственных препаратов, производимых единственным отечественным производителем);

г) лекарственный препарат согласно данным об объемах продаж на фармацевтическом рынке Российской Федерации востребован системой здравоохранения и населением в течение всего календарного года.

Лекарственные препараты подлежат исключению из перечня важнейших лекарственных препаратов, перечня дорогостоящих лекарственных препаратов, перечня лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан (далее - перечни) и минимального ассортимента в следующих случаях:

а) включение альтернативных лекарственных препаратов, обладающих доказанными клиническими, и (или) клинико-экономическими преимуществами, и (или) особенностями механизма действия, и (или) большей безопасностью при диагностике, профилактике, лечении или реабилитации заболеваний, синдромов и состояний;

б) появление сведений о токсичности или высокой частоте нежелательных побочных явлений при применении лекарственного препарата;

в) приостановление применения лекарственного препарата в Российской Федерации;

г) отмена государственной регистрации лекарственного препарата;

д) прекращение производства лекарственного препарата либо его поставок в Российскую Федерацию и (или) отсутствие лекарственного препарата в гражданском обороте в Российской Федерации в течение периода, превышающего один календарный год;

е) исключение лекарственного препарата из перечня важнейших лекарственных препаратов - для перечня дорогостоящих лекарственных препаратов, перечня лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан и минимального ассортимента.

Минимальный ассортимент формируется не реже одного раза в 3 года.

Формирование перечней и минимального ассортимента осуществляется образованной Министерством здравоохранения Российской Федерации комиссией по формированию перечней лекарственных препаратов и минимального ассортимента.

При формировании минимального ассортимента комиссия в срок, не превышающий 7 дней со дня вынесения положительного заключения по результатам документальной экспертизы, направляет предложение не менее чем 2 главным экспертам с учетом профиля их деятельности для получения научно обоснованных рекомендаций о включении (об исключении, отказе во включении) лекарственного препарата в минимальный ассортимент с предоставлением доступа к электронным версиям документов и сведений, размещенным в установленном порядке на официальном сайте в сети "Интернет".

Главные эксперты в течение 15 дней со дня получения предложения представляют в комиссию на бумажном носителе и в электронном виде научно обоснованные рекомендации.

При подготовке таких рекомендаций главные эксперты могут направлять запросы в профессиональные медицинские и фармацевтические сообщества и компетентным специалистам.

Подготовленные по результатам заседаний комиссии проекты перечней и минимального ассортимента, сформированные по международным непатентованным наименованиям лекарственных препаратов (при отсутствии таких наименований - по группировочным или химическим наименованиям) с указанием лекарственных форм, размещаются на официальном сайте в сети "Интернет" на срок не менее 15 дней.

Согласно распоряжению правительства № 2724-р, в минимальный ассортимент ЛП, необходимых для оказания медицинской помощи для аптек (готовых лекарственных форм, производственных, производственных с правом изготовления асептических лекарственных препаратов), входит 50 МНН. А для аптечных пунктов, аптечных киосков и индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность - 20 МНН.

Был изучен минимальный ассортимент аптечных организаций. В ходе анализа было установлено:

- ✓ долю каждой ЛФ в минимальном ассортименте ЛП, необходимых для оказания медицинской помощи;
- ✓ количество торговых наименований (ТН), соответствующих МНН минимального ассортимента (для аптек - 421 ТН; для аптечных пунктов, аптечных киосков и ИП, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность - 170);
- ✓ количество производителей (для аптек - 843, из которых отечественных 54,09 %, иностранных 45,91 %; для аптечных пунктов, аптечных киосков и ИП, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность - 332, из которых отечественных 59,34 %, иностранных 40,66 %);
- ✓ ценовые категории ЛП, входящих в минимальный ассортимент аптечных организаций (для аптек: до 50 руб. включительно - 28,49 %, свыше 50 до 500 руб. - 66,13 %, свыше 500 руб. - 5,38 %; для аптечных пунктов, аптечных киосков и ИП, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность - до 50 руб. включительно- 32,97 %, свыше 50 до 500 руб. - 59,34 %, свыше 500 руб. - 7,69 %);
- ✓ долю безрецептурного (БРО) и рецептурного отпуска ЛП, входящих в минимальный ассортимент ЛП, необходимых для оказания медицинской помощи (для аптек: рецептурный отпуск составляет 60 %, БРО - 40 %; для аптечных пунктов, аптечных

киосков и ИП, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность: рецептурный отпуск составляет 5 %, БРО - 95 %)

Заключение и выводы: В результате исследования изучены организационные и правовые основы формирования минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи. Установлено, что 66,13 % ТН ЛП, входящих в минимальный ассортимент аптечных организаций приходятся на ценовую группу свыше 50 до 500 руб., долю безрецептурного рецептурного отпуска ЛП составляет от 40 % до 95 % для аптечных организаций.

Список литературы**:**

1. Постановление Правительства РФ от 19 января 1998 г. N 55 «Об утверждении правил продажи отдельных видов товаров, перечня товаров длительного пользования, на которые не распространяется требование покупателя о безвозмездном предоставлении ему на период ремонта или замены аналогичного товара, и перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих возврату или обмену на аналогичный товар других размера, формы, габарита, фасона, расцветки или комплектации»
2. Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств"
3. Постановление Правительства РФ от 28 августа 2014 г. № 871 «об утверждении правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 647н от 31.08.2016 «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения»

УДК 547.857.4.057:615.011

ПАДАШ М.А.

ХИМИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ТЕОФИЛЛИНА

Научный руководитель - доцент, к.фарм.н. Давлетьярова А.В.

Резюме: Проведеноисследование химико-фармацевтических свойств субстанции теофиллина, используемого в качестве исходного соединения в синтезе биологически активных производных тиетанилтеофиллинов. Установлена возможность применения метода высокоэффективной жидкостной хроматографии в анализе теофиллина.

Ключевые слова:теофиллин,химико-фармацевтические свойства, высокоэффективная жидкостная хроматография.

CHEMICAL-PHARMACEUTICAL PROPERTIES OF THEOPHALLINE

Padash M.A.

Scientific advisers –dotsent, k.farm.s.Davletyarova A.V.

Summary: The chemical-pharmaceutical properties of the theophylline substance used as a starting compound in the synthesis of biologically active derivatives of thietanyl-theophylines was studied. The possibility of using the method of high-performance liquid chromatography in the analysis of theophylline has been established.

Keywords:theophylline,chemical-pharmaceutical properties,high performance liquid chromatography.

Актуальность.

В медицинской практике широкое применение нашли производные пурина. Применение алкалоидов пуринового ряда основано на их стимулирующем действии на

центральную нервную систему.Природными источниками производных пурина являются листья чая, зерна кофе, откуда путем экстракции органическими растворителями и получали эти алкалоиды [1].Гидроксилированное производное пурина носит название ксантин.Для медицины имеют значение метилированные производные ксантина: кофеин, теобромин, теофиллин и другие препараты на их основе. Теофиллин обладает диуретическим, сосудорасширяющим, бронхолитическимдействием. На кафедре фармацевтической химии БГМУ ведутся систематические исследования в области синтеза новых гетероциклических соединений, проявляющих биологическую активность, в том числе и на основе производных тиетанилтеофиллина[2,3]. Исследование химико-фармацевтических свойств теофиллина, хранящегося более 20 лет на кафедре фармацевтической химии БГМУ, с целью использования его в качестве исходного соединения для дальнейших синтезов,стало одной из задач студенческой научной работы.

Цель.

Провести исследование химико-фармацевтических характеристик субстанции теофиллина, имеющейся на кафедре фармацевтической химии БГМУ, с целью использования в качестве исходного соединения для синтеза новых производных тиетанилтеофиллинов.

Материалы и методы.

Исследование химико-фармацевтических характеристик субстанции теофиллинанами проведенона базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Республиканский центр контроля качества и сертификации лекарственных средств». Все использованные приборы и материалы сертифицированы и метрологическивыверены. В исследовании были использованы методы и методики, рекомендованные в фармакопейной статье на субстанцию теофиллина [4]. Анализ свойств теофиллина проводили всоответствиис требованиями данной статьи по описанию, растворимости, подлинности, температуре плавления, потере в массе при высушивании, сульфатной золе и по количественному содержанию.

Описание порошка теофиллина проводили по общей фармакопейной статье [5],растворимость определяли в воде, спирте (96%) и хлороформе [6],подлинность подтверждали методом инфракрасной (ИК) спектроскопии[7] на приборе Фурье-спектрометр инфракрасный ФСМ-1201.ИК-спектр снимали в диске с калия бромидом в области от 4000 до 400см-^{1}и сравнивали положение полос поглощения с рисунком спектра рабочего стандартного образца теофиллина.Для установления подлинности теофиллина

провели две реакции - мурексидную пробу и реакцию образования окрашенного комплекса с раствором кобальта хлорида.К 0,1г субстанции прибавили 0,5мл водорода пероксида, 0,5мл хлористоводородной кислоты разведенной 8,3% и выпарили на водяной бане досуха. Остаток смочили 0,1мл раствора аммиака. Появилось пурпурно- красное окрашивание мурексида. В другой пробирке 0,1г субстанции встряхивали с 2мл 0,1М раствора натрия гидроксида в течение 3мин и профильтровали. К фильтрату прибавили 0,2мл 2% раствора кобальта хлорида и перемешали; образовался белый с розоватым оттенком осадок.Измерение температуры плавления теофиллина проводиликапиллярным методом[8] на прибореFP-62.Определялась также потеря в массе при высушивании - 0,5000г субстанциисушили при температуре 105°С до постоянной массы [9], исульфатная зола[10].

Количественное определение теофиллина проводили титриметрическим методом. 0,4000г субстанции растворили в 100мл предварительно прокипяченной в течение 5мин кипящей воде. Раствор охладили, прибавили 25мл 0,1М раствора серебра нитрата и титровали0,1М раствором натрия гидроксида до фиолетово-красного окрашивания по индикатору феноловому красному.

Кроме того, мы провели исследование субстанции теофиллина на возможность применения метода высокоэффективной жидкостной хроматографии на жидкостном хроматографе LC-20 «Prominence» фирмы Shimadzu в условиях кафедры фармацевтической химии БГМУ [11]. В качестве подвижной фазы использовали элюент ацетонитрил:вода в соотношении 8:2. Хроматографическая колонка –обращено - фазовая, наполняющий ее адсорбент, неподвижная фаза – силикагель С18.Концентрация субстанции для введения в хроматограф составила 20мкг/л.

Результаты и их обсуждение**.**

Результаты испытаний приведены в таблице № 1.Полученнаяхроматограмма приведена на рисунке 1.

Таблица № 1

Химико-фармацевтические характеристики	Требование ФС 42-0279 - 07	Результаты исследования	Удовлетворяет/не удовлетворяет требованиям

			ФС 42-0279 - 07
Описание	Белый, кристаллический порошок без запаха.	Белый, кристаллический порошок без запаха.	удовлетворяет
Растворимость	Мало растворим в воде, спирте 96% и хлороформе (1г вещества - 100-1000мл растворителя)	Мало растворим в воде, спирте 96% и хлороформе (1г теофиллина - 100-1000мл растворителя)	удовлетворяет
Подлинность: -ИК-спектроскопия	От 4000 до 400 $см^{-1}$совпадение со спектром РСО	От 4000 до 400 $см^{-1}$ совпадение со спектром РСО	удовлетворяет
-мурексидная проба	Пурпурно-красное окрашивание	Пурпурно-красное окрашивание	удовлетворяет
-реакция с раствором кобальта хлорида	Белый с розоватым оттенком осадок	Белый с розоватым оттенком осадок	удовлетворяет
Температура плавление:	От 270 до 274°С	От 270 до 272,5°С	удовлетворяет
Потеря в массе при высушивание	безводный – не более 0,5%	Безводный – 0, 436%	удовлетворяет
Сульфатная зола	Не более 0,1 %	0,098%	удовлетворяет
Количественное определение	Не менее 99,0% в пересчете на безводный	99,2% в пересчете на безводный	удовлетворяет

Рис.1

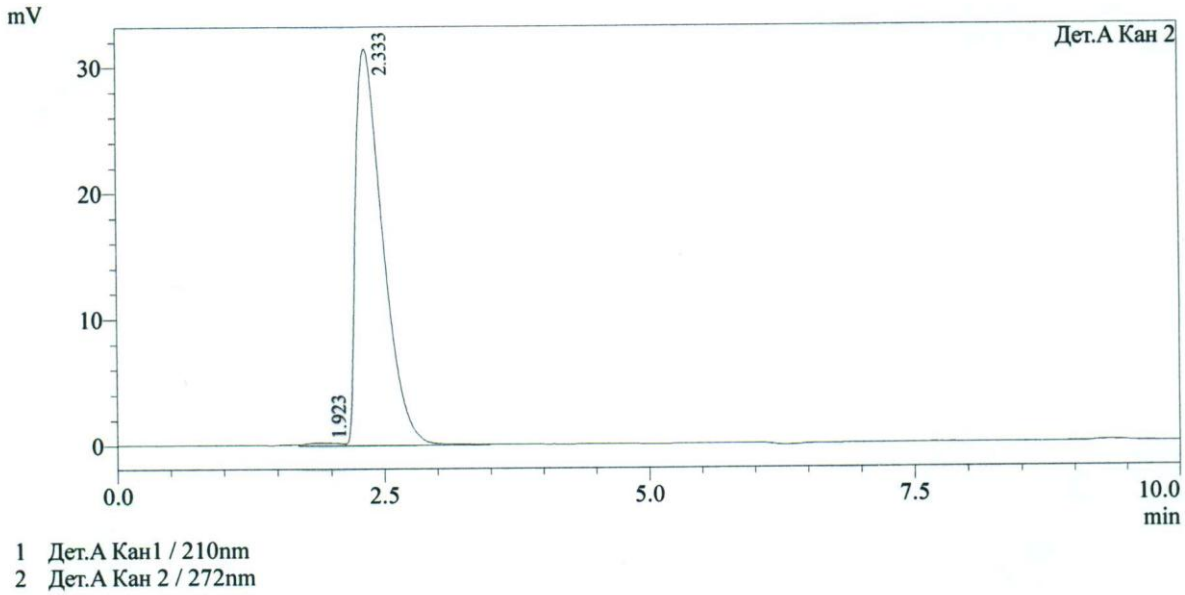


Таблица пиков

Detector A Ch2 272nm

Пик#	Время удерживания	Площадь	Площадь%	Число теоретических тарелок	Фактор ассимметрии	Разрешение
1	1.923	4378	0.787	153.497	0.000	0.000
2	2.333	552111	99.213	408.041	1.964	0.756
Общий		556489	100.000			

На хроматограмме при детектировании на 272нм видны четкие пики со временем удерживания 2,333минуты и1,923минуты, площади пиков составилисоответственно 99,213% и 0,787% от суммарной площади пиков.

Выводы

Проведено исследование химико-фармацевтических характеристик субстанции теофиллина, имеющейся на кафедре фармацевтической химии БГМУ. По результатам проведенных испытаний субстанция теофиллинаудовлетворяет требованиям ФС 42-0279-07.Данные хроматограммысвидетельствуют о присутствии в составе субстанции теофиллина незначительного количествапримеси не установленной структуры.Рекомендована очистка соединения соответствующими доступными методами.

Список литературы.

1. Машковский, М. Д. Лекарственные средства / М. Д. Машковский. – 16-е изд., перераб., испр. и доп. - М. : Изд-во Новая волна, 2014.

2. Ф.А. Халиуллин, Е.Э Клен, Ю.В. Шабалина, Г.Ф. Магадеева, А.В. Давлетьярова Синтез и перспективы практического использования продуктов взаимодействия азотсодержащих гетероциклов с тииранами// Вестник Башкирского государственного медицинского университета 2012.- №2- С.350-354.
3. А.В.Давлетьярова, Ф.А. Халиуллин Синтез солей 2-1,3-диметил-7(тиетанил-3) ксантинил-8-амино уксусной кислоты. Всероссийская научная конференция (с международным участием): «Успехи синтеза и комплексообразования»: тезисы докладов. Москва: РУДН,2014.-С.150
4. Фармакопейная статья[ОФС 42-0279-07] «Теофиллин».
5. Общая фармакопейная статья [ОФС.1.1.0001.15] «Правила пользования фармакопейными статьями».
6. Общая фармакопейная статья [ОФС.1.2.1.0005.15] «Растворимость».
7. Общая фармакопейная статья [ОФС.1.2.1.1.0002.15] «Спектроскопия в инфракрасной области».
8. Общая фармакопейная статья [ОФС.1.2.1.0011.15] «Температуры плавления».
9. Общая фармакопейная статья [ОФС.1.2.1.0010.15] «Потеря в массе при высушивании».
10. Общая фармакопейная статья [ОФС.1.2.2.2.0014.15] «Сульфатная зола»
11. Общая фармакопейная статья [ОФС.1.2.1.2.0005.15] «Высокоэффективная жидкостная хроматография»

УДК: 615.453.42

ПЕТРОВА В.В., ВАЛИТОВА И.А., ГИРФАНОВ И.Ф.
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ КАПСУЛ С 5-АСК

Научный руководитель – д.фарм.н., профессор Ю.В. Шикова

Кафедра фармацевтической технологии с курсом биотехнологии,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Ключевые слова: 5 – АСК, капсулы

Резюме: В данной статье будет представлены разработка состава и технология капсул с 5-АСК

V.V. Petrova, I. A.Valitova, I.F. Ghirfanov.

Development of the composition and technology of capsulis with 5-aminosalicilova acid

Scientific advisor - Doctor of pharmaceutical sciences, Professor Y.V. Shikova

Department of Pharmaceutical Technology with a course in biotechnology,

Bashkirian State Medical University, Ufa.

Key words: 5-aminosalicylic acid, capsules.

Summary: This article present the development of composition and technology of capsules 5-aminosalicylic acid.

Актуальность: Разработка состава и технологии получения капсул с 5-АСК связана с выбором рациональной технологии получения для доставки лекарственных веществ. Оригинальный состав капсул обеспечивают определенные свойства данной лекарственной формы. Природа и количество вспомогательных веществ являются существенным фармацевтическим фактором, оказывающим влияние на биодоступность лекарственных средств из капсул. Процесс взаимодействия капсул в организме состоит из разных этапов. На первом этапе происходит их растворение, высвобождение лекарственного вещества из оболочки капсулы, его растворение в биожидкости. Данный этап, в целом, оказывает значимое влияние на скорость и полноту всасывания лекарственных веществ.

Цель данной работы - поиск оптимального состава и технологии получения наполнителя для капсул с 5-АСК (5-аминосалициловой кислотой). Критериями поиска являлись: соответствие полученных капсул фармакопейным требованиям, а также высокая биодоступность действующих веществ из лекарственной формы.

Материалы и методы:

5-АСК, месалазин - противовоспалительное средство, ингибирует активность нейтрофильнойлипооксигеназы. Месалазин тормозит миграцию (хемотаксис), дегрануляцию, фагоцитоз нейтрофилов, а также секрецию иммуноглобулинов лимфоцитами, снижает продукцию цитокининов и лейкотриенов, ингибирует синтез простогландинов. Месалазин оказывает антиоксидантное действие, элиминирует свободные радикалы (за счет способности связываться со свободными кислородными радикалами и разрушать их). Так же оказывает антибактериальное действие в отношении некоторых кокков и кишечной палочки (проявляется в толстом кишечнике), оказывает выраженный лечебный эффект у больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. Его лечебное действие проявляется в результате местного контакта препарата со слизистой оболочкой кишечника. Нами проведены экспериментальные исследования, посвященные использованию различной природы вспомогательных веществ в новых лекарственных средствах. В качестве вспомогательных веществ при разработке технологии получения были использованы вспомогательные вещества, из них – солюбилизаторы и пролонгаторы.

Капсула белого цвета (номер 0, диаметр 7,65 мм, длина 21,7 мм, объем наполнения 0,68 мл, масса 0,096 г) получена при следующем соотношении компонентов, г: желатина - 0,0423; глицерина - 0,0184; титана двуокиси - 0,00025; воды очищенной - 0,0351. Состав микрогранулированной лекарственной формы в одной капсуле, г: 5-АСК -0,4 г; крахмал картофельный 0,1 г, глюкоза 0,1 г, водный раствор гидроксиэтилцеллюлозы 0,25% - 0,1. Рассчитанное количество 5-АСК смешивают и растирают в ступке с рассчитанным количеством вспомогательных веществ (крахмал, глюкоза). Полученную смесь равномерно увлажняют заранее приготовленным водным раствором гидроксиэтилцеллюлозы 0,25% и протирают сквозь сито с d 0,5 мм. Полученный гранулят высушивают при температуре 50-60ºС в сушильном шкафу. Для наполнения используют капсулу белого цвета (номер 0, диаметр 7,65 мм, длина 21,7 мм, объем наполнения 0,68 мл, масса 0,096 г). Подготовленные капсулы для перорального применения наполняют готовымимикрогранулами, после чего качество капсул с микрогранулами оценивают по внешнему виду, однородности, растворимости. Полученные капсулы правильной формы, твердые и однородные.

Результаты: На рисунке 1 показано влияние вспомогательных веществ лутрола F127, глицерина и кремофораRH-40 на высвобождение действующих веществ методом тонкослойной хроматографии, по степени прохождения (мм) фронта хроматографической пластины различных составов мазевых композиций.

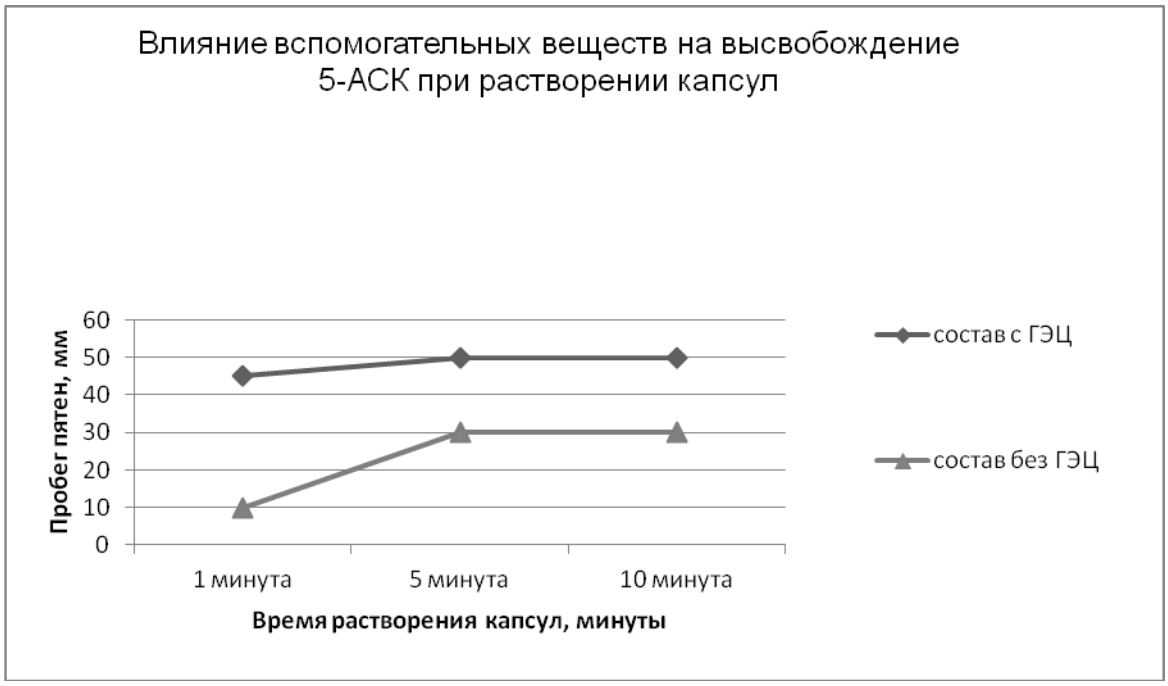


Рисунок 1 Влияние вспомогательных веществ на высвобождение 5-АСК при растворении капсул

Как видно, оптимальным с точки зрения удобства применения, эффективности лечения является состав с добавлением вспомогательных веществ – раствора ГЭЦ.

Таблица 2

Определение растворимости микрогранул с 5-АСК в воде очищенной

№ п/п	Увлажнители	Концентрация	Наполнители	Соотношение	Время раств.в воде, мин.
1	МЦ	0,5%	желатин+крахмал	1:2	2,25
2	МЦ	2%	желатин+крахмал	1:3	2,32
3	МЦ	3,5%	желатин+крахмал	1:5	2,16
4	Клейстер крахм.	1%	желатин+крахмал	2:1	6,30
5	Клейстер крахм.	2%	желатин+крахмал	4:1	5,45

6	Клейстер крахм.	3%	желатин+крахмал	1:4	5,30
7	ПВП	0,5%	желатин+крахмал	1:1	5,30
8	ПВП	2%	желатин+крахмал	3:1	5,15
9	ПВП	3,5%	желатин+крахмал	5:1	5,45
10	МЦ	1%	глюкоза+крахмал	3:1	2,00
11	МЦ	2%	глюкоза+крахмал	5:1	2,65
12	МЦ	3%	глюкоза+крахмал	1:1	1,69
13	Клейстер крахм.	1%	глюкоза+крахмал	1:3	2,30
14	Клейстер крахм.	2%	глюкоза+крахмал	1:5	2,15
15	Клейстер крахм.	3%	глюкоза+крахмал	1:2	2,35
16	ПВП	1%	глюкоза+крахмал	4:1	2,40
17	ПВП	2%	глюкоза+крахмал	1:4	2,36
18	ПВП	3%	тальк+крахмал	2:1	1,40
19	МЦ	1%	тальк+крахмал	1:4	6,30
20	МЦ	2%	тальк+крахмал	2:1	6,14
21	МЦ	3%	тальк+крахмал	4:1	5,00
22	Клейстер крахм.	1%	тальк+крахмал	5:1	5,25
23	Клейстер крахм.	2%	тальк+крахмал	1:1	5,21
24	Клейстер крахм.	3%	тальк+крахмал	3:1	5,30
25	ПВП	1%	тальк+крахмал	1:5	1,12
26	ПВП	2%	тальк+крахмал	1:2	1,15
27	ПВП	3%	тальк+крахмал	1:3	1,31

Таблица 3

Составы наполнителя с приоритетными результатами растворимости в воде очищенной

Время растворения гранул, минуты	Составы
1,69	12
1,40	18

1,00	25
1,15	26
1,20	27

Результаты исследования срока годности капсул, при температуре 15-25ºС и влажности не более 60±5%, позволили установить стабильность показателей качества в течение 1 года.

Вывод: Получено лекарственное средство отечественного производства в форме капсул, обладающего широким спектром биологической и лечебной активности: антиоксидантным,противоотечным, антигистаминным, спазмолитическим, противовоспалительным, регенерирующим и антибактериальным действием, с равномерным высвобождением действующих веществ и выраженным пролонгированным действием, уменьшение его стоимости, удобство и гигиеничность применения.

Литература:

1. Иванова, Л.А. Технология лекарственных форм / Л.А. Иванова. - М.:Мед.1991-Т.2.-С.390-399.
2. Насыров, Х. М. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта / Х.М. Насыров. Уфа: Изд-во «Здравоохранение Башкортостана», 2001- С. 4 – 37.
3. Метод математического планирования как этап разработки и выбора оптимального состава лекарственных форм - суппозиториев / Ю.В. Шикова, В.А. Лиходед, А.В. Епифанова [и др.] // Фармация – 2010. - № 7. – с. 33-36.
3. Щукина О.Б. Препараты 5-АСК в терапии воспалительных заболеваний кишечника. Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии. -№1. -2010.
4. Hanauer SB. Positioning biologic agents in the treatment of Crohn\'s disease. Inflamm Bowel Dis. -2009. 15: 1570–82.

УДК: 615.454.1

В.В. ПЕТРОВА,А.А. УСМАНОВА, И.Ф.ГИРФАНОВ.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАСТЫ С ОКСИМЕТИЛУРАЦИЛОМ

Научный руководитель – д.фарм.наук., профессор Ю.В. Шикова

Кафедра фармацевтической технологии с курсом биотехнологии,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Ключевые слова: оксиметилурацил, мазь, паста.

Резюме: В данной статье представлены исследования получения стоматологической лекарственной формы.

V.V. Petrova, A.A. Usmanova, I.F.Ghirfanov.

Development of the composition and technology of dental paste with oxymethyluracil

Scientific advisor - Doctor of pharmaceutical sciences, Professor Y.V. Shikova

Department of Pharmaceutical Technology with a course of biotechnology,

Bashkirian State Medical University, Ufa.

Key words:oxymethyluracil, ointment, paste.

Summary: This article presents studies of obtaining a dental dosage form.

Актуальность: Для разработки состава стоматологической пасты с оксиметилурацилом проведены исследования по изучению влияния вспомогательных веществ на фармацевтическую доступность для выявления максимального высвобождения и эффекта пролонгации. Стоматологическая паста с оксиметилурацилом рекомендована для комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита. Актуальна и экономически выгодна разработка отечественного нового лекарственного средства в виде стоматологической пасты, обладающего иммуномодулирующим, регенерирующим противовоспалительным действием. В связи с этим паста обладает свойствами легкого нанесения на поверхность слизистой оболочки полости рта, обладающая,

противовоспалительным, иммуномодулирующим действием, не вызывающих побочных действий.

Цель исследования: Разработка состава стоматологической пасты, изучение влияния вспомогательных веществ на фармацевтическую доступность действующих веществ.

Материалы и методы:

Оксиметилурацил представляет собой белый кристаллический порошок, без запаха. Практически нерастворим в эфире, хлороформе, спирте 96%, медленно растворим в воде. Примесью оксиметилурацила является метилурацил, содержание которого не должно превышать 2%. Препарат содержит не менее 97,5% оксиметилурацила. Ультрафиолетовый спектр 0,01 % водного раствора препарата в области от 200 до 350 нм имеет максимум поглощения при длине волны 278 ± 2 нм, pH водного раствора от 5,7 до 6,7. Определение подлинности оксиметилурацила в субстанции проводили согласно нормативной документации (ФСП 42-0415-2776-02) на субстанцию оксиметилурацил. Ультрафиолетовый спектр раствора стандартного образца, приготовленного для количественного определения, в области от 200 до 350 нм, имеет максимум поглощения при длине волны 278 нм ± 2 нм.0,1 мл раствора А и 10 мкл раствора рабочего стандартного образца, приготовленных для количественного определения, наносят на линию старта пластинки «Силуфол УФ 254» размером 15 х 15 см. Пластинку с нанесенными пробами высушивают на воздухе в течение 15 минут и помещают в камеру со смесь растворителей (этиловый спирт 96% - концентр.аммиак в соотношении 4:1) и хроматографируют восходящим методом. Когда состав растворителей пройдет 13 см 90 минут, пластинку вынимают из камеры, сушат на воздухе в течение 30 минут, и проявляют в камере насыщенной парами йода, окрашенные зоны оксиметилурацила на хроматограмме испытуемого препарата должны находиться на одном уровне с пятном РСО, со значением Rf 0,80±0,02.

Около 0,01 г (точная навеска) оксиметилурацила помещают в коническую колбу вместимостью 100 мл, прибавляют 80 мл воды, нагревают на кипящей водяной бане в течение 30 минут до полного растворения, охлаждают и доводят объем раствора водой до метки, перемешивают. 10 мкл раствора РСО оксиметилурацила содержит 1 мкг оксиметилурацила. Раствор устойчив в течение 10 суток.

Результаты: Изучены различные композиции мазевых основ (паст), содержащих воду очищенную, глицерин, масло вазелиновое и современные вспомогательные вещества лутрол F-127, кремофор RH-40 при различных соотношениях ингредиентов. Все компоненты, входящие в состав средства разрешены для медицинского применения. Глицерин 15%

придает мазевой основе оптимальную вязкость, текучесть, равномерное распределение по поверхности нанесения, для повышения пластичности используется как пластификатор. Вазелиновое масло 20% улучшает структуру композиции, вязкость и текучесть. Лутрол F-127 (Lutrol F-127), BASF (Германия) 9003-11-6, способствует пролонгированию действующего вещества в составе композиции. Кремофор RH-40 (Cremofor® RH-40) BASF (Германия) № 013635/01-2002 10% улучшает структуру основы, повышает биодоступность введенного действующего вещества за счет поверхностно-активных свойств. Введение в состав мазевой основы действующего вещества оксиметилурацила 20% способствует эффекту пролонгации и улучшению биодоступности лекарственного средства в форме пасты, применяемой в области стоматологии для лечения ВЗП и СОПР, обеспечивает удобство и гигиеничность применения, стойкость при хранении. Разработан состав и технология мазевой основы: глицерин – 20,0; масло вазелиновое – 25,0; лутрол F-127 (lutrol F-127) – 10,0; кремофор RH-40 (cremofor RH-40) – 10,0; вода очищенная до 100,0. Получают мазевую основу следующим образом. На водяной бане сплавляют глицерин, масло вазелиновое, лутрол F-127 и кремофор RH-40 при температуре 50-60 ^{0}C в выпарительной чашке. К сплаву добавляют по частям воду очищенную. Водную фазу эмульгируют, перемешивают мешалкой до получения однородной массы – мазевой основы. Готовая паста представляет собой однородную массу белого цвета, pH – 6,0-6,4. Полученная паста имеет удовлетворительную консистенцию, легко намазывается на область десен с образованием тонкого ровного сплошного мазка, при воспалительных заболеваниях полости рта после снятия зубных отложений пародонтальные карманы легко могут быть обработаны приготовленной пастой. В результате проведенных экспериментальных исследований установлено, что состав основы обеспечивает удовлетворительную (адгезию) к слизистым поверхностям, обеспечивает надежную фиксацию лекарственного средства на деснах, наносится тонким и сплошным мазком. Сочетание вазелинового масла и кремофора RH-40 (cremofora RH-40) способствует лучшему распределению оксиметилурацила, оказывает пролонгированное действие до 5 часов и повышает их фармацевтическую доступность за счет входящих вспомогательных веществ. Таким образом, теоретические и экспериментальные исследования в области биофармации позволили установить биологическую значимость фармацевтических факторов, протекающих при разработке лекарственных форм. Важными показателями исследований пасты с оксиметилурацилом являются способность обеспечивать легкость, нетравматичность нанесения на поврежденные участки кожи и слизистые оболочки, осмотическая активность, равномерность распределения и высокая биологическая доступность оксиметилурацила.

Вывод: получена стоматологическая паста с оксиметилурацилом, обладающая противовоспалительным, регенерирующим, иммуномодулирующим действием. Изучено влияние вспомогательных веществ на высвобождение оксиметилурацила.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Арзамасцев А.П. Анализ номенклатуры лекарственных средств, зарегистрированных МЗ РФ и разрешенных к медицинскому применению / А.П. Арзамасцев, В.Л. Багирова, И.А. Самылина // Человек и лекарство: IX Российской национальный конгресс. М., 2002.- С.832.
2. Аликбаева, Л.А. Новый справочник химика и технолога. – Спб.: НПО «Профессионал» / Л.А. Аликбаева, М.А. Афонин, А.П. Ермолаева – Маковская // - 2004. – 623с.
3. Марченко, Л.Г. Технология мягких лекарственных форм: учеб.пособие / Л.Г. Марченко, А.В. Русак, И.Е. Смехова; под ред. Л.Г. Марченко. – Спб.: СпецЛит, 2004.- 174с.

УДК 547.94:834.2

И. А. ПОЛОЖЕНЦЕВА[1], А. В. КОВАЛЬСКАЯ[2], А. М. НАЗАРОВ[2]

СИНТЕЗ И СТРУКТУРА НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ТЕТРАГИДРОИНДОЛА С ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Научный руководитель – д.ф.н., профессор В.А. Катаев[1]

1 - Кафедра послевузовского дополнительного профессионального фармацевтического образования ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
2 - Лаборатория биоорганической химии и катализа, УфИХ РАН, г. Уфа

Резюме: с целью поиска наиболее перспективного скаффолда для создания сфокусированных библиотек новых производных тетрагидроиндола с потенциальной биологической активностью осуществлен синтез 3 соединений, исходя из димедона, 2-бромацетофенона и некоторых аминов. Строение полученных соединений подтверждено методами ФХМА – ЯМР спектроскопии ^{1}H и ^{13}C.

Ключевые слова: биологическая активность, тетрагидроиндол, скаффолд, библиотеки соединений

I. A. Polozhentseva[1], A. V. Koval'skaya[2], A. M. Nazarov[2]

SYNTHESIS AND STRUCTURE OF NEW TETRAHYDROINDOLE DERIVATIVES WITH POTENTIAL BIOLOGICAL ACTIVITY

Bashkir state medical university, Ufa
Scientific Advisor – D. of Pharmaceutical Sciences,
Full professor V. A. Kataev[1]

1 - Department of Postgraduate Additional Professional Pharmaceutical Education, Bashkir state medical university, Ufa
2 - Department of bioorganic chemistry and catalysis, Ufa Institute of Chemistry Russian Academy of Sciences, Ufa

Abstract: On the base of dimedone, 2-bromoacetophenone and several amines three compounds with potential biological activity were synthesized for the purpose of search of more perspective scaffold for creation of focused libraries of novel derivatives of tetrahydroindole. The structures of obtained compounds were elucidated by means physico-chemical methods of analysis

– NMR spectroscopy ^{1}H and ^{13}C.

Keywords: biological activity, tetrahydroindole, scaffold, library of compounds

Современная стратегия создания лекарственных средств, направленная на эффективный поиск новых биологически активных веществ, базируется на трех основных этапах - синтезе библиотек химических соединений и последующем *in vitro* и *in vivo* скрининге[1]. Кроме того, внедрение эффективных методик предварительного *in silico* анализа в комплексе с данными о фармакологических мишенях в значительной степени облегчают задачу рационального дизайна и синтеза новых потенциальных терапевтических агентов[2,3].

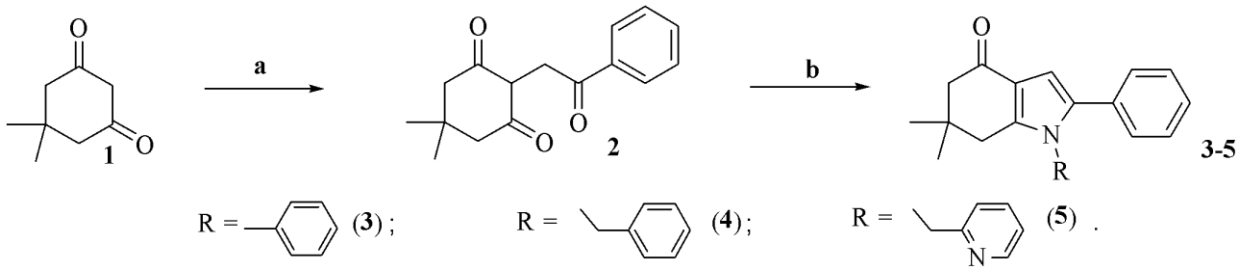
Огромное число гетероциклических соединений (как синтетических, так и природного происхождения) используется химиками-синтетиками в качестве исходных матриц в направленном синтезе новых фармакологически ценных веществ, и производные индола занимают в этом ряду отдельное место[4] - в последнее десятилетие среди них найдены соединения с самыми разнообразными биологическими свойствами[5,6,7,8,9,10].

К наиболее перспективным соединениям этого ряда относят производные индол-3-карбальдегида и индол-3-уксусной кислоты, индолин-2-онов, а также тетрагидроиндол-4-онов. Эти гетероциклические соединения являются популярными скаффолдами, комбинаторные библиотеки на базе которых, обычно «достраивают» путем их периферийного дизайна, а именно - за счет введения в различные положения исходных молекул самых разнообразных функциональных групп.

Целью настоящего исследования является синтез производных ряда тетрагидроиндол-4-она **3-5**, полученных в две стадии из димедона, бромацетофенона и ароматических аминов (схема 1), для дальнейшей разработки на основе полученных соединений ценных с фармакологической точки зрения агентов. Последующий выявление типов специфической активности параллельно с оценкой цитотоксических характеристик синтезированных скаффолдов позволит уже на первой стадии отобрать наиболее перспективные для дальнейших химических трансформаций тетрагидроиндол-4-оновые матрицы.

Схема 1

Синтез тетрагидроиндол-4-онов **3-5**



Реагенты и условия: a) K_2CO_3, $C_6H_4COCH_2Br$, $CHCl_3$, 20 ^oC; b) RNH_2, AcOH, кипячение 12 ч.

Реакцию исходного димедона **1** с бромацетофеноном проводили в хлороформе при комнатной температуре в присутствии K_2CO_3. Контроль за ходом реакции осуществляли методом тонкослойной хроматографии на пластинах марки ALUGRAM® (элюент бензол). После полного расходования исходного димедона **2** реакционную массу трижды промывали небольшим количеством H_2O и сушили безводным Na_2SO_4. Затем осушитель отфильтровывали, хлороформный экстракт концентрировали, и остаток хроматографировали на SiO_2, элюент бензол. Выход продукта конденсации **2** после колоночной хроматографии составил 65%.

Строение трикетона **2** подтверждали методами ЯМР. Спектры ЯМР ^1H и ^{13}C регистрировали в дейтерированном хлороформе на оборудовании ЦКП «Химия» УфИХ РАН (импульсный спектрометр Bruker Avance III с рабочей частотой 500.13 МГц (^1H) и 125.47 МГц (^{13}C)). Характеристическими сигналами в спектре ЯМР ^1H для соединения **2** являются сигнал метиленовых протонов 3.3 м.д. и мультиплетный сигнал ароматической части молекулы в интервале от 7.7 до 8.7 м.д. В спектре ЯМР ^{13}C новый сигнал карбонильной группы 197.1 м.д. и сигналы замещенного бензольного кольца 128.8, 132.2 и 136.7 м.д.

Генерацию индольного цикла осуществляли кипячением **2** в уксусной кислоте с эквимольным количеством амина в течение 12 часов. Далее реакционную массу выливали в лед, нейтрализовали Na_2CO_3, экстрагировали этилацетатом (3·10 мл). Органические экстракты объединяли, сушили безводным Na_2SO_4. Затем осушитель отфильтровывали, суммарный экстракт концентрировали, и остаток хроматографировали на SiO_2, элюент смесь хлороформа и этанола в соотношении 97:3. Тетагидроиндол-4-оны **3-5** были получены с выходами от 77, 54 и 52% соответственно.

Характеристическими сигналами в спектрах ЯМР ^1H для соединений **3-5** являются синглетные сигналы протона образовавшегося индольного цикла в районе 6.4 - 6.7 м.д. В спектре ЯМР ^{13}C химсдвиги соответствующих углеродных атомов индольного цикла находятся в интервале от 106.7 до 107.1 м.д.

Таким образом, исходя из димедона, бромацетофенона и ароматических аминов, в две

стадии получены производные тетрагидроиндол-4-она – перспективные скаффолды для дальнейшего синтеза на их основе библиотек новых биологически активных соединений.

Список литературы

1. Зефирова, О. Н. Медицинская химия (Medicinal Chemistry). II. Методологические основы создания лекарственных препаратов [Текст] / О.Н. Зефирова, Н.С. Зефиров // Вестник Московского университета. - 2000. - Том 41. - № 2. - С. 103-108.

2. Биомолекула [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://biomolecula.ru/content/15

3. Биомолекула [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://biomolecula.ru/content/15

4. Kumar Kaushik N., Kaushik N., Attri P., Kumar N., Hyeok Kim Ch., Kumar Verma A., Ha Choi E. Molecules // Biomedical Importance of Indoles. 2013. Vol. 18(6). P. 6620-6662.

5. Wu W., Cao S., Mao B., Liao J., Li Z., Song H., Xu X. Letters in Drug Design & Discovery // Synthesis and Antiproliferative Evaluation of Hybrids of Indolin-2-one and Quinazoline-4(3H)-one Linked via Imine Bond. 2013. Vol.10(1). P. 61-66.

6. Manvar A., Bavishi A., Loriya R., Jaggi M., Shan A. Medicinal Chemistry Research // In vitro cytotoxicity evaluation of diversely substituted N-aryl-2-oxindoles. 2013. Vol. 22(7). P. 3076-3084.

7. Ho H., Chua B., Wong W., Lim K., Teo V., Ong H., Chen X., Zhang W., Hui K., Go M. Molecular Oncology // Benzylidene-indolinones are effective as multi-targeted kinase inhibitor therapeutics against hepatocellular carcinoma. 2014. Vol. 8(7). P. 1266-1277.

8. Faraj F., Khaledi H., Karimian H., Mohd. Ali H. Journal of Heterocyclic Chemistry // Indole-Fused Epoxy-1,5-Diazocines as Cancer-Selective Cytotoxic Agents. 2016. Vol. 53(5).

9. Eldehna W., Fares M., Ibrahim H., Alsherbiny M., Aly M., Ghabbour H., Abdel-Aziz H. Molecules // Syntesis and citotoxic activity of biphenylurea derivatives containing indolin-2-one moities. 2016. Vol. 21(6). P. 761/1-762/11.

10. Chitra G., Franklin D.S., Sudarsan S., Sakthivel M., Guhanathan S. International Journal of Biological Macromolecules // Indole-3-acetic acid/diol based pH-sensitive biological macromolecule for antibacterial, antifungal and antioxidant

УДК 615.15:377/.378.046”312”(045)

М.В. ПОТАПОВА

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Научный руководитель – асс. Ю.Н. Якимова

Кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией,

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов

Резюме: Исследование посвящено выявлению проблем современного фармацевтического образования на примере Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского. Установлено, что в процессе обучения отношение студентов к специальности существенно изменяется. Выявлены проблемы организации обучения в области взаимодействия студентов с потенциальными работодателями и необходимости повышения качества получаемого образования.

Ключевые слова: фармацевтическое образование, организация учебного процесса, отношение к профессии.

M.V. Potapova

PROBLEMS OF MODERN PHARMACEUTICAL EDUCATION

Scientific Advisor — Assistant Y.N. Yakimova

Department of economics and management of healthcare and pharmacy,

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov

Abstract: The study is devoted to identification of problems of the modern pharmaceutical education by the example of Saratov state medical university n.a. V. I. Razumovsky. The study identified significant changes of students’ attitude to the specialty during the learning process. The problems of organization of learning process associated with interaction of students and potential employers and with improving of the quality of education were revealed.

Keywords: pharmaceutical education, organization of educational process, attitude to the profession.

Актуальность: На сегодняшний день фармацевтическое образование – это самостоятельное и перспективное направление профессиональной подготовки. Согласно данным опроса Всероссийского центра изучения общественного мнения, 33% россиян считают медицину и фармацевтику самой перспективной сферой профессионального образования [1].

В настоящее время подготовка по ФГОС ВО 33.05.01 «Фармация» проводится в 62 вузах, и число образовательных организаций, предоставляющих возможность получить фармацевтическое образование, постоянно увеличивается (в 2012 г. – 55 вузов) [2,4]. Основные идеи модернизации фармацевтического образования связаны с внедрением новых технологий обучения и обновлением методических подходов. Однако в связи с развитием общества, экономики, науки и технологий в системе подготовки фармацевтических кадров возникают недостатки, и своевременное их выявление и устранение остаются актуальными в настоящее время.

Цель исследования: выявление проблем современного фармацевтического образования на примере Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского.

Материалы и методы: В ходе исследования было проведено анкетирование студентов 1 и 5 курсов фармацевтического факультета очной формы обучения Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского с использованием специально разработанной авторской анкеты. Анкета включала вопросы, позволяющие оценить отношение респондентов к получаемой специальности, а также к процессу обучения в вузе в целом. Сплошным методом было опрошено 37 студентов 1 курса и 37 студентов 5 курса. Среди первокурсников 30 человек (81%) – женщины, 7 (19%) – мужчины; возраст респондентов 1 курса варьируется от 17 до 24 лет, средний возраст – 18,2±0,2 лет. Среди пятикурсников 35 человек (95%) – женщины, 2 (5%) – мужчины; возраст респондентов 5 курса составляет 21-23 года, средний возраст 21,6±0,1 лет. Обработка результатов анкетирования проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2003 с использованием методов описательной статистики (расчет относительных величин, расчет средних величин и стандартных ошибок среднего). Для оценки достоверности различия во мнении респондентов ($p=0,05$) были использованы t-критерий для средних величин и критерий Пирсона (χ^2) для качественных переменных.

Результаты и обсуждение: 92% первокурсников и 97% пятикурсников считают свою специальность востребованной. При этом престижной специальность считают 89% первокурсников и 73% пятикурсников. Тем не менее, если бы при поступлении была возможность изменить выбранную специальность, повторный выбор специальности «Фармация» сделали бы 76% первокурсников и 41% пятикурсников ($\chi^2=7,994$, $p=0,005$). Продолжить обучение в аспирантуре или ординатуре планируют 60% первокурсников и 22% пятикурсников ($\chi^2=9,474$, $p=0,002$). Получить дополнительное образование по какой-либо иной специальности хотели бы 46% первокурсников и 62% пятикурсников ($\chi^2=1,360$,

p=0,243).

Подавляющее большинство респондентов (97% первокурсников и 95% пятикурсников) планируют работать по специальности. При этом информированы о потребности работодателей в фармацевтических кадрах лишь 51% первокурсников и 46% пятикурсников. При выборе конкретной сферы деятельности, в которой опрошенные предпочли бы работать (возможен выбор нескольких вариантов ответа), основным был вариант «Торговля лекарственными препаратами (ЛП)» – он был выбран респондентами 1 курса 14 раз, респондентами 5 курса – 19 раз. Вариант «Производство/контроль качества лекарственных средств (ЛС)» первокурсники выбрали 14 раз, пятикурсники – 7 раз. Вариант «Продвижение ЛП» был выбран первокурсниками 12 раз, пятикурсниками – 15 раз, а вариант «Разработка ЛС, научно-исследовательская работа» – 10 раз первокурсниками и 4 раза пятикурсниками.

Респондентам также было предложено оценить некоторые показатели, характеризующие процесс обучения в Саратовском ГМУ им. В.И. Разумовского (табл. 1), и важность каждого показателя (табл. 2) по 10-балльной шкале.

Таблица 1

Оценка значения показателей, характеризующих процесс обучения

№	Показатель	Среднее значение (1 курс)	Среднее значение (5 курс)	Критерий Стьюдента
1	Обеспеченность учебной литературой	7,2	6,9	0,7
2	Организация учебного процесса	8,0	7,2	1,9
3	Организация внеучебной работы	7,6	4,4	5,6
4	Профессионализм преподавательского состава	9,4	8,3	3,9
5	Сложность учебной программы	8,9	8,6	0,8
6	Финансовая доступность обучения	6,9	8,0	2,2

7	Материально-техническое оснащение вуза	8,6	7,7	2,1
8	Качество получаемого образования	9,1	7,6	5,4
9	Эффективность системы оценки знаний	7,8	7,0	1,6
10	Эффективность системы поощрений	7,5	4,8	4,7

Таблица 2

Оценка важности показателей, характеризующих процесс обучения

№	Показатель	Средняя важность (1 курс)	Средняя важность (5 курс)	Критерий Стьюдента
1	Обеспеченность учебной литературой	7,3	7,6	0,4
2	Организация учебного процесса	8,0	8,7	1,4
3	Организация внеучебной работы	6,0	5,7	0,4
4	Профессионализм преподавательского состава	8,1	9,2	1,9
5	Сложность учебной программы	7,5	8,9	2,4
6	Финансовая доступность обучения	6,6	8,5	3,0
7	Материально-техническое оснащение вуза	7,7	8,7	2,2
8	Качество получаемого образования	7,9	9,5	3,0
9	Эффективность системы оценки знаний	7,6	8,8	2,2
10	Эффективность системы поощрений	7,0	6,8	0,3

В анкетах первокурсников значения различных показателей находятся в интервале 6,9–9,4 (среднее значение – 8,2), а значения важности показателей – в интервале 6,0–8,1 (среднее значение – 7,1), при этом в большинстве случаев значение показателя мало отличается от его важности. Первокурсники, в силу невысокой степени осведомленности о процессе обучения, не могут четко выявить наиболее приоритетные для них показатели.

В анкетах пятикурсников значения показателей находятся в интервале 4,4–8,6, что более значительно, чем в анкетах первокурсников (интервал составляет 4,2 балла, среднее значение 6,5 балла). Значения важности варьируются от 5,7 до 9,5, интервал составляет 3,8, а среднее значение – 7,6 баллов. При этом значение каждого показателя меньше соответствующей ему важности (разница достигает 2,0 балла), что говорит о неудовлетворенности студентами системой организации обучения в университете в целом.

Первокурсники присвоили наибольшую важность таким показателям процесса обучения в Саратовском ГМУ им. В.И. Разумовского, как профессионализм преподавательского состава (8,1), организация учебного процесса (8,0) и качество образования (7,9). Студенты достаточно высоко оценили эти показатели – 9,4, 8,0 и 9,1 соответственно. Сложность учебной программы и материально-техническое оснащение вуза также заслужили высокую оценку студентов (8,9 и 8,6 соответственно). Наименьшую важность имеет организация внеучебной работы (6,0) и финансовая доступность обучения (6,6). При этом показателю «Финансовая доступность обучения» студенты 1 курса поставили самые низкие оценки (6,9) наряду с обеспеченностью учебной литературой (7,2).

По мнению студентов 5 курса, наиболее важными в процессе обучения являются качество получаемого образования (9,5), профессионализм преподавательского состава (9,2) и сложность учебной программы (8,9). Наименьшие значения важности присвоены организации внеучебной работы (5,7) и эффективности системы поощрений (6,8). При этом студенты 5 курса придают всем показателям, за исключением двух наименее важных, большую значимость, чем студенты 1 курса. По критериям «Сложность учебной программы», «Финансовая доступность обучения», «Материально-техническое оснащение вуза», «Качество получаемого образования», «Эффективность системы оценки знаний» различия в оценках важности являются статистически значимыми (t-критерий > 2,0).

Наиболее высоко студенты 5 курса оценили показатели «Сложность учебной программы» (8,6) и, аналогично студентам первого курса, «Профессионализм преподавательского состава» (8,3). Самые низкие значения пятикурсники присвоили наименее важным показателям: «Организация внеучебной работы» (4,4) и «Эффективность системы поощрений» (4,8). При этом студенты 5 курса оценивают все показатели, за исключением финансовой доступности обучения, ниже, чем студенты 1 курса. Различия в оценках большинства показателей («Организация внеучебной работы», «Профессионализм преподавательского состава», «Финансовая доступность обучения», «Материально-

техническое оснащение вуза», «Качество получаемого образования», «Эффективность системы поощрений») являются статистически значимыми (t-критерий > 2,0).

Заключение и выводы: Большинство студентов 1-го курса фармацевтического факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского при поступлении не имеют четкого представления о будущей профессии, для них характерны завышенные ожидания относительно результатов обучения. В процессе обучения отношение студентов к специальности существенно изменяется (доля респондентов, повторно выбравших бы при поступлении специальность «Фармация», достоверно снижается). Подавляющее большинство респондентов планирует работать по специальности, при этом первокурсники предпочли бы заниматься торговлей, производством ЛС или научно-исследовательской работой, а выпускники – торговлей или продвижением ЛП (что согласуется со сведениями о профессиональной реализации выпускников [3]). Информированными о потребности работодателей в фармацевтических кадрах считают себя лишь половина опрошенных. Полученные результаты говорят о наличии в вузе проблем в области взаимодействия студентов с потенциальными работодателями, а также со снижением в процессе обучения интереса студентов к сферам деятельности, не связанным с торговлей ЛП.

Анализ оценки показателей, характеризующих процесс обучения в Саратовском ГМУ им. В.И. Разумовского, и их важности показал, что студенты обоих курсов считают высокими значения и важность таких показателей, как «Профессионализм преподавательского состава» и «Качество образования». При этом значение показателя «Качество образования» к пятому курсу становится ниже, а важность – выше, что свидетельствует о необходимости принятия мер, обеспечивающих повышение качества получаемого образования, что согласуется с проведенными ранее исследованиями [3]. Показатели «Организация внеучебной работы» и «Эффективность системы поощрений», которым пятикурсники присвоили наименьшие значения и величину важности, первокурсники оценили как средние, а их важность – ниже среднего, что говорит о постепенном улучшении в вузе организационной работы со студентами.

Список литературы:

1. ВЦИОМ. Зачем, куда и на кого учиться. Мнение учеников, студентов и родителей : пресс-выпуск № 1935 от 25.01.2012 / ВЦИОМ. URL: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=112358 (дата обращения: 17.12.2016).

2. Голикова Н.С. Основные тенденции в подготовке специалистов фармацевтического профиля / Н.С. Голикова, Е.Ф. Савосина, В.В. Тарасов // Инновационные технологии в науке и образовании: материалы V Междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 27 март 2016 г.). Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2016. № 1 (5). С. 64-67.

3. Новокрещенова И.Г. Особенности подготовки и профессиональной реализации выпускников Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского по специальности «Фармация» / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Ю.Н. Якимова // Образование, наука и технологии: современное состояние и перспективы развития: сборник научных трудов 31 октября 2015 г. М.: ИП Туголуков А.В., 2015. С. 17-21.

4. Юдина Л.Ю. О тенденциях современного фармацевтического профессионального образования / Л.Ю. Юдина, В.В. Береговых, Ж.И. Аладышева, Н.В. Пятигорская // Медицинское образование и вузовская наука. 2013. № 1 (3). С. 61-67.

УДК615.32: 547.9+543.544

Д. В. РОСИХИН, Т.К. РЯЗАНОВА

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА МАСЛА РАСТОРОПШИ И ОБЛЕПИХОВОГО МАСЛА

Научный руководитель — д. фарм. н., профессор В.А. Куркин

Структурное подразделение – кафедра фармакогнозии с ботаникой и основами фитотерапии

Самарский государственный медицинскийуниверситет, г. Самара

Резюме:В настоящей статье обсуждаются вопросы идентификации масла расторопши и облепихового масла по характерному профилю входящих в их состав жирных кислот. Объектами данного исследования служили жирное масло расторопши пятнистой, лекарственный препарат «Облепиховое масло» для приема внутрь и наружного применения. Анализ жирнокислотного состава данных масел проводили с использованием метода газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием.

Ключевые слова: *масло расторопши пятнистой, облепиховое масло, насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, триглицериды.*

THE COMPARATIVE STUDY OF FATTY ACID COMPOSITION OF OIL FROM *SILYBUM MARIANUM* AND SEA BUCKTHORN OIL

V.A. Kurkin D.V., Rosikhin, T.K. Ryazanova

DepartmentofPharmacognosy withBotanyandBasesofPhytotherapy

Samara State Medical University, Samara, Russia (443099, Samara, Ulitsa Chapaevskaya, 89)

Abstracts.In the present paper the issues of identification ofmilk thistle oil and sea buckthorn oil by the characteristic profile of their fatty acid composition are discussed. The objects of the present researches are the fatty oil from milk thistle [*Silybummarianum* (L.) Gaertn.] and external use and pharmaceutical substance “Sunflower oil”. The analysis of fatty acid composition was performed using gas chromatography with mass spectrometric detection.

Keywords: *milk thistle oil,sea buckthorn oil, saturated and unsaturated fatty acids.*

ВВЕДЕНИЕ

Вмедицинеширокоиспользуетсямаслорасторопшипятнистойприразличныхзаболеваниях. Маслорасторопши (лекарственный препарат «Натурсил») оказывает благоприятное действие на липидный обмен, постепенно снижая в крови уровень общего холестерина, триглицеридов и бета-липопротеинов [6]. Препарат также оказывает общее благоприятное воздействие на организм: при введении внутрь повышает содержание общего белка в крови,

снижает процессы трансаминирования и уровня мочевины, стимулирует процессы эритропоэза; при местном нанесении стимулирует репаративные и регенеративные процессы примеханическом и термических повреждениях [4, 6].

Облепиховое масло является продуктом переработки плодов облепихи (*Hippophaerhamnoides*L.) Оно содержит жирные кислоты, витамины групп Е, К, каротиноиды и др., обладает ранозаживляющим, противовоспалительным действием, стимулирует регенеративные процессы в коже и слизистых оболочках [4, 5]. На фармацевтическом рынке представлено значительное количество лекарственных препаратов и биологически активных добавок на основе масла облепихи, в связи с чем увеличивается риск фальсификации [5].

Фальсификация растительных масел, в том числе масла расторопши, облепихового масла, на наш взгляд, является актуальной проблемой. При этом замена какого-либо ингредиента, как известно, может привести к изменению фармакологического эффекта, изменению органолептических свойств и срока годности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектами данного исследования служили жирное масло расторопши пятнистой, полученное методом прессования на базе ЗАО «Самаралектравы» из плодов расторопши пятнистой [*Silybummarianum* (L.) Gaertn., сем. Астровые - *Asteraceae*], культивируемой промышленным способом в Самарской области (2016 г.) [8], лекарственный препарат «Облепиховое масло» для приема внутрь и наружного применения (серия 30216) производства ЗАО «Алтайвитамины». Содержание жирного масла в плодах расторопши пятнистой, определенное весовым методом с использованием аппарата Сокслета и хлороформа в качестве экстрагента [8], составило 28,50 %.

Изучение жирнокислотного состава масел проводили методом газожидкостной хроматографии после предварительного перевода жирных кислот в метиловые эфиры по методике ГОСТ 31665-2012, переэтерификацией с метанольным раствором гидроксида калия [1].

Состав жирных кислот определяли с помощью газового хроматографа «МАЭСТРО 7820» с масс-спектрометром модели Agilent 5975 и автоинжектором. Анализ проводили с использованием капиллярной кварцевой колонки HP-5ms 30 м × 0,25 мм × 0.,25 мкм (неподвижная фаза: 5%-дифенил-95%-диметилсилоксан) фирмы Agilent. Условия хроматографирования:

- программирование температуры термостата колонок: изотерма 40ºС в течение 1 мин – нагрев до 210ºС со скоростью 15ºС/мин – нагрев до 150ºС со скоростью 7ºС/мин – нагрев до 280°С со скоростью 5°С/мин - изотерма 280ºС в течение 10 мин.

- Газ-носитель: гелий, скорость газа-носителя: 1 мл/мин.
- Температура испарителя 280ºС.
- Температура источника ионов 150ºС.
- Температура квадруполя 230°С.
- Температура переходной камеры 280°С.
- сброс 1:100.
- Объем вводимой жидкой пробы 1 мкл.

Для идентификации компонентов определяли линейные индексы удерживания, сопоставляли полученные результаты и полные масс-спектры с библиотечными (библиотеки масс-спектров «NIST 2.0») и литературными данными. Рассматривались только компоненты, определяемые по библиотеке с вероятностью более 90%. Количественный анализ проводили по площадям соответствующих пиков на хроматограмме, построенной по полному ионному току.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Методом газохроматографического разделения в масле расторопши идентифицированы 15 жирных кислот и в облепиховом масле - 13. Состав и количественное содержание идентифицированных компонентов жирных масел представлены в таблице. Во всех исследуемых образцах преобладали ненасыщенные жирные кислоты: в масле расторопши 61% и в облепиховом масле 74,3%. Наличие относительно высокого количества насыщенных жирных кислот в составе жирного масла плодов расторопши пятнистой позволяет объяснить аномально низкое значение йодного числа (60-80) [5].

Основной профиль масла расторопши на хроматограмме создают ненасыщенные кислоты - линолевая ($C_{18:2}$; 34,8±3,0%), олеиновая кислоты ($C_{18:1}$; 25,7±3,5%), 11-эйкозеновая ($C_{20:1}$; 1,6±0,5%), а также насыщенные - стеариновая ($C_{18:}$0; 11,4±1,0%), пальмитиновая ($C_{16:0}$; 9,9±0,2%), арахиновая ($C_{20:0}$; 6,9±0,6%) и бегеновая ($C_{22:0}$; 3,8±0,4%) (таблица; рис. 1). В изучаемом объекте– масло расторопши также найдены следы маргариновой (0,09%), генэйкозановой (0,09%), гептадеценовой (0,06%), пентадециловой (0,03%), лауриновой кислот (0,006%). Впервые были идентифицированы лауриновая кислота ($C_{12:0}$), пентадециловая кислота ($C_{15:0}$), гептадеценовая кислота ($C_{17:1}$), генэйкозановая кислота ($C_{21:0}$)

Анализ литературных данных [7, 9, 11] показал, что состав жирного масла расторопши пятнистой, полученного на базе ЗАО «Самаралектравы», сопоставим с литературными данными по составу масел расторопши пятнистой, выращенной в различных географических условиях [7, 9, 10]. Сопоставление полученных данных и литературных

данных по количественному содержанию жирных кислот позволяет рекомендовать в качестве критериев подлинности наличие пиков на хроматограмме, соответствующих метиловым эфирам линолевой (35-55% от общего содержания), олеиновой (22-30%), пальмитиновой (8-15%), стеариновой (4,5-12%), арахиновой (2-7%), бегеновой (3-8%), 11-эйкозеновой (1-3%) кислот.

В облепиховом масле преобладали ненасыщенные жирные кислоты: линолевая кислота ($C_{18:2;}$29,15±0,20%), олеиновая кислота ($C_{18:1;}$ 28,08±0,18%), пальмитиновая кислота ($C_{16:0;}$ 17,36±00,15%) и пальмитоолеиновая кислота ($C_{16:1;}$ 15,18±0,11%). Облепиховое масло в процентном содержании, практически, по всем идентифицированных компонентам отличаются по сравнению с исследуемым образцом масла расторопши, за исключением линолевой ($C_{18:2}$) и олеиновой кислот ($C_{18:1}$).Отличительными особенностями облепихового масла является достаточно высокое содержание пальмитолеиновой кислоты, что согласуется с литературными данными [3].

Данное обстоятельство, по мнению авторов, представляет интерес с точки зрения использования результатов исследования жирнокислотного состава. На основании полученных данных, можно сделать вывод, что данные отличительные характеристики смогут послужить для целей идентификации и стандартизации масла, полученное из хеморасырасторопши пятнистой, культивируемой в Самарской области.

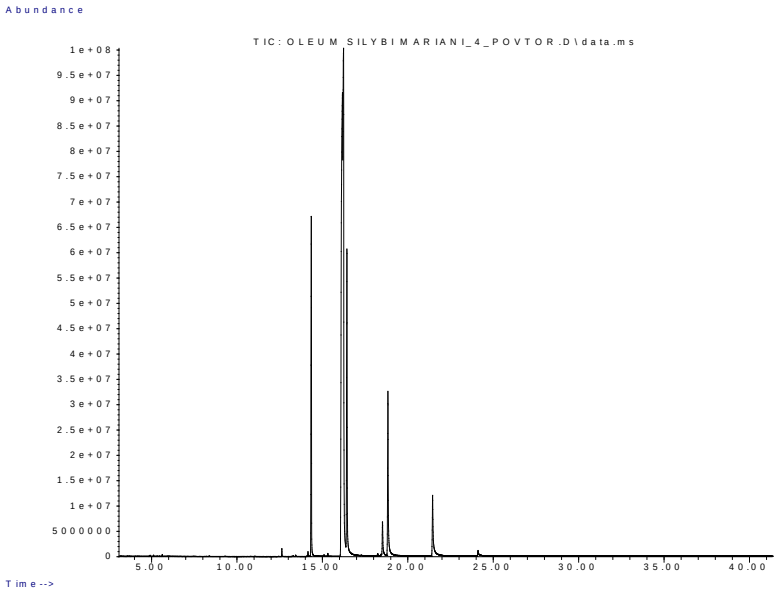


Рис.1 Хроматограмма компонентного состава масла плодов расторопши пятнистой

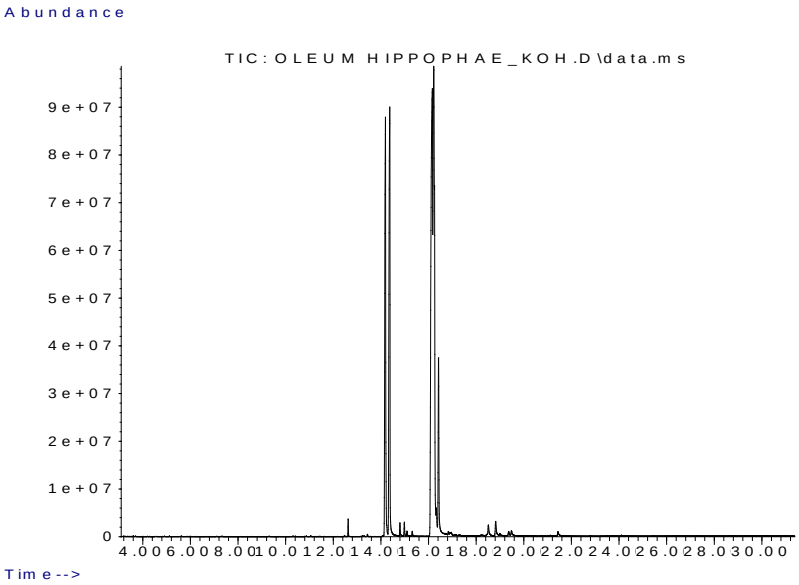


Рис.2 Хроматограмма компонентного состава облепихового масла.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Определено, что состав исследуемых масел имеет некоторые различия. В облепиховом масле преобладали ($C_{18:2;}$ 29,15±0,20%), олеиновая кислота ($C_{18:1;}$ 28,08±0,18%), пальмитиновая кислота ($C_{16:0;}$ 17,36±00,15%) и пальмитоолеиновая кислота ($C_{16:1;}$ 15,18±0,11%).
2. Отличительной особенностью является относительно высокое содержание пальмитолеиновой кислоты.
3. Основной профиль масла расторопши на хроматограмме создают ненасыщенные кислоты - линолевая ($C_{18:2}$; 34,8±3,0%), олеиновая кислоты ($C_{18:1}$; 25,7±3,5%), 11-эйкозеновая ($C_{20:1}$; 1,6±0,5%), а также насыщенные - стеариновая ($C_{18:}$0; 11,4±1,0%), пальмитиновая ($C_{16:0}$; 9,9±0,2%), арахиновая ($C_{20:0}$; 6,9±0,6%) и бегеновая ($C_{22:0}$; 3,8±0,4%). В подсолнечном масле преобладали линолевая ($C_{18:2}$; 55,07±0,10%), олеиновая ($C_{18:1}$; 23,81±0,11%), пальмитиновая ($C_{16:0}$; 10,46±0,04%), стеариновая ($C_{18:0}$; 8,31±0,09%) кислоты.

ЛИТЕРАТУРА

1. ГОСТ 31665-2012, Масла растительные и жиры животные. Получение метиловых эфиров жирных кислот.
2. Верещагин А.Л., Горемыкина Н.В., Бычин Н.В., Кошелев Ю.А. Сравнительный анализ композиций облепихового и подсолнечного масел // Техника и технология пищевых производств . 2013. № 2. С. 1-4.

3. Дейнека В.И., Дейнека Л.А., Сороколудов В.Н. Обращенно-фазовая ВЭЖХ в анализе растительных масел. Метод контроля подлинности и установления фальсификации облепихового масла // Химико-фармацевтический журнал. 2009. Т. 43. № 1. С. 33-36.
4. Куркин В.А. Расторопша пятнистая – источник лекарственных средств (обзор) // Химико-фармацевтический журнал. 2003. Т. 37. № 4. С. 27-41.
5. Куркин В.А. Фармакогнозия: учебник для студентов фармацевтических вузов (факультетов), 3-е изд. перераб. и доп. Самара: ООО «Офорт», ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России. 2016. 1279 с.
6. Самигуллина Л.И., Лазарева Д.Н. Новые перспективы применения препаратов расторопши пятнистой // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2004. Т. 67. №4. С. 77 – 80.
7. Сокольская Т.А. Создание лекарственных средств из плодов расторопши пятнистой (получение, стандартизация и контроль качества): дис. на соискание уч. степ. доктора фарм. наук: 15.00.02 / Т.А. Сокольская; Моск. мед. академ. им. И.М. Сеченова. Москва, 2000. 79 л.
8. Росихин Д.В., Куркин В.А., Рыжов В.М. Фармакогностическое исследование по обоснованию комплексного использования расторопши пятнистой // Аспирантский вестник Поволжья. 2015. № 5-6 (2). С. 342-346.
9. EMA/HMPC/294188/2013 Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC), Assessment report on *Silybummarianum* (L.) Gaertn., fructus. 2015.
10. European Pharmacopoeia. 5-th Ed.Rockville: United States Pharmacopoeial Convention. Inc., 2008. P. 2524.
11. Ismaili S.A., Harhar H., Gharby S. et al. Chemical composition of two non-conventional oils in Morocco: *Meliaazadirachta* and *Silybummarianum* (L.) // Journal of Materials and Environmental Science.2016.Vol. 7.№ 6.P. 2208-2213.

УДК 615.32: 547.9

Т.К. РЯЗАНОВА

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ С ДИУРЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Научный руководитель – д.фарм.н., профессор В.А. Куркин

Кафедра управления и экономики фармации, кафедра фармакогнозии с ботаникой и основами фитотерапии, Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Резюме: Проведено фармакогностическое исследование листьев толокнянки обыкновенной [Arctostaphylos uva-ursi (L.) Spreng.] и брусники обыкновенной (Vaccínium vítis-idaéa L.) с целью обоснования подходов к стандартизации исследуемых видов лекарственного растительного сырья. Для качественного анализа исходных извлечений предлагается использовать метод тонкослойной хроматографии с использованием системы растворителей н-бутанол–ледяная уксусная кислот – вода (4:1:2 об/об/об). Идентификацию арбутина в лекарственном растительном сырье проводили после твердофазной экстракции на оксиде алюминия и разделения в подвижной фазе: хлороформ – 96% спирт этиловый (6:4 об/об). Разработаны методики количественного определения содержания арбутина в исследуемых видах лекарственного растительного сырья методом обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии. Оптимальные условия для извлечения арбутина из листьев толокнянки: экстрагент - 40% спирт этиловый, соотношение «сырье : экстрагент» - 1:50, время экстракции - 60 мин; из листьев брусники: экстрагент – вода очищенная, соотношение «сырье : экстрагент» - 1:50, время экстракции - 60 мин.

Ключевые слова: толокнянка обыкновенная, Arctostaphylos uva-ursi (L.) Spreng., брусника обыкновенная, Vaccínium vítis-idaéa L., арбутин, высокоэффективная жидкостная хроматография, спектрофотометрия, йодометрия, стандартизация.

T. C. Ryazanova

THE PHARMACOGNOSTIC STUDY OF MEDICINAL PLANTS WITH DIURETHIC ACTIVITY

Scientific Advisor — Ph. D. in Pharmacy, Full professor V.A. Kurkin

Department of of Pharmaceitical management and economics, Department of Pharmacognosy with Botany and Phytotherapy, Samara State Medical University, Samara

Abstract: The pharmacognostic study of the leaves of Arctostaphylos uva-ursi and Vaccínium vítis-idaéa was carried out for the purpose of development of method of their analysis. There is offered to use the thin-layer chromatography method with solvent system of n-butanol–glacial acetic acid–water (4:1:2 v/v/v) for qualitative analysis of extracts from the studied species of medicinal plants. Identification of arbutin in herbal material was carried out after the solid-phase extraction on aluminium oxide and separation in the mobile phases: chloroform –ethyl alcohol 96 % (6:4 v/v). The method of quantitative determination of arbutin in the studied species of medicinal plants using reverse-phase HPLC. The optimal conditions of extraction of arbutin from raw materials of Vaccínium vítis-idaéa are extractant - purified water; the extraction time - 60 min; the ratio of «raw material : extractant» - 1:50; from raw materials of Arctostaphylos uva-ursi are 40% ethanol; the extraction time - 60 min; the ratio of «raw material : extractant» - 1:50.
Keywords: Vaccinium vítis-idaéa L., Arctostaphylos uva-ursi (L.) Spreng., leaves, arbutin, HPLC-analysis, spectrophotometry, iodimetry, standardization

Актуальность. Диуретические средства широко применяются в различных отраслях медицины, таких как кардиология, урология, нефрология и др. Часто диуретические средства назначаются длительными курсами при ряде хронических заболеваний различных органов и систем: гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность, гиперальдостеронизм и др. Однако классические сильные диуретики обладают рядом побочных свойств, а именно вызывают обезвоживание организма и понижают содержание ионов калия, кальция и магния в крови, поэтому их применение в коррекции указанных заболеваний ограничено. Диуретические средства растительного происхождения обладают более мягким действием, меньшим количеством побочных эффектов и, как правило, более широким спектром действия [1,3].

В настоящее время на фармацевтическом рынке РФ значительное количество лекарственных препаратов растительного происхождения, обладающих диуретической активностью, получают из листьев толокнянки обыкновенной [*Arctostaphylos uva-ursi* (L.) Spreng., сем. Вересковые – *Ericaceae*] и листьев брусники обыкновенной (*Vaccinium vitis-idaea* L., сем. Брусничные – *Vacciniaceae*) [4]. Предполагается, что основным действующим веществом листьев брусники и толокнянки является арбутин.

Стандартизацию листьев толокнянки и брусники согласно Государственной Фармакопее СССР XI издания осуществляют по содержанию арбутина йодометрическим титрованием [2]. Данная методика многостадийна и достаточно трудоемка, что снижает ее воспроизводимость и увеличивает ошибку метода [5,6].

В Европейской и американской растительной фармакопеях определение арбутина проводят методом ВЭЖХ [7,8]. В Европейской фармакопее листья толокнянки подвергают двухкратной экстракции водой очищенной, в качестве неподвижной фазы используют октадецилсиликагель, элюируют в изократическом режиме, подвижная фаза – смесь воды и метанола (90:10) [7]. В американской растительной фармакопее в качестве неподвижной фазы также используют октадецилсиликагель, предусмотрен градиентный режим элюирования смесями метилового спирта и воды очищенной [8]. Детектируют при длине волны 280 нм. Во всех этих методиках предусмотрено использование метанола, обращение с которым требует выполнения определенных условий.

В связи с этим актуальным является решение проблемы стандартизации листьев брусники и толокнянки в плане обоснования методик анализа, показателей качества и нормативной документации на лекарственное растительное сырье.

Целью работы является разработка методов стандартизации лекарственного растительного сырья брусники обыкновенной и толокнянки обыкновенной.

Материалы и методы: Объектами исследования являются листья толокнянки обыкновенной и брусники обыкновенной, заготовленные ручным способом в г. Волжск, Республика Марий Эл (2016 г.), а также стандартный образец арбутина (производства «Sigma-Aldrich», США).

В исследовании применяли методы тонкослойной хроматографии (ТСХ), электронной спектроскопии и высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ).

Регистрацию спектров проводили с помощью спектрофотометра «Specord 40» (Analytik Jena) в диапазоне длин волн 190-500 нм. ВЭЖХ-анализ проводили на жидкостном хроматографе Biotronic в изократическом режиме с использованием хроматографической колонки Phenomenex Luna C18(2) (250 мм х 4,6 мм, 5 мкм) и подвижной фазы (ПФ), представляющей собой смесь 0,01 М водного раствора KH_2PO_4, подкисленного H_3PO_4 до pH 3,00±0,01, и ацетонитрила в соотношении 9:1. Расход подвижной фазы - 0,6 мл/мин, объем инжектируемой пробы 20 мкл. При этом анализировали исходные водные извлечения из листьев брусники и водные извлечения после фильтрования через слой алюминия оксида (х.ч., нейтральный II по Брокману). Детекцию проводили по поглощению при длине волны 288 нм. Среднее время удерживания арбутина составляло 4,91±0,09 мин.

Результаты и обсуждение. При проведении ТСХ-анализа использовали хроматографические пластины «Сорбфил ПТСХ-АФ-А-УФ». 0,10 г сырья экстрагировали водно-спиртовыми смесями и наносили на хроматографическую пластину по 10 мкл полученного извлечения в виде пятна. Разделение проводили в подвижных системах: хлороформ–спирт этиловый 96%–

вода (26:16:3) и *н*-бутанол – ледяная уксусная кислота – вода (4:1:2). Хроматографические пластины после элюирования просматривали в видимом свете, при воздействии УФ-света с длинами волн 254 и 366 нм и обрабатывали раствором диазобензолсульфокислоты в насыщенном растворе натрия карбоната. Лучшее разделение показала система *н*-бутанол – ледяная уксусная кислота – вода (4:1:2).

При использовании системы *н*-бутанол – ледяная уксусная кислота – вода (4:1:2) при просмотре при дневном свете для хроматограммы извлечения из листьев толокнянки была характерна интенсивная темноокрашенная полоса до значения $R_f \approx 0,55$. При просмотре под УФ-излучением с длиной волны 254 нм в извлечении из листьев брусники обыкновенной обнаруживались пятна со значениями $R_f \approx 0,65–0,66$, $R_f \approx 0,58–0,59$ и $R_f \approx 0,15–0,16$, в извлечении из листьев толокнянки обыкновенной – пятно со значением $R_f \approx 0,57–0,58$. После обработки раствором диазобензолсульфокислоты эти же пятна окрашивались в различные цвета от желтого до темно-коричневого.

Присутствие арбутина, являющегося одним из главных биологически активных соединений, маскируется другими соединениями, также реагирующими с диазосоединениями (рис. 1).

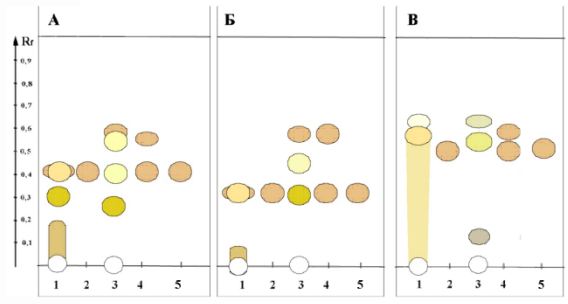


Рис. 1. Хроматограммы и схемы разделения извлечений из листьев толокнянки, брусники до и после фильтрования через слой Al_2O_3: Подвижные фазы: А – хлороформ–спирт этиловый 96% (6:4); Б – хлороформ –спирт этиловый 96% – вода (26:16:3); В –*н*-бутанол – ледяная уксусная кислота – вода (4:1:2). *Обозначения*: 1 – исходное извлечение из листьев толокнянки; 2 – извлечение из листьев толокнянки после фильтрования через слой Al_2O_3; 3 – исходное извлечение из листьев брусники; 4 – извлечение из листьев брусники после фильтрования через слой Al_2O_3; 5 – стандартный образец арбутина

При разработке методики количественного анализа лекарственного растительного сырья сравнивались различные методы. Определение арбутина проводили с использованием фармакопейной методики (йодометрическое титрование), прямой спектрофотометрии после фильтрования через слой алюминия оксида при аналитической длине волны 280 нм и методом ВЭЖХ на обращено-фазовой колонке.

Содержание арбутина в исследуемом образце листьев толокнянки методом йодометрического титрования составил 10,59±0,70% (ошибка единичного определения с доверительной вероятностью 95% составила 6,61%). В листьях брусники при использовании этого метода содержание арбутина составило 11,68% (ошибка единичного определения ±6,16%). По результатам спектрофотометрического определения извлечения из листьев толокнянки содержание арбутина в сырье составило 15,70±0,40% (ошибка единичного определения с 95%-ной доверительной вероятностью составила 2,55%). В извлечении из листьев брусники содержание арбутина в сырье варьирует от 14,46±0,41% до 14,62±0,42% (ошибка единичного определения ±2,68%).

Содержание арбутина в исследуемом образце листьев с использованием ВЭЖХ-метода составило 11,16±0,35% (ошибка единичного определения с 95%-ной доверительной вероятностью - 3,14%). Содержание арбутина в исследуемом образце листьев брусники, установленное методом ВЭЖХ, варьировало от 4,80%±0,10 % до 4,97 % ±0,11% (ошибка единичного определения ±2,08%).

Для разработки методики анализа арбутина и последующего включения в фармакопейные статьи на исследуемые виды лекарственного растительного сырья был выбран метод ВЭЖХ благодаря своей специфичности, экспрессности, чувствительности.

Анализ условий экстракции для извлечения арбутина из листьев толокнянки и брусники с использованием различных экстрагентов, соотношений «сырье : экстрагент» и времени экстракции показал, что оптимальными условиями для толокнянки являются экстрагент - 40% спирт этиловый, соотношение «сырье : экстрагент» - 1:50, время экстракции - 60 мин; для брусники: экстрагент – вода очищенная, соотношение «сырье : экстрагент» - 1:50, время экстракции - 60 мин.

Заключение и выводы. Таким образом, предложены методики качественного анализа листьев толокнянки обыкновенной и брусники обыкновенной методом тонкослойной хроматографии и методики количественного анализа методом обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Список литературы:

12. Афанасьева П.В., Куркина А.В. Обоснование подходов к фармацевтическому анализу сырья и препаратов календулы лекарственной // Аспиранстский вестник Поволжья. 2015. № 5-6(2). С. 323-326.

13. Государственная фармакопея СССР: Вып. 2. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье / МЗ СССР. 11-е изд., доп. М.: Медицина, 1990. 400 с.

14. Кукес В.Г. Клиническая фармакология. М. «ГЭОТАР- Медиа». 2006. 944 с.

15. Куркин В.А. Фармакогнозия: учебник для студентов фармацевтических вузов (факультетов), 3-е изд. перераб. и доп. Самара: ООО «Офорт», ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 2016, 1279 с.

16. Охрименко Л.П., Калинкина Г.И., Дмитрук С.Е. Сравнительное исследование толокнянки, брусники и близких к ним видов, произрастающих в Республике Саха (Якутия) // Химия растительного сырья. 2005. № 1. С. 31-35.

17. Федосеева Л.М. Анализ арбутина подземных и надземных вегетативных органов бадана толстолистного (*Bergenia crassifolia* (L.) Fitsch.), произрастающего на Алтае // Химия растительного сырья. 2003. № 1. С. 73-77.

18. Ph.Eur. 2012: European Pharmacopoeia, 8th edition. Strasbourg (FR): Directorate for the Quality of Medicines and HealthCare of the Council of Europe (EDQM), 2012. P. 1162-1163.

19. Uva Ursi Leaf (*Arctostaphylos uva-ursi* (L.) Spreng). Standards of analysis, quality control, and therapeutic / American Herbal Pharmacopoeia. 2008.

УДК 615.322.015.21

Е. М. САЛИЙ

ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПОБЕГОВ БОЯРЫШНИКА МЯГКОВАТОГО *CRATAEGUS SUBMOLLIS* SARG.

Научный руководитель – д.фарм.н, доцент С.Р. Хасанова
Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме: Изучены морфологические и микроскопические признаки побегов боярышника мягковатого. Установлено, что побеги боярышника мягковатого представляют собой ветки с простыми яйцевидными листьями и щитковидными соцветиями. В качестве анатомо-диагностических признаков выделены устьичный аппарат аномоцитного типа, простые одноклеточные волоски на эпидермисе листа, на эпидермисе цветков - сосочковидные выросты.

Ключевые слова: побеги боярышника мягковатого, внешние признаки, микроскопия, устьичный аппарат, простые волоски.

E. M. Saliy

STUDY MORPHOLOGICAL-ANATOMICAL SIGNS Of SHOOTS HAWTHORN *CRATAEGUS SUBMOLLIS* SARG.

Supervisor-d. Pharm, Associate Professor pharmacognosy, S.R. Khasanova with Botany and fundamentals of herbal medicine, Bashkir State Medical University, UFA

Summary: morphologic and microscopic signs of shoots Hawthorn. It has been established that shoots Hawthorn represent branches from a simple urine leaves and buds. As anatomic and diagnostic signs highlighted flux apparatus anomocitnogo type simple unicellular hairs on the leaf epidermis, epidermis flowers- growths.

Keywords: shoots Hawthorn, external signs, microscopy, flux apparatus, simple hairs.

Боярышник мягковатый *Crataegus submollis Sarg.*- вид иноземных боярышников, который в диком виде у нас не встречается. В природе ареал этого вида охватывает северо-

восточные районы Северной Америки [2]. Но он достаточно давно интродуцирован и культивируется в России из-за своих сочных и съедобных плодов. Во многих странах в медицине используются побеги боярышника в качестве лекарственного средства. Поэтому актуальным является исследование морфологических и микродиагностических признаков побегов боярышника мягковатого.

Цель работы: провести исследование внешних признаков и микроскопии побегов боярышника мягковатого для установления подлинности сырья.

Материалы и методы. Макроскопический анализ побегов боярышника мягковатого проводили при осмотре в аналитической пробе визуально и с помощью лупы (10х) [2]. Микроскопический анализ проводили согласно статье ГФ XIII «Техника микроскопического и микрохимического исследования лекарственного растительного сырья», а также в статьях «Species», «Herba», «Fructus», «Folia», «Flores», «Radices», «Rhizomata» и частных статьях на сырье [2].

Микроскопические признаки объектов исследования приведены на фотоснимках, полученных с помощью видеонасадки микровизора MVZ-103.

Результаты исследования. При исследовании внешних признаков листьев боярышника мягковатого было установлено, что листья очередные без прилистников, простые, короткочерешковые длиной 2,5 – 5 см; яйцевидные, с острой вершиной, с широко-клиновидным основанием, с крупнозубчатым краем; жилкование перисто-краевое. Жилки зеленые, выдаются с нижней стороны листа. Цвет листьев зеленый с верхней стороны и светло-зеленый – с нижней стороны. Соцветия 10-15 цветковые, войлочно-опушенные. Цветки с белыми лепестками, имеющие 10 тычинок (рисунок 1).



Рис.1. Внешний вид побегов боярышника мягковатого

В ходе микроскопического анализа были установлены анатомо-диагностические признаки исследуемого сырья. Так при микроскопии листьев с поверхности наблюдались следующие микродиагностические признаки: клетки верхнего эпидермиса многоугольные, прямостенные; с четковидными утолщениями; Нижнего – с извилистыми стенками. Кутикула на обеих сторонах образует складки. Устьица крупные, многочисленные, располагаются на нижней стороне листа окружены 3-5 околоустьичными клетками (аномоцитный тип). На обеих сторонах листа встречаются многочисленные волоски – простые одноклеточные, толстостенные с основанием, погруженным в эпидермис (рисунок 2).

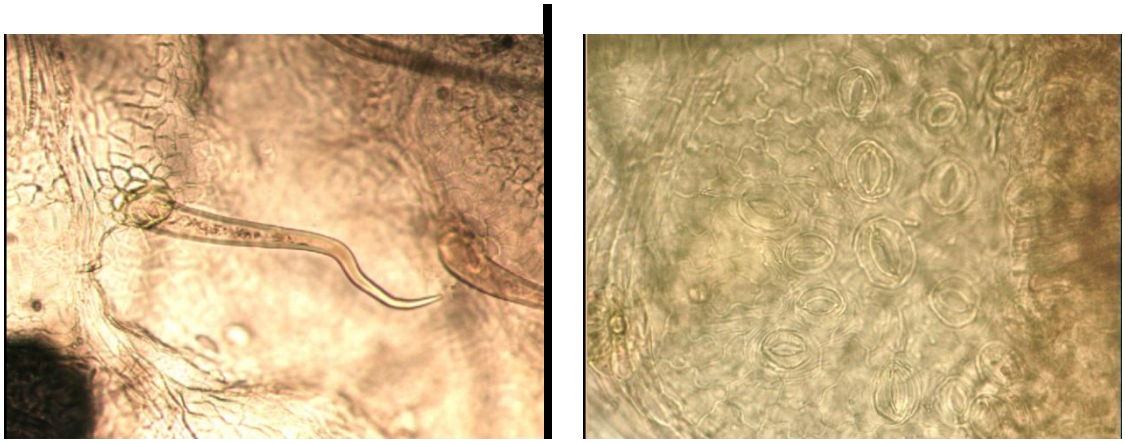


Рис. 2. Анатомо-диагностические признаки побегов боярышника мягковатого

В месте прикрепления волоска эпидермис образует розетку из 5-7 округлых клеток, окрашенных в бурый цвет. Клетки эпидермиса, окружающие розетку клеток также окрашены в бурый цвет. В мезофилле листа и вдоль жилок встречаются крупные друзы и кристаллы оксалата кальция (кубические и цилиндрические) в виде кристаллоносной обкладки жилок. На верхушке листовой пластинке и сегментах – многоклеточные железки с бурым содержимым. Край листовой пластинки цельный без волосков. У лепестков венчика видны клетки эпидермиса, с наружной стороны имеющие складчатую кутикулу, а с внутренней - сосочковидные выросты.

Обсуждение и выводы. На основании проведенных исследований установлены внешние признаки и выделены анатомо-диагностические признаки сырья – побеги боярышника мягковатого. Данные исследования могут стать основой для разработки нормативной документации и внедрения в медицинскую практику нового вида лекарственного растительного сырья.

Список литературы.

1. Государственная фармакопея Российской Федерации XIII издания [Электронный ресурс]. - М. : Научный центр экспертизы средств медицинского применения, 2015. - Ч. 1. - 1470 с. - Режим доступа: http://www.femb.ru/feml
2. Полетико, О. М. Род 26. Боярышник — Crataegus L. // Деревья и кустарники СССР. Дикорастущие, культивируемые и перспективные для интродукции. / Ред. тома С. Я. Соколов. — М.—Л.: Изд-во АН СССР, 1954. — Т. III. Покрытосеменные. Семейства Троходендроновые — Розоцветные. — С. 559. — 872 с.

УДК 615.322.015.11.21

И.Р. САФИНА

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ПОБЕГОВ БОЯРЫШНИКА МЯГКОВАТОГО *CRATEGUS SUBMOLLIS* SARG.

Научный руководитель – д.фарм.н, доцент С.Р. Хасанова
Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме: Изучено влияние побегов боярышника мягковатого на свободно-радикальное окисление. Антиоксидантную активность определяли *in vitro* методом хемилюминесценции. Регистрацию свечения проводили на приборе «ХЛМ – 003». Антиокислительную активность оценивали по снижению интенсивности свечения. В эксперименте побеги боярышника мягковатого в различных модельных системах угнетали скорость образования активных форм кислорода и снижали скорость перекисного окисления липидов.
Ключевые слова: побеги боярышника мягковатого, антиоксиданты, хемилюминесценция, свободно-радикальное окисление.

I.R. Safina

STUDY OF ANTIOXIDANT ACTIVITY OF SHOOTS *CRATEGUS SUBMOLLIS* SARG.

The scientific leader – d.farm.n., assistant professor S.R. Khasanova
The department of pharmacognosy with the course of botany and bases of fitoterapii, Bashkir state medical university, Ufa

Summary: the influence of Hawthorn shoots free-radical oxidation. Antioxidant activity was determined in vitro by the method of chemiluminescence. Registration of the glow carried out on device "HLM-003". The antioxidant activity was assessed by reducing the intensity of the glow. In the experiment in Hawthorn shoots various model systems have oppressed the rate of formation of reactive oxygen species and reduce the rate of lipid peroxidation.
Keywords: shoots Hawthorn, antioxidants, chemiluminescence, free-radical oxidation.

Изучение антиоксидантной активности лекарственных растений позволяет открыть их лечебные свойства и создать новые лекарственные препараты для лечения заболеваний, возникающих из-за воздействия на организм свободных радикалов. Свободнорадикальное окисление при его физиологической интенсивности является нормальным метаболическим

процессом. Однако мощный цитотоксический эффект свободных радикалов, который организм использует для уничтожения патогенных микроорганизмов и собственных дефектных клеток может быть опасен, так как неконтролируемое высвобождение свободных радикалов может привести к необратимым повреждениям молекул липидов, белков и нуклеиновых кислот. Усиление процессов свободнорадикального окисления вызывает заболевания с выраженной стрессовой и воспалительной реакциями, гипоксическим и ишемическим состояниями, способствует прогрессированию атеросклероза, ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, инфаркта миокарда, стенокардии [2].

В качестве антиоксидантов могут быть использованы вещества растительного происхождения – природные антиоксиданты. Важнейшим источником природных антиоксидантов являются растительные флавоноиды [1]. Одним из источников флавоноидов являются различные виды боярышника. Плоды и цветки боярышника издавна используются в медицине. Лекарственные средства, изготовленные из боярышника, оказывают кардиотоническое, антиаритмическое, антиоксидантное действие, снижают уровень холестерина. Побеги боярышника являются перспективным сырьем, поэтому исследование их биологических свойств является актуальным.

Целью исследований явилось изучение антиоксидантной активности побегов боярышника мягковатого *Crategus submollis* Sarg. методом хемилюминесценции.

Материалы и методы. Антиоксидантную активность побегов боярышника мягковатого определяли *in vitro* методом хемилюминесценции [3]. Водные извлечения из побегов боярышника мягковатого готовили по методике ГФ XI издания (соотношение 1:10) [4]. В качестве препаратов сравнения использовали природные антиоксиданты - 0,05% раствор аскорбиновой кислоты 0,05% раствор рутина.

Водные извлечения (по 0,01; 0,1 и 0,5 мл) вносили в модельные системы (20 мл), в которых генерировалось образование активных форм кислорода (АФК) и протекали реакции перекисного окисления липидов (ПОЛ) – наиболее распространенные процессы свободнорадикального окисления.

В качестве первой модельной системы использовали 20 мл фосфатного буфера с добавлением цитрата натрия и люминола (pH=7,5). В качестве инициатора окисления добавляли 1 мл 50 мМ раствора железа (II) сульфата. Окисление солей железа приводит к появлению кислородных радикалов и сопровождается хемилюминесценцией, усиливающейся в присутствии люминола. Регистрацию свечения проводили в течение 5 минут.

В качестве второй модели для оценки действия препаратов на ПОЛ из куриного желтка готовили липопротеиновые комплексы, сходные с липидами крови. Желток смешивали с фосфатным буфером в соотношении 1:5 и гомогенизировали. Хемилюминесценцию инициировали добавлением 1 мл 50 мМ раствора сернокислого железа, запускающего процесс окисления ненасыщенных жирных кислот, входящих в состав липидов.

Контролем служили модельные системы без добавления исследуемого сырья. Регистрацию свечения проводили на приборе «ХЛМ-003». Антиокислительную активность оценивали по снижению интенсивности свечения.

Результаты исследования. Экспериментальные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Данные исследования антиоксидантной активности побегов боярышника мягковатого

	Конц-я, г/мл	Модель АФК		Модель ПОЛ	
		Светосумма свечения	% контроля	Светосумма свечения	% контроля
Контроль		23,52	100	22,53	100
Побеги боярышника	0,01	9,21	43,4	18,71	1
	0,1	4,32	85,3	4,76	84,5
	0,5	2,80	94,8	1,44	92,1
Аскорбиновая кислота 0,05%	0,01	3,23	94,9	9,78	54,8
	0,1	1,00	97,8	3,31	87,9
	0,5			1,60	92,4
Рутин	0,01	7,18	39,6	14,83	26,04
	0,1	10,44	53,2	13,64	25,5
	0,5	30,40	85,2	10,45	46,2

Согласно полученным данным, оказалось, что настой из побегов боярышника мягковатого снижал образование активных форм кислорода (светосумму свечения) в дозах от 0,01 до 0,5 мл в от 43,4% до 94,8%, а аскорбиновая кислота в тех же дозах от 94,9% до 97,8%. Рутин в тех же дозах снижал образование АФК от 39,6% до 85,2%. Побеги боярышника мягковатого также снижали скорость реакции перекисного окисления липидов в дозах от 0,01 до 0,5 мл –до 92,1%. Аскорбиновая кислота снижала скорость ПОЛ в среднем до 92,4%, а рутин – до 46,2% ($P<0,5$).

Обсуждение и выводы. На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1.Настой из побегов боярышника мягковатого обладает антиоксидантной активностью.

2.При проведении анализа влияния побегов боярышника на АФК, можно сделать вывод, что антиоксидантная активность побегов боярышника ниже, чем у аскорбиновой кислоты, но выше, чем у рутина.

3.Настой из побегов боярышника мягковатого и аскорбиновая кислота практически одинаково снижают скорость ПОЛ, превышая антиоксидантную активность рутина.

Список литературы

1. Букатин, М.В. К вопросу применения биологических антиоксидантов природного происхождения в клинической практике. / М.Ю. Букатин, О.Ю. Овчинникова // Фундаментальные исследования, 2006. - №6. – С.29-30.
2. Окуневич, И.В. Антиоксиданты: эффективность природных и синтетических соединений в комплексной терапии сердечно-сосудистых заболеваний. / И.В. Окуневич, Н.С. Сапронов // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии, 2004 – Т3.№3. – С.2-17.
3. Влияние водных извлечений из некоторых лекарственных растений на процессы свободно-радикального окисления. /Рыжикова М.А. [и др.] / Экспериментальная и клиническая фармакология, 1999. - Т.62. № 2. - С. 36-38.
4. Государственная фармакопея СССР: Вып.1. Общие методы анализа. МЗ СССР. 11-е изд.,доп. М.: Медицина, 1987. - 333 с.

УДК:547.857.4

М.А. УРАЗБАЕВ

СВОЙСТВА И ПРОГНОЗ АКТИВНОСТИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 1-БЕНЗИЛ-3-МЕТИЛ-7-(ТИЕТАНИЛ-3)КСАНТИНА

Научный руководитель: д.фарм.н., профессор Ф.А. Халиуллин

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава Росии

Аннотация: Изучены различные водорастворимые соли 2-((1-бензил-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантин-8-ил)тио)уксусной кислоты. Проведен прогноз биологической активности.

Ключевые слова: ксантин, тиетан, биологическая активность, бензил.

M.A. Urazbaev

PROPERTIES AND PREDICTION OF ACTIVITY OF DERIVATIVE OF 1-BENZYL-3-METHYL-7-(THIETAN-3-YL)XANTHINE

Scientific Advisor Ph. D. in pharmacy, professor Khaliullin F.A.

Abstract: Water soluble salts of 2-[1-benzyl-3-methyl-7-(thietan-3-yl)xanthinyl-8-thio]acetic were described. Predicted biological activity.

Keywords: xanthine, thietan, biological activity, benzyl.

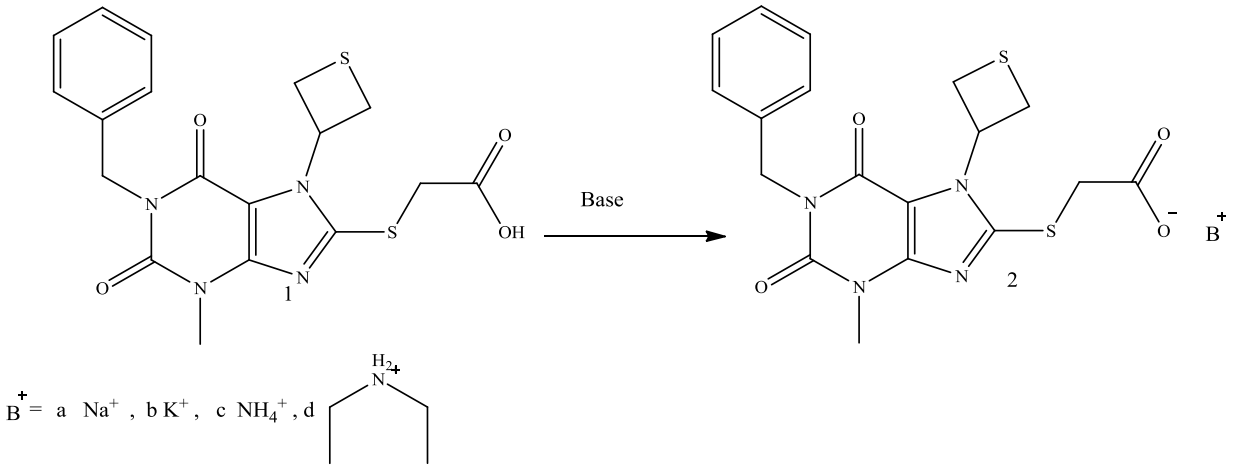
Актуальность: Производные ксантина занимают важное место среди веществ, используемых в лечении различных заболеваний. .[1]. Активно изучаются новые производные ксантина[2,3]. Однако производные бензилксантина, содерждащие тиетановый цикл не описаны. в связи с этим изучение свойств новых производных ксантина и является приоритетной задачей.

Цель работы: Изучение физико-химических свойств новых производных 1-бензил-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантина, прогноз их биологической активности.

Материалы и методы: Взаимодействием 2-((1-бензил-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантин-8-ил)тио)уксусная кислоты **1** и различных оснований в среде ацетона ранее были получены соли **2** [4] с различными выходами (табл.2) ИК спектры соединений сняты на приборе «Инфралюм-ФТ-02» в таблетках с калия бромидом. Спектры ЯМР ^{1}Н и ЯМР ^{13}С сняты на приборах Bruker DRX-500 [500.13 (^{1}Н)], Bruker AM-300 [300 (^{1}Н)]. В качестве растворителя использовался ДМСО-*d6*, в качестве внутреннего стандарта – сигналы растворителя. Индивидуальность полученных соединений подтверждена методом тонкослойной хроматографии на пластинах «Sopbfil» в системе хлороформ-этанол (объемное соотношение 9:1), пятна проявляли парами йода во влажной камере.

Прогноз биологической активности проводился в системе PASS-online.

Результаты и обсуждение: Синтезированные соединения представляют собой белые или



белые с желтоватым оттенком кристаллические порошки без запаха. В ИК спектрах синтезированных соединений наблюдаются характерные полосы поглощения валентных N-H, O-H и C=O связей (табл.1). В ЯМР^{1}H спектрах наблюдаются все характерные сигналы протонов(табл.3).

Прогноз показал, что синтезированные соединения должны оказывать влияние на заболевания печени и желчевыводящих путей, стимулировать работу почек.(табл.4). Возможное влияние на систему гемостаза или антидепрессивная активность не показаны.

Таблица 1

Характерные полосы поглощения в ИК спектрах

Соединение	C =C вал., C = N вал., C = O вал.	N^+ – H вал., O – H вал.
1	1653, 1701, 1742	2800-3300
2a	1614, 1655, 1694	
2b	1601, 1655, 1701	
2c	1622, 1660, 1699	2400-3150
2d	1635, 1662, 1701	2200-3050

Таблица 2

Характеристики синтезированных соединений

Соединение	Температура плавления ^oC	Брутто-формула	Выход %

1	198-199	$C_{18}H_{18}N_4O_4S_2$	93
2a	>250	$C_{18}H_{17}N_4NaO_4S_2$	61
2b	>250	$C_{18}H_{17}KN_4O_4S_2$	37
2c	167-168	$C_{18}H_{21}N_5O_4S_2$	62
2d	187-188	$C_{22}H_{29}N_5O_4S_2$	46

Таблица 3

Относительные химические сдвиги протонов в ЯМР^{1}Н спектрах

Соединение	1-CH_2 2Н, с	1-C_6H_5 5Н, м	3-CH_3 3Н, с	S$(CH)_2$ 2Н, м	S$(CH)_2$ 2Н, м	7- CH 1Н, м	8-SCH_2 2Н, с	Другие протоны
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	5.09	7.20-7.31	3.38	3.31-3.34	4.16-4.20	5.82-5.89	4.11	
2a	5.10	7.24-7.31	3.41	3.29-3.37	4.19-4.25	5.88-5.94	3.83	
2b	5.10	7.29-7.31	3.41	3.31-3.38	4.19-4.25	5.88-5.94	3.81	
2c	5.10	7.24-7.29	3.40	3.29-3.41	4.19-4.24	5.88-5.94	3.86	
2d	5.08	7.15-7.29	3.39	3.28-3.32	4.18-4.21	5.85-5.91	3.86	1.12 (6Н, т, J 7.4 Гц, 2CH_3), 2.84 (4Н, к. J 7.4 Гц, 2CH_2)

Таблица 4

Прогноз биологической активности в системе PASS-online

Активность	Соединение

	1	2a	2b	2c	2d
	Pa	Pa	Pa	Pa	Pa
Antioxidant	0,389	0,369	0,369	0,369	
Antiviral (Rhinovirus)	0,394	0,379	0,379	0,379	0,374
APOA1 expression enhancer	0,471	0,341	0,341	0,341	0,332
Biliary tract disorders treatment	0,343	0,975	0,975	0,975	0,977
Growth hormone agonist	0,323	0,364	0,364	0,364	0,367
Hepatic disorders treatment	0,368	0,807	0,807	0,807	0,812
Immunomodulator		0,363	0,363	0,363	
Kidney function stimulant	0,575	0,479	0,479	0,479	0,507
Nicotinic alpha4beta4 receptor agonist	0,646	0,454	0,454	0,454	0,452
Phosphatase inhibitor		0,323	0,323		0,321

Выводы: Изучены физико-химические свойства солей 2-((1-бензил-3-метил-7-(тиетанил-3)ксантин-8-ил)тио)уксусная кислоты, , составлен прогноз биологической активности

Список используемой литературы.

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства/М.Д. Машковский,-16 изд.-Москва: Новая волна, 2012.-1216 с.

2. Романенко Н.И., Пахомова О.А., Иванченко Д.Г., Камышный А.М., Полищук Н.Н. Синтез и биологическая активность 8-бензилиденгидразино-3-метил-7-β-метоксиэтилксантинов// Химико-фармацевтический журнал. 2014. Т. 48. № 7. С. 26-29.

3. Остапенко А.А., Белай И.М., Романенко Н.И. Влияние некоторых 8-аминозамещенных производных 3-метилксантина на активность процессов липопероксидации и состояние антиоксидантной системы при экспериментальной гиперлипидемии//Живые и биокосные системы. 2015. № 13. С. 2.

4. Халиуллин Ф.А., Уразбаев М.А. Синтез солей 2-[1-бензил-3-метил-7-(тиетанил-3)-ксантинил-8-тио]уксусной кислоты//Башкирский химический журнал. 2016. Т. 23. № 3. С. 53-55.

УДК 615.32

М.У. СЕРГАЛИЕВА, А.В. САМОТРУЕВ

СОДЕРЖАНИЕ АМИНОКИСЛОТ **В ТРАВЕ**
АСТРАГАЛА ЛИСЬЕГО (ASTRAGALUS VULPINUS WILLD.)

Научный руководитель – д.б.н. М.В. Мажитова
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань

Резюме. В настоящее время все больший интерес вызывают для ученых по всему миру растения, химический состав которых не изучен. Одним из неисследованных является Астрагал лисий (*Astragalus vulpinus Willd*.) семейства Бобовых, который произрастает в Астраханской области. В связи с этим целью нашего научного исследования явилось количественное определение аминокислот в траве Астрагала лисьего. По результатам исследования установлено, что сумма аминокислот в траве Астрагала лисьего составляет 4,11 %.

Ключевые слова: Астрагал лисий, биологически активные вещества, аминокислоты.

M.U. Sergaliyeva, A.V. Samotruev

CONTENT OF AMINO ACIDS IN THE GRASS OF ASTRAGALUS VULPINUS WILLD
(ASTRAGALUS VULPINUS WILLD.)

Scientific advisor – Dr. Sci. Biology M.V. Mazhitova
Astrakhan State Medical University, Astrakhan

Abstract: Now the increasing interest is attracted for scientists worldwide by plants which chemical composition isn't studied. One of unexplored is Astragalus vulpinus Willd (*Astragalus vulpinus Willd*.) families Fabaceae which grows in the Astrakhan region. In this regard the purpose of our scientific research was quantitative definition of amino acids in the grass of Astragalus vulpinus willd. By results of a research it is established that the sum of amino acids in in the grass of Astragalus vulpinus willd makes 4,11%.

Key words: Astragalus vulpinus Willd, biological active agents, amino acids.

Актуальность. Одним из перспективных направлений в области фармации и медицины в настоящее время является поиск и изучение новых фитосредств, содержащих уникальный комплекс биологически активных соединений и обладающих широким спектром биологической активности [4,5,9,10,11]. По данным литературных источников выявлено, что компонентный состав биологически активных веществ (БАВ) отдельных видов рода Астрагал, таких как Астрагал шерстистоцветковый, Астрагал перепончатый, Астрагал

эспарцетный, представлен сапонинами, витаминами, флавоноидами, фенолкарбоновыми кислотами, дубильными веществами и др. [6]. Известно, что экстракт Астрагала солодколистного проявляет антимикробную активность, Астрагала перепончатого мембраностабилизирующую активность, Астрагала монгольского анксиолитическую активность [7]. Однако среди представителей данного рода имеются и неизученные виды. Таковым является Астрагал лисий (*Astragalus vulpinus Willd*.), произрастающий во флоре Астраханской области [8].

Основные биологически активные вещества, содержащиеся в лекарственных растениях (алкалоиды, гликозиды, полисахариды, эфирные масла, органические кислоты, кумарины, флавоноиды, дубильные вещества и др.), обуславливают терапевтическую эффективность лекарственных препаратов, созданных из веществ растительного происхождения. Одними из основных БАВ являются аминокислоты, которые имеют не только важное физиологическое значение (аспарагиновая кислота и аспарагин, глутаминовая кислота и глутамин), но и являются высокоактивными фармакологическими веществами. Аминокислоты – органические соединения, которые необходимы для построения ферментов, белков, витаминов, фитонцидов и др. [3].

Учитывая все вышеизложенное, целью исследования являлось количественное определение суммы аминокислот в экстракте травы Астрагала лисьего (*Astragalus vulpinus Willd*.), произрастающего в Астраханской области.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужил Астрагал лисий (*Astragalus vulpinus Willd.*), собранный в период цветения в мае 2016 г. в окрестностях г. Астрахань (Приволжский район, с. Татарская Башмаковка, «бэровские» бугры). Сырье подвергалось сушке воздушно-теневым способом [1]. Потеря массы сырья при высушивании составила 2 %.

Процентное содержание суммы аминокислот в экстракте травы Астрагала лисьего определяли спектрофотометрическим методом [2]. Аналитическую пробу сырья измельчали до размера частиц, проходящих сквозь сито с отверстиями диаметром 1 мм. Около 1 г (точная навеска) измельчённого сырья помещали в коническую колбу со шлифом вместимостью 100 мл и прибавляли 50 мл воды. Колбу присоединяли к обратному холодильнику и нагревали на кипящей водяной бане в течение 2 часов. Затем содержимое колбы охлаждали до комнатной температуры, и извлечение фильтровали через вату в мерную колбу вместимостью 50 мл. Раствор довели водой до метки.

Далее,1 мл полученного извлечения помещали в мерную колбу вместимостью 50 мл, прибавляли 1 мл 0,25% раствора натрия карбоната, 2 мл 2% спиртового раствора нингидрина

и нагревали 15 минут на кипящей водяной бане. После чего раствор охлаждали, доводили водой до метки и определяли оптическую плотность окрашенного комплекса на спектрофотометре в области 230-590 нм относительно воды. Параллельно определяли оптическую плотность стандартного раствора РСО глутаминовой кислоты в тех же условиях проведения эксперимента.

Содержание суммы аминокислот в пересчёте на глутаминовую кислоту и абсолютно сухое сырьё в процентах (X) вычисляли по формуле:

$$X = \frac{D_x \times a_{cm} \times 50 \times 100}{D_{cm} \times a \times 1 \times (100 - w)}$$

где D_x – оптическая плотность испытуемого раствора; D_{cm} – оптическая плотность раствора РСО глутаминовой кислоты; $a_{ст}$ – навеска РСО глутаминовой кислоты, г; а – навеска сырья, г; w – потеря в массе при высушивании сырья, %.

Результаты и их обсуждение. В ходе нашей работы выявлено, что сумма аминокислот в траве Астрагала лисьего составляет 4,11 %, что дает возможность использования данного представителя рода Astragalus в медицине и фармации с целью возможной разработки новых фитопрепаратов.

Заключение. Таким образом, учитывая высокое содержание суммы аминокислот в экстракте Астрагала лисьего и их несомненную значимость в проявлении биологической активности данного сырья, представляется целесообразным изучение компонентного состава Астрагала лисьего (*Astragalus vulpinus Willd.*), для получения биологически активных веществ экстракта из данного растения с целью применения в медицине и фармации для разработки новых фитопрепаратов.

Список литературы:

1. Государственная фармакопея СССР XI издания.Выпуск 1 – М.: Медицина, 1987. – 335с.

2. Духанина И.В., Айрапетова А.Ю., Лазарян Г.Д., Василенко Ю.К. Количественное определение аминокислот в пыльце (обножке) // Химико-фармацевтический журнал. – 2006. – Т. 40, № 2. – С. 22–23.

3. Карпук В.В. Фармакогнозия : учеб. пособие. – Минск: Белгородский государственный университет, 2011. – 340 с.

4. Кондратенко Е.И., Ломтева Н.А., Бони А.А., Самотруева М.А., Липсон Н.Ю. Иммунотропные и антиоксидантные свойства экстракта лотоса орехоносного // Фармация. – 2012. – № 1. – С. 40–42.

5. Кондратенко Е.И., Ломтева Н.А., Самотруева М.А., Мажитова М.В. Сравнительный анализ гиполипидемической активности экстрактов лотоса орехоносного // Химико-фармацевтический журнал. – 2015. – Т. 49. – № 7. – С. 36-38.

6. Ласый Е.С., Ахадова Д.А., Ясенявская А.Л., Сергалиева М.У., Гречухин А.И. Биологически активные вещества травы Астрагала шерстистоцветкового (Astragalus dasyanthus) // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 50-летию фармфакультета КГМУ. Курск, 2016. С. 491–494.

7. Сергалиева М.У., Мажитова М.В., Самотруева М.А. Биологическая активность экстрактов растений рода Astragalus // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5;URL: http://www.science-education.ru/128-21809(дата обращения: 28.09.2015).

8. Сергалиева М.У., Мажитова М.В., Самотруева М.А. Растения рода Астрагал: перспективы применения в фармации // Астраханский медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С. 17–31.

9. Сергалиева М.У., Ясенявская А.Л. Антиоксидантные и иммунотропные свойства экстракта травы Астрагала лисьего (Astragalus vulpinus willd) // IV Всероссийская научно–практическая конференция с международным участием «Инновации в здоровье нации». Санкт-Петербург, 2016. С. 169–171.

10. Сергалиева М.У., Ясенявская А.Л., Самотруев А.В. Изучение содержания флавоноидов и сапонинов в траве Astragalus vulpinus willd // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 50-летию фармфакультета КГМУ. Курск, 2016. С. 518–520.

11. Хлебцова Е.Б., Самотруева М.А., Магомедов М.М., Иглина Э.М., Тырков А.Г., Кондратенко Е.И. Иммунотропные свойства флавоноидов Лофанта анисового // Фармация. – 2012. – № 3. – С. 46–48.

УДК 615.014

Д.В. СЕРЕБРЕННИКОВА, А.М. МЕДВЕДЕВ

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ РОССИЙСКОГО РЫНКА ФЕРМЕНТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Научный руководитель - к.ф.н., доцент С.Н. Ивакина
Кафедра управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: На основе маркетингового анализа рынка ферментных лекарственных препаратов выявлено, что преобладают ферментные препараты, содержащие действующее вещество Панкреатин, отечественного производства (48 торговых наименований), выпускаемые в форме таблеток, покрытых кишечнорастворимой оболочкой с дозировкой 10 000 ЕД.

Ключевые слова: ферментные лекарственные препараты, маркетинговый анализ.

Serebryannikova D.V., Medvedev A.M.

MARKETING ANALYSIS OF RUSSIAN MARKET OF ENZYME DRUGS

Scientific advisor – Ph.D., Associate Professor, S.N. Ivakina
Department of Management and Economics of Pharmacy course with MFM, Bashkir State Medical University, Ufa

Summary: Based on the marketing analysis of the market of enzyme drugs, it is revealed that enzyme preparations containing active ingredient Pancreatin, domestic production (48 trade names), produced in the form of tablets coated with an enteric-coated coating with a dosage of 10,000 units, are predominant.

Key words: enzyme drugs, marketing analysis

Актуальность. В настоящее время отмечается увеличение распространенности болезней органов пищеварения, в том числе с диагнозом, установленным впервые (на 5,9% и 5,7% соответственно). Кроме того наблюдается увеличение показателей смертности от болезней органов пищеварения, как у мужчин, так и у женщин на 1,2% [4].

Хронические заболеваниями желудочно-кишечного тракта способствуют нарушению процесса пищеварения различной степени выраженности. Поэтому востребованностью у населения пользуются ферментные лекарственные препараты (ЛП), способствующие улучшению процесса пищеварения [1].

Однако на сегодняшний день наблюдается тенденция уменьшения объема продаж в коммерческом секторе фармацевтического рынка в натуральных показателях. Так, за период с 2012 по 2014 годы, продажи в группе «Пищеварительный тракт и обмен веществ» снизились на 7,3% [5]. Причиной такого падения потребления ЛП является мало стабильная ситуация, сложившаяся на фармацевтическом рынке России, обусловленная ростом индекса потребительских цен, в том числе и на ЛП [6].

Поэтому в сложившихся условиях аптечным организациям необходимо адаптировать свою деятельность путем рационального формирования ассортиментного портфеля ЛП, а маркетинговые исследования приобретают особую актуальность, поскольку позволяют оценить доступность лекарственной помощи потребителям ферментных ЛП [6].

Целью нашей работой является проведение анализа российского фармацевтического рынка ферментных ЛП на основе методов маркетинга.

Материалы и методы. Маркетинговый анализ ассортимента ферментных ЛП, предлагаемых на фармацевтическом рынке России, мы проводили по данным федеральной информационной системы «Государственный реестр лекарственных средств» по состоянию на 1 января 2017 года. После формирования информационной базы была проведена группировка и анализ ферментных ЛП, зарегистрированных в государственном реестре лекарственных средств, по таким показателям как форма выпуска, страна-производитель, ценовой диапазон.

Результаты и обсуждение. Основные маркетинговые характеристики ассортимента ферментных ЛП согласно анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ-классификации) представлены в таблице 1.

Согласно АТХ – классификации ферментные ЛП входят в группу «Пищеварительный тракт и обмен веществ» (код А) и имеют собственную подгруппу «Ферментные препараты» (код А09АА), в которой можно выделяют еще «Полиферментные препараты (в т.ч. липаза, протеаза)» (код А09АА02).

В 2017 году на фармацевтическом рынке России предлагалось 96 торговых наименований (ТН) ферментных ЛП, содержащих 3 международных непатентованных наименования (МНН), два из которых комбинированные.

Из данных таблицы 1 видно, что среди МНН преобладают ферментные препараты, содержащие несколько действующих веществ (66,7%). Однако по количеству ТН преобладают МНН, содержащие одно действующее вещество (82,8%).

Таблица 1

Основные маркетинговые характеристики ассортимента ферментных препаратов

Название группы	МНН	Количество торговых наименований	Производители	
			Отечественные	Зарубежные
Код А Пищеварительный тракт и обмен веществ Код А09АА Ферментные препараты				
Ферментные препараты, содержащие одно действующее вещество	Панкреатин	82	48	35
Комбинированные ферментные ЛП	Гемицеллюлаза+ Желчи компоненты+Панкреатин	7	3	4
	Панкреатин+Диметикон	2	0	1
Общее количество:		91	51	40

Анализ ферментных ЛП по странам-производителям показал, что по количеству зарегистрированных ТН ферментных ЛП лидирует Россия (52,2 %). На втором месте находится Германия, на третьем месте – Индия (23,9 % и 13,6 % соответственно). Словения, Австрия и Турция поставляют на фармацевтический рынок России 6,8%, 2,3% и 1,1% ферментных ЛП соответственно.

Результаты анализа ферментных ЛП по форме выпуска показали, что лидирующей формой выпуска являются таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (53,7%). Второе и третье место занимают капсулы кишечнорастворимые и капсулы (23,7 % и 8,6% соответственно).

Анализ стадий производства ферментных ЛП позволил выявить, что 70,9% от количества ТН проходит все стадии производства в одной стране. При этом 40,9 % всех ферментных ЛП производится в России, включая все стадии производства, а именно: производство фармацевтической субстанции, производство готовой лекарственной формы (ЛФ), фасовка, первичная и вторичная упаковка, выпускающий контроль качества.

5,8 % ферментных ЛП производится Россией совместно с Германией (40%), Италией (20%), Китаем (20%), Индией (20%).

Выявлено, что преобладают ферментные ЛП совместного производства России – Германии. При этом производство субстанции и готовой ЛФ препарата Креон 40 000 ЕД осуществляется в Германии, а фасовка, первичная и вторичная упаковка и выпускающий контроль качества проходит в России.

Препарат Микразим отличается тем, что производство готовой ЛФ проводится в России.

Субстанция препарата Панзим форте производится в Китае, остальные стадии производства препарат проходит в России.

Аналогичная ситуация с препаратом Панкреатин, субстанция которого производится в Италии.

Препарат совместного производства Россия - Индия Биофесталь в России проходит лишь выпускающий контроль качества. 3,3% от количества торговых наименований ферментных ЛП производиться совместно Германия – Австрия (Панкреофлат).

Анализ производителей фармацевтических субстанций ферментных ЛП показал, что лидирующую позицию по производству фармацевтических субстанций для ферментных ЛП занимает Германия (32,3%), второе и третье место занимают Россия и Индия (29% и 22,6% соответственно). Однако в производстве готовых ЛП лидирующую позицию занимает Россия (38,7%). Второе и третье место занимают Германия и Индия (25,8% и 22,6% соответственно).

Распределение ферментных ЛП по единицам действия представлено в таблице 2. Из данных таблицы 2 видно, что большинство ферментных ЛП имеют дозировку 10 000 ЕД (71,4%), второе и третье место занимаю ЛП с дозировкой 20 000 ЕД и 25 000 ЕД (66,7% и 57,1% соответственно).

Таблица 2

Распределение ферментных лекарственных препаратов по единицам действия

№ п/п	Количество ЕД	Количество ТН	Примеры ферментных препаратов
1.	25 ЕД	5	Панкреатин, Биозим
2.	50 ЕД	4	Панкреатин
3.	10 000 ЕД	37	Мезим, Пангрол, Панзим
4.	20 000 ЕД	20	Энзистал, Нормоэнзим
5.	25 000 ЕД	20	Креон, Ферестал
6.	36 000 ЕД	1	Эрмиталь
7.	40 000 ЕД	4	Биофесталь, Креон

Вывод. Таким образом, проведенный маркетинговый анализ рынка ферментных ЛП показал, что преобладают на рынке ферментные препараты, содержащие одно действующее вещество – Панкреатин (82 ТН) отечественного производства (48 ТН), выпускаемые в форме таблеток, покрытых кишечнорастворимой оболочкой (50 торговых наименований). На фармацевтическом рынке преобладают ферментные препараты производство которых на всех стадиях осуществляется в одной стране – Россия (40,9%). Среди лекарственных препаратов совместного производства преобладают препараты, производящиеся при сотрудничестве России – Германии (40%). В производстве фармацевтических субстанций ферментных препаратов лидирует Германия (32,3%), а готовых лекарственных форм – Россия (38,7%). На рынке более широко представлены лекарственные препараты, содержащие Панкреатин 10 000 ЕД.

Список литературы.

1. Бадакшанов, А.Р. Теория и практика: разработка и внедрение технологий управления ассортиментом аптечной организации в учебный процесс фармацевтических вузов / А.Р. Бадакшанов, С.Н. Ивакина, Г.Ф. Лозовая // Теоретические и прикладные проблемы науки и образования в 21 веке: сборник научных трудов по материалам Международной заочной научно-практической конференции в 10 частях. – 2012. – часть 8. - С. 16-18.
2. Ивакина, С.Н. Анализ конкурентоспособности антигистаминных лекарственных препаратов /С.Н. Ивакина С.Н., Л.А. Зотова// Журнал «Вопросы обеспечения качества лекарственных средств» - 2015. - №3(8) – С. 15-21
3. Ивакина, С.Н. Оценка современного состояния российского фармацевтического рынка в условиях социально-экономического кризиса / С.Н. Ивакина, Г.М. Нагимова, Б.А. Бакиров // Медицинский вестник Башкортостана. - 2016. - №4. - С.1-4

4. Ивакина, С.Н. Выявление значимости затрат на лекарственные препараты в структуре потребительских расходов / С.Н. Ивакина, Т.В. Баркова, Г.М. Нагимова, Г.Ф. Лозовая // Медицинский вестник Башкортостана. - 2016. - Т.11. - №5(65). - С. 39-43.
5. Ивакина, С.Н. Актуальные вопросы оказания лекарственной помощи населению в современных условиях/ С.Н. Ивакина, Г.М. Нагимова, А.М. Медведев//Вестник Башкирского государственного медицинского университета. Приложение №2, 2016. – с.296-300
6. Ивакина, С.Н. Изучение доступности лекарственных препаратов в условиях социально-экономического кризиса/ Ивакина С.Н., Медведев А.М.//Научный альманах. – 2017. - №2-3(28). – С.343-346

УДК 547.857.4.057:615.011

ГИРФАТОВА А.Р.

СИНТЕЗ И ПРОГНОЗ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ 2-[1,3-ДИМЕТИЛ-7-(ТИЕТАНИЛ-3)КСАНТИНИЛ-8-АМИНО]УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ

Башкирский государственный медицинский университет

Научный руководитель - к.фарм.н. Давлетьярова А.В.

Синтезирована 2-[1,3-диметил-7-(тиетанил-3)ксантинил-8-амино]уксусная кислотана основе описанного ранее 8-бром-1,3-диметил-7-(тиетанил-3)ксантинаи изучены ее физико-химические свойства. В соответствии сданными, полученными с помощью компьютерного прогноза спектра биологической активности химических соединений установленавероятность наличия некоторых видов биологической активностиу синтезированногосоединения.

Ключевые слова: синтез, ксантины, тиетанилксантины, аминоуксусная кислота, свойства.

GirfatovaA.R.

BashkirStateMedical University

Scientific advisers – dotsent, k.farm.s.Davletyarova A.V.

SYNTHESIS AND PREDICTION OF BIOLOGICAL ACTIVITY OF 2- [1,3-DIMETHYL-7-(THIETANYL-3) XANTHINYL-8-AMINO] ACETIC ACID

2- [1,3-dimethyl-7- (tiethanil-3) xanthinyl-8-amino] acetic acid was synthesized on the basis of the previously described 8-bromo-1,3-dimethyl-7-(thiethanil-3)xanthine and studied its physicochemical characteristics. According to the data obtained by means of a computer prediction of the spectrum of biological activity of chemical compounds, the probability of the presence of certain types of biological activity in the synthesized compound is established.

Key words: synthesis, xanthines, thietanylxanthines, aminoacetic acid, properties and structure.

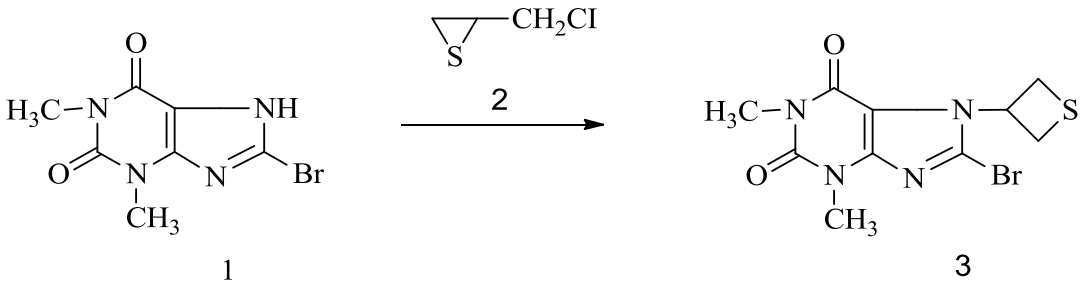
Актуальность.Производные ксантина широко применяются в медицинской практике как лекарственные средства, проявляющие разнообразную фармакологическую активность [1].

На кафедре фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии Башкирского государственного медицинского университета ведется систематический поиск биологически активных веществ в ряду гетероциклических соединений, содержащих атомы азота.[2,4,5]. Среди вновь синтезированных веществ на основе ксантинов найдены высокоактивные производные, содержащие тиетановый цикл [2,5].

*Материалы и методы*ИК-спектры соединений получены на спектрометреИнфралюм ФТ-02 в таблетках с калия бромидом. ЯМР ^{1}Н-спектры сняты на приборе «Bruker AM-300» с рабочей частотой 300 МГц, в качестве растворителя использован дейтерированный хлороформ. Индивидуальность подтверждена методом тонкослойной хроматографии на пластинках «Сорбфил» UVв системе бутанол -ледяная уксусная кислота - вода (объемное соотношение 4:1:2). Хроматограммы проявляли в камере с парами йода. Данные элементного анализа соответствуют вычисленным значениям.

1,3-Диметилксантинили теофиллин использован нами как исходное соединения для синтеза новых производных ксантина. Реакцией теофиллина с калия броматом в присутствии кислоты бромистоводороднойполучен8-бромтеофиллин (1). Реакцией эпихлоргидрина с тиомочевиной в среде этанолаполученэпитиохлоргидрин (2).На основе 8-бромтеофиллина (1) и эпитиохлоргидрина (2) был синтезирован 8-бром-1,3-диметил-7-(тиетанил-3)ксантин (3)(схема 1). Алкилирование 8-бромтеофиллина эпитиохлоргидрином проводилось в водном растворе в присутствии эквимолярного количества щелочи.Выход и константы соединений 1-3 соответствуют литературным данным[4].

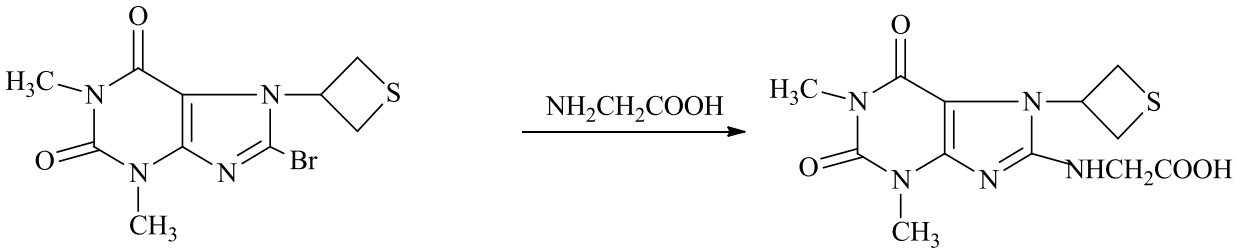
Схема 1.



С целью синтеза новых потенциально биологически активных производных ксантина мы изучали реакции взаимодействия тиетанилтеофиллиновс различными нуклеофильными реагентами. Реакции 8-бром-1,3-диметил-7-(тиетанил-3)ксантина (3) с аминоуксусной кислотой проводились в различных растворителяхпри нагревании в течение от 2 до 6 часов.

Результаты и обсуждение.2-[1,3-Диметил-7-(тиетанил-3)ксантинил-8-амино]уксусная кислота (4) (схема 2) с выходом 32% была получена кипячением в этаноле соединения 3 и аминоуксусной кислоты в течение 4 часов.

Схема 2.



3 4

Соединение 4 представляет собой белый кристаллический порошок, растворимый при нагревании в низших спиртах и не растворимый воде и хлороформе. Индивидуальность 2-[1,3-диметил-7-(тиетанил-3)ксантинил-8-амино]уксусной кислоты (4) подтверждена методом тонкослойной хроматографии.Отрицательная проба Бейльштейна, данные ИК-спектроскопии свидетельствуют о замещении атома брома на остаток аминокислоты и сохранении тиетанового цикла в молекуле исходного соединения 3.Физические характеристики и выходы синтезированных соединений приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Физические характеристики и выходы соединений 3,4.

Соединение	Выход, %	Т.пл., ^{0}C	Rf
3	45	212-215	0,8
4	32	222-223	0,4

ИК-спектр2-[1,3-диметил-7-(тиетанил-3)ксантинил-8-амино]уксусной кислоты содержит полосы поглощения связей C=C, C=O, C=N ксантинового бицикла в области 1632-1728 см$^{-1}$.Поглощение связей N-H и O-H остатка аминоуксусной кислоты наблюдается в области 3000-3416 см$^{-1}$.

Спектр ЯМР ^{1}H 8-бром-1,3-диметил-7-(тиетанил-3)ксантина (3), снятый в дейтерированном хлороформе, содержит два синглета N-метильных групп ксантина при 3,40 и 3,48 м.д., а

также характерные сигналы протонов тиетанового цикла: два «ложных» триплета $S(CH)_2$-групп (по 2Н) с центрами при 3,26 и 4,35 м.д., мультиплет NCH-группы интенсивностью в 1Н в интервале 5,78-6,14 м.д.

Прогноз биологической активности 2-[1,3-диметил-7-(тиетанил-3)ксантинил-8-амино]уксусной кислоты составлен по структурной формуле химического соединения в интернет-версии программы PASS - PredictionofActivitySpectraforSubstances. В соответствии с данными, полученными с помощью компьютерного прогноза спектра биологической активности химических соединений PASS,для соединения 4 выделены следующие виды активности: ингибитор протеасомальнойАТФазы -вероятность наличия активности (P_a) =0,745 и вероятность отсутствия активности (P_i)= 0,009,стимулятор функции почек - вероятность наличия активности P_a =0,652 иверояность отсутствия активности P_i =0,021. Если P_a более 0,7, то, скорее всего, оно проявит этот вид биологической активностив эксперименте.Если P_a находится в интервале значений более 0,5 и менее 0,7, то существует большая вероятность, что данное соединение проявит этот вид активности в эксперименте[3].

Таким образом, синтезировано соединение 2-[1,3-диметил-7-(тиетанил-3)ксантинил-8-амино]уксусная кислота и исследованы его физико-химические свойства. Существует большая вероятность, что данное соединение проявит следующие виды биологической активности в эксперименте: ингибитор протеасомальнойАТФазы,стимулятор функции почек.

Список литературы

1. Машковский М. Д. Лекарственные средства – М.: Мир. 2000 – 278с.
2. Халиуллин Ф. А. Тиетановый цикл – новая защитная группа / Ф.А. Халиуллин, Е.Э. Клен // Журнал органической химии. – 2009. –Т.45. №1. – С.138-141.
3. PASSonline[Электронный ресурс]URL: http://www.ibmh.msk.su/PASS/index.html.
4. Давлетьярова А.В., Халиуллин Ф.А. Реакции 8-бромтеофиллинов, содержащих тиетаноксидный и тиетандиоксидный циклы с аминами // Башкирский химический журнал. 2012. Т. 19. № 1. С. 175-177.
5. Ф.А. Халиуллин, Е.Э Клен, Ю.В. Шабалина, Г.Ф. Магадеева, А.В. Давлетьярова Синтез и перспективы практического использования продуктов взаимодействия
6.

УДК 615.273.53.015.11:547.857.4

М.А. УРАЗБАЕВ, А.В. САМОРОДОВ, Е.В. ЗАХАРОВА, Р.Ф. ФАЙЗУЛЛИНА АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ «СТРУКТУРА – АНТИКОАГУЛЯЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ» В РЯДУ ТИЕТАНСОДЕРЖАЩИХ ПРОИЗВОДНЫХ КСАНТИНА. СООБЩЕНИЕ III

Научные руководители: д. фарм. н., профессор Ф.А. Халиуллин;
д. м. н., профессор Ф.Х. Камилов; к.фарм.н., доцент Г.А.Тимирханова
Кафедра фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии, кафедра биологической химии
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Проведен скрининг 15 синтезированных тиетансодержащих производных ксантина на антикоагуляционную активность и рассчитано по 11численных значений геометрических дескрипторов на каждое соединение.По результатам анализа полученных данных можно выделить два геометрических дескриптора как потенциальные предикторы антикоагуляционной активности для тиетансодержащих производных ксантина.

Ключевые слова:тиетаны,ксантины, антикоагуляционная активность, «структура – активность», предикторы.

M.A.Urazbaev, A.V.Samorodov, E.V.Zakharova,R.F.Fayzullina THE ANALYSIS OF INTERRELATION "STRUCTURE – ANTICOAGULATIVE ACTIVITY" AMONG THE THIETANCONTAINING XANTHENE DERIVATIVES. MESSAGEOFIII

Scientific advisers: prof.F.A. Khaliullin, prof.F.Kh. Kamilov,Timirkhanova G.A.,
Department of Pharmaceutical Chemistry with courses of analytical and toxicological chemistry, Department of Biological Chemistry
Bashkir state medical university, Ufa

Abstract:15 synthesized thietanium-containing xanthine derivatives were screened for anticoagulant activity and 11 numerical values of geometric descriptors for each compound were calculated. Based on the results of the analysis of the data obtained, two geometric descriptors can be distinguished as potential predictors of anticoagulant activity for thietanium-containing xanthine derivatives.

Keywords: thiethanes, xanthines,anticoagulative activity,"structure - activity", predictors.

В современных условиях начальным этапом поиска биологически активных веществ, как правило, является использование методов виртуального скрининга, предшествующих

экспериментальным исследованиям*invitro*и *invivo.*Для прогнозирования биологической активности используются компьютерные технологии, математические методы моделирования, информационные базы и специализированные компьютерные системы PASS, SARD, QSARи др. [1,2,4].Все большее значение приобретают методы компьютерного молекулярного моделирования, основанные на исследовании количественной зависимости фармакологической активности химических соединений от структуры соответствующих молекул.

В предыдущих работах[5,6] нами была показана зависимость антикоагуляционной активности тиетансодержащих производных ксантина от числовых значений пространственных дескрипторов.Для выявления закономерности между структурой и антикоагуляционнойактивностью в репрезентивных рядах родственных соединений нами использовано сопоставление природы и положения отдельных заместителей по отношению к родоначальнойструктуре.Целью данного исследования является изучение зависимости антикоагуляционной активности от квантово-механических и физико-химических дескрипторов молекулярной структуры тиетансодержащихпроизводных ксантина, синтезированных на базе кафедры фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии Башкирского государственного медицинского университета.

В данной работе представлен скрининг синтезированных тиетансодержащих производных ксантинав отношении плазменного звена системы гемостаза и первичный анализ зависимости антикоагуляционной активности от квантово-механических и физико-химических показателей молекул.

Материалы и методы.Эксперименты в условиях *invitro* выполнены на крови здоровых доноров-мужчин в возрасте 18-24 лет. Забор крови проводился из кубитальной вены с использованием систем вакуумного забора крови BDVacutainer® (BectonDickinsonandCompany, США). Все тесты проводились на бестромбоцитарной плазме. Образцы бестромбоцитарной плазмы получали при центрифугировании 3000 об/мин в течение 20 минут. В работе использовалась центрифуга ОПН-3.02 (Россия).

Определение антикоагуляционной активности тиетансодержащих производных ксантина проводили общепризнанными клоттинговыми тестами на турбидиметрическомгемокоагулометреSolarCGL 2110. Основа клоттинговых тестов – регистрация времени от добавления стартового реактива до момента выпадения фибрина. Изучались показатели активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ), протромбинового времени (ПВ) и концентрации фибриногена по A.Clauss[3]. Определение антикоагуляционной активности тиетансодержащих производных теофиллина проводили в

концентрации 10^{-3} г/мл. В работе использовались реактивы производства “Технология-Стандарт”, г. Барнаул.

Расчет стереохимических показателей проведен с применением компьютерной программы MarvinSketch.Результаты исследования обработаны с применением статистического пакета Statistica 10,0 (StatSoftInc, США). Проверку на нормальность распределения фактических данных выполняли с помощью критерия Шапиро-Уилка. Выявлено, что вид распределения полученных данных отличается от нормального, поэтому при дальнейшей работе использовались непараметрические методы. Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 процентилей. Оценка прогностической роли стереохимических показателей проведена с помощью статистического инструмента DataMining. Критический уровень значимости p для статистических критериев принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. В результате экспериментальной работы установлено, что тиетансодержащие производные ксантина показали различной степени выраженности влияние на плазменный компонент гемостаза, проявляющиеся изменением показателя внутреннего пути свертывания крови – АПТВ. Данные соединения в указанной концентрации не влияли на показатель концентрации фибриногена и ПВ. Показатели АПТВ и рассчитанные показатели молекул тиетансодержащих производных ксантина представлены в таблице 1.

Анализ данных статистической обработки полученных результатов свидетельствует о том, что 4 (p-value 0,0026920) и 5 (p-value 0,033699) параметры являются предикторамиантикоагуляционной активности. Другие показатели не являются предопределяющими высокую биологическую активность.

Подводя итоги проделанной работы можно отметить, что полученные данные могут быть использованы для виртуального скрининга широкого круга соединений на наличие антикоагуляционной активности среди тиетансодержащих производных ксантина, а также для определения направлений структурной модификации известных лекарственных средств с целью повышения эффективности их терапевтического действия

Список литературы**:**

1. Кабанкин А.С. Анализ связи структура – гепатозащитная активность производных индола/ А.С. Кабанкин, Л.А. Радкевич, Л.И. Габриелян, В.П. Жестков, Н.В. Остапчук, Н.Э. Пынько // Химико-фармацевтический журнал. - том 39 - № 4 – 2005 - С.24-28
2. Никитин Н.А. Зависимости «структура- активность» модуляторов микросомальной ферментной системы. Сообщение II. Исследование индукторов/ Н.А. Никитин, И.Л.Никитина, Ф.А. Халиуллин, Е.К. Алехин, Э.Ф.Токунова, О.В. Тюрина, Е.Э. Клен, Л.А. Тюрина //Химико- фармацевтический журнал - том 35 - №6 - 2001- С.35-39
3. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств. Часть первая. - М.: Гриф и К, 2012. - 944 с.
4. Садым А.В. Интернет-система прогноза биологической активности химических соединений/А.А. Лагунин, Д.А. Филимонов,В.В. Поройко // Химико - фармацевтический журнал – том 36 - №10- 2002 - С. 21-26
5. Тимирханова Г.А. Поиск зависимости «структура-активность» производных ксантина в отношении адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов / Г.А. Тимирханова, Ф.Х. Камилов, А.В. Самородов и др. // тезисы VIII Всероссийской конференции «Химия и медицина» с международным участием. - Уфа, 2010. – С.296-297
6. Тимирханова Г.А.Первичный анализ зависимости антикоагуляционной активности тиетансодержащих производных теофиллина от стереохимических особенностей строения молекул/ Г.А.Тимирханова, Ф.А. Халиуллин, А.В. Самородов, Ф.Х. Камилов, А.Р. Халимов, З.Р. Пахомова, Р.А. Шакирова // сборник научных статей VIII-я Российская научно-практическая конференция с международным участием «Здоровье человека в XXIвеке» - Казань, 2016.- С.430-433

УДК 577.181.5: 615.322

А.В. ЛАЗАРЕВА

ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ И ПРОТИВОГРИБКОВОЙ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ

Научный руководитель – д.фарм.н., профессор Кудашкина Н.В.

Структурное подразделение, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа

Резюме: Изучена антимикробная и противогрибковая активность 19 видов лекарственного растительного сырья. Установлено, что антимикробную и противогрибковую активность проявили растения, преобладающей группой биологически активных веществ которых являются дубильные вещества, эфирные масла, алкалоиды и каротиноиды.

Ключевые слова:антимикробная активность, противогрибковая активность, лекарственное растительное сырье.

A.V. Lasareva

STUDY OF THE ANTIMICROBIAL AND ANTIFUNGAL ACTIVITY OF SOME MEDICINAL PLANTS

Scientific adviser scientific adviser - doctor of pharmaceutical sciences, professor N.V. Kudashkina

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Study antimicrobial and antifungal activity of 19 types of medicinal plant raw material.Found that antimicrobial and antifungal activity was shown by the plants, the predominant group of biologically active substances which are tannins, essential oils, alkaloids and carotenoids.

Key words: antimicrobial activity, antifungal activity, medicinal plant raw materials.

Актуальность.

На сегодняшний день в качестве антимикробных и противогрибковых препаратов широко используются антибиотики, сульфаниламиды и др. Однако устойчивость среди патогенных и условно-патогенных микроорганизмов к антибиотикам, заставляет искать новые антимикробные препараты среди средств растительного происхождения.

Целью наших исследований явилось изучение антимикробных и противогрибковых свойств некоторых лекарственных растений.

Материал и методы исследования.

Объектами для микробиологического исследования служили 19 разрешенных к применению видовлекарственного сырья: цветки ромашки аптечной, цветки календулы лекарственной, цветки бессмертника песчаного, почки сосны, почки и листья березы, листья шалфея лекарственного, листья эвкалипта прутовидного, листья толокнянки, трава горца птичьего,трава полыни горькой, трава зверобоя продырявленного, трава донника лекарственного, трава чабреца, трава чистотела, кора дуба, корневище с корнями кровохлебки, соплодия ольхи, плоды черемухи[1].

Антимикробную и противогрибковую активность водных извлечений определяли методом серийных разведений на твердых питательных средах[2].

10 мл водной вытяжки индивидуальных лекарственных растений смешивали с 10 мл стерильной расплавленной и охлажденной до 45°С питательной средой. После тщательного перемешивания 10 мл смеси переносили во вторую пробирку с 10 мл питательной среды, снова тщательно перемешивали и переносили в третью пробирку.Смесью среды с настоем заливали чашки Петри. Затем на поверхность застывшей селективной питательной среды высевали культуры тест-микроорганизмов: *Staphylococcusalbus, Staphylococcuscitrus, Escherihiacoli, Candidaalbicans*. Контролем служила питательная среда без добавления извлечения. Опытные и контрольные посевы выдерживали в термостате при 37°С 2 суток. Результаты учитывали по наличию (+) или отсутствию (-) роста культур.

Водные извлечения из растительного сырья готовили в соответствии с требованиями ГФ XI издания (ст. «Настои и отвары»). В том случае, если объектом исследований являлось сырье, относящееся к списку Б, то в соответствии с ГФ-XI для внутреннего употребления должно соблюдаться соотношение сырья и экстрагента 1:400. Ввиду того, что изучаемая нами трава чистотела может быть использована для наружных целей, соблюдалось соотношение 1:10.

Результаты и обсуждение.

При сравнительной оценке антимикробной активности растений по отношению ко всем тест–микроорганизмам являются активными кора дуба при разведении питательной средой (1:1) и (1:2), плоды черемухи - (1:1) и (1:2), цветки ромашки - (1:1) и (1:2), почки березовые - (1:1) и (1:2), почки сосны - (1:1) и (1:2), трава чистотела - (1:1) и (1:2), листья эвкалипта прутовидного -(1:1), соплодия ольхи - (1:1) и (1:2), листья шалфея - (1:1). Противогрибковую активность проявили корневища с корнями кровохлебки - (1:1) и (1:2), листья шалфея - (1:1), (1:2) и (1:3), листья эвкалипта прутовидного - (1:1), (1:2) и (1:3), листья толокнянки - (1:1) и (1:2, плоды черемухи - (1:1), (1:2) и (1:3), почки сосны - (1:1) и (1:2), почки березовые - (1:1), (1:2) и (1:3), соплодия ольхи - (1:1) и (1:2), трава чистотела - (1:1) и (1:2) и (1:3), цветки ноготков (1:1) и (1:2), цветки ромашки - (1:1) и (1:2).Абсолютно неактивными

оказались трава горца птичьего (спорыша) и цветки бессмертника песчаного.

Выводы.

На основании проведенных исследований можно сделать заключение о том, что что антимикробную и противогрибковую активность проявили растения, преобладающей группой биологически активных веществ которых являются дубильные вещества, эфирные масла, алкалоиды и каротиноиды.

Литература

1. Государственная фармакопея СССР, 11-е издания - М.: Медицина, 1987. - Вып.1. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье. 333 с.
2. Государственная фармакопея СССР, 11-е издания - М.: Медицина, 1990. - Вып.2. Общие методы анализа. 400 с.

Р.Р. МАТВЕЕВА

ИЗУЧЕНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГ СОСТАВА ТРАВЫ И ЦВЕТКОВ ГРЕЧИХИ САХАЛИНСКОЙ (*POLYGONUMSACHALINENSE*L.), ИНТРОДУЦИРОВАННОЙ В БАШКОРТОСТАНЕ

Научный руководитель – д.фарм.н., профессор Кудашкина Н.В.

Структурное подразделение, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа

Резюме: В траве и цветках гречихи сахалинской, выращенной на территории Республики Башкортостан исследован аминокислотный состав. Определено, что количественное содержание аминокислот в траве и цветках гречихи сахалинской практически одинаково.

Ключевые слова:аминокислотный состав, гречиха сахалинская, Polygonumsachalinense.

R.R.Matveeva

THE STUDY OF ELEMENT STRUCTURE GRASS AND FLOWERS OF THE BUCKWHEAT SAKHALIN (*POLYGONUM SACHALINENSE* L.), INTRODUCED IN BASHKORTOSTAN

Scientific adviser scientific adviser - doctor of pharmaceutical Sciences, professor N.V. Kudashkina

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: In a grass and flowers of a buckwheat Sakhalin, grown up in the territory of the Republic of Bashkortostan the aminoacid compositionis investigated. Determined that the quantitative content of aminoacids in the grass and the flowers of buckwheat Sakhalin is almost the same.

Key words: the element structure, a buckwheat Sakhalin, Polygonumsachalinens.

Актуальность.Сахалинская гречиха, или горец сахалинский (*Polygonumsachalinense*), – травянистое растение семейства гречишных. Это - многолетник высотой 2–3 м, с огромными яйцевидно-сердцевидными листьями размером до 20 см. Растение родом с Сахалина, отсюда и пошло его видовое название. Широко культивируется гречиха сахалинская в средней полосе России и на Урале. На данном этапе изучения мы исследовали аминокислотный состав травы и цветков гречихи сахалинской.Наличие аминокислот в растительном сырье и их высокая биологическая активность способствует эффективному воздействию на организм препаратов, полученных из лекарственных растений. Аминокислоты потенцируют

фармакотерапевтическое действие биологически активных соединений растения, придавая им легко усваиваемую форму [1, 2].

Целью наших исследований явилось изучение аминокислотного состава травы и цветков гречихи сахалинской, интродуцированной на территории Республики Башкортостан.

Материал и методы исследования

В качестве объекта исследования служило растительное сырье - трава и цветки гречихи сахалинской -*Polygonumsachalinense*L., интродуцированной на территории Республики Башкортостан.

Количественное определение аминокислот в исследуемых образцах проводили на аминокислотном анализаторе ААА-339 (ЧССР) в стандартных условиях, используемых для разделения белковых гидролизатов. В качестве внутреннего стабилизатора использовали смесь, состоящую из аминокислот. По 50 мкл исследуемых образцов вводили в колонку анализатора. В колориметрическое измерение окрашенных комплексов, образующихся в результате реакции с нингидрином, проводили при длине волны 570 нм. Для количественной оценки определяли автоматически площади пиков удерживания идентифицированных аминокислот.

Результаты и обсуждение.

Качественное определение. 1 мл водного извлечения из травы гречихи сахалинской (1:10) нагревали на водяной бане при t=70˚С с 5 мл 20% раствора хлористоводородной кислоты в течение 5 минут. Полученный гидролизат наносили на фильтровальную бумагу и после обработки 0,1% свежеприготовленным спиртовым раствором нингидрина и последующегонагревания в сушильном шкафу при температуре 100-105˚С в течение 2-3 минут обнаруживали характерные красно-фиолетовые пятна. Полученные результаты количественного определения аминокислот в траве и цветках гречихи сахалинской представлены в таблице 1.

Таблица 1

Содержание аминокислот в траве и цветках гречихи сахалинской

Аминокислоты	Лизин*	Метионин	Цистеин	Гистидин	Аргинин	Треонин*	Серин	Пролин	Глицин	Валин*	Изолейцин*	Лейцин*
Содержание аминокислот, %												

трава	0,58	0,38	0,28	0,16	0,89	0,55	0,62	2,04	1,13	1,34	0,01	0,28
цветки	0,77	0,40	0,18	0,16	0,80	0,51	0,53	2,30	1,05	1,02	0,09	0,19

Установлено присутствие 14 аминокислот, из которых восемь являются незаменимыми (лизин, метионин, валин, гистидин, изолейцин, лейцин, треонин, фенилаланин) и шесть заменимых (пролин, глицин, цистеин, аргинин, серии, тирозин). Количественно преобладают в сырье следующие аминокислоты – пролин, глицин, валин и аргинин. Содержание аминокислот в траве и цветках гречихи сахалинской сопоставимо.

Выводы.

На основании проведенных исследований можно сделать заключение о том, что в траве и листьях гречихи сахалинской, интродуцированной в условиях Республики Башкортостан, содержание аминокислот в траве и цветках гречихи сахалинской сопоставимо.

Литература

1.Черепанов, С.К. Сосудистые растения России и сопредельных государств /С.К. Черепанов. - СПб.: Мир и семья, 1995. – 990 с.

2. Якубке, Х.Д. Аминокислоты, пептиды, белки: пер. с нем. / Х.Д. Якубке, Х. Ешкайт. - М.: Мир, 1985. - 455с.

Ю.А. МЕРКУЛОВА

ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ТРАВЫ И ЦВЕТКОВ ГРЕЧИХИ САХАЛИНСКОЙ (*POLYGONUM SACHALINENSE* L.), ИНТРОДУЦИРОВАННОЙ В БАШКОРТОСТАНЕ

Научный руководитель – д.фарм.н., профессор Кудашкина Н.В.

Структурное подразделение, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа

Резюме: В траве и цветках гречихи сахалинской, выращенной на территории Республики Башкортостан исследован элементный состав. Определено, что в траве и цветках элементный состав по количеству отличается.

Ключевые слова: элементный состав, гречиха сахалинская, Polygonum sachalinense

Y.A. Merkulova

THE STUDY OF ELEMENT STRUCTURE GRASS AND FLOWERS OF THE BUCKWHEAT SAKHALIN (*POLYGONUM SACHALINENSE* L.), INTRODUCED IN BASHKORTOSTAN

Scientific adviser scientific adviser - doctor of pharmaceutical Sciences, professor N.V. Kudashkina

Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: In a grass and flowers of a buckwheat Sakhalin, grown up in the territory of the Republic of Bashkortostan the element structure is investigated. It is defined that in a grass and flowers the element structure by quantity differs

Key words: the element structure, a buckwheat Sakhalin, Polygonum sachalinense.

Актуальность. Гречиха сахалинская широко распространена на Дальнем Востоке Российской Федерации, в Китае, Корее и Японии. Это растение используется довольно широко в народной медицине этих стран при онкологии, заболеваниях желудочно-кишечного тракта и некоторых сердечно - сосудистых заболеваниях. Сведения о химическом составе г. сахалинской, произрастающей на территории нашей страны, крайне ограничены, тем не менее, имеющиеся данные позволяют считать ее перспективной для дальнейших

фитохимических исследований с целью получения новых лекарственных средств**.** С медицинской целью заготавливают листья, цветки и семена гречихи. Гречиха содержит достаточно много хорошо усвояемых белков (6–12%), углеводов (крахмала – до 87%), жиров, органических кислот, а также витаминов (B_1, B_2, Р, РР, фолиевую кислоту, каротин). Из минеральных веществ – соли железа, фосфора, кальция, меди, йода [1]. На данном этапе изучения мы в сырье исследовали аминокислотный состав. Ежедневное поступление химических элементов с пищей должно быть сбалансировано, так как химические элементы могут, как обеспечивать фармакологический эффект, так и быть причиной токсического воздействия на организм, что может привести к физиологическим нарушениям [2,3].

Целью наших исследований явилось изучение элементного состава травы и цветков гречихи сахалинской, интродуцированной на территории Республики Башкортостан.

Материал и методы исследования

В качестве объекта исследования служило растительное сырье - трава и цветки гречихи сахалинской - *Polygonum sachalinense* L., интродуцированной на территории Республики Башкортостан.

Определение химических элементов в исследуемых образцах гречихи сахалинской проводили с использованием спектрофотометра, соединенного с компьютером фирмы «Pacific Scientific» модель 6250, имеющим программное обеспечение, позволяющее проводить сбор, хранение и обработку оптических данных для нахождения оптимальных длин волн, вида градуировочного уравнения и математического преобразования спектра. Числовые показатели макро- и микроэлементов в сырье определяли в аналитических пробах, изготовленных в лабораторных условиях.

Результаты и обсуждение.

Результаты исследования представлены в таблице 1и рис.1-2.

Таблица 1

Элементный состав

Наименование сырья	Количественное содержание элементов			
	Макроэлементы, %			
	Калий	Натрий	Кальций	Фосфор

трава	0,09	0,34	2,34	0,15
цветки	0,14	0,36	1,51	0,08

Микроэлементы, мг/кг					
	Цинк	Железо	Медь	Марганец	Йод
трава	36,31	167,36	11,67	535,56	0,23
цветки	8,56	313,84	16,52	244,33	0,22

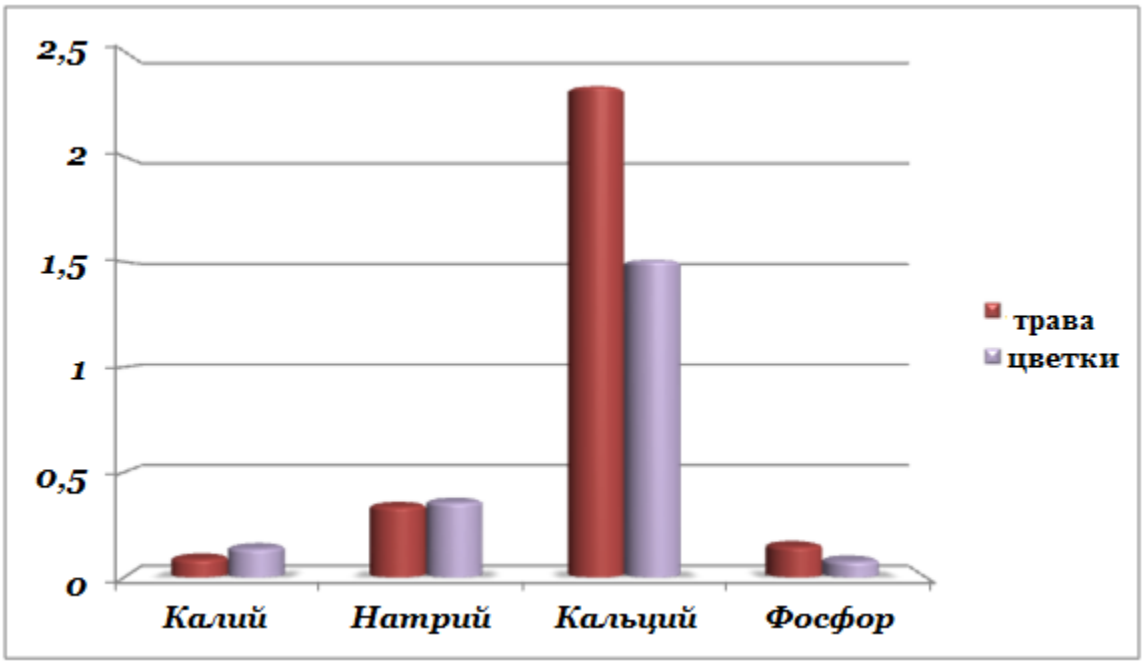


Рис. 1. Содержание макроэлементов в различных образцах сырья гречихи

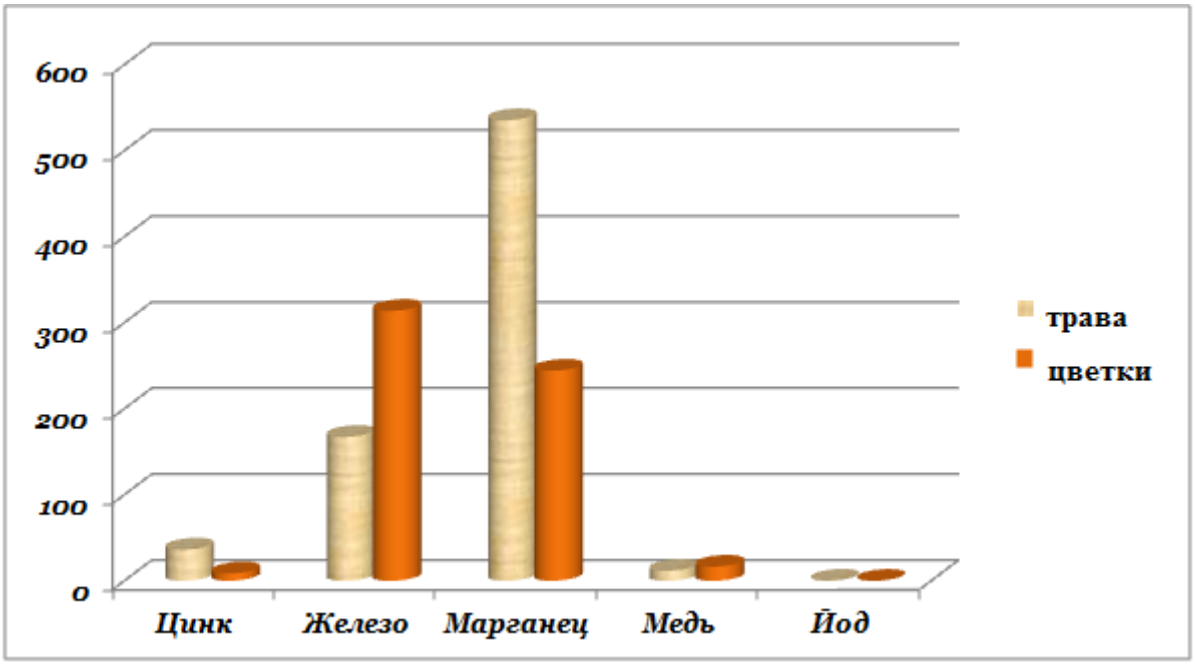


Рис. 2. Содержание микроэлементов в различных образцах сырья гречихи

Из результатов, представленных в таблице 1 и на диаграммах видно, что количественное содержание макроэлементов (калия, кальция, натрия и фосфора) в траве и цветках гречихи примерно одинаково. Что касается микроэлементов, то содержание: цинка в траве в 4,2, а марганца в 2,2 раза больше, чем в цветках. Железа в цветках в 1,87, а меди в 1, 42 раза больше, чем в траве. Содержание йода в траве и цветках сопоставимо.

Выводы.

На основании проведенных исследований можно сделать заключение о том, что в траве и листьях гречихи сахалинской, интродуцированной в условиях Республики Башкортостан, количественное содержание в траве и цветках гречихи сахалинской макроэлементов примерно одинаково, содержание йода сопоставимо, содержание микроэлементов отличается.

Литература

1.Иванов, В.В. Предварительное фитохимическое исследование травы рейноутрии сахалинской (Reynoutria sachalinense) // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сб. науч. тр. – Пятигорск, 2009. – Вып. 64. – С. 54–55.

2.Исследование микроэлементного состава объектов растительного происхождения / Д.А. Муравьева [и др.] // Достижения современной фармацевтической науки и образования – практическому здравоохранению: сб. науч.тр. – Пермь, 1997. – 224с.

3.О возможности использования лекарственных растений для лечения и профилактики микроэлементозов и патологических состояний / М.Я. Ловкова [и др.] // Микроэлементы в медицине. – 2005. – Т. 6, № 4.–С.3-9.

УДК 547.792.3

Г.А. РОЗИТ

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ СИНТЕЗА И ПРОГНОЗ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СОЛЕЙ ТИЕТАНСОДЕРЖАЩИХ 2-[5-БРОМ-2,4-ДИГИДРО-3-ОКСО-1,2,4-ТРИАЗОЛИЛ-4]УКСУСНЫХ КИСЛОТ

Научный руководитель – д.фарм.н., профессор Е.Э. Клен

Кафедра фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Разработаны методы синтеза солей тиетансодержащих 2-[5-бром-2,4-дигидро-3-оксо-1,2,4-триазолил-4]уксусных кислот. Проведен прогноз биологической активности в программе PASS.

Ключевые слова: тиетан, 1,2,4-триазол-3-он, уксусная кислота, PASS, биологическая активность.

G.A. Rozit

DEVELOPMENT OF METHODS OF SYNTHESIS AND PREDICTION OF BIOLOGICAL ACTIVITY OF SALTS OF THIETANE CONTAINING 2-[5-BROMO-2,4-DIHYDRO-3-OXO-1,2,4-TRIAZOLYL-4]ACETIC ACIDS

Scientific Advisor – Ph.D. of Pharmacy, Full professor E.E. Klen

Department of Pharmaceutical Chemistry, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: Methods for the synthesis of the salts of 2-[5-bromo-2,4-dihydro-3-oxo-1,2,4-triazolyl-4]acetic acids containing thietane ring were developed. Biological activity of the synthesized compounds was predicted by the computer system PASS.

Key words: thietane, 1,2,4-triazole-3-one, acetic acid, PASS, biological activity.

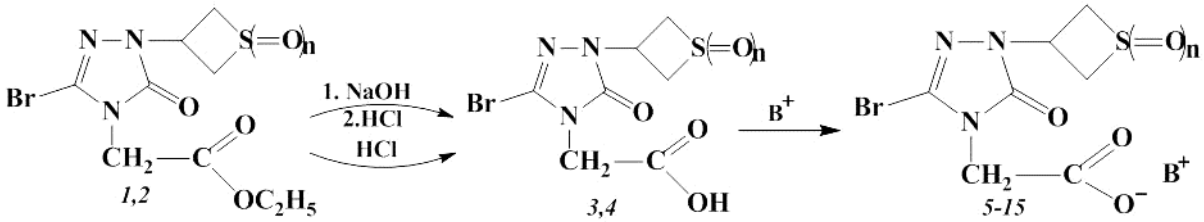
Актуальность: Производные 1,2,4-триазола проявляют антибактериальную, противогрибковую, нейролептическую, антиоксидантную, противосудорожную, антидепрессивную и противовирусную активности [1]. Поэтому поиск новых биологически активных веществ среди представителей данного класса гетероциклических соединений весьма актуален.

Цель исследования: Разработка методов синтеза солей тиетансодержащих 2-[5-бром-2,4-дигидро-3-оксо-1,2,4-триазолил-4]уксусных кислот и прогноз биологической активности синтезированных соединений.

Материалы и методы: ИК спектры сняты на приборе «Инфралюм ФТ-02» в таблетках с калия бромидом. Спектры ЯМР ^{1}H сняты на приборе «Bruker» AM-300. ТСХ проводили на пластинках «Сорбфил ПТСХ-АФ-УФ» в системе растворителей: хлороформ - этанол 96% в соотношении (9:1). Камеру с парами йода использовали для проявления пятен. В качестве исходных соединений были использованы 2-[5-бром-2,4-дигидро-3-оксо-1,2,4-триазолил-4]уксусные кислоты полученные гидролизом исходных этиловых эфиров **1** и **2**[2].

Результаты и обсуждение: Ранее были синтезированы производные тиетанил-1,2,4-триазола, обладающие антидепрессивной и гемореологической активностями [3]. В продолжение исследований по поиску новых биологически активных веществ нами исследованы реакции 2-[5-бром-2,4-дигидро-3-оксо-1,2,4-триазолил-4]уксусных кислот **1,2** со щелочами и аминами, в результате которых получены устойчивые соли.

Установлено, что при взаимодействии кислот **1,2** с 1,1 – 1,2-кратными мольными избытками калия и натрия гидроксида в изопропиловом спирте образуются калиевые **5,6** и натриевые **7,8** соли с выходом 58-60%. При нагревании в изопропаноле в течение 10 минут получены алкиламмониевые соли **9-15** с выходами 83-95%. (Рис. 1).



n=0 (5,7,9,11,14,15); 2 (6,8,10,12,13)

B^+=K^+(5,6), Na^+(7,8), $H_3N^+CH_2C_6H_5$ (9,10), $H_3N^+C(CH_2OH)_3$ (11,12), $H_3N^+C_6H_{11}$(13), $H_2N^+(C_2H_5)_2$ (14), $H_3N^+CH_2CH_2OH$(15)

Рис. 1. Схема синтеза солей тиетансодержащих 2-[5-бром-2,4-дигидро-3-оксо-1,2,4-триазолил-4]уксусных кислот

ЯМР ^{1}H – спектры алкиламмониевых солей **9-15** содержат сигналы протонов соответствующих аминов, а в ИК-спектрах регистрируются полосы поглощения валентных колебаний связей N^+-H группы. Образование натриевых **7,8** и калиевых **5,6** солей подтверждается отсутствием в ИК-спектрах полос поглощения валентных колебаний OH-связи.

Результаты предварительной теоретической оценки возможного фармакологического действия синтезированных соединений, полученные на основании данных прогноза биологической активности веществ компьютерной программы PASS [4], показали вероятность наличия у них противовоспалительной и гемореологической активности. (Табл.1).

Таблица 1

Прогнозируемая активность производных тиетансодержащих 2-[5-бром-2,4-дигидро-3-оксо-1,2,4-триазолил-4]уксусных кислот

Биологическая активность/ соединение	Platelet antagonist	Platelet adhesion inhibitor	Fibrinogen receptor antagonist	Purinergic P2T antagonist	Hemato-poietic inhibitor	Anti-inflammatory
4	0,150	0,395	0,450	0,065	0,3	0,195
5	0,118	0,379	0,448	0,068	0,308	0,229
6	-	0,328	0,71	-	0,219	-
7	0,118	0,379	0,448	0,067	0,308	0,229
8	-	0,328	0,371	-	0,219	-
9	0,120	0,385	0,440	0,068	0,3	0,215
10	-	0,341	0,370	-	0,215	0,208
11	0,118	0,379	0,435	0,050	0,318	0,213
12	-	0,328	0,3	-	0,242	0,229
13	-	0,331	0,315	-	0,2	0,220
14	0,121	0,375	0,425	0,067	0,308	0,228
15	0,119	0,370	0,430	0,069	0,295	0,226

Заключение и выводы: Таким образом, синтезированы водорастворимые соли тиетансодержащих 2-[5-бром-2,4-дигидро-3-оксо-1,2,4-триазолил-4]уксусных кислот, которые представляют интерес в плане создания на их основе новых лекарственных соединений с гемореологической и противовоспалительной активностями.

Список литературы:

1. http://www.rlsnet.ru/

2. Тараканова, Г.А., Клен, Е.Э. Разработка методов синтеза тиетансодержащих 2-[5-бром-2,4-дигидро-3-оксо-1,2,4-триазолил-4]уксусных кислот: - Уфа: Вестник БГМУ, 2016. – С. 524-528.

3. Пат.2459818 Рос. Федерация: Производные 5-бром-2-(тиетан6-3-ил)-2,4-дигидро-3Н-1,2,4-триазол-3-она, проявляющие антидепрессивную активность/Авторы; заявитель и патентообладатель ГБОУ ВПО БГМУ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (RU) - №2011118399.

4. http://www.pharmaexpert.ru

УДК 614.27

А. Н. ТАШИЕВА

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Научный руководитель - к. ф. н. А. Д. Мураталиева

Кыргызская Государственная Медицинсая Академия

им. И. К. Ахунбаева

Факультет Фармации

г. Бишкек

Крыгызская Республика

Резюме. За 25 лет суверенитета Кыргызстана произошло много различных политических, экономических и социальных событий. В таких нестабильных условиях образовался современный фармацевтический рынок, который сегодня имеет свое место в экономике страны. Несмотря на установившиеся рыночные условия, фармацевтический рынок сохранил социальную ориентированность. Приняты многочисленные управленческие и организационные решения во благо улучшения качества лекарственного обеспечения населения.

Ключевые слова**:** лекарственное обеспечение, аптеки, импорт лекарственных средств, законы, основные положения.

A.N. Tashieva

DRUG SUPPLY IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Scientific adviser – c. f. s. A. D.Muratalieva

Kyrgyz State Medical Academy I.K. Akhunbaev

Faculty of Pharmacy

Bishkek

Kyrgyz Republic

Abstract.Over the 25 years of the sovereignty of Kyrgyzstan, there have been many different political, economic and social events. In such unstable conditions, a modern pharmaceutical market has emerged, which today has its place in the country's economy. Despite the established market conditions, the pharmaceutical market has retained its social orientation. Numerous administrative and organizational decisions have been adopted in order to improve the quality of medicinal provision of the population.

Keywords: medicines, pharmacies, import of medicines, laws, main provisions.

Актуальность.Организация лекарственного обеспечения населения является одной из самых сложных проблем здравоохранения. Современные социально – экономические условия требуют поиска новых организационно – методических решений по стратегическим вопросам лекарственного обеспечения и требуют измененияподходов к проблемам аптек Кыргызской Республики. Поэтому изучение таких положений и норм является актуальной проблемой. [3]

Цель исследования.Анализ лекарственного обеспечения населения Кыргызской Республике.

Материалы и методы. Для изучения качества лекарственного обеспечения в Кыргызской Республике были использованы материалы, данные и динамики оптовых и розничных аптечных учреждений и ЛПУ. Полученныеданные были обработаны с помощью программного средства MICROSOFTEXCEL с использованием графиков и диаграмм, которые позволяют наглядно показать тенденции изменения данных, и помогают анализировать задачи прогноза.

Результаты и обсуждения.Бурное развитие аптечной сети и увеличение товарооборота лекарственных препаратов в Кыргызской Республике произошла в период с 1924 по 1940 гг. [2]

После распада СССР страна оказалась перед выбором – каким путем пойти, чтобы не потерять бесценный опыт, накопленный многими поколениями фармацевтов государства. [4]

В результате Кыргызстан выбрал рыночный путь развития.

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники при МЗ КР создан в 1997 году. [5]

Постепенно меняется инфраструктура рынка, повсеместно продолжают открываться аптеки и аптечные пункты, многие оптовики развивают собственные аптечные сети. Обозначившаяся тенденция вполне закономерна, так как сетевым аптекам легче управлять ценами и ассортиментом лекарственных средств, изделий медицинского назначения и парафармацевтики, осуществлять подбор и обучение специалистов-фармацевтов. В целом это позволяет говорить о тенденции формирования организованного фармацевтического ритейла в Кыргызстане.

В настоящее время лекарственное обеспечение населения осуществляет 3381 фармацевтическая организация, из них в селах республики работает 1450 аптечных учреждений. В среднем рост числа оптовых и розничных фармацевтических организаций составляет 15% в год (рис. 1.). [5]



Рис.1. Динамика оптовых и розничных аптечных учреждений

Количество аптечных учреждений на территории Кыргызской Республике достигло около 800 аптек и они распределены по регионам страны. (рис. 2.).

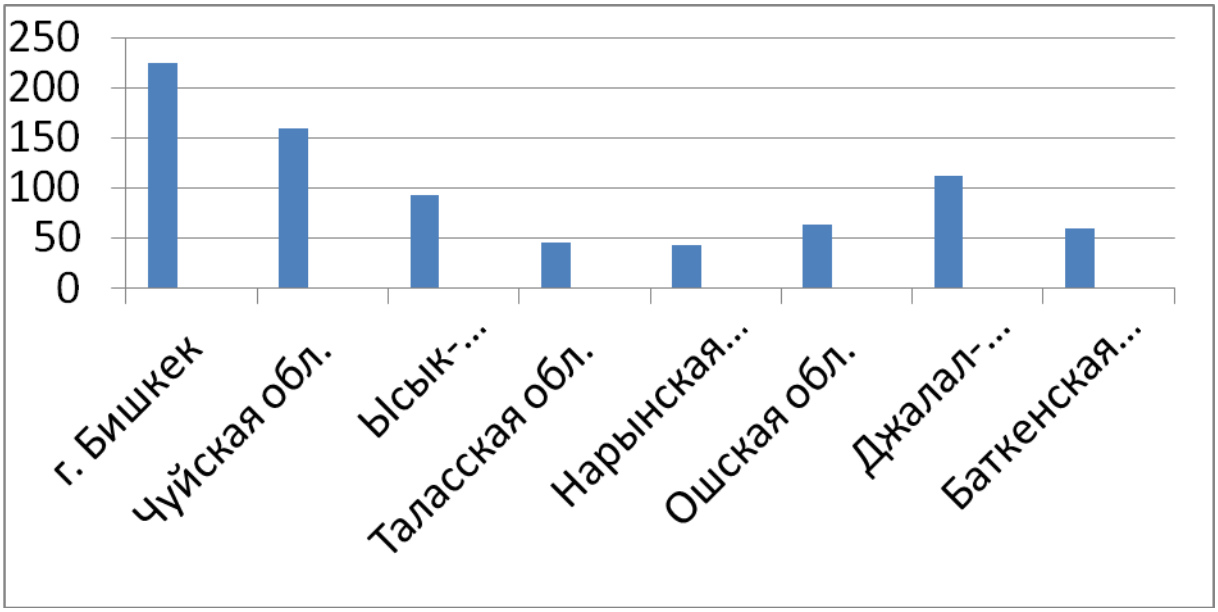


Рис. 2. Количество аптек в Кыргызской Республике

На данный период времени количество больничных аптек в Кыргызской Республике составляет 33 учреждения (рис. 3.) из них в:

1. г. Бишкек – 10 учреждений;
2. Джалал – Абадской обл. – 5 учреждений;
3. Ошской обл. – 5 учреждений;
4. Баткенской обл. – 4 учреждений;
5. Таласской обл. – 3 учреждений;
6. Чуйской обл. – 3 учреждений;
7. Нарынской обл. – 2 учреждений;
8. Ысык-Кульской обл. – 1 учреждений.

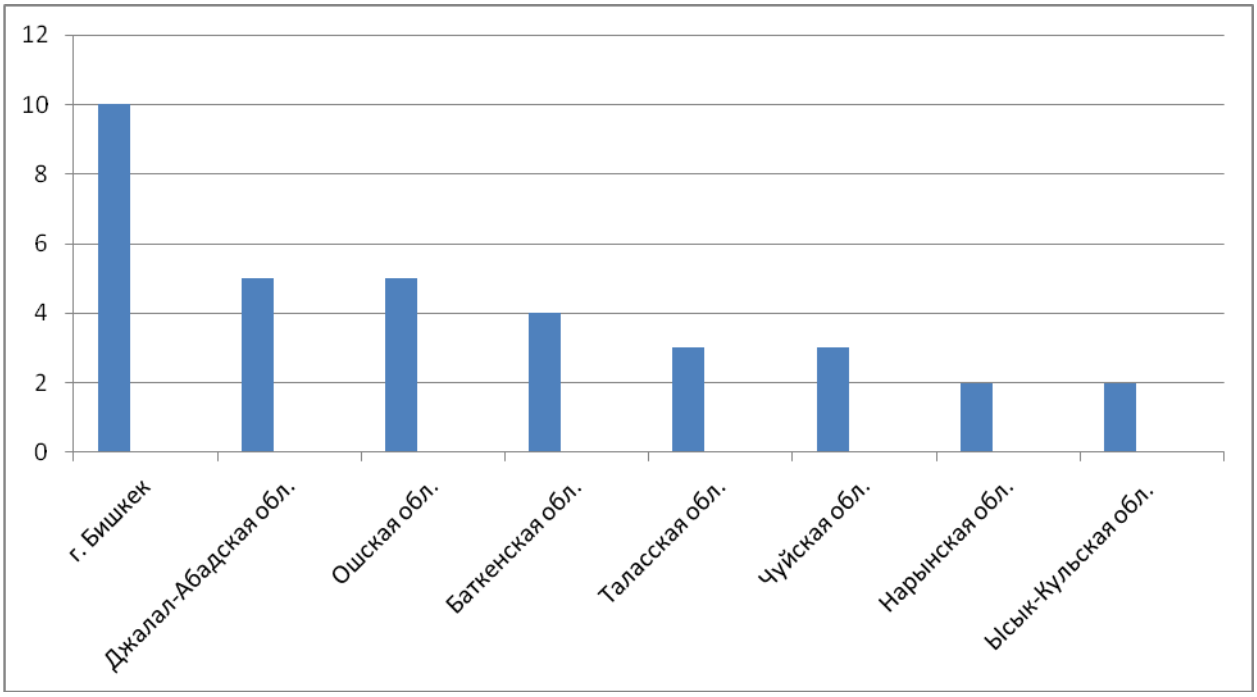


Рис. 3. Больничные аптеки Кыргызской Республики (по регионам)

Импорт фармацевтической продукции за 1 полугодие 2016 года составил 6 млрд. сом.

Ввоз лекарственных средств по гуманитарной помощи 486 млн. сом.

Органом по сертификации лекарственных средств (ОС) выдано за 2016 год сертификатов соответствия на 21731 наименования фармацевтической продукции (рис. 4.):

- лекарственных средств – 14571;
- изделий медицинского назначения – 6962;
- БАДов – 198.

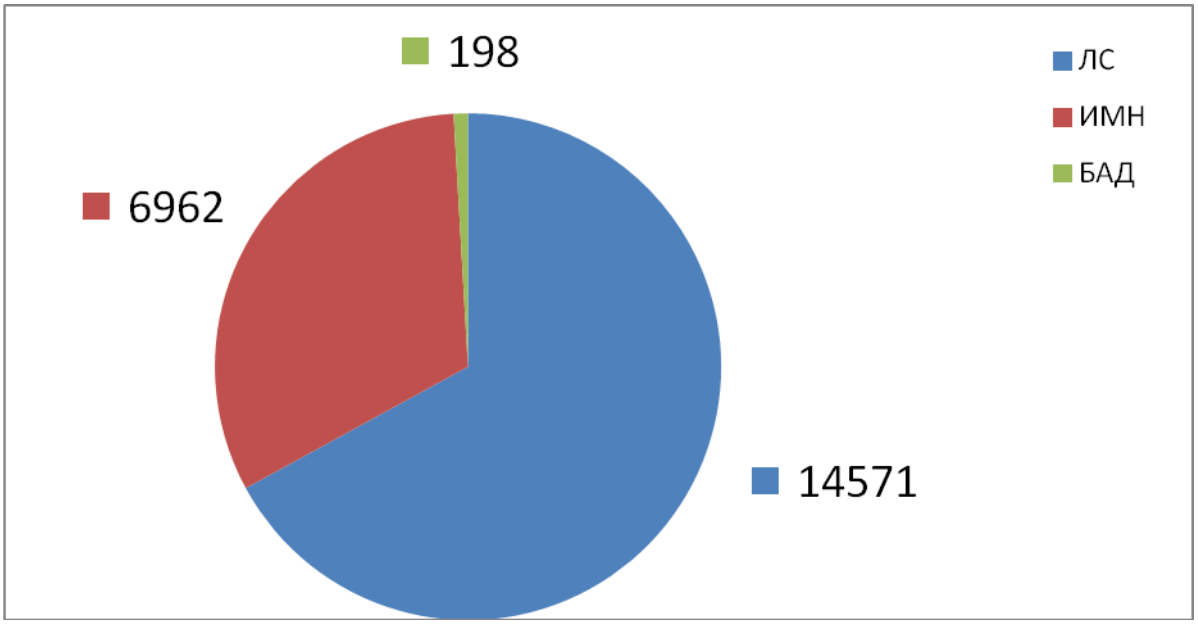


Рис. 4. Выдача сертификатов за 2016 год (на 21731 наименование)

На данный момент в Кыргызской Республике зарегистрированы лекарственные средства из таких стран как Россия, Индия, Германия, Казахстан, Украина, Польша и др. (рис. 5.). **[5]**

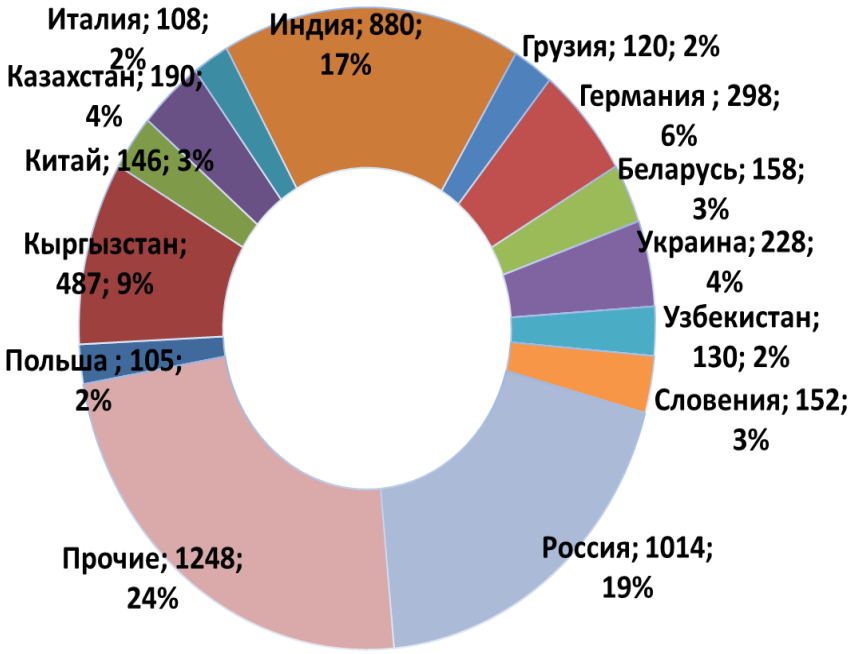


Рис. 5. Структура зарегистрированных в КР ЛС

Объем фармацевтической продукции, выпущенной отечественными производителями за 2016 год, составил 60 млн. сомов, в том числе медицинского оборудования на сумму 3 млн. сомов, изделий медицинского назначения - на 1 млн. сомов, лекарственных средств на 56 млн. сомов. (рис.6.).

Ведется работа по адаптации Органа по сертификации и лабораторий к работе в условиях Евразийского экономического союза (ЕАЭС). Согласно договорной базе ЕАЭС с 01.01.16г. в рамках Союза создается общий фармацевтический рынок, в связи, с чем необходимо расширять экспертный потенциал и лабораторную базу. [1]

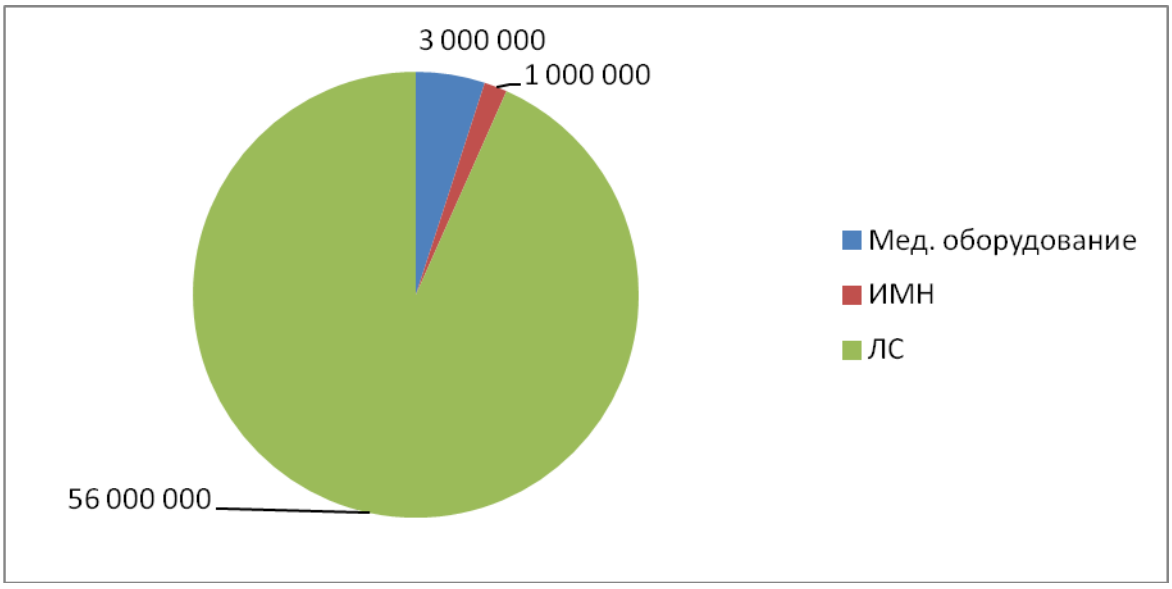


Рис. 6. Объем фармацевтической продукции, выпущенной отечественными производителями за 2016 год, составил 60 млн. сомов

Так, в целях реализации «дорожной карты» по присоединению Кыргызской Республики к ЕАЭС, в соответствии с пунктом 38 Плана первоочередных мероприятий министерств и ведомств по вопросам присоединения Кыргызской Республики к Договору о Евразийском экономическом союзе от 29 мая 2014г. разработан проект сметы закупок оборудования для оснащения вивария и испытательной лаборатории изделий медицинского назначения, подготовлены соответствующие спецификации на оборудование. [4]

Для сохранения уровня цен на ЛС при вступлении в ЕАЭС утвержден Перечень товарных позиций ЛС и ИМН, которые будут ввозиться по нулевой ставке, установленной Единым таможенным тарифом Таможенного союза.

С целью централизованного предоставления услуг по регистрации, ввозу и сертификации ЛС и ИМН, приему корреспонденции и проведения консультаций по процедурам в Департаменте организована работа "Единого окна по приему документов».

В «Едином окне» установлено два телефона, компьютеры, связанные с общей Единой информационной системой по лекарственным средствам (ЕИСЛС) Департамента. ЕИСЛС позволяет передачу заявок на ввоз и сертификацию посредством сети Интернет. Государственный реестр ЛС и ИМН размещен на сайте ДЛО и МТ, который работает в онлайн режиме. [5]

В настоящее время для системы здравоохранения назрела острая необходимость объединить все имеющиеся массивы информации по лекарствам, их поставщикам, пациентам, работникам и организациям здравоохранения в единую информационную систему. Проект получил название: "Национальная база данных по лекарственным средствам" (НБД).

Преимущества Национальной базы данных неоспоримы. Она откроет дополнительные возможности по регулированию фармацевтического рынка. База позволит повысить эффективность поставок, так как с ее помощью поставщики смогут анализировать и прогнозировать поставки.

Из оборота будут исключены забракованные препараты и их поставщики, а также "серые" схемы импорта, так как в базу будут заноситься только сертифицированные Органом по сертификации препараты.

Организациям здравоохранения, и что наиболее важно, населению, будут доступны данные о спросе на лекарства, их потреблении и запасах по всей стране в режиме реального времени.

Специалисты системы обязательного медицинского страхования смогут с помощью базы отслеживать статистику потребления лекарств и использовать ее при разработке механизмов льготного возмещения.

Таким образом, с помощью базы будет осуществляться мониторинг лекарственных средств с момента их поступления на таможенную территорию Кыргызской Республики до момента их реализации пациентам, а также рецептурный отпуск лекарственных средств.

Заключение и выводы.

1. Проводимая реформа системы здравоохранения и лекарственной помощи населению в Кыргызской Республике внесла существенные изменения в деятельность фармацевтической отрасли в целом и аптечной сети в частности, что побуждает

ответственных лиц по – новому посмотреть на пройденный фармацевтической службой путь.

2. За 25 лет суверенитета Кыргызстана произошло много различных политических, экономических и социальных событий. В таких нестабильных условиях образовался современный фармацевтический рынок, который сегодня имеет свое место в экономике страны. Несмотря на установившиеся рыночные условия, фармацевтический рынок сохранил социальную ориентированность. Приняты многочисленные управленческие и организационные решения во благо улучшения качества лекарственного обеспечения населения.
3. По мнению экспертов, внедрение Национальной базы будет способствовать стабильности цен на лекарства, которые можно будет отслеживать в масштабах страны. Так же База позволит осуществлять контроль спроса и потребления лекарств на уровне всей страны.

Список литературы:

1. Артыкбаев С. М. вопросы формирования эффективной политики распределения лекарственных препаратов// Акт.проблемы и перспективы развития фармации: Сб. труд. 1 съезда фармацевтов КР. - Бишкек. 2003. – С. 343-348.
2. Абдылдаев Ж. Б., Цигельская Л. В. Усовершенствование стандартов качества фармацевтических обьектов через совершенствование процедуры лицензирования. Съезд фармацевтов КР. Бишкек. 2003.
3. Матыев Э. С. Актуальные вопросы национальной фармацевтической промышленности// медицина и фармация. – 2001.- №2. – с. 60-62.
4. Чолпонбаев К. С., Мамбетова М. А. История становления лекарственной помощи населению Кыргызстана. 2006.
5. Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники при МЗ КР. Научно – практический журнал жля фармацевтов и врачей "Фармация и медицина Кыргызстана".№10. 2013.
6. Научно – практический журнал жля фармацевтов и врачей "Фармация и медицина Кыргызстана".№7. 2012.

УДК 633.885..58

Ш. Ж. ТОРОБЕКОВ, Н.К. ДУЙШЕНАЛИЕВ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОКСИЧНОСТИ ЛИСТЬЕВ ПОЛЫНИ ОДНОЛЕТНЕЙ, КАК ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РУДЕРАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ

Научный руководитель; доцент, к.ф.н А.Д. Мураталиева

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева

Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Полынь однолетняя – это источник биологических активных веществ, которая широко используется в народной и современной медицине. В 2001 году была рекомендовано ВОЗ, как основной источник артемизина – средство первой помощи в борьбе против малярии. Исследования многих стран показывают, что фитопрепараты полыни однолетней оказывают антибактериальное, болеутоляющее, жаропонижающее, противопаразитарное, противораковое и противовирусное, и другие действия [1, 2, 3, 4, 5].

Основным лекарственным растительным сырьем Artemisia annua L является корень и трава, которые заготавливают из дикорастущей и культивируемой флоры, и введением в культуру in vitro. В настоящее время исследование изучаемых листьев полыни однолетней, произрастающей на территории Кыргызской Республики, и разрабатываемых фитопрепаратов на ее основе, являются перспективными и актуальными на сегодняшний день.

Ключевые слова: лекарственное растительное сырье, фитопрепараты, острая токсичность, хроническая токсичность.

Sh. J. Torobekov, N.K. Duishenaliev

DETERMINATION OF THE TOXICITY OF FOLIA ARTEMISIAE ANNUAL, AS REPRESENTATIVE OF RUDERAL COMMUNITIES

Scientific director; docent, c.ph.s A. D. Muratalieva

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbayeva
Department of Pharmacognosy and Chemistry of Drugs

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract. Artemisia Annua is a source of biological active substances, which is widely used in folk and modern medicine. In 2001, the WHO recommended as the main source of artemisinin – the first-aid in the fight against malaria. Studies in many countries show that the herbs of Artemisia Annua L have antibacterial, analgesic, antipyretic, antiparasitic, anticancer and antiviral, and other activities [1, 2, 3, 4, 5].

The main herbal crude drugs of Artemisia annua L is the root and the grass, which are harvested from the wild and cultivated flora and the introduction in culture in vitro. Currently, the study examined the leaves of Artemisia Annua L growing in the territory of the Kyrgyz Republic, and developed phitodrugs remedies based on it, which is a promising and relevant for today.

Keywords: herbal crude drug, phitodrugs, acute toxicity, chronic toxicity.

Актуальность. Рудеральные растения (от лат. rudus, род, подеж ruderis - строительный мусор, щебень). Рудеральные сообщества произрастают на обочинах дорог, краях полей, в окрестностях населенных пунктов, пустырях и на отвалах промышленных предприятий. Поэтому роль этих сообществ значительна, так как рудеральные виды – являются источником лекарственных полезных растений [6]. И одним из таких рудеральных видов является полынь однолетняя – Artemisia annua L.

Целью исследования является изучение острой и хронической токсичности листьев полыни однолетней произрастающий на территории Кыргызской Республики.

Задачи исследования настоя листьев полыни однолетней:

-изучение острой токсичности;

-изучение хронической токсичности;

Материалы и методы исследования. Объектом исследования является настой, приготовленный из листьев полыни однолетней, заготовленной в фазу цветения. Метод приготовления настоя соответствует ГФ XI второе издание.

Результаты исследования. Согласно требованиям проведения доклинических исследований новых фармакологических препаратов, впервые предлагаемых в медицинскую практику, нами изучены острая и хроническая токсичность настоя из листьев полыни однолетней.

Для проведения эксперимента по изучению острой токсичности полыни однолетней Artemisia annua L нами взят водный настой листьев растения 1:10. [9] Экспериментальные исследование проводили на белых мышах и кроликах.

Белые мыши

Эксперимент проводился на 36 беспородных белых мышах обоего пола с массой 18-20 г. Животных разделили на шесть групп по 6 голов в каждой.

Водный настой листьев полыни однолетней 1:10 животным вводили внутрибрюшинно при помощи зонда, в дозах 0,2; 0,4; 0,6; 0,8 и 1.0 мл на голову. Контрольная группа вводили физраствора NaCl соответствующем объеме.

В течение опыта мышей не ограничивали в доступе к гранулированному корму и воде. Животных взвешивали с помощью аналитических весов. Эксперимент на мышах продолжалось 12 дней, в течение которого наблюдали за поведением, внешним видом, состоянием шерстного покрова, аппетитом, двигательной активностью, временем гибели подопытных и контрольных мышей.

После однократного введения внутрибрюшинно водного настоя листьев полыни однолетней 1:10 в дозах 0,2; 0,4; 0,6; 0,8 и 1.0 мл. У мышей, получивших 0,2-0,4 мл не наблюдалось каких-либо отклонений, но животные, получившие настой полыни по 0,6 мл и выше у мышей наблюдалось беспокойство, отказ от корма и воды в течение 50-60 минут. Животные, которым водили настой в дозе 1,0 мл, в этой группе отмечалось раздражительность, повышение кожной чувствительности, а иногда и легкие кратковременные конвульсивные судороги всего тела. Все эти явления проходили у животных через 1-2 часа после введения настоя. Летальных случаев среди мышей не наблюдалось.

При визуальном патологоанатомическом осмотре внутренних органов выборочно забитых мышей (по 2 головы из каждой группы, в том числе и контрольной) в основном видимых изменений в органах не обнаружено.

Следовательно, водный настой листьев полыни однолетней 1:10 при однократном введении внутрибрюшинно в испытанных дозах оказывает незначительное токсическое действие на белых мышей только в дозе 1 мл на голову.

Кролики

Эксперимент проводился на 9 молодых беспородных кроликах одного возраста с массой 2,0-2,5 кг. Кроликов разделили на 3 группы и в каждой группе по 3 кролика. Кроликам первой группы ввели внутрибрюшинно настой полыни однолетней 1:10 по 15 мл, вторая группа получила по 30 мл, а контрольной группе исследуемый настой не получала.

Результаты опытов показывают, что кролики на однократное внутрибрюшинное введение настоя по 15 мл каких-либо токсических реакций не наблюдалось. В тоже время у кроликов, получивших настой по 30 мл через 30-40 минут после введения начинается повышенная возбудимость, пугливость, кратковременные судороги у одного кролика, продолжавшихся с перерывами 55 минут (табл.1). На следующий день опытные кролики чувствовали себя хорошо, принимали корм и воду как обычно. Гибель животных не отмечена.

Таким образом, водный настой листьев полыни однолетней 1:10 при однократном введении внутрибрюшинно незначительное токсические действие на организм кроликов оказывает лишь в больших дозах (30 мл на 1 голову).

Хроническая токсичность водного настоя из листьев Artemisia annua L.

Эксперимент проводился на 12 беспородных кроликах с массой 2,0-2,5 кг. Кроликов разбили на 4 группы по 3 кролика в каждой. Настой листьев полыни однолетней кроликам

Таблица 1

Характеристика токсического действия водного настоя листьев полыни однолетней Artemisia annual на белых мышей

Группы	№ кролика	Живая масса	Количество	Примечание
Первая	1	2,1	15	
	2	2,0	15	
	3	2,2	15	
Вторая	1	2,2	30	повышенная возбудимость,
	2	2,2	30	повышенная возбудимость,
	3	2,0	30	повышенная возбудимость, пугливость, судороги
Контрольная	1	2,2	-	
	2	2,0	-	

	3	2,1	-	

вводили внутрибрюшинно при помощи желудочного зонда в дозах 10 мл (1-я группа), 20мл (2-я группа) и 30 мл (3-я группа) утром каждый день перед кормлением в течение 10 дней. Клинические показатели (пульс, частота дыхания, температура тела) у кроликов исследовали в исходном состоянии в 1-й, 4-й, 7-й и 10-й дни после введения настоя. [8]

Результаты опытов показали, заметных изменений, поведении, приеме корма, двигательной активности у опытных животных также не отмечено, за исключением того, что животные 3-ой группы, получившие ежедневно по 30 мл настоя полыни однолетней на 7-ой день опытов проявляют легкое беспокойство после введения настоя, наблюдается снижение аппетита, повышение раздражительности к внешним звукам, так же у двух животных этой группы на 6-й день эксперимента отмечается разжижение каловой массы.

Дальнейшие наблюдения показали, что животные 3-ой группы, получившие ежедневно по 30 мл настоя полыни в 1-й же день опытов проявляют повышенную раздражительность после введения настоя к внешним звукам, у них наблюдалось снижение аппетита. В последующие дни в этой группе животных становятся вялыми, мало едят корм и пьют воду. Пульс и дыхательные движения учащаются, температура тела повышается (табл.2).

На 10-й день у кролика №3 отмечены слабые судороги во всем теле, повторяющиеся через 1-2 часа. На 2-й день после прекращения дачи настоя животное стало есть корм и пить воду, только на 5-й день животное восстановило свое прежнее здоровое состояние.

Таблица 2

Характеристика токсического действия водного настоя листьев полыни однолетней Artemisia annua L на кроликов (n =3)

№ группы	Показатели	Дни после введения настоя			
		1-й	4-й	7-й	10-й
Первая	*Водный настой полыни однолетней в дозе 10 мл*				

	Пульс	134,0	132,0	132,5	136,7
	Дыхание	55,2	56,7	58,8	59,4
	t ° тела	38,3	38,1	38,	38,8
Вторая	*Водный настой полыни однолетней в дозе 20 мл*				
	Пульс	135,5	137,2	142,0	148,5
	Дыхание	52,3	51,7	53,7	55,7
	t ° тела	39,1	39,0	39,1	39,2
Третья	*Водный настой полыни однолетней в дозе 30 мл*				
	Пульс	150,2	166,5	177,2	180,2
	Дыхание	51,2	55,7	58,8	60,4
	t ° тела	38,5	38,8	39,8	39,9
Четвертая	*Физраствор NaC1*				
	Пульс	130,2	131,4	130,8	131,5
	Дыхание	51,2	50,8	50,9	52,1
	t ° тела	38,4	38,4	38,5	38,6

При вскрытии трупов выборочно забитых кроликов было отмечено, что внутренние органы кролика №2 первой и кролика №1 второй группы под влиянием испытанного настоя полыни однолетней отмечено следующее: гиперемия слизистой оболочки желудка и тонкого кишечника; печень увеличена, дряблая, края округлены, под оболочкой точечные кровоизлияния; почки мягкой консистенции, при разрезе стерта граница коркового и мозгового слоев; скелетные мышцы и мышцы сердца дряблы, местами кровоизлияния; головной мозг отечен и сосуды расширены.

Следовательно, водный настой листьев полыни однолетней при многократном введении перорально в испытанных дозах проявляет определенную степень токсичности для

организма кроликов. Степень токсичности зависит от дозы настоя. Эти токсические действия постепенно проходит после его отмены.

Выводы. Результаты экспериментов, проведенных по изучению токсикологических свойств листьев полыни однолетней в лекарственной форме водный настой 1:10 показали, что незначительное токсическое действие проявляются у животных, получивших большие дозы (30 мг на кролика) не зависимо от кратности введения. Они непродолжительны и прекращаются вскоре после отмены применения препарата.

Список литература:

1. Руководящие принципы ВОЗ по надлежащей практике культивирования и сбора [GACP] для лекарственные растения. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 Выонг Мо, Иллюстрированный журнал Вьетнам (BAO ANH VIETNAM), №12, 2007.
2. Винюков Д.Д., Изучение влияния эфирного масла и суммы лактонов полыни однолетней на мозговое кровообращение [Текст]/М.Н. Ивашев, А.В. Арльт// 2006220 ВЕСТНИК ВГУ, Серия: Химия. Биология. Фармация, 2006, №2
3. Коновалова Д.А.1,Изучение корней полыни однолетней с целью создания новых лекарственных средств отечественного производства [Текст]/Тираспольская С.Г.1, Алфимова Г.В.1, Саморядова А.Б.1//
4. Соктоева,Т.Э., Фармакогностическое исследование Artemisia annua L. и Artemisiasie versiana Willdf [Текст] флоры Бурятии тема диссертации и автореферата по ВАК 14.04.02, 2011
5. Песяк С.В. Действие селективного света на рост клеточных культур растения Artemisia annua L [Текст]. //Автореф. дис. ... к.ф.н. Вестник ТГУ. Биология. - 2010. -№2(10) - С.
6. Белогонова В.Д.,Аспекты ресурсоведческого и фитохимического изучения некоторых представителей рудеральных сообщества [Текст]/Белогонова В.Д., Корепанова Н.С., Олешко Г.И., Коротков И.В.// Москва с.296.2006 г. Материалы заочной международной конференции «приоритеты фармацевтической науки и практики»
7. Методические рекомендации по изучению общетоксического действия фармакологических средств // Ведомости Фармакологического Совета М3 РФ. -М.: 1998. №1. -С 29.
8. Кудрявцев А.А., Клиническая гематология животных. М.: «Колос», 1973. -С.101-110.
9. Машковский М. Д., Настои и отвары. Государственная Фармакопея XI. Том 2/Бабаян

УДК.615.322.615.433.64

В. Г. ТРОФИМОВА, И. Р. БАЙМУХАМЕТОВ, Р. Ф. КИЛЬДИЯРОВ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СОСТАВА ТАБЛЕТОК С АЛЛАПИНИНОМ

Научный руководитель - к.ф.н., доц. Ф.Х. Кильдияров
Кафедра фармацевтической технологии с курсом биотехнологии,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье отражены результаты совершенстования состава, технологии таблетированной лекарственной формы на основе аллапенина и исследованы её технологические и биофармацевтические свойства. Показано, что усовершенствованный состав таблеток на основе аллапенина обладают удовлетворительными технологическими и биофармацевтическими свойствами и может быть рекомендован для дальнейших углубленных исследований.

Ключевые слова: аллапенин, таблетки, технологические свойства, прочность, биодоступность.

IMPROVING THE COMPOSITION OF TABLETS WITH ALLAPININA

Scientific supervisor - Assoc. prof., Phys.N.Kildiyarov F. H.
Department of pharmaceutical technology course in biotechnology
Bashkir state medical University,Ufa

Abstract: the article reflects the results of sovershenstvovania composition, technology tableted dosage forms based on allapinina and investigated its technological and biopharmaceutical properties. It is shown that the improved composition of tablets based on allapinina have satisfactory technological and biopharmaceutical properties and can be recommended for further in-depth studies.

Key words: allapinin, tablets, technological properties, strength, bioavailability.

Актуальность:

Аллапенин препарат, созданныйвИнститутехимиирастительныхвеществАкадемиинаукУзбекскойССР, представляетсобойгидробромидлаппаконитина, выделяемогоизрастения(Aconitumleucostomum) икорневищскорнямиборцасеверного (Aconitumseptentrionale). Аллапенин представляет собой бромистоводородную соль алкалоида лаппаконитина с сопутствующими алкалоидами. Он предотвращал развитие

желудочковых аритмий, связанных с воздействием бария хлорида, а также понижал на 70—100% число ЖЭ у собак в поздней аритмической стадии инфаркта миокарда (по Харрису)[3].

В клинических исследованиях отмечена высокая эффективность этого препарата при желудочковых аритмиях. Также отмечен выраженный лечебный и профилактическийэффекталлапинина у некоторых больных с пароксизмами ФП. Важным является и тот факт, что клинический антиаритмический эффект Аллапинина сохраняется на протяжении длительного лечения больных в амбулаторных условиях. При приеме внутрь аллапинина до еды (по 25— 50 мг 2—3 раза в день) начало его действия проявляется через 1—2 ч, максимальный эффект — через 4—6 ч, продолжительность действия — до 8 ч (без угнетения сократительности миокарда). Одновременное применение других противоаритмических препаратов не влияет на фармакокинетикуаллапинина[2].Биодоступностьаллапинина — около 39 %. Применяют препарат в виде таблеток 0,025г и раствора для инъекций 0,5% в ампулах. В связи с тем, что аллапинин является высокоэффективным антиаритмическим препаратом, выпускается в промышленных масштабах и используется также больными с сопутствующим заболеванием сахарным диабетом, поэтому актуальным является разработка состава и технологии таблеток для данной категории больных[1].

Цель исследования: Настоящая работа посвящена совершенствованию состава таблетированной лекарственной формы на основе аллапенина, а также оценке влияния изменения состава на качественные характеристики исследуемой лекарственной формы.

Материалы и методы:Объектами исследования явились: аллапенин (ФС-000943), вспомогательные вещества для таблетирования. В качестве методов исследования использовали: определение физической совместимости изучаемого компонента таблеточной массы, методики определения технологических показателей аллапенина и таблетированной массы, методики определения распадаемости, механической прочности, методика определения аллапенина в исследуемых лекарственной форме, методика микроскопического исследования, методика определения высвобождения аллапенина из исследуемой лекарственной формы.

Результаты и обсуждение:

Состав таблеток аллапенина (ЛП-004040, рег.Р№00045/02-010811) выпускаемый в промышленных масштабах (ЗАО «Фармцентр ВИЛАР») содержит в своем составе в качестве вспомогательных веществ: сахароза (сахар), крахмал картофельный, кальция стеарат. Сахар как вспомогательное вещество введен в состав в качестве наполнителя и корригента (действующее вещество лаппаконитинагидробромид имеет очень горький вкус), крахмал

картофельный используется в качестве разрыхляющего вещества для ускорения распадаемости таблеток. Оба вспомогательных вещества несут дополнительную углеводную нагрузку для больных страдающих сахарным диабетом, поэтому необходимо было усовершенствовать состав таблеток, чтобы их могли принимать больные сахарным диабетом. С целью теоретического обоснования состава и технологии таблеток аллапенина нами были изучены физико-механические и технологические свойства субстанции (сыпучесть, насыпная масса, плотность, удельная поверхность, эквивалентный диаметр частиц, пористость, прессуемость, угол естественного откоса, гранулометрический состав). Полученные данные представлены в табл.1

Таблица 1

Технологические характеристики субстанции аллапенина различных производителей

Показатели	Ед. измерения	Производители субстанции	
		ЗАО «Фармцентр ВИЛАР»	АН РБ
Сыпучесть	г/с	1,35±0,08	0
Насыпная масса	г/см^3	0,256±0,020	0,085±0,011
Плотность	г/см^3	0,973±0,038	-
Удельная поверхность	мг/г	0,905±0,035	-
Эквивалентный диаметр	мкм	4,51±0,17	-
Пористость	%	48,43	-
Угол естественного откоса	град	39,0±1,5	49, ±0,11
Прессуемость	Н	7,11±0,6	0
Гранулометрический состав:	%		
частиц более 3 мм		3,1	1,2
частиц от 2 до 3 мм		6,2	3,3
частиц от 1 до 2 мм		12,2	15,8

частиц от 0,5 до 1 мм	10,1	49,4
частиц от 0,25 до 0,5 мм	21,6	26,7
частиц менее0,25 мм	46,8	3,6
Форма частиц	бесцветные призматические кристаллы и их агрегаты	бесцветные призматические кристаллы и их агрегаты

Субстанция аллапинина – белый или беловато-кремоватым оттенком кристаллический порошок, мало растворим в воде, этаноле, диэтиловом эфире, растворим в бензоле. Частицы аллопинина по форме представляют собой анизотропические кристаллы в виде удлиненных призм и их агрегаты, в следствии чего обладают неудовлетворительными технологическими свойствами, невысокой насыпной массой (0,256/0,085), сыпучестью (1,35/0), прессуемостью (7,11/0).

Проведенные исследования показывают, что субстанция представляет собой порошок рыхлой консистенции с невысокой насыпной массой, что затрудняет ее таблетирование, неоднородность массы тадлеток. Поэтому в состав таблеточной массы должны входить вспомогательные вещества, которые улучшали бы эти показатели и не приводили бы к повышению углеводной нагрузки, либо сустанция должна быть подвергнута гранулированию.

Технология выбранного нами метода влажного гранулирования предусматривает использование в качестве увлажняющей среды раствора спирта этилового 90%.

Модельные составы представлены в табл.2.

Таблица 2

Модельные составы таблеток с аллапенином

Ингредиенты на 1 таблетку,г	№ состава				
	1	2	3	4	5
лаппаконитин	0,025	0,025	0,025	0,025	0,025

Сахар	-	0,030		-	-
Лактоза	0,030	-	0,030	-	0,030
Крахмал	0,029	0,029	0,027	-	0,025
МКЦ	0,015	0,015	-	0,048	-
ПВП	-	-	-	-	0,007
Гликолят крахмала	-	-	-	0,002	-
Гипромеллоза	-	-	-	0,024	-
Кальция фосфат двухзамещенный	-	-	0,015	-	0,019
МЦ	-	-	0,002	-	-
Кальция стеарат	0,001	0,001	-	0,001	-
Магния стеарат	-	-	0,001	-	0,001
Увлажняющий агент	Спирт этиловый 90%	Спирт этиловый 90%	Спирт этиловый 90%	Спирт этиловый 90%	Спирт этиловый 90%

С целью быстрейшего проникновения растворяющей среды использовали МКЦ, которая позволяет значительно быстро проникнуть в таблетку растворяющей среде, образует в таблетке пористую структуру, а также обеспечивает необходимую механическую прочность.Для улучшения распадаемости в таблеточную массу вводили гипромеллозу, в качестве антифрикционных веществ – магния стеарат и кальция стеарат. В таюл.3 представлены технологические характеристики таблетируемых масс и полученных из них таблеток.

Таблица 3

Технологические показатели таблеточных масс и таблеток аллапенина

Показатели	№ состава

	1	2	3	4	5
Влажность,%	2,9±0,6	2,7±0,6	3,1±0,6	2,6±0,6	3,0±0,6
Сыпучесть, г/с	8,23±0,17	7,98±0,46	8,99±0,54	10,06±0,64	9,55±0,61
Прочность, Н	31,51±2,43	30,05±1,65	50,45±1,05	60,11±3,21	45,76±2,98
Распадаемость, мин	19,12±0,17	18,35±1,34	21,15±1,34	10,22±0,53	16,81±0,63

Как видно из табл.3, введение в состав таблеток кальция фосфата двухзамещенного при влажности гранулята около 3% и использовании в качестве гранулирующей жидкости спирта этилового 90% позволило добиться достаточной механической прочности таблеток (45,76±2,98 Н) и удовлетворительной сыпучести гранулята(9,55±0,61 г/с). Таблетки, содержащие крахмал, лактозу, гранулированные спиртом этиловым 90%, обладали меньшей прочностью (31,51±2,43 Н), чем из гранулятов, в состав которых вводили МКЦ, а время распадаемости полученных таблеток превышало регламентированные и составляло 17-21 мин.

С целью снижения времени распадаемости и повышения прочности таблеток в состав были введены гликолят крахмала и гипромеллоза, что позволило получить удовлетворительные результаты при увлажнении смеси спиртом этиловым 90% с последующим опудриванием сухого гранулята 1% магния стеаратом или 1% кальция стеаратом. Прочность и время распадаемости полученных таблетолк составили 60,11±3,21 Н и 10,22±0,53 мин, соответственно. Таблетки состава №4 имели хороший внешний вид и удовлетворительные показатели качества и были реклментдованы к дальнейшему изучению.

Заключение и выводы: таким образом, на основании проведенных исследований подобран и обоснован оптимальный состав вспомогательных веществ, разработана технология таблеток аллапинина 0,025 г, полученных методом влажного гранулирования для использования больными с сопутствующим диагнозом сахарный диабет.

Список литературы:

1. Абдала А., Рулин В.А., Мазур Н. Фармакокинетика и фармакодинамика нового отечественного препарата аллапинина //Кардиология.М.1989.N1.С.32-36

2. Гасилин В.С, Дорофеева Е.В., Родова Н.К. Опыт длительного применения аллапенина в поликлинической практике. //Кардиология.М.1990.N9.С.30-32

3. Джагангиров Ф.Н., Садретдинов Ф.С. О противоаритмических свойствах аллапинина (гидробромидлаппаконитина)//Доклады АН УзССР.1985.N3.С.46-47

УДК 615.273.53:615.011.4:547.857.4

Р.Ф. ФАЙЗУЛЛИНА, Е.В. ЗАХАРОВА, А.В. САМОРОДОВ

АНТИКОАГУЛЯЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ И СУЛЬФОКСИДЫ ТИЕТАНСОДЕРЖАЩИХ ПРОИЗВОДНЫХ КСАНТИНА

Научные руководители: д. фарм. н., профессор Ф.А. Халиуллин; к.фарм.н., доцент Г.А.Тимирханова; д. м. н., профессор Ф.Х. Камилов

Кафедра фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии, кафедра биологической химии

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Исследовано влияние 10 синтезированных тиетансодержащих производных ксантина на антикоагуляционную активность и рассчитано по 11 численных значений геометрических дескрипторов на каждое химическое соединение. По результатам анализа полученных данных среди взятых геометрических дескрипторов не обнаружены наиболее значимые предикторы антикоагуляционной активности для исследуемых соединений.

Ключевые слова: ксантины, тиетаны, антикоагуляционная активность, «структура – активность», предикторы.

R.F. Fayzullina, E.V. Zakharova, A.V. Samorodov

ANTICOAGULATIVE ACTIVITY AND SULPHOXIDES OF THIETANE-CONTAINING DERIVATIVES OF XANTINE

Scientific advisers: prof. F.A. Khaliullin, Timirkhanova G.A., prof. F.Kh. Kamilov,

Department of Pharmaceutical Chemistry with courses of analytical and toxicological chemistry, Department of Biological Chemistry

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The effect of 10 synthesized thietanium-containing xanthine derivatives on anticoagulant activity was studied and 11 numerical values of geometric descriptors for each chemical compound were calculated. Based on the analysis of the obtained data, the most significant predictors of anticoagulant activity for the test compounds were not found among the geometric descriptors taken.

Key words: xanthines, thiethanes,, anticoagulant activity, "structure - activity", predictors.

Тромбогемморагические заболевания в настоящее время являются наиболее распространенными видами патологии человека, удерживающими первое место среди

причин инвалидизации и смертности, а также в значительной степени определяющие качество и среднюю продолжительность жизни населения [1].

Производные ксантина, содержащие тиетановый цикл, обладают высоким биологически активным потенциалом. Современные препараты для остановки кровотечения недостаточно эффективны и не всегда могут привести к нужному терапевтическому эффекту [6] . Поэтому синтез и определение биологической активности новых тиетансодержащих ксантинов – процессы достаточно трудоемкие и занимают продолжительное время.

Для сокращения времени исследований в настоящее время используются методы компьютерного моделирования, которые существенно упрощают поиск потенциальных кандидатов в лекарственные средства. Для оценки фармакологической активности химических соединений может быть использована зависимость между структурными характеристиками и действием синтезированных веществ. [2] В качестве структурных характеристик использовались физико-химические и квантово-механические параметры молекулы, рассчитанные компьютерным методом.

В предыдущих работах [4,5] была рассчитана зависимость антикоагуляционной активности тиетансодержащих производных ксантина от числовых значений пространственных дескрипторов. Целью данного исследования является изучение закономерности антикоагуляционной активности от физико-химических и квантово-механических дескрипторов молекулярной структуры сульфоксидов тиетансодержащих производных ксантина, синтезированных на базе кафедры фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии Башкирского государственного медицинского университета.

В данной работе представлен анализ синтезированных сульфоксидов тиетансодержащих производных ксантина в отношении плазменного звена системы гемостаза и первичный анализ зависимости антикоагуляционной активности от физико-химических и квантово-механических показателей молекул.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены в условиях *in vitro* на крови здоровых доноров-мужчин в возрасте 18-24 лет. Забор крови проводился из кубитальной вены с использованием систем вакуумного забора крови BDVacutainer® (Becton Dickinson and Company, США). Все тесты проводились на бестромбоцитарной плазме. Образцы бестромбоцитарной плазмы получали при центрифугировании 3000 об/мин в течение 20 минут. В работе использовалась центрифуга ОПН-3.02 (ОАО ТНК "ДАСТАН", Киргизия).

Определение антикоагуляционной активности тиетансодержащих производных ксантина проводили общепризнанными клоттинговыми тестами на турбидиметрическом

гемокоагулометре Solar CGL 2110. Основа клоттинговых тестов – регистрация времени от добавления стартового реактива до момента выпадения фибрина. Изучались показатели активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ), протромбинового времени (ПВ) и концентрации фибриногена по A.Clauss [3]. Определение антикоагуляционной активности тиетансодержащих производных теофиллина проводили в концентрации 10^{-3} г/мл. В работе использовались реактивы производства "Технология-Стандарт", г. Барнаул.

Расчет стереохимических показателей проведен с применением компьютерной программы MarvinSketch. Результаты исследования обработаны с применением статистического пакета Statistica 10,0 (StatSoftInc, США). Проверку на нормальность распределения фактических данных выполняли с помощью критерия Шапиро-Уилка. Выявлено, что вид распределения полученных данных отличается от нормального, поэтому при дальнейшей работе использовались непараметрические методы. Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 процентилей. Оценка прогностической роли стереохимических показателей проведена с помощью статистического инструмента Data Mining. Критический уровень значимости p для статистических критериев принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. В результате экспериментальной работы установлено, что сульфоксиды тиетансодержащих производных ксантина показали различной степени выраженности влияние на плазменный компонент гемостаза, проявляющиеся изменением показателя внутреннего пути свертывания крови – АПТВ. Данные соединения в указанной концентрации не влияли на показатель концентрации фибриногена и ПВ.

Анализ данных статистической обработки полученных результатов свидетельствует о том, что исследуемые структурные характеристики синтезированных химических соединений в этой выборке не являются предикторами антикоагуляционной активности (рис. 1).

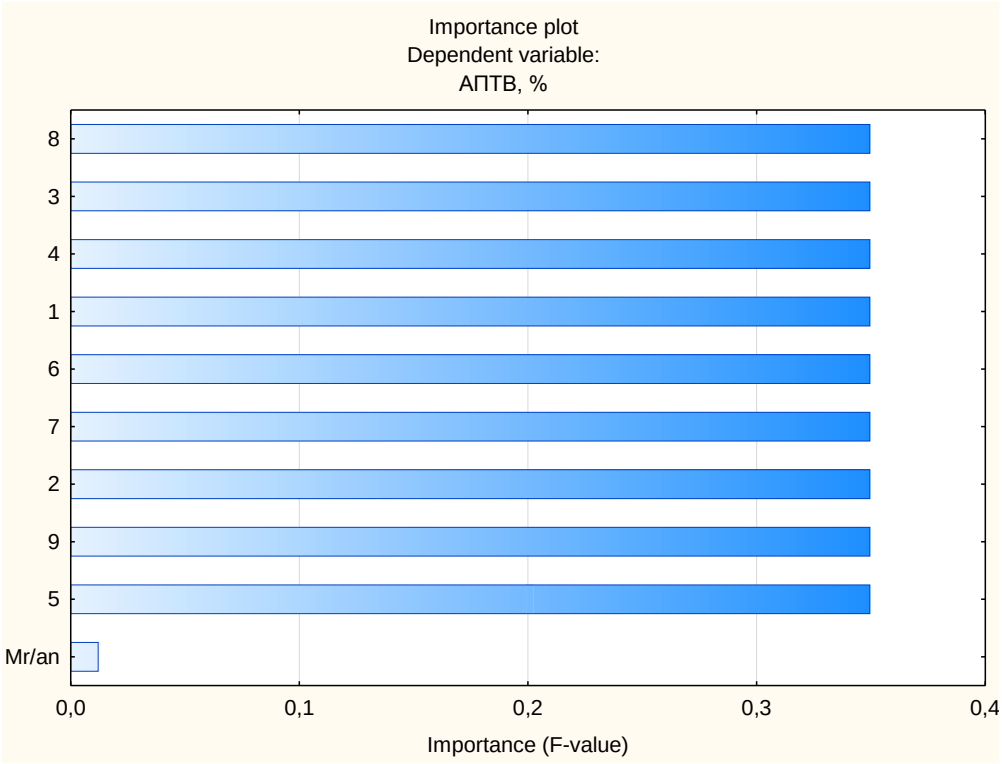


Рис.1. Диаграмма дескрипторов антикоагуляционной активности

В заключении экспериментальной работы, можно отметить, что данные геометрические дескрипторы для сульфоксидов тиетансодержащих производных ксантина не позволяют установить статистически значимую зависимость антикоагуляционной активности от химической структуры синтезированных сульфоксидов тиетансодержащих производных ксантина.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения. Сердечно-сосудистые заболевания информационный бюллетень №317 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru
2. Исаева Г.А. Анализ количественных отношений струтура-анастезирующая активность ацетанилидов с применением регрессионных и квантово – механических методов/ Г.А. Исаева, А.В. Дмитриев, П.П. Исаев// Химико-фармацевтический журнал - том 35 - №6 - 2001- С.54-56
3. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств. Часть первая. - М.: Гриф и К, 2012. - 944 с.
4. Тимирханова Г.А. Первичный анализ зависимости антикоагуляционной активности тиетансодержащих производных теофиллина от стереохимических особенностей

строения молекул / Г.А.Тимирханова, Ф.А. Халиуллин, А.В. Самородов, Ф.Х. Камилов, А.Р. Халимов, З.Р. Пахомова, Р.А. Шакирова // сборник научных статей VIII-я Российская научно-практическая конференция с международным участием «Здоровье человека в XXI веке» - Казань, 2016.- С.430-433

5. Тимирханова Г.А. Поиск зависимости «структура-активность» производных ксантина в отношении адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов / Г.А. Тимирханова, Ф.Х. Камилов, А.В. Самородов и др. // тезисы VIII Всероссийской конференции «Химия и медицина» с международным участием. - Уфа, 2010. – С.296-297
6. Shult J. Developmental outcome of the use of etamsylate for prevention of periventricular haemorrhage in a randomized controlled trial / Shult J., Osborne J., Benson J.W. et al // Arch. Dis. Child Fetal. Neonatal. Ed., 2005. – Vol.90 №1. – P. 31 – 35

УДК 615.1

ХАСАНОВА Р.Ю.

ПРОЕКТИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Научный руководитель д-р.фарм.наук, проф. Ибрагимова Г.Я

Кафедра управления и экономики фармации

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа

Резюме: в статье представлен проект организации фармацевтической помощи, который включает в себя алгоритм создания рационального списка лекарственных препаратов для первичной профилактики ишемического инсульта, состоящий из 10 этапов и содержащий разделение групп потребителей на страты, нуждающихся в первичной профилактике ишемического инсульта (ППИшИ). Выделено 4 страты потребителей, с различными сопутствующими патологиями (с артериальной гипертензией (АГ)+ИБС/стенокардия/инфаркт миокарда, с АГ+сахарный диабет, с АГ+ХСН, с АГ+ прогрессирующий атеросклероз). Представлен поэтапный алгоритм формирования рационального списка лекарственных препаратов (ЛП), одинаковых по фармакотерапевтической направленности, но различных по ценовой доступности.

Ключевые слова: первичная профилактика, ишемический инсульт, рациональный список.

R.U. Hasanova

SYSTEM DESIGN THE ORGANIZATION OF PHARMACEUTICAL ASSISTANCE IN PRIMARY PREVENTION OF ISCHEMIC STROKE

Scientific Advisor -Ph. Pharm.Sciences, full professor Ibragimova G. Ya.

Departament, Bashkir state medical university, Ufa

Resume: the article presents the project of the organisation of pharmaceutical care, which includes an algorithm to create a rational list of drugs for primary prevention of ischemic stroke, consisting of 10 segments and containing the division of consumer groups, strata, requiring primary prevention of ischemic stroke (Pisi). Selected 4 strata of consumers with various comorbidities (arterial hypertension (AH)+IHD/angina/myocardial infarction, with hypertension+diabetes mellitus, with hypertension+CHF with AG+ progressive atherosclerosis). Presents a algorithm for the formation of a rational list of drugs (LP), the same therapeutic orientation, but different in affordability.

Key words: primary prevention, ischemic stroke, rational list.

Актуальность. Значимость инсульта как медико-социальной проблемы растет с каждым годом, так как вызывает стойкие нарушения в виде парезов, параличей, нарушений речи и вестибулярных расстройств, которые являются причинами инвалидизации, нарушения социальной адаптации и снижения качества жизни пациентов[1]. Социальные затраты, связанные с расходами на лечение больных ишемическим инсультом в стационарных и амбулаторных условиях, являются главной статьей расходов здравоохранения многих стран. На сегодняшний день большое значение имеет предупреждение развития этой патологии – первичная профилактика ишемического инсульта[1,2]. Одним из путей решения проблемы снижения заболеваемости является эффективная лекарственная профилактика. Поэтому исследования по организации эффективной фармацевтической помощи в целях снижения риска развития ишемического инсульта являются актуальными.

Цель исследования. Построить систему оказания фармацевтической помощи, включающую семантическую модель организации фармацевтической помощи при первичной профилактике ишемического инсульта и алгоритм формирования рациональных списков лекарственных препаратов для ППИшИ.

Материалы и методы: в ходе исследований использованы общенаучные методы (описание, моделирование), системный анализ, метод стратификации .

Результаты и обсуждение: на основе системного анализа и изучения литературных источников разработана семантическая модель оказания фармацевтической помощи для ППИшИ, которая включает в себя 7 векторов, каждый из которых выполняет определенную роль. Главенствующее место занимает лекарственная терапия (вектор 5), основанная на доказательной медицине, определены три основные группы ЛП для ППИшИ. На основе литературных источников были выделены факторы, влияющие на оказание фармацевтической помощи при ишемическом инсульте, которые подразделяются на модифицируемые и немодифицируемые, представлены на векторах 2 и 3 соответственно. К немодифицируемым относятся генетические, здравоохранение и внешние факторы Модифицируемые факторы представляют огромный интерес при первичной профилактике ишемического инсульта, так как своевременное их устранение дает возможность для эффективной ППИшИ. К модифицируемым факторам относятся: повышенное артериальное давление, стресс, алкоголь, курение, недостаток физической активности, образ жизни, ожирение, нерациональное питание, повышенное содержание глюкозы в крови, повышенный уровень холестерина.

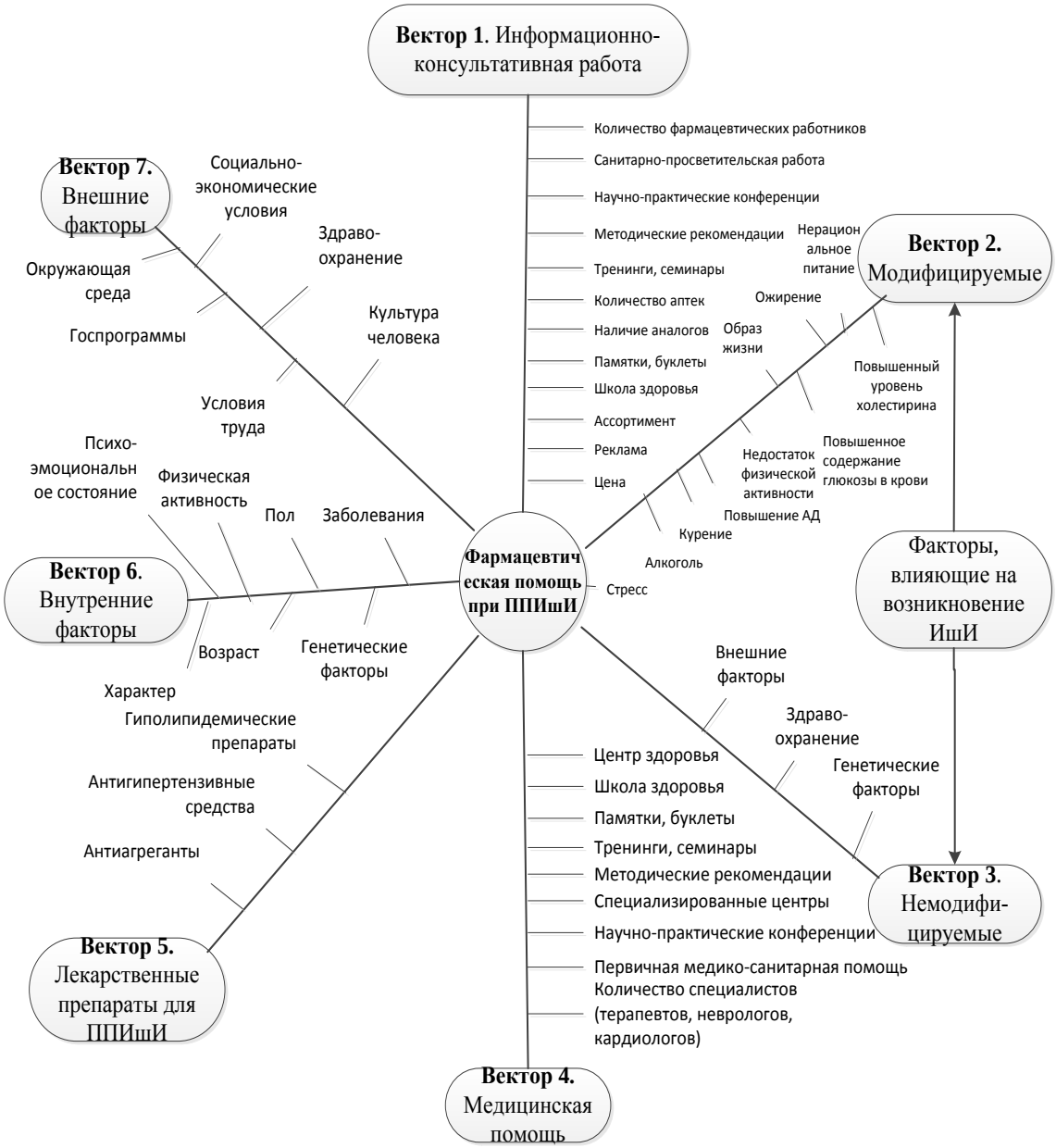


Рис 1.

Семантическая модель организации фармацевтической помощи при ППИшИ

Важный вектор 1 отведен на оказание информационно-консультативной работы в аптечных учреждениях и медицинскую помощь (вектор 4), составляющие которых, оказывают колоссальное влияние на организацию фармацевтической помощи при ППИшИ. Информационно-консультативная помощь определяется количеством фармацевтических работников, а также их информированностью о важности ППИшИ, количеством аптек и ассортиментом ЛП, наличием аналогов лекарственных препаратов, одинаковых по фармакотерапевтической направленности в различных ценовых категориях. А также включает в себя рекламу, памятки и буклеты, методические рекомендации по ППИшИ, тренинги и семинары, санитарно-просветительскую работу и научно-практические конференции, направленные на повышение осведомленности и возможностях ППИшИ. Как

видно из семантической модели, медицинская помощь во многом сопоставима с информационно-консультативной помощью, но имеет свои особенности, определяется количеством специалистов и качеством первичной медико - санитарной помощи. Также «Центры здоровья» играют важную роль в сохранении здоровья, повышении уровня знаний, информированности у населения. Задачей Центров здоровья является формирование здорового образа жизни у населения, которое будет способствовать воспитанию личной ответственности за своё здоровье, улучшая качество жизни.

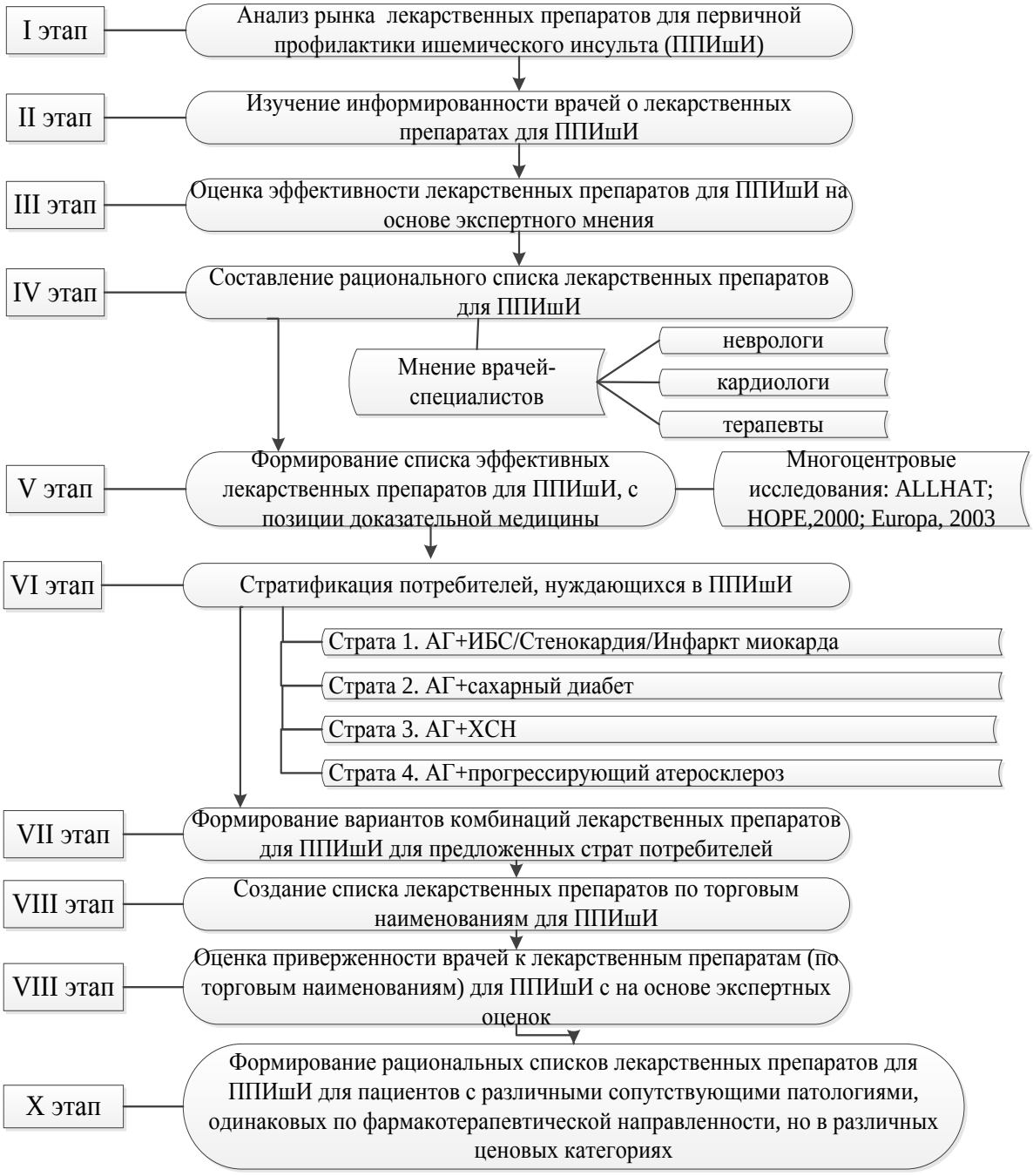


Рис 2. Алгоритм формирования рациональных списков ЛП для ППИшИ

Помимо всего вышеописанного, на организацию фармацевтической помощи при ППИшИ воздействуют внутренние и внешние факторы (вектор 6 и 7). К внутренним относятся генетические факторы, возраст, характер, психо-эмоциональное состояние, пол, наследственная предрасположенность к заболеваниям, гиподинамия. Часть из них составляют подгруппу управляемых: общее развитие человека, уровень его интеллекта, эмоциональное и душевное состояние, характер. Ключевым фактором является, все же, физическая активность. Внешние представлены социально-экономическими условиями, окружающей средой, Государственными программами, Здравоохранением, условиями труда и культурой человека. Большую опасность здоровью человека несут управляемые внешние факторы, а именно: плохая экология, особенности питания, условия труда, режим труда и отдыха, а также культура человека.

Полученная модель наглядно отражает комплекс факторов, влияющих на оказание фармацевтической помощи при первичной профилактики ишемического инсульта и позволяет управлять ими, воздействуя на те или иные факторы.

Заключения и выводы.

1. На основе системного анализа построена семантическая модель, которая учитывает множество факторов, влияющих на оказание фармацевтической помощи при ИшИ, и позволяет проводить комплексную первичную профилактику ИшИ. 2.Разработан алгоритм формирования рациональных списков лекарственных препаратов для первичной профилактики ишемического инсульта, включающий 10 этапов., определены методы и способы их реализации.

Список литературы:

1. Виленский, Б.С. Инсульт – современное состояние проблемы. [Текст] / Б.С. Виленский // Неврологический журнал. – 2008. - № 2. – С. 4-10.

2. Гареева, Е.Р. Разработка эффективных методов рационирования и стандартизации фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. … канд. фарм. наук. – М., 2005. - 24 с.

УДК 615.256.5:618.36-085

Д.В. ХАСАНОВА

ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Научные руководители – к. фарм. н., доцент М.Р. Дударенкова, ассистент кафедры Е.С. Горбунова

Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

Резюме: в статье приведены результаты контент-анализа карт беременной и родильницы на предмет выявления плацентарных нарушений, назначения лекарственной терапии и профилактики по данной патологии в сравнении с документами, регламентирующими оценку качества оказания медицинской помощи беременным и информационно-методическими материалами, содержащими сведения о современной фармакотерапии, рациональному выбору наиболее эффективных и безопасных лекарственных препаратов с позиций доказательной медицины.

Ключевые слова: плацентарные нарушения, эффективность, безопасность.

D. V. Khasanova

EVALUATION OF THERAPEUTIC CHARACTERISTICS OF DRUGS USED FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF PLACENTAL DISORDERS

Scientific Advisors – C. in Pharmacy, Associate professor M. R. Dudarenkova, Assistant professor E. S. Gorbunova

Department, Orenburg state medical university, Orenburg

Abstract: the article presents the results of the content analysis cards of the pregnant and new mothers to identify placental disorders, purpose of drug therapy and prevention of this pathology in comparison with the documents governing the assessment of the quality of medical care for pregnant women and with information and teaching materials containing information about modern pharmacotherapy, rational choice of the most effective and safe drugs from the standpoint of evidence-based medicine.

Key words: placental disorders, efficacy, safety.

Актуальность:

Число лекарств, зарегистрированных в стране, изменяется каждый день. С одной стороны, добавляются новые препараты, прошедшие государственную регистрацию. С другой стороны, новые сведения об эффективности и безопасности, полученные в

результате клинических исследований, позволяют врачам осуществить рациональный выбор тех или иных препаратов. Поэтому в настоящее время, при назначении лекарственных средств необходимо учитывать как документы в области качества медицинской помощи, так и информационные материалы регламентированная нормативными документами, должна предполагать лучших современных доказательств для лечения каждого пациента.

Цель исследования: оценка терапевтических характеристик лекарственных препаратов, применяемых для профилактики и лечения плацентарных нарушений (ПН). Для достижения цели необходимо было решить следующие задачи: анализ возможности назначения лекарственных препаратов (ЛП) в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи беременным женщинам с ПН, стандартами и клиническими рекомендациями (протоколами лечения); изучение информационно-методических писем регионального уровня с данными о современной фармакотерапии, рациональному выбору наиболее эффективных и безопасных ЛП с позиций доказательной медицины и сравнительный анализ с документами, регламентирующими оценку качества оказания медицинской помощи беременным, в части лекарственной терапии и профилактики ПН; контент-анализ карт беременной и родильницы на предмет выявления ПН и назначения ЛП с целью их профилактики и лечения.

Материалы и методы: в процессе исследования использовались методы сравнительного анализа, контент-анализ карт беременной и родильницы и прием выкопировки данных. Методологической основой послужили нормативные документы, регламентирующие оценку качества оказания медицинской помощи беременным.

Результаты и обсуждение: в настоящее время существует единый порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденный приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 572н, регламентирующий этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде. На основе данного Порядка разработаны Стандарты первичной медико-санитарной помощи и Стандарты специализированной медицинской помощи. Ведение беременных с ПН отражено в Стандарте специализированной медицинской помощи при гипоксии плода, недостаточном росте плода и других плацентарных нарушениях (приказ Минздрава России от 07.11.2012 года № 588н), где приведены перечень медицинских мероприятий для диагностики заболеваний, медицинских услуг для лечения заболеваний, ЛП для медицинского применения, зарегистрированных на территории РФ, с указанием средних суточных и курсовых доз.

В 2006 году, еще до вступления в законную силу 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», регламентирующего качество оказания медицинской помощи, были

разработаны клинические рекомендации «Акушерство и гинекология» под редакцией В.И. Кулакова, президента российского общества акушеров-гинекологов, содержащие эпидемиологию, диагностику, лечение и дальнейшее ведение женщин с различными патологиями беременности. Данное издание в 2011 году претерпело небольшие изменения в части патологий, диагностики и терапии, однако оценка назначаемых препаратов с позиций доказательной медицины так и не была проведена.

Оценить эффективность и безопасность приема ЛП беременными достаточно проблематично в силу ограничения проведения клинических исследований по этическим соображениям на беременных женщинах [3], поэтому способ лечения в настоящее время оценивается на основе ссылок на авторитетное мнение авторов и (или) исходя из согласия с общепринятой теорией [5]. На сегодняшний день есть лишь небольшая часть ЛП для лечения и профилактики ПН, эффективность которых оценена с позиций доказательной медицины, но безопасность терапии для плода в условиях российского законодательства четко не определена. В этой ситуации целесообразно пользоваться классификацией Управления по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США (Food and Drug Administration, FDA). По этой причине ведущими специалистами региональных органов здравоохранения разработаны клинические протоколы, опубликованы информационно-методические письма и учебно-методические пособия в акушерстве на основе данных информационно-обоснованной медицины, применение которых, с учетом данных FDA по безопасности ЛП у беременных, должно положительно сказаться на профилактике и терапии патологий беременности, в частности, ПН.

Как показали результаты контент-анализа генеральной выборки карт беременной и родильницы ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2» (ГАУЗ ООКБ 2), выявляемость плацентарных нарушений составила соответственно 15,5% случаев (170 из 1100), 14,8% (133 из 899), 8,3% (85 из 1020) соответственно. Врачи-гинекологи осуществляли профилактику и терапию ПН в строгом соответствии с вышеназванными Порядком, Стандартом и клиническими рекомендациями, однако без учета эффективности и безопасности назначаемых препаратов и (или) их комбинаций.

Профилактику ПН у беременных проводят при помощи поливитаминных препаратов (Био-Макс, Компливит Триместрум 1 триместр, 2 триместр, 3 триместр, Элевит Пронаталь, Витрум Пренатал, Мульти-табс Перинатал), препаратов магния (Магне В6 форте) и фолиевой кислоты. Также при первичном приеме некоторые из врачей назначали дополнительно отдельные витамины и минералы: витамин Е, препараты кальция

(Кальцемин, Кальций-Д3 Никомед), препараты йода (Йодомарин 200, Йодбаланс 200) [1]. Действительно, увеличение содержания в пищевом рационе витаминов и минералов снижает количество выявляемых задержек развития плода (ЗРП) на 19% [3], к тому же большинство витаминов относится к категории А по классификации FDA (контролируемые исследования у беременных не продемонстрировали повышенного риска аномалий плода). Однако бесконтрольный прием даже данной группы препаратов или назначения отдельных витаминов наряду с поливитаминами может быть опасно, что нужно помнить врачам и проводить коррекцию дозы. Например, при приеме ретиноидов и витаминов группы А свыше установленных суточных доз, возможны спонтанные аборты, аномалии конечностей, черепно-лицевых отделов, аномалии сердца, ЦНС, мочеполовой системы, недоразвитие ушных раковин, гидроцефалия у ребенка [2]. По этой причине FDA отнесла большие дозы витамина А к категории Х как препараты, применять которые во время беременности не следует. Излишний прием витаминов группы D ведет к надклапанному стенозу аорты и задержке психического развития (категория Х по классификации FDA), группы К – желтухе и гематологическим нарушениям [2] (категория С по классификации FDA – исследования на животных проводились и выявили риск для плода, на беременных данные исследования не проводились). Йодсодержащие препараты хорошо переносятся женщинами, тем не менее необходимо наличие показаний для его применения [2] (категория А по классификации FDA).

Лечение ПН врачами-гинекологами ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2», как и профилактика, основывалось на Порядке ведения пациенток с данной патологией, Стандарте и клинических рекомендациях. В ходе терапии ФПН на амбулаторном этапе назначались антиагреганты (Курантил, Дипиридамол, Тромбо АСС, Ацетилсалициловая кислота) и антикоагулянты (Гепарин, Фраксипарин), антигипоксанты (витамин Е, Эссенциале, Актовегин), спазмолитики (свечи с папаверином), на стационарном – инфузии раствором Актовегина совместно с физиологическим раствором или раствором магнезии 25% совместно с физиологическим раствором [1]. Выбор того или иного антикоагулянта или антиагреганта должен зависеть от тяжести проявления патологии: антиагреганты наиболее эффективны при чрезмерной активации сосудисто-тромбоцитарного звена, при более тяжелых нарушениях, включающих также усиление плазменного звена, целесообразно дополнение лечения гепарином [4]. Однако на фоне применения этих препаратов в 5 раз увеличивается частота возникновения тромбоэмболических осложнений. Поэтому перед назначением антикоагулянтной терапии необходимо определить в ранние сроки беременности факторы риска по развитию венозных тромбозов и тромбоэмболий, при

которых польза лечебных мероприятий превышает возможный риск геморрагических осложнений [3]. Наиболее безопасны в применении из данной группы препаратов Дипиридамол (Курантил) и гепарины – категория В по классификации FDA (исследования на животных выявили отсутствие вреда для плода, а адекватные и строго контролируемые исследования у беременных женщин не проводились), у Пентоксифилина – категория С, у Ацетилсалициловой кислоты (Тромбо Асс) – категория D [3]. Терапия актовегином также эффективна – доказан его нейропротективный эффект в отношении головного мозга плода и анаболическое действие, что также играет положительную роль при ЗРП [4]. Лечение антигипоксантами снижает частоту ЗРП с 60 до 24% [4]. Однако, следует отметить, что убедительных данных о безопасности актовегина – нет сведений об этом препарате ни в Федеральном руководстве об использовании лекарственных средств, ни в Кокрановском руководстве – изданиях, в которых содержатся рекомендации по использованию ЛП на основе доказательной медицины [3]. Клинический эффект и токсичность магния сульфата зависят от его концентрации в крови, что нужно помнить, одновременно назначая женщине несколько препаратов магния. Вызывая угнетение ЦНС, ЛП магния дозозависимо оказывают успокаивающий, противосудорожный, наркотический эффекты. При передозировке препаратом проявляется его тормозящее действие на сосудодвигательный и дыхательный центры [3]. При парентеральном введении ЛП проникает через плаценту, приводя к повышению концентрации магния в крови плода, что может привести к угнетению ЦНС [3].

Заключение и выводы: как показали результаты контент-анализа карт беременной и родильницы, терапия и профилактика ПН осуществлялась в строгом соответствии с нормативными документами, регламентирующими оценку качества оказания медицинской помощи беременным. Однако, данные, к примеру, клинических рекомендаций следует актуализировать на предмет доказательной базы с целью дополнения эффективными и безопасными ЛП или исключения устаревших препаратов, применение которых опасно для беременной или плода. При комбинированной терапии врачам следует особое внимание уделять пересчету суточных и курсовых доз ЛП, взаимодействие которых можно спрогнозировать с позиций доказательной медицины.

Список литературы:

1. Дударенкова М.Р., Гладунова Е.П., Кшнясева С.К., Горбунова Е.С., Нигматуллина Ю.У., Тимощук В.В. Анализ лекарственного обеспечения женщин в период беременности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2015. № 5 (2). С. 355-361.

13. Загородникова К.А., Покладова М.В., Бурбелло А.Т. Безопасность лекарств у беременных: учеб. пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. 45 с.
3. Зайцева О.Е., Байрамгулов Ф.М., Фролов А.Л., Зарудий Ф.А., Рахманова Р.Т., Биккинина Г.М., Шигаев Н.И., Громакова Л.С., Максютова А.Ф., Салихова Г.Ф. Медикаментозная коррекция нарушений в системе мать-плацента-плод и основы доказательной медицины / Информационно-методическое письмо. Уфа, 2011. 60 с.
4. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология: научно-практическое издание под редакцией Кулакова В.И. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. С. 155-187.
5. Филиппов О.С. Плацентарная недостаточность / М.: МЕДпресс-информ, 2009. 160 с.

УДК 615.32: 547.9

А.И. ХУСАИНОВА, Т.К. РЯЗАНОВА, Н.В. ЕРМАКОВА

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦВЕТКОВ ПИЖМЫ ОБЫКНОВЕННОЙ МЕТОДОМ ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

Научные руководители – д.фарм.н., доцент А.В. Куркина, д.х.н., профессор Л.А. Онучак
Кафедра управления и экономики фармации, кафедра фармакогнозии с ботаникой и основами фитотерапии, Самарский государственный медицинский университет; кафедра физической химии и хроматографии, Самарский университет, г. Самара

Резюме: Проведено исследование цветков пижмы обыкновенной (Tanacetum vulgare L.) методом газовой хроматографии. Определены линейные индексы летучих компонентов и построены диаграммы-образы указанного сырья, позволяющие определять их подлинность. Методом хромато-масс-спектрометрии идентифицированы основные компоненты паровой фазы цветков пижмы обыкновенной: сабинен, эвкалиптол, артемизиа-спирт, туйон и изотуйон.

Ключевые слова: пижма обыкновенная, Tanacetum vulgare L., газовая хроматография, цветки, стандартизация.

A.I. Khusainova, T.K. Ryazanova, N.V. Ermakova

A STUDY OF THE FLOWERS OF TANSY BY GAS CHROMATOGRAPHY

Scientific Advisor – Dr. Sci. of Pharmacy, Associate Professor A.V. Kurkina,
Scientific Advisor – Dr. Sci. of Chemistry, Full professor L.A. Onuchak

The Department of management and economics of pharmacy, Department of Pharmacognosy with Botany and Phytotherapy, Samara State Medical University; Department of physical chemistry and chromatography, Samara National Research University, Samara

Summary: The study of the flowers of tansy (Tanacetum vulgare L.) by gas chromatography was developed. For the purpose of identification of the specified materials the linear retention indexes of volatile components were defined and diagrams-images were constructed. By using the method of chromatography-mass spectrometry there were identified the major components of the vapor phase flowers of tansy: sabinene, eucalyptole, artemisia-alcohol, thujone and isothujone,.

Keywords: tansy, Tanacetum vulgare L., flowers, gas chromatography, standardization.

Хроматография является одним из наиболее простых и универсальных методов разделения и определения состава сложных смесей [2]. В настоящее время хроматографические методы широко используются для оперативного контроля качества сырья, полуфабрикатов и готовой продукции [2,7,8]. Хроматографические методы анализа незаменимы при оценке лекарственных средств из лекарственного растительного сырья (ЛРС), поскольку с точки зрения хроматографии ЛРС является многокомпонентной системой. Так, при оценке подлинности и качества эфиромасличного ЛРС применим метод газовой хроматографии. Одним из растений, к которому применим данный метод анализа, является пижма обыкновенная (*Tanacetum vulgare* L.). В современной медицине цветки и препараты пижмы обыкновенной применяются в качестве желчегонных, противовоспалительных и антигельминтных средств при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта [3].

В виду вышесказанного целью настоящей работы явилось газохроматографическое исследование цветков пижмы обыкновенной.

Материалы и методы.

Объектами исследования служили образцы цветков пижмы обыкновенной (*Tanacetum vulgare* L.), собранные на фармакопейном участке Ботанического сада г. Самара (июль 2014-2016 гг.). Газохроматографический анализ проводили на хроматографе «Кристалл 5000.2», (ЗАО СКБ «Хроматэк») с пламенно-ионизационным детектором (ПИД), на капиллярной кварцевой колонке VF-1 фирмы Varian, США (30м×0,32мм×0,5мкм) с полидиметилсилоксановой неполярной фазой и капиллярной колонке INNOWAX фирмы Agilent Technologies, США (30м×0,32мм×0,5мкм) с полярной неподвижной фазой ПЭГ-20М.

Компонентный состав определяли с помощью газового хроматографа «МАЭСТРО 7820» с масс-спектрометром модели Agilent 5975 и автоинжектором. Анализ проводили с использованием капиллярной кварцевой колонки HP-5ms 30 м × 0,25 мм × 0.,25 мкм (неподвижная фаза: 5%-дифенил-95%-диметилсилоксан) фирмы Agilent.

Результаты и их обсуждение.

На основании экспериментальных данных определяли линейные индексы удерживания и относительные площади пиков исследуемых образцов. Определение проводили методом оценки подлинности разработанной Самарскими учеными (Онучак, Л.А., Арутюнов Ю.И. Куркин В.А.и др.) (Патент РФ № 2452944 от 10.06.2012 г.) [6]. Указанный метод позволяет проводить определение подлинности ЛРС, не выполняя покомпонентного анализа, без определения вещества-маркера.

Данным методом в исследуемых образцах обнаружен 31 летучий компонент с относительной площадью пика ≥ 0,2 % с индексами удерживания в диапазоне от 453±5 до 1129±1 на капиллярной кварцевой колонке VF-1 фирмы Varian, США (30м×0,32мм×0,5мкм) с полидиметилсилоксановой неполярной фазой (рис. 1). Для указанных компонентов были определены линейные индексы удерживания и построена диаграмма-образец для идентификации исследуемых объектов и оценки подлинности цветков пижмы обыкновенной (рис. 3А).

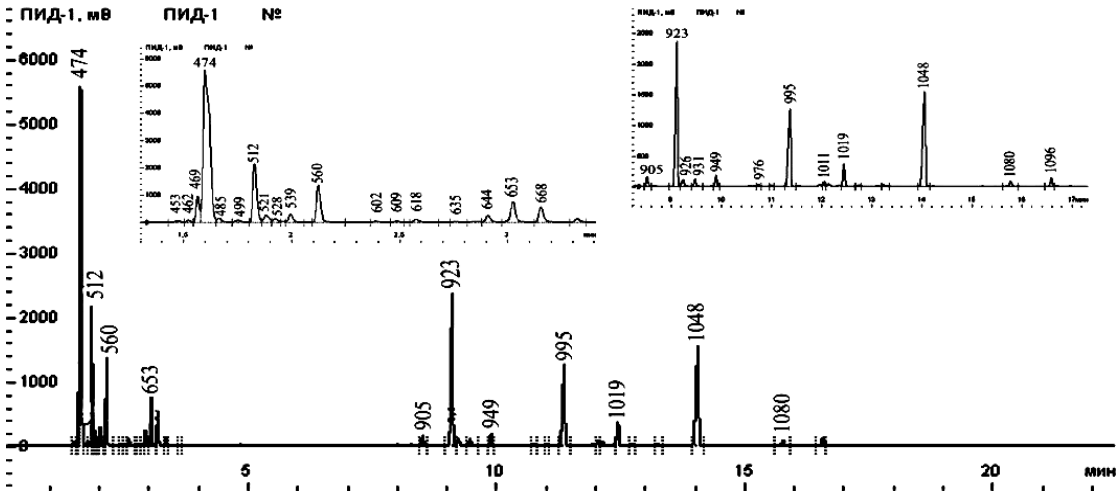


Рисунок 1 – Хроматограмма летучих компонентов равновесной паровой фазы цветков пижмы обыкновенной: капиллярная колонка VF-1.

Хроматографический спектр компонентов, полученный на капиллярной колонке INNOWAX фирмы AgilentTechnologies, США (30м×0,32мм×0,5мкм) с полярной неподвижной фазой ПЭГ-20М, имеет в своем составе индексы удерживания от 574 до 1569 (рис. 2). Для указанных компонентов были определены линейные индексы удерживания и

построена диаграмма-образ для идентификации исследуемых объектов и оценки подлинности цветков пижмы обыкновенной (рис. 3Б).

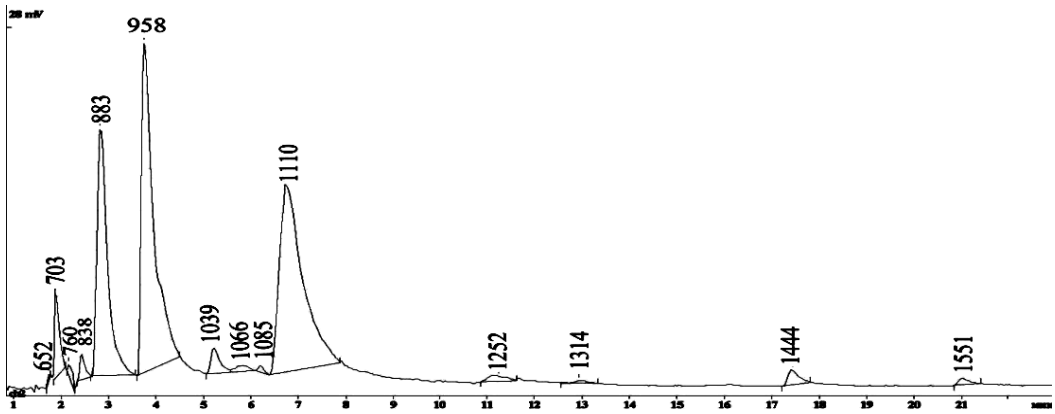
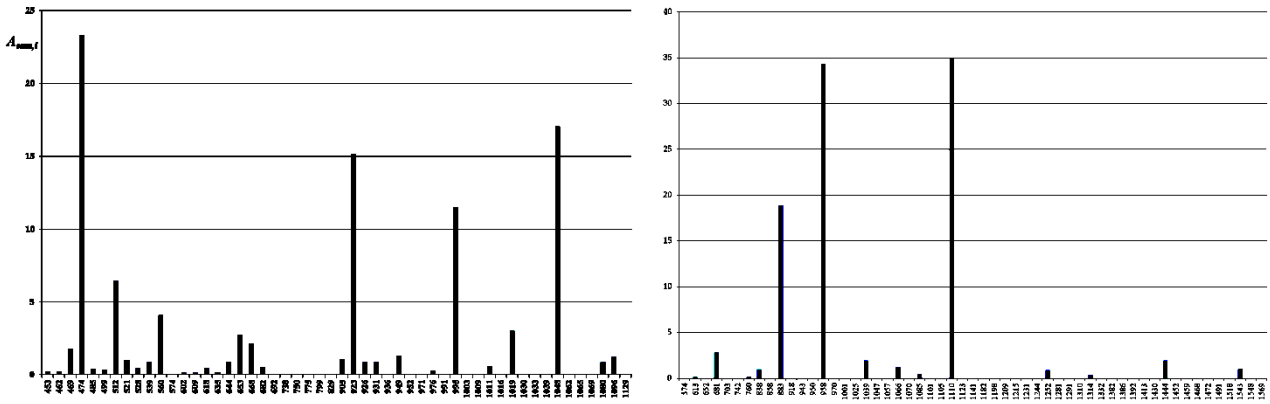


Рисунок 2 – Хроматограмма летучих компонентов равновесной паровой фазы цветков пижмы обыкновенной: капиллярная кварцевая колонка INNOWAX.

Согласно используемой методике анализа указанные диаграммы-образы могут быть использованы для идентификации цветков пижмы обыкновенной и оценки их подлинности. Тем не менее, мы провели сопоставление полученных нами результатов анализа с литературными данными по линейным индексам удерживания компонентов эфирных масел, наиболее часто присутствующих в различных растениях [1, 4, 5]. Для исследованных нами образцов сырья, наиболее значимыми являются: трициклен, камфен, октан-3ол, α-пинен, β-пинен, δ-3-карен, транс-β-оцимен.



А Б

Рисунок 3 – Диаграммы «индекс удерживания – относительная площадь пика» цветков пижмы обыкновенной.

Обозначения: А – капиллярная колонка VF-1; Б – капиллярная кварцевая колонка INNOWAX

Для более детального исследования компонентов цветков пижмы обыкновенной и их идентификации был проведен газохроматографический анализ с масс-спектрометрическим детектированием. В результате определены 19 компонентов, основными из которых являются: сабинен, эвкалиптол, артемизиа-спирт, и смесь туйона и изотуйона (рис. 4).

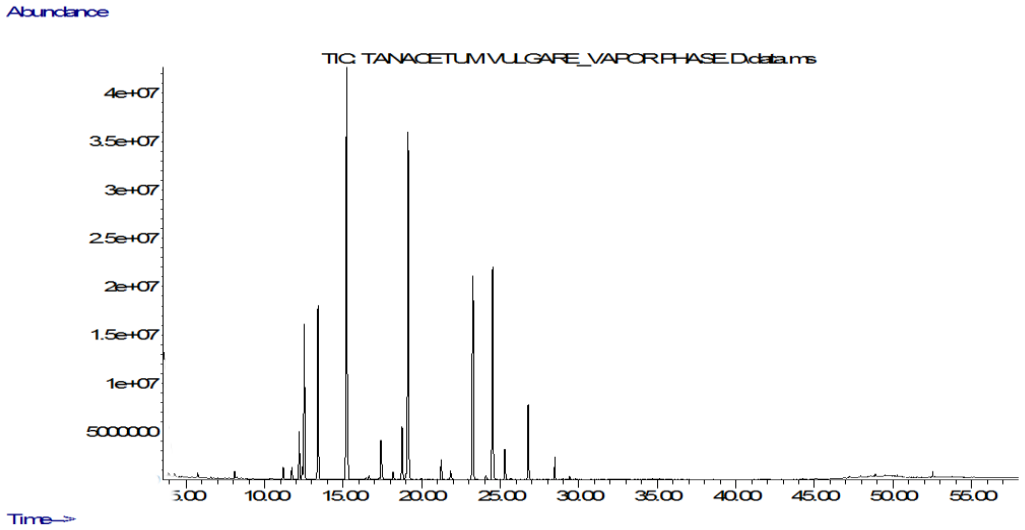


Рисунок 4 – Хроматограмма летучих компонентов равновесной паровой фазы цветков пижмы обыкновенной: капиллярная кварцевая колонка HP-5ms.

Таким образом, проведено газохроматографическое исследование цветков пижмы обыкновенной. Рассчитаны линейные индексы удерживания основных летучих компонентов анализируемого сырья и построены диаграммы-образы, позволяющие оценивать их подлинность. Методом хромато-масс-спектрометрии идентифицированы основные компоненты паровой фазы цветков пижмы обыкновенной: сабинен, эвкалиптол, артемизиа-спирт, и смесь туйона и изотуйона.

Список литературы:

1. Алякин А.А., Ефремов А.А., Ангаскиева А.С., Гребенникова В.В. Химический состав эфирных масел *Artemisia absinthium* L. и *Artemisia vulgaris* L. произрастающих на территории Красноярского края // Химия растительного сырья. 2011. №3. С. 123-127.
2. Гуськова В.П., Сизова Л.С. Хроматографические методы разделения и анализа: учеб. пособие / Кемеровский технологический институт пищевой промышленности (университет). – 2-е изд., испр. и доп. Кемерово, 2015. 158 с.
3. Куркин В.А. Фармакогнозия: учебник для студентов фармацевтических вузов (факультетов), 3-е изд. перераб. и доп. Самара: ООО «Офорт», ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 2016. 1279 с.

4. Кушакова А.С., Ткаченко К.Г., Зенкевич И.Г. Определение компонентного состава эфирных масел Борщевиков *Heracleum* с использованием хромато-распределительного метода // Химия растительного сырья. 2010. №4. С. 111-114.
5. Лубсандоржиева П.Б., Болданова Н.Б., Соктоева Т.Э. Химический состав эфирного масла гепатопротекторного сбора // Сибирский медицинский журнал. 2013. №2. С. 99-101.
6. Патент 2452944 Российская Федерация, G01N30/02. Способ оценки подлинности лекарственного растительного сырья и устройство для его осуществления / Арутюнов Ю.И. [и др.]; Бюл. изобр. № 16, 10.06.2012.
7. Харисова А.В. Изучение состава и физико-химических констант жирного масла семян сафлора красильного // Аспирантский вестник Поволжья. 2013. № 1-2. С. 219-222.
8. Хисямова Д.М., Куркин В.А. Изучение фенольного состава надземной и подземной части лапчатки прямой // Аспирантский вестник Поволжья. 2015. № 5-6 (2). С. 350-352.

УДК: 615.322

С.Р. Шамсутдинова, Л.Т. Абдуллина

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ПОЛИСАХАРИДОВ В КОРНЯХ И ТРАВЕ БОДЯКА ПОЛЕВОГО

Научный руководитель – д. фарм.н., профессор Пупыкина К.А.

Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье приведены результаты количественного определения содержания полисахаридов в корнях и траве бодяка полевого, произрастающего на территории Республики Башкортостан и установлено, что в большем количестве полисахариды накапливаются в корнях бодяка полевого, заготовленного в фазу плодоношения.

Ключевые слова: бодяк полевой, корни, трава, количественное определение, полисахариды.

S.R. Shamsutdinova, L.T. Abdullina

DETERMINATION OF THE CONTENT OF POLYSACHARIDI IN RADICIS AND HERBA *CIRSIUM ARVENSE*

Scientific Advisor – d.pharm.s., professor Pupykina K.A.

Department of Pharmacognosy with the course of botany and the fundamentals of phytotherapy

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: In article are brought results quantitative content polysacharidi in radices and herba Cirsium arvense (L.), growing on the territory of the of the Republic Bashkortostan and is installed that in greater amount polysacharidi are accumulated in radices Cirsium arvense (L.), stored up in phase plodonoshenia.

Keywords: Cirsium arvense (L.), radices, herba, quantitative determination, polysacharidi.

Актуальность. В настоящее время расширение исследований по изысканию источников для получения новых эффективных и безопасных лекарственных препаратов растительного происхождения является актуальной задачей медицины [2]. В этом плане

представляет интерес изучение бодяка полевого *Cirsium arvense* (L.) сем. астровых (*Asteraceae*). Корневая система растения хорошо развита. Стебель 50-150 см высотой, прямостоячий, ветвистый, бороздчатый или ребристый, не крылатый, голый или слабо паутинисто-опушенный. Листорасположение очередное. Листья зеленые, сидячие или коротко-черешковые, ланцетные, цельные или неглубоко перистолопастные, голые или снизу слабо паутинисто-опушенные, по краю щетинисто-реснитчатые. Цветочные корзинки прямостоячие сиреневой или лилово-пурпурной окраски, собраны в щитковидно-метельчатое соцветие. Химический состав бодяка полевого изучен недостаточно, но известно, что он обладает ценными лечебными свойствами и применяется в народной медицине как противовоспалительное, антиоксидантное и противомикробное средство, его используют в качестве средства от подагры и ревматизма, наружно при кожных заболеваниях, применяют при различных нервных заболеваниях, эпилепсии, болезнях пищеварительной системы [3].

Цель исследования. Целью настоящей работы являлось изучение количественного содержания полисахаридов в корнях и траве бодяка полевого, произрастающего в Республике Башкортостан.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования использовали корни и траву бодяка полевого, заготовленные в Уфимском районе Республики Башкортостан в 2014-2015 годах в разные фазы вегетации растения. Образцы сырья хранили в сухом, чистом, хорошо вентилируемом помещении, без прямого попадания солнечных лучей. В исследуемых образцах определяли показатель влажности, который необходим для расчета количественного содержания биологически активных веществ в сырье бодяка полевого [1]. Качественное обнаружение полисахаридов проводили с использованием качественных реакций. Количественное определение содержания полисахаридов осуществляли спектрофотометрическим методом после гидролиза полисахаридов и образования продуктов реакции с пикриновой кислотой [4].

Результаты и их обсуждение. Для обнаружения полисахаридов были проведены качественные реакции с 10% водным извлечением из сырья, при этом полисахариды обнаруживали по образованию хлопьевидного осадка при добавлении к водному извлечению 95% спирта этилового, перемешивали, подогревали на водяной бане 1-2 минуты.

Количественное определение суммы полисахаридов проводили методом спектрофотометрии, который предусматривает экстракцию полисахаридного комплекса из

сырья водой, его осаждение спиртом этиловым, гидролиз, образование окрашенного комплекса продуктов гидролиза (моносахаридов) с пикриновой кислотой в щелочной среде, последующее измерение оптической плотности. Полученный окрашенный комплекс имеет максимум поглощения при длине волны 460 нм, как и комплекс глюкозы с пикриновой кислотой.

При разработке методики были определены оптимальные условия экстракции, осаждения и гидролиза водорастворимого полисахаридного комплекса: степень измельченности сырья 2 мм; соотношение сырья и экстрагента (воды) 1:50; полнота извлечения суммы полисахаридов достигается в течение 1 часа. Полнота осаждения суммы полисахаридов достигается при соотношении экстрагента и осадителя (95% спирта этилового) 1:3, а полнота гидролиза полисахаридов 8% кислотой хлористоводородной при добавлении ее в количестве 20 мл достигается через 2 ч. При этом окрашенный комплекс моносахаридов с пикриновой кислотой становится стабильным через 10 мин. Предложено использовать в качестве аналитической длину волны 460 нм и проводить определение суммы моносахаридов после гидролиза полисахаридов в пересчете на глюкозу. Результаты исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели содержания полисахаридов в сырье бодяка полевого

Наименование показателей	Трава		Корень	
	фаза цветения	фаза плодоношения	фаза цветения	фаза плодоношения
Влажность, %	5,34+0,26	5,34+0,24	5,01+0,17	5,05+0,17
Содержание полисахаридов, %	0,24+0,01	0,91+0,06	2,65+0,03	4,26+0,21

Анализируя полученные результаты можно отметить, что наибольшее содержание полисахаридов отмечается в корнях бодяка полевого в фазу плодоношения, значительно меньшее их количество - в траве бодяка полевого.

Заключение и выводы. Таким образом, проведена сравнительная оценка содержания полисахаридов в корнях и траве бодяка полевого и установлено, что максимальное их

количество содержится в корнях, заготовленных в фазу плодоношения и минимальное в траве.

Список литературы:

1. Государственная фармакопея СССР 11-е издание: Вып. 1. Общие методы анализа. – М.: Медицина, 1987. – 296 с.

2. Куркин В.А. Фармакогнозия: учебник для студентов фармацевтических вузов. - Самара: ООО «Офорт», ГОУ ВПО «СамГМУ», 2004. – 1200 с.

3. Определитель высших растений Башкирской АССР: сем. Brassicaceae - Asteraceae / АН СССР, УО БНЦ, Ин-т биологии; отв. ред. Е. В. Кучеров, А. А. Мулдашев. – М.:Изд-во «Наука», 1989 – 374 с.

4. Степаненко, В.Н. Химия и биохимия углеводов (полисахаридов). – М.: Высшая школа, 1977. – 235 с.

УДК 615.322

Т.Г. ШИНКО

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИАНОГЕННЫХ ГЛИКОЗИДОВ В ЛЕКАРСТВЕННОМ РАСТИТЕЛЬНОМ СЫРЬЕ

Научный руководитель – к.т.н. Д.С. Круглов

Новосибирский государственный медицинский университет, г.Новосибирск

Резюме: С целью возможной стандартизации было проведено исследование на содержание цианогликозидов в плодах малины (Rubi idaei fructus) и цветах бузины чёрной (Sambucci nigri flos) различными методами: кислотным гидролизом, модифицированным пикратным методом с использованием различных экстрагентов. Количественное содержание цианогликозидов определялось по измерению оптической плотности продукта реакции цианид-ионов с пикриновой кислотой. В ходе исследования было установлено, что наиболее перспективным является модифицированный пикратный метод с использованием воды в качестве экстрагента. При этом содержание цианогликозидов в цветах бузины составило 307ppm, в плодах малины – 40ppm.

Ключевые слова: цианогликозиды, пикратный метод, малина, бузина.

T.G. Shinko

DETERMINATION OF CYANOGENIC GLUCOSIDES IN HERB RAW MATERIAL

Scientific Advisor – Ph.D. in Engineering D.S. Kruglov

Novosibirsk state medical university, Novosibirsk

Abstract: The objective of the study was to determine cyanogenic glucosides in Sambucci nigri flos and Rubi idaei fructus for the purpose of standardization. The various methods were used: acid hydrolysis method, modified picrate method with use of different extractants. The content of cyanoglucosides was measured by the product of the reaction of cyanide-ion with picric acid using spectrophotometry. During the study it was investigated that the most promising method is the modified picrate method with use of water as an extractant. According to it the cyanoglucoside's content in Sambucci flos was 307ppm, and in Rubi idaei fructus was 40 ppm.

Keywords: Cyanoglucosides, picrate method, raspberry, elder.

Актуальность. Цианогликозиды – органические соединения растительного происхождения, дающие при гидролизе синильную кислоту. Наиболее распространенные цианогенные гликозиды являются производными нитрила миндальной кислоты. Обычными их источниками являются горький миндаль, листья лавровишни, косточки персика, сливы, вишни, а представителями – амигдалин, пруназин, самбунигрин [2]. Известно, что самбунигрин – цианогликозид бузины чёрной *(Sambucci nigri flos)* – обладает фармакологически значимым потогонным действием. В официальной медицине как потогонное растительное средство используются также малины плоды (*Rubi idaei fructus*), эффект которых также может быть обусловлен (на основании принадлежности к семейству розоцветные) цианогликозидами. В то же время, образующиеся в ходе гидролиза цианогликозидов цианид-ионы являются одним из сильнейших ядов, способным вызвать поражение нервной системы [1], что говорит о необходимости контроля их содержания. Однако в Государственной Фармакопее РФ не предусмотрена стандартизация сырья «бузины цветки» на содержание цианогенных гликозидов, а нормативная документация на плоды малины вовсе не предусматривает определения содержания биологически активных веществ, что не позволяет в должной мере обеспечить качество лекарственного растительного сырья.

Цель исследования. Отработать методику определения количественного содержания цианогликозидов в лекарственном растительном сырье.

Материалы и методы. Для исследования были собраны плоды малины обыкновенной в фазу плодоношения и цветы бузины обыкновенной в стадии цветения. Собранное ЛРС было доведено до воздушно-сухого состояния. Основной метод исследования – спектрофотометрический анализ.

Результаты и их обсуждение. Исследования были направлены на обнаружение и количественное определение в извлечении из ЛРС реакционоспособных цианогрупп. В этой связи была выбрана методика, основанная на ступенчатом гидролизе цианогликозидов до свободных цианид-ионов, с их последующим специфичным взаимодействием с пикриновой кислотой.[6] В результате взаимодействия цианогрупп и пикрат-аниона образуется хромогенный комплекс с характерным максимумом поглощения при 510 нм.

Исследования на первом этапе показали, что самостоятельный ферментный гидролиз ни в одном из изучаемых видов лекарственного растительного сырья не идёт, необходимо добавление внешнего реагента (4М H_2SO_4). На этом основании были выбраны 3 метода :

1) Метод кислотного гидролиза

   Точную навеску растительного сырья растёрли с 50 мл 0,1М ортофосфорной кислоты. Полученную смесь центрифугировали в течение 15 минут при скорости 8000об/мин. В пробирки заливали 2 мл полученного раствора и добавляли 2 мл 4М серной кислоты, закрывали пробирки притертыми пробками. Затем помещали закрытые пробками пробирки на кипящую водяную баню и выдерживали в течении 50-ти минут. По истечении указанного времени пробирки охлаждали и помещали в каждую из них пикриновую бумагу, Закрытые пробирки с пикриновой бумагой выдерживали в течение 24 часов при комнатной температуре. Затем бумагу извлекали, фильтровали полученный раствор и измеряли спектр поглощения в диапазоне 350-650 нм относительно аналогичных растворов без добавления пикриновой бумаги.
2) Модифицированный пикратный метод с использованием воды в качестве экстрагента

   Точную навеску растительного сырья помещали в колбу с 50 мл воды очищенной, присоединяли обратный холодильник и выдерживали на кипящей водяной бане в течение 30 минут. Полученное извлечение охлаждали при комнатной температуре, фильтровали. В колбу помещали 5 мл извлечения, прибавляли 5 мл фосфатного буфера и 5 мл 4М серной кислоты. Помещали в указанный раствор пикриновую бумагу и выдерживали при комнатной температуре в течение 24 ч. Затем бумагу извлекали, раствор фильтровали и измеряли спектр поглощения в диапазоне 350-650 нм относительно аналогичных растворов без добавления пикриновой бумаги.
3) Модифицированный пикратный метод с использованием 80% этилового спирта в качестве экстрагента

   Точную навеску растительного сырья помещали в колбу с 50 мл 80% этилового спирта [4], присоединяли обратный холодильник и выдерживали на кипящей водяной бане в течение 30 минут. Полученное извлечение охлаждали при комнатной температуре, фильтровали. В колбу помещали 5 мл извлечения, прибавляли 5 мл фосфатного буфера и 5 мл 4М серной кислоты. Помещали в указанный раствор пикриновую бумагу и выдерживали при комнатной температуре в течение 24 ч. Затем бумагу

извлекали, раствор фильтровали и измеряли спектр поглощения в диапазоне 350-650 нм относительно аналогичных растворов без добавления пикриновой бумаги.

Продукт реакции цианид-ионов с пикриновой кислотой имеет максимум поглощения при 510нм. В ходе исследования характерный максимум поглощения был отмечен на спектрах, измеренных с водных извлечений сырья после кислотного гидролиза (4M H_2SO_4) при комнатной температуре (Рис.1, Рис.2).

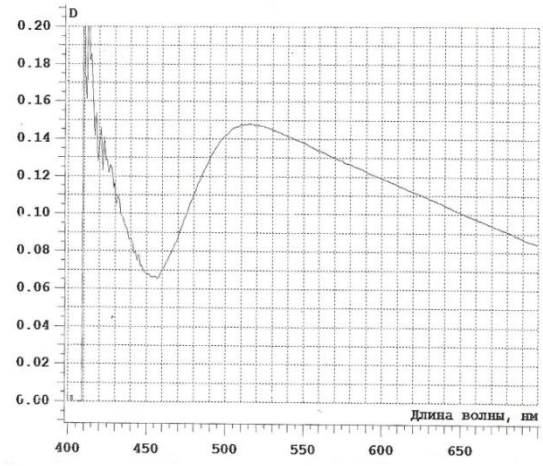


Рис.1. Спектр водного извлечения бузины чёрной после реакции с пикриновой кислотой

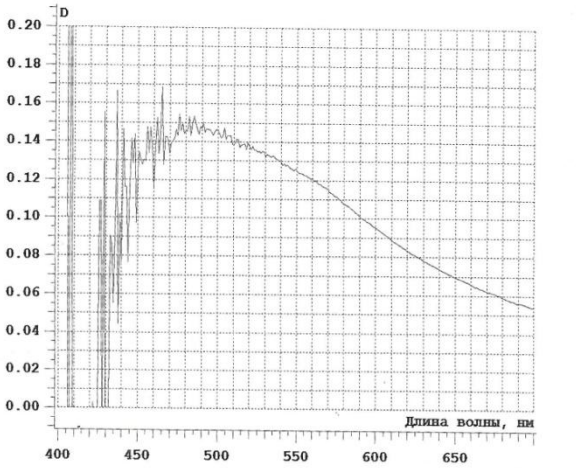


Рис.2. Спектр водного извлечения малины после реакции с пикриновой кислотой

На спектре извлечения бузины отчётливо прослеживается искомый максимум полосы поглощения при 510нм. Спектр водного извлечения плодов малины несколько искажён за счёт образования хромогенного комплекса пикриновой кислоты со свободными сахарами, наличие которых характерно для плодов малины (max поглощения при 460 нм) [3]. . Значение оптической плотности искомого продукта реакции получили после вычета спектра продукта побочной реакции.

Используя значение коэффициента поглощения образующегося комплекса при 510нм рассчитали [6] (Рис.3) количественное содержание цианогликозидов в исследуемом растительном сырье, которое составило в плодах малины 40ppm, в цветках бузины – 307ppm.

$$X = 396 \times A \times \frac{100}{z} \times V_{\text{извл}}$$

где А – оптическая плотность извлечения

$V_{\text{извл}}$ – объём полученного извлечения, мл

z – масса сырья, мг

Рис.3. Формула расчета содержания цианогенных гликозидов в растительном сырье, ppm

Вывод.

- в исследуемом ЛРС было установлено наличие цианогликозидов ;

- предложена методика определения цианогликозидов в растительном сырье;

- рассчитано количественное содержание цианогликозидов в исследуемом сырье;

- полученные результаты показывают возможность проведения стандартизации плодов малины и цветков бузины по содержанию цианогликозидов.

Список литературы:

1) Дженкинс Г., Хартунг У. Химия органических лекарственных препаратов/ Перевод во 2-го американского издания под ред. и с доп. Магидсона О.Ю. – М:Государственное издательство иностранной литературы 1949. – 740с.
2) Скурихин И.М., Нечаев А.П. Всё о пище с точки зрения химика: Справ. издание. – М: Высш. шк. 1991. – 288с.
3) Старцева Л.В. Исследования по разработке и стандартизации растительного средства с противоязвенной активностью: автореф. дис. … канд. фарм. наук: 14.04.02/ Л.В. Старцева – Самара 2011.
4) Nambisan B, Sundaresan S. Spectrophotometric determination of cyanoglucosides in cassava. // J Assoc Off Anal Chem. 1984 - May-Jun;67(3):641-3
5) Piero N.M., Joan M.N., Richard O.O. et al. (2015) Determination of Cyanogenic Compounds Content in Transgenic Acyanogenic Kenyan Cassava (*Manihot esculenta* Crantz) Genotypes: Linking Molecular Analysis to Biochemical Analysis// J Anal Bioanal Tech, 2015 - 6: 264 doi:10.4172/2155-9872.1000264

6) Rezaul Haque M., Howard Bradbury J. Total cyanide determination of plants and food using the picrate and acid hydrolysis method// Elsevier, 2002. - Food chemistry 77 (2002) 107 – 114., 107-114 P.

УДК 547.853.1/.718

А.В. ШУМАДАЛОВА, И.Я. ФАТТАХОВА, И.В. ПЕТРОВА

СИНТЕЗ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОСНОВЕ 2-ТИОУРАЦИЛА

Научный руководитель – д.фарм.н., доцент С.А. Мещерякова

Кафедра общей химии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: исследованы реакции производных 2-тиоурацила с 2-хлорметилтииираном. Установлено, что продуктами данного взаимодействия являются соответствующие О-тиетансодержащие производные 2-тиопиримидина. Исследована антиоксидантная активность синтезированных соединений.

Ключевые слова:2-тиоурацил, тиетан, антиоксидантная активность

A.V. Shumadalova, I.Ya. Fattakhova, I.V. Petrova

SYNTHESIS OF BIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES BASED ON 2-THIOURACIL

Scientific Advisor – Dr.Pharm.Sci. S.A. Meshcheryakova

Department of General Chemistry, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The reactions of 2-thiouracil derivatives with 2-chloromethylthiirane were studied. It is established that the products of this interaction are the corresponding O-thiethanecontaining derivatives of 2-thiopyrimidine. The antioxidant activity of synthesized compounds was researched.

Keywords: 2-thiouracil, thiethane, antioxidant activity

Актуальность: Производные тиоурацила нашли широкое применение в медицине, что обусловлено широким спектром их фармакологической активности. Биологическая активность этого ряда соединений во многом зависит от природы заместителя в урациловом цикле. Поэтому получение новых потенциальных биологически активных соединений на основе 2-тиоурацила возможно с помощью введения различных групп [1, 2]. Образование активных форм кислорода (АФК) в настоящее время становится одной из причин возникновения многих заболеваний. Неблагоприятная экологическая ситуация, стрессы вызывают изменение содержания форм свободных радикалов в живых организмах. Для профилактики и коррекции процессов образования АФК применяются антиоксиданты,

поэтому синтез новых соединений на основе 2-тиоурацила, обладающих антиокислительной активностью, является актуальным.

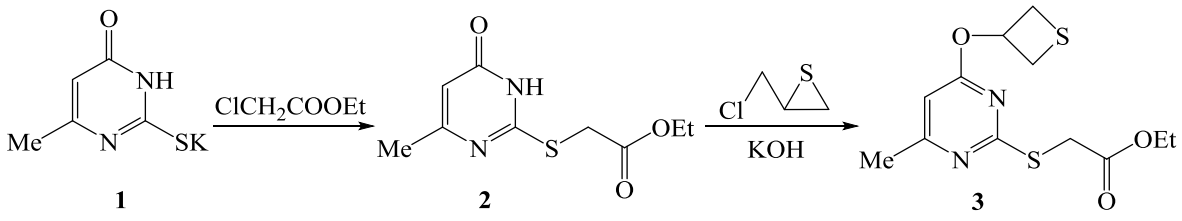
Цель исследования: синтез производных 2-тиоурацила взаимодействием с 2-хлорметилтииираном, изучение их биологической активности.

Материалы и методы: в качестве исходных соединений выбраны: 6-метил-2-тиоурацил, 2-хлорметилтииран. Антиокислительную способность синтезированных соединений изучали методом измерения хемилюминесценции (ХЛ) на приборе ХЛ-003 (Россия). Для оценки влияния на процессы свободнорадикального окисления *in vitro* исследования были проведены на модельной системе (МС), в которой протекают реакции АФК. В 20 мл модельной системы добавляли 10%-е растворы исследуемых производных 2-тиоурацила в диметилсульфоксиде. Объем исследуемого вещества в МС колебался в пределах 0,01 мл и 0,1 мл. ХЛ МС характеризовалась спонтанным свечением, быстрой вспышкой и развивающейся затем медленной вспышкой. Основными характеристиками ХЛ служили светосумма свечения, определяющаяся по интенсивности излучения, и амплитуда максимального свечения.

Спектры ЯМР ^{1}H сняты на приборе «Bruker AMX-300» (300 МГц). Температуру плавления определяли на приборе ПТП-М, индивидуальность веществ – методом тонкослойной хроматографии на пластинках «Sorbfil» в системе этилацетат.

Результаты и обсуждение. Этиловый эфир 2-[6-метил-4-(тиетан-3-илокси)пиримидинил]тиоуксусной (3) кислоты получен взаимодействием калиевой соли 6-метил-2-тиоурацила (1) с этилхлорацетатом и последующей реакцией образующегося продукта с 2-хлорметилтииираном в присутствии 1,1-кратного мольного избытка гидроксида калия (схема 1).

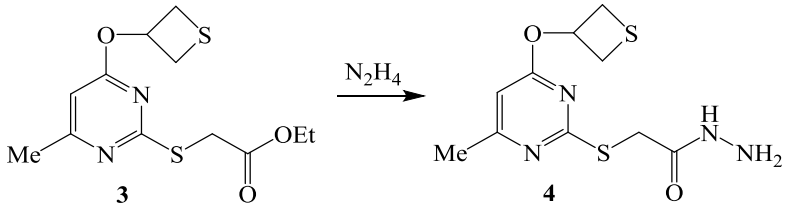
Схема 1



1 **2** **3**

Гидразинолиз этилового эфира 2-[6-метил-4-(тиетан-3-илокси)пиримидинил]тиоуксусной кислоты (**3**) с образованием гидразида 2-[6-метил-4-(тиетан-3-илокси)пиримидин-2-илтио]уксусной кислоты проводили с использованием 3-кратного мольного избытка 85%-ного гидразингидрата при проведении реакции при комнатной температуре в этаноле в течение 4 ч. (схема 2).

Схема 2



Строение новых *O*-тиетансодержащих производных 6-метил-2-тиоурацила подтверждено спектральными методами анализа, спектры синтезированных соединений сняты в DMSO-d_6.

В спектрах ЯМР ^{1}H соединений 3, 4 обнаруживаются сигналы протонов, характерные для тиетанового цикла. Химические сдвиги протонов двух $S(CH)_2$ групп регистрируются в виде мультиплетов в областях 3.38-3.48 м.д. и 3.48-3.58 м.д., а протона группы OCH – в виде мультиплета в области 5.55-5.57 м.д., что характерно для *O*-тиетанпроизводных [3].

В результате проведенных исследований антиоксидантных свойств синтезированных соединений установлено, что гидразид 4 увеличивает латентный период, уменьшает светосумму и максимальную светимость, превосходя препарат сравнения – оксиметилурацил – в 2 раза.

Таблица 1

Соединение	Концентрация, мг/мл	Светосумма	Макс. светимость
Контроль		143,23	39,89
Оксиметилурацил	0,1	35,12	12,69
	0,01	46,23	15,45
3	0,1	56,14	21,40
	0,01	71,17	33,12
4	0,1	23,82	6,55
	0,01	29,30	9,74

Заключение и выводы: 1. Синтезированы *O*-тиетансодержащие производные 2-тиоурацила, являющиеся перспективными синтонами для синтеза биологически активных веществ.

2. Исследована антиоксидантная активность полученных производных. Установлено, что производные 2-тиоурацила обладают антиоксидантной активностью, по своей величине превосходящие и сравнимые с препаратом сравнения – оксиметилурацилом.

Список литературы:

1. Антиоксидантные свойства производных пиримидина / И.В. Петрова, В.А. Катаев, С.А. Мещерякова [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 64-67.

2. Биологические свойства новых производных урацила / И.В. Петрова, В.А. Катаев, С.А. Мещерякова [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 6. – С. 163-165.
3. Томашевский А.А., Соколов В.В., Потехин А.А. Взаимодействие (α-галогеноалкил)тииранов с нуклеофильными реагентами III. Реакции (α-хлоралкил)тииранов и эпигалогенгидринов с фенолами // Журнал органической химии.– 2003.– Т. 39, №2.– С. 249-257.

УДК 615.825.1:611.1

А.А. ЮЛМУХАМЕТОВ

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ ПО ФИТНЕС-АЭРОБИКЕ СО СТУДЕНТКАМИ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Научный руководитель - к.б.н., доцент Л.Р. Шафикова

Кафедра физической культуры, Башкирский государственный медицинский университет

Резюме: В статье рассматриваются методы организации учебно-тренировочных занятий со студентками 1 курса фармацевтического факультета Башкирского государственного медицинского университета, занимающихся фитнес-аэробикой. В процессе исследования были выявлены изменения в уровне физической подготовленности и функциональных показателей испытуемых различных групп. Выявлен наиболее эффективный с физиологической точки зрения метод организации тренировочных занятий по фитнес-аэробике.

Ключевые слова: студентки, методы организации, учебно-тренировочное занятие, фитнес-аэробика.

A. A. Yulmukhametov

FEATURES OF THE METHODS OF ORGANIZATION OF EDUCATIONAL-TRAINING CLASSES IN THE AEROBICS WITH STUDENTS OF THE BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY

Scientific supervisor - candidate of biological. n., associate Professor L.R. Shafikova

Department of physical education, Bashkir state medical University

Summary: the article deals with methods of organizing training sessions with students of 1 course of pharmaceutical faculty of the Bashkir state medical University, involved in fitness aerobics. In the process the study revealed changes in the level of physical fitness and functional parameters of subjects of different groups. The most effective from a physiological point of view, the method of organizing training classes in aerobics.

Key words: students, methods of organization, training lesson, fitness-aerobics.

Актуальность: Сложившаяся система обязательного курса физического воспитания не способна в достаточной степени эффективно решать задачи оздоровления молодежи в процессе всего периода обучения в Вузе. Вероятно, это связано с малой кратностью (два раза в неделю) тренировочных занятий, их невысоким объемом и интенсивностью [2]. В результате этот учебно-тренировочный процесс носит дискретный характер со стандартными по объему и интенсивности физическими нагрузками, что затрудняет их последовательное и систематическое увеличение, а это в свою очередь приводит к низкой адаптации всего организма к физическим нагрузкам [3]. Поэтому важным фактором повышения уровня функционального состояния занимающихся студентов является совершенствование структуры вышеуказанного процесса.

Многие авторы [2,3.4] обоснованно и настоятельно рекомендуют довести повторяемость занятий до 3-4 раз в неделю. По их мнению, это не только обеспечит поддержание хорошего мышечного тонуса, развития физических качеств, но и, самое главное, заметно повысит уровень основных жизненно важных физиологических функций [2].

Таким образом, обоснование эффективности методов организации тренировочных занятий по фитнес-аэробике на сегодняшний день является актуальной проблемой.

Цель исследования: обосновать эффективность методов организации, направленных на повышение уровня физической подготовленности и функционального состояния на оздоровительных занятиях по фитнес-аэробике.

Материалы и методы: исследование проводилось в 2016-2017 учебном году в два этапа (1 этап – сентябрь 2016 г. и 2 этап – март 2017 г.) на базе Башкирского государственного медицинского университета. В исследовании приняли участие три группы девушек-студенток 1 курса фармацевтического факультета по 12 человек в каждой.
Для обоснования результатов эксперимента нами были использованы тестирование и функциональные пробы. Проводилось два теста: тест физического здоровья (по Г.Л. Апанасенко, 2002) и тест простой зрительно-моторной реакции [1].

Для проведения теста физического здоровья (ФЗ) испытуемых были вычислены следующие показатели: вес и рост, жизненная емкость легких, кистевая динамометрия, артериальное давление, частота сердечных сокращений (ЧСС), проба Мартине. В тесте простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР) оценка функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС) определялась в результате статистического анализа времени, которое требуется

испытуемому, чтобы среагировать на появление белого круга на экране.

Все полученные нами результаты были обработаны методами математической статистики с вычислением средней арифметической (M), стандартного отклонения (σ) и ошибки средней (m) по общепринятым формулам на персональном компьютере с использованием прикладного пакета анализа данных программы MS Excel 2003. Также вычислялась достоверность различий групповых средних по критерию t-Стьюдента для связанных и несвязанных выборок. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Во время нашего педагогического исследования первая группа (Г-1) занималась два раза в неделю по 90 минут. Отдых между подходами и упражнениями составлял 24 музыкальных такта.

Во второй и в третьей группах (Г-2 и Г-3) при планировании недельных нагрузок учитывалась следующая закономерность: чем короче по времени занятие, тем его интенсивность может быть выше [2]. Для эксперимента в рассматриваемых группах была изменена кратность занятий в недельном цикле. Следует подчеркнуть, что увеличение кратности занятий за счет уменьшения времени отдельного занятия в значительной степени усиливает эффективность воздействия и способствует ускорению процессов восстановления организма человека [4]. Общее количество часов занятий в неделю осталось тем же, что и в первой группе –180 минут в неделю. Упражнения на воспитание координационных способностей выполнялись 115 минут в месяц, на воспитание гибкости – 75 минут, на воспитание силы и выносливости – по 35 минут.

В Г-2 занятия проводились три раза в неделю по 60 минут. Содержание занятий для данной группы было идентичным занятиям предыдущей группы. Отдых между упражнениями составлял 16 музыкальных такта.

В Г-3 занятия проводились четыре раза в неделю по 45 минут. Содержание занятий для данной группы было также идентичным занятиям Г-1, однако объем и интенсивность выполнения упражнений были больше, чем у Г-1 и Г-2. Отдых между упражнениями составлял 8 музыкальных такта.

Результаты и обсуждение: за время проведения в первой группе показатель сердечной деятельности снизился на 11,3%, а показатель простой зрительно-моторной реакции увеличился на 1,7%, что является статистически незначимыми различиями ($p>0,05$). В рассматриваемой группе произошло статистически достоверное ($p<0,05$) повышение уровня

физического здоровья, данный показатель увеличился на 8,4%.

Во второй группе статистически значимых различий по ПСД и ПЗМР также не выявлено ($p>0,05$): показатель сердечной деятельности снизился на 13,5%, показатель простой зрительно-моторной реакции увеличился на 4,1% (табл. 1). За время исследования в группе произошло статистически достоверное ($p<0,05$) повышение уровня физического здоровья. – на 20%.

Как представлено на рисунке 1 за время исследования в третьей группе по всем показателям произошло статистически достоверное изменение ($p<0,05$). Показатель сердечной деятельности снизился на 20,9%, показатель простой зрительно-моторной реакции увеличился на 11%, показатель физического здоровья - на 34,5%.

Таким образом, показатель сердечной деятельности у испытуемых всех групп снизился (особенно в Г-3), что говорит о возросших приспособительных возможностях сердечно-сосудистой системы и в целом организма. В Г-1 ко времени второго этапа исследования у одного испытуемого оценка изменилась с «неуд» на «уд», еще у одного - с «уд» на «хор» и у пяти испытуемых – с «хор» на «отл». В Г-2 изменения ПСД были следующими: с «уд» на «хор» - у двух испытуемых, с «хор» на «отл» - у одного. В Г-3 данный показатель изменился у двух испытуемых с «уд» на «хор» и еще у двух – с «хор» на «отл».

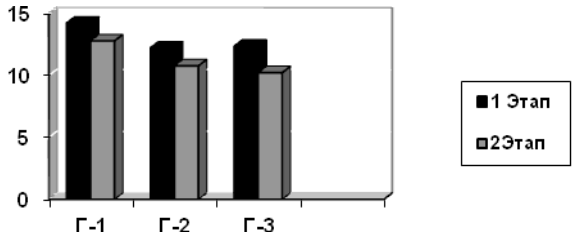


Рис. 1. Динамика показателя сердечной деятельности в трех группах в период проведения исследования

За время исследования показатель простой зрительно-моторной реакции увеличился во всех группах. Однако статистически достоверного повышения уровня данного показателя не выявлено. Наибольшая динамика показателя произошла в Г-3 (рис. 2).

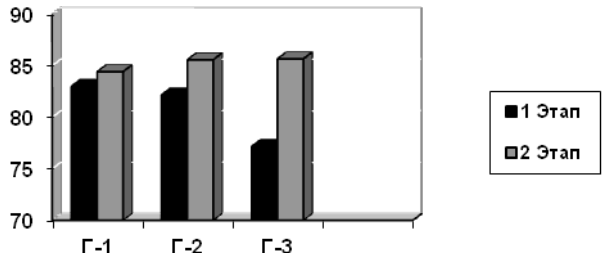


Рис. 2. Динамика показателей простой зрительно-моторной реакции в трех группах в период проведения исследования

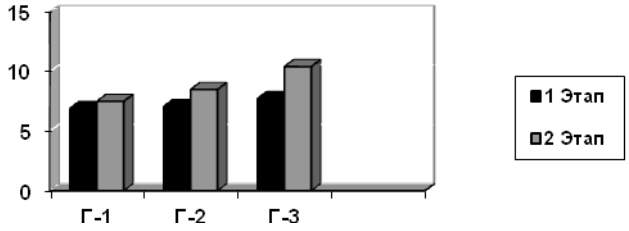


Рис. 3. Динамика показателей физического здоровья в трех группах в период проведения исследования

Из рисунка 2 видно, что во всех группах за рассматриваемый период произошло статистически достоверное ($p<0,05$) повышение уровня физического здоровья. В Г-1 данный показатель изменился у одного испытуемого от ниже среднего до среднего уровня. В Г-2 изменения произошли у трех испытуемых: у двоих с низкого уровня до уровня ниже среднего и у одной – с ниже среднего до среднего уровня. Наибольшие изменения произошли в третьей группе. Так оценка с низкой на ниже среднюю изменилась у одной испытуемой, с ниже средней на среднюю – у пяти, со средней на выше среднюю – также у одной.

Таблица 1

Изменения показателей уровня функционального состояния девушек 17-18 лет, занимающихся фитнес-аэробикой, за время исследования, %

Показатели	Г-1	Г-2	Г-3
ПСД	11,3	13,5	20,9

ПЗМР	1,7	4,1	11
ФЗ	8,4	20	34,5

Как видно из сводной таблицы 1, наибольшее изменение (в %) показателей уровня функционального состояния девушек наблюдалась в Г-3, что свидетельствует об эффективности примененного в данной группе метода организации тренировочного занятия.

В целом, результаты нашего исследования свидетельствуют о преимущественном улучшении физического здоровья и функционального состояния организма девушек 17-18 лет, которые занимались по 45 мин. 4 раза в неделю, т.е. в Г-3.

Таким образом, сравнительный анализ различных методов организации тренировочных занятий по фитнес-аэробике у девушек 17-18 лет показал, что наиболее эффективным является метод организации, используемый в Г-3, при котором испытуемые занимались по 45 минут четыре раза в неделю. Свидетельством этого является то, что в данной группе изменение показателей уровня функционального состояния девушек было больше, чем в Г-1 и Г-2.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апанасенко Г.Л. Диагностика индивидуального здоровья [Текст] // Валеология.- 2002.- №3.- С.17-19.

2. Гайсина А.Х. Оздоровительная гимнастика аэробной направленности [Текст]: учебное пособие. - Уфа: БашИФК, 2009. - 92 с.

3. Лубышева Л.И. Физическая культура: молодежь и современность [Текст] // Теория и практика физической культуры. - 1995. - №4. - С.2-8.

4. Шафикова Л.Р. Основы образовательно-развивающей гимнастики: [Текст]: учебное пособие для студентов. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2014. – 144 с.

УДК 615.322

А.Р. ЯРОЧКИНА, Т.И. РАМАЗАНОВ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЭФИРНОГО МАСЛА В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ И СОРТАХ ХРИЗАНТЕМ

Научный руководитель – д. фарм.н., профессор Пупыкина К.А.
Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники и основ фитотерапии
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье приведена сравнительная оценка содержания эфирных масел в различных видах и сортах хризантем, выращенных в Республике Башкортостан и установлено, что в большем количестве они накапливаются в хризантеме сорта «Дочь Розетты».
Ключевые слова: хризантемы, количественное определение, эфирные масла.

A.R. Yarochkina, T.I. Ramazanov

DETERMINATION OF THE CONTENT OF THE OLEA AETHAERA IN DIFFERENT TYPES AND SORT OF THE CHRYSANTHEMUM

Abstract: The article gives a comparative assessment of the content of olea aethaera in different type and sort of chrysanthemums grown in the Republic of Bashkortostan and is installed that in greater amount they are accumulated in chrysanthemum of the sort "Daughter Rozetty".
Key words: chrysanthemums, quantitative determination, olea aethaera.

Актуальность. В настоящее время в практическом здравоохранении активно внедряются методы лечения с использованием лекарственных растительных средств. Поэтому актуальной задачей медицины является поиск источников получения новых эффективных и безопасных лекарственных препаратов растительного происхождения. В этом плане большое внимание уделяется использованию малоизученных растений, широко применяющихся в народной медицине разных стран и народов. Одним из таких растений является хризантема. В Россию растение попало в XVII - середине XIX века. В китайской народной медицине хризантему используют как лечебное средство: её листья назначают при мигренях, а высушенные цветки для улучшения аппетита. Во многих странах цветки и листья хризантем применяются для лечения глазных болезней, малярии, желудочных заболеваний, для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В странах Азии побеги, листья и особенно соцветия употребляют в пищу как овощи и вкусный десерт. Популярным пищевым видом в Китае является хризантема увенчанная, известная как «тунхао». Хризантемы обладают полезными свойствами, за счет содержания β-каротина, который

превращается в витамин А и улучшает состояние кожи, положительно влияет на иммунную систему, а за счет, большого количества калия, кальция и других минералов: железа, магния и фосфора, витаминов группы В, С, эффективны при лечении простуды, гриппа и заложенности пазух.

Цель исследования. Целью настоящей работы являлось изучение количественного содержания эфирных масел в различных видах и сортах хризантем, выращенных в Республике Башкортостан.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования служили образцы сырья пяти видов и сортов хризантем, выращенных в Ботаническом саду УНЦ РАН. Образцы сырья хранили в сухом, чистом, хорошо вентилируемом помещении, без прямого попадания солнечных лучей. В исследуемых образцах определяли показатель влажности, который необходим для расчета количественного содержания биологически активных веществ в образцах сырья хризантем. Количественное определение содержания эфирных масел проводили с использованием метода перегонки с водяным паром (метод 1 – Гинзберга) с подбором оптимальных условий для получения эфирного масла.

Результаты и их обсуждение. Для выбора оптимальных параметров количественного определения эфирного масла в различных частях растений (корни, стебли, листья, цветки) были изучены следующие показатели: навеска сырья, степень измельченности, время перегонки. В результате исследования было установлено, что наибольшее количество эфирного масла выделяется из растений при использовании навески сырья 10,0 гр, степени измельченности 2 мм, времени перегонки – 1 час. Результаты количественного определения эфирного масла в различных органах хризантем представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели содержания эфирного масла в исследуемых образцах хризантем

№ п/п	Наименование исследуемого образца	Вид сырья	Влажность, %	Содержание эфирного масла, %
1	Хризантема сорт «Купава»	цветки	5,15	0,405
		стебли	5,22	0,216
		листья	5,07	0,305
		корни	5,29	0,506
2	Хризантема сорт «Дочь Розетты»	цветки	5,51	0,529
		стебли	5,36	0,211
		листья	5,41	1,057

		корни	4,97	0,605
3	Хризантема корейская «Оранжевый закат»	цветки	5,73	0,530
		стебли	5,30	0,721
		листья	6,67	0,321
		корни	3,01	0,844
4	Хризантема корейская «Вечерние огни»	цветки	6,27	0,623
		стебли	5,55	0,423
		листья	6,56	0,415
		корни	3,64	0,640
5	Хризантема посевная	цветки	6,73	0,420
		стебли	5,61	0,635
		листья	7,11	0,215
		корни	5,08	0,849

Анализируя полученные результаты можно отметить, что наибольшее количество эфирного масла накапливается в хризантеме сорта «Дочь Розетты» (1,057%), затем на втором месте сорт хризантемы посевной (0,849%) и на третьем – хризантема корейская сорт «Оранжевый закат» (0,844%). Если анализировать виды сырья хризантем, то в в основном максимальное содержание эфирного масла отмечалось в корнях, кроме одного сорта «Дочь Розетты», в которой количество эфирного масла было больше в листьях.

Заключение и выводы. Таким образом, проведена сравнительная оценка содержания эфирных масел в пяти видах и сортах хризантем и установлено, что в большем количестве они накапливаются в хризантеме сорта «Дочь Розетты».

Список литературы:

1. Государственная фармакопея СССР 11-е издание: Вып. 1. Общие методы анализа. – М.: Медицина, 1987. – 296 с.

2. Определитель высших растений Башкирской АССР: сем. Brassicaceae - Asteraceae / АН СССР, Урал. отд-ние, Башк. науч. центр, Ин-т биологии; [Ю. Е. Алексеев и др.]; отв. ред. Е. В. Кучеров, А. А. Мулдашев. – М. Наука, 1989 – 374 с.

3. Химический анализ лекарственных растений / Е.Я. Ладыгина, Л.Н. Сафронич, В.Э. Отряшенкова [и др.].– М.: Высшая школа, 1983. – 176 с.

ОБЩЕМЕДИЦИНСКАЯ СЕКЦИЯ НА ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКАХ

ОГЛАВЛЕНИЕ

AKINYEMI OLAELAKAN SAMUEL, AMAANULLAH 887
THE CASE OF DIROFILARIASIS IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

J. M. ABELGUZINA 891
THE IMAGE OF THE DOCTOR AS SEEN BY FIRST-YEAR STUDENTS

R.R. ISHMAKOVA 895
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME

B. R. KALANOV, S.G. BAITIMEROV, R.I. FARCHUTDINOV 900
PECULIARITIES OF CARE FOR PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER

V.A. KOPYLOV, A.I. FATYKHOVA 906
STUDY OF ENERGY DRINKS FOR EXPERIMENTAL ANIMALS

M. A. A. KHAN 911
INFLUENCE OF INTERCULTURAL COMMUNICATION OF A DOCTOR-PATIENT ON THE QUALITY OF ASSISTANCE TO THE PATIENT

MONIKA, MOHD RIJVAN 916
PATHOCHEMISTRY OF CANCER: MODERN CONCEPTS AND MECHANISMS

D.M. MULYUKOVA 921
“GENTLE MURDERER”

R.A. NAFIKOVA, G.R. VALEEVA, E.S.SEMENOVA, E.F.ZAGIDULLIN 925
THE FEATURES OF THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF THE PNEUMOMEDIASTINUM

I.E. NEBOZHIN, A.D. VASILEVSKAYA, V.A. GALICHINA, K.S. POPOV 929
SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL CONTROL OF CITIZENS KITCHENS

N.I. PRIVALOVA 933
OPPORTUNITIES PHYSICAL THERAPY IN THE IRRITABLE BOWEL SYNDROME

D.A.PROSVIRNINA, A.B.YAGAFAROVA 936
STUDY OF EFFECTIVENESS OF IMPLEMENTATION OF CARE AND REHABILITATION MEASURES IN PATIENTS WITH SPINAL AND SPINAL CORD INJURIES

M. AMANZHOLKYZY, Zh.Zh. SAYEMKOZHINA 941
DIAGNOSTIC CONSIDERATION AND DEFINITION OF THE QT(C) INTERVAL FOR EARLY DETECTION PURPOSE OF PROARRHYTHMIC EFFECT OF AAD

R. I. SULTANOVA 944
DINAMICS OF ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME ACTIVITY

AT HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME

R.I. FAKHRETDINOVA, M.A. MARHRAOUI 949
PROBLEM OF FEMALE INFERTILITY IN THE MODERN WORLD

A.A. SHAMSIEV 954
OFFICE WORK AND HEALTH RISKS

A.R. AKHMADEEVA, A.S. SALIMGAREEVA, A.I. SALIKOVA, L.I. LATYPOVA 959
POLYMORPHIC VARIANTS OF MATRIX METALLOPROTEINASES GENES ASSOCIATED WITH THE RISK OF NON-INVASIVE BLADDER CANCER GROWTH

A.M. ISHBULATOVA 965
CHRONOTYPES: ARE YOU AN EARLY BIRD OR NIGHT OWL?

M.A. KHAN 969
MOLECULAR ASPECTS OF ATHEROSCLEROSIS (REVIEW)

E.R. MAKHMUTOVA, T.E. TAIPOV 974
CLINICAL MANIFESTATIONS OF ENTEROVIRUS INFECTION ACCORDING TO THE INFECTIOUS HOSPITAL OF UFA

T. V. MORGUNOVA, P. I. BABCHINA, E. M. PETROVA 977
ALGORITHM FOR DETECTING PACEMAKER PULSES IN ECG SIGNAL

E. M. PETROVA, T. V. MORGUNOVA, P. I. BABCHINA 980
ALGORITHM OF INVESTIGATION OF THE STRESSED-DEFORMED STATE OF THE KNEE JOINT IN THE POST-OPERATIONAL PERIOD

MANSI SHARMA 984
MORPHOLOGY OF ACUTE DESRTUCTIVE PANCREATITIS

Sh.SHARMA 988
COMPARISON OF IDIOMS IN RUSSIAN AND ENGLISH LANGUAGE WITH REFERENCE TO MEDICAL TERMINOLOGY

A.ZODINMAWIA, K. VERMA, T.B. RAKHMONOV 992
TO DETERINE THE ANXIETY AND DEPRESSION IN CANCER PATIENTS

G.ZH. NAZARBEKOVA, G.A. KEREYEVA 996
THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF STD AND HIV IN THE AKTOBE REGION

T.R. BAYMURATOV, A.V. ENIKEEVA, T.B. RAKHMONOV 1000
THE FACTOR OF POSTOPERATIVE CARE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH BREAST CANCER.

M.V.BOIKO, A.R.KAMBAROVA, D.R.FARKHITDINOVA 1005
THE SYSTEMS OF AMBULATORY MEDICAL CARE IN RUSSIA AND IN GERMANY

T.R. VILDANOV, K. VERMA 1010
USE OF PATIENT FIXATION IN THE DEPARTMENT OF REHABILITATION

L.R. GLASUTDINOVA, G.F. MUSINA, A.N. MULLAYANOVA, T.I. ISHTIMIROV, A.R. ISKHAKOVA 1013
THE INFLUENCE OF COPPER-ZINC ORE ON ERYTHROCYTE OSMOTIC RESISTANCE IN PERIPHERAL BLOOD, IN VITRO AND IN VIVO SAMPLES

A.A. GABITOVA 1019
THE MODERN STATE OF MEDICINE IN EGYPT

A.V.GRIGORIEVA, N.A.DAVYDOVA, E.K.MIGRANOV 1022
3D-BIOPRITING

D.A. RAHMATULLINA, SH.R. ABELGUSIN, V.A. NICOLAEV 1028
THYROID GLAND APOPTOSIS MARKERS

K.I SEREZHKINA, V. I. AGZAMOV 1033
TWO FACES OF ONE ENTITY

A.A.TRUSHKOVA 1038
MEDICINE IN INDIA IN THE HISTORICAL AND CONTEMPORARY PERSPECTIVE

A.A. FAHRISLAMOV 1042
FROM THE HISTORY OF THE VETERAN MOVEMENT IN THE BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY

S. SHARMA, D. A. RAHMATULLINA 1046
FATTY LIVER: MOLECULAR BASIS AND MECHANISM OF DEVELOPMENT

E. M. KOLCHINA, K. M. SHARAPOVA, A. M. GIRFANOVA, A. S. YASINSKAYA 1051
STROKES IN YOUNG ADULTS

A. O. ELISEEV 1056
CANCER PREVENTION

D.R.SAGRETDINOVA 1062
HOW TO BECOME A DOCTOR IN RUSSIA AND GERMANY. ABOUT MEDICAL STUDY

E.R. GILYMIYAROVA, E.M. MURATOV, T.R. VILDANOV, K. VERMA 1067
DYNAMICS OF BODY WEIGHT OF PATIENTS WITH INJURIES OF THE MAXILLOFACIAL AREA WITH A TRADITIONAL FORM OF NUTRITION

N. A. GARIFULLINA, K. VERMA 1072
PULMONARY REHABILITATION BEFOR AND AFTER THORACIC OPERATIONS

УДК 6.616.022

АКИНИЕМИ ОЛЕЛЕКАН СЭМУЭЛЬ, АМААНУЛЛАХ

СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель— к.б.н., доцент Ф.Ф. Мусыргалина
Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. *В статье представлены материалы по случаю дирофиляриоза в Республике Башкортостан. Распространение дирофиляриоза среди людей связано с увеличением численности комаров – переносчиков микрофилярий Dirofilaria repens, значительным повышением численности бродячих животных, миграцией зараженных собак из эндемичных по данному гельминтозу территорий и расширением сезона местной передачи инвазии в связи с потеплением климата. Разработка современных мероприятий по профилактике передачи возбудителя дирофиляриоза будет способствовать снижению риска заражения и местной передачи возбудителя дирофиляриоза.*

Ключевые слова: *Dirofilaria repens, дирофиляриоз, трансмиссивный гельминтоз, микрофилярия.*

AKINYEMI OLAELAKAN SAMUEL, AMAANULLAH

THE CASE OF DIROFILARIASIS IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor – Candidate of Biological Sciences, Associate professor F.F. Musyrgalyna
Department of biology, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract*. The materials on one of case of dirofilariasis detected in the Republic of Bashkortostan are presented in this article. Prevalence of dirofilariasis in humans may be explained by growing number of mosquitoes – vectors of microfilariae of Dirofilaria repens, amount of homeless animals, migration of infected dogs from endemic areas of this helminthiasis, and prolongation of transmission season due to climate warming. Development of modern measures aimed at prevention of transmission of the dirofilariasis causative agent will decrease the risk of its invasion and local transmission.*

Keywords: *Dirofilaria repens, dirofilariasis, transmissible helminthiasis, microfilariae.*

Relevance The Federal service for supervision of consumer rights protection and human welfare reports the following: among rare helminthiasis registered on the territory of the Russian Federation, the largest share (66,0%) belongs to dirofilaria (according to the letter of head of Rospotrebnadzor Gennady Onishchenko “On the situation concerning dilofilariosis in the Russian Federation” № 01/10330-13-32 as of September 9th 2013). Dirofilaria is the only transmissible

biohelminthosis which is registered on the territory of the Russian Federation. According to the operative monitoring, which had been carried out by Rospotrebnadzor, from 2006 to 2008, 101 cases of dirofilariasis were registered, and 186 cases (1,8 times more) were registered from 2009 to 2011. In 2012, 143 cases of dirofilariasis were registered (0,1 for 100 thousand of population) in 31 subjects of the Russian Federation unlike 84 cases of dirofilariasis (0,06 for 100 thousand population) in 2011.

Krivorotova E.Y. and Nagorny S.A. report that 1093 cases of human dirofilariasis were registered in the Russian Federation by the end of 2012 [1].

The causative agent of dirofilariasis is a threadlike round worm of the genus Dirofilaria. Obligate hosts are dogs, cats and other wild carnivores. Man is an accidental host of the parasite. Larvae (microfilariae) of dirofilaria are transmitted by bites of mosquitoes of the genus Culex, Aedes, Anopheles.

On the territory of the Republic of Bashkortostan dirofilariasis was registered in 2003 by accident, when suddenly fallen dead dogs were dissected. For a long time it was thought that dirofilariasis was a common disease for regions with hot climate. It was often registered in Rostov oblast, Krasnodar region, in the Caucasus; however, the disease has spread throughout the Russia for the last years.

In the Ufa school on training of expert cynologists of the Russian Ministry of Internal Affairs, from 2009 to 2010, 330 service dogs which came to the school to be trained from 18 Russian regions (from Penza, Sverdlovsk, Ulyanovsk, Chelyabinsk, Saratov, Irkutsk, Orlovsk, Kursk, Orenburg and Astrakhan oblasts, the Republics of Mari El, Bashkortostan, Adygea, Khakassia, Sakha-Yakutia, Khanty-Mansi Autonomous Okrug, Perm and Krasnodar territories) wew examined. Dirofilariasis was detected in 10% of the examined dogs [2].

According to official statistics, cases of dirofilariasis in the Republic of Bashkortostan are nor registered, and probably dirofilariasis was taken for different diagnoses of aparasitemic etiology due to insufficient awareness of medical workers.

There are cutaneous and ocular forms of dirofilariasis in humans. Literature also describes rare cases of localization of dirofilariasis in the internal organs (omentum, lungs, pleura, male genitalia (scrotum and testicles), the fallopian tubes in women, heart).

Mainly, only one individual of dirofilaria is revealed in humans. Since fertilization in humans is impossible, microfilariae cannot be detected in blood.

The clinical picture is presented by a variety of symptoms. The cutaneous form is the most wide-spread form among humans. In the place of the mosquito bite, one can witness a small and painful bump with moderate oedema, redness of skin, itching, often with soreness, sometimes fever,

sometimes symptoms are similar to those of varicose veins, the parasite can also migrate to other body parts. The main complaints include the feeling of pins, movements in different body parts, imaginary goosebumps ("phantom" paresthesia).

Materials and methods. A case of dirofilariasis in the Republic of Bashkortostan was studied.

Description of cutaneous dirofilariasis is given below.

In February 2016, a 17 year old patient found a winding formation resembling varicose veins on the anterior surface of the right leg; it was about 15 cm long, without any color change (fig. 1). The next day this formation moved to the posterior surface of the thigh. She referred to a therapist, then dermatologist and infectionist, who sent her to our department. She was diagnosed with dirofilariasis and referred to a surgeon in order to remove the helminth which was later identified as nematode of the genus Dirofilaria (fig.1). The patient lives in Ufa city, but after graduating from school in 2015, she spent summer holidays in countryside in one of the regions of the Republic of Bashkortostan. Her body temperature was rising up to 37,0 – 37,5ºC every evening for the last four months. The patient indicated the presence of dogs and mosquito bites at the place of stay.



Figure1. Dirifilaria repens under the skin of the patient (pointed at by the arrow)

Results and discussion The results of our study show that the causative agent of dirofilariasis is present on the territory of the Republic of Bashkortostan and can complete the full cycle of its development. The source of the infection includes dogs, 10% of which are infected by dirofilariasis. Transmission of larvae dirofilaria is carried out from infected dogs to man by mosquitoes of the genus Culex, Aedes and Anopheles.

Weather and climate conditions of the Republic of Bashkortostan are favorable for development of the causative agent, because microfilariae are developed in the body of a mosquito under the temperature above 14ºC.

The rivers of Bashkortostan are characterized by low gradients and slow flow. The floodplains are broad and crossed by a large number of oxbow lakes, creeks and lakes, sometimes they are marshy and covered with meadow plants. The summers are warm. The average temperature is +19ºC. Under the temperature above 25ºC, the larvae develop for about three weeks. In the urban environment, the transmission can be carried out by mosquitoes of the genus Culex year-round.

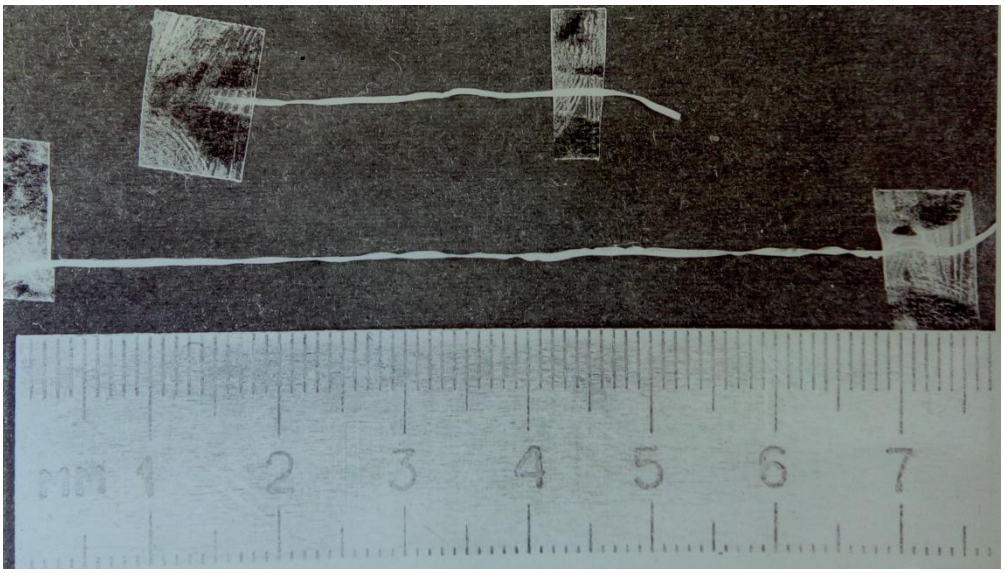


Figure 2. Dirifilaria repens (two parts of one parasite)

Conclusion. Analysis of the results of dirofilariasis study lets us assume that the territory of the Republic of Bashkortostan is climatically favorable for local dirofilariasis development. As the man is not the source of invasion in dirofilariasis, preventive measures include decrease of mosquito population, adjustments in the number of stray cats and dogs, dehelminthization of the infected domestic cats and dogs, and protection from mosquito bites, The population should be informed on the ways of transmission and the symptoms of the disease.

References:

1. Krivorotova E.Y. Nagorny S.A. Mapping of human dirofilariasis in the Russian Federation // International journal of applied and fundamental research. – 2016. – № 1-2. – Pp. 187-190; URL: http://www.applied-research.ru/ru/article/view?id=8346.
2. Paramonov V.V. Pathomorphology, pathogenesis, diagnosis, and treatment of dirofilariasis of dogs: thesis of dissertation for scientific degree of candidate of veterinary sciences. -Ufa, 2014. -24 p.

УДК 614.23

Ю. М. АБЕЛЬГУЗИНА

ОБРАЗ ВРАЧА В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ

Научный руководитель – к.ф.н., старший преподаватель К. В. Никитина
Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Статья посвящена анализу студенческих представлений о своей будущей профессии. Студентам БГМУ было предложено заполнить анонимные анкеты, чтобы узнать их мнение об образе врача. Студенты из РФ и других стран ответили на одни и те же вопросы. Определенные сходства и различия были обнаружены в их взглядах.*

Ключевые слова*: профессия, медицинское образование, студенты-первокурсники, образ врача.*

J. M. ABELGUZINA

THE IMAGE OF THE DOCTOR AS SEEN BY FIRST-YEAR STUDENTS

Scientific Advisor – senior lecturer, candidate of philological sciences K.V. Nikitina,
Department of foreign languages with the course of Latin,
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *The article is devoted to the analyses of students' ideas about their future profession. The students of the Bashkir State Medical University were asked to fill up an anonymous questionnaire in order to learn their opinion about the image of the Doctor. Students from RF and other countries were answered the same set of questions. Certain differences and similarities in their views were found out.*

Keywords*: Profession, medical education, first-year students, the image of the doctor.*

Relevance State medicine today is experiencing an acute shortage of staff, although many students are trained in medical institutes, academies and universities. One of the reasons determining this situation is that when choosing medicine, a future specialist has a very stereotyped idea of this profession. In the process of learning, students face the everyday practice of the oncoming job, and there appears a discrepancy between the picture of the future career and the real life. The consideration of the students' views upon their future career enables us to observe the peculiarities of the image of a doctor they have in mind. The comparison of the viewpoints presented by people from different countries gives an overall picture.

The purpose of the research: to examine the differences or similarities in the image of a Doctor as seen by students from abroad and citizens of the Russian Federation studying in the Bashkir State Medical University.

The tasks of the research:

1. to study the image of a Doctor as seen by students from Russia;
2. to study the image of a Doctor as seen by students from abroad;
3. to compare the image of a Doctor as seen by students from different countries and to state the differences or similarities of the views.

Materials and methods First-year students from the Russian Federation and first year students from other countries were given questionnaires. The questionnaires consisted of 4 questions. The questions touched upon different aspects of the profession of a physician: ideas about the personal and professional qualities necessary for the work, motivation for learning, plans and goals for the future. 80 respondents were asked: 47% foreign students, 53% RF students. It was assumed that the image of the Doctor differs as seen by students from different countries.

Results and discussions. First of all, the respondents were asked to choose up to three of the most important professional qualities, which they think should be inherent in the doctor. (Table 1)

What professional qualities should a doctor possess? Table 1.

Professional quality	Students from abroad, %	Students from Russia,%
Responsibility	58	60
Politeness	1	4
Ability to encourage, support the patient	10	4
Desire to help in any situation	24	21
Ability to make quick decisions	7	11

Responsibility took the first place among the professional qualities: 58% of foreign students and 60% of Russian students chose this feature. The answer "the desire to help in any situation" was put on the second place by all students. But the third inherent quality as viewed by foreign students is "the ability to encourage and support the patient," and for Russian students it is "the ability to make quick decisions." In general, Table. 1 shows that only a few freshmen chose such a quality as «politeness».

The second point of the questionnaire let the students choose the qualities of a person who will work in medicine. (Table2).

What personal qualities are most important for a doctor? Table 2.

Personal quality	Students from abroad, %	Students from Russia,%
Self-discipline	43,5	14
Empathy	5	28,3
Equanimity	43,5	28,3
Sociability	8	29,4

Foreign students did not hesitate to give preference to such qualities as "Self-discipline" and "Equanimity" and Russian students marked such qualities as "Empathy", "Sociability" and "Equanimity".

The next question helps us to find out what motivates BSMU students to study in the University. In general, despite some difficulties, most students remain highly motivated. (Table 3)

What motivates you to study in the Medical University? Table 3.

Education motivation	Students from abroad, %	Students from Russia,%
Training brings me pleasure and interest.	17	10
I want to help people: to treat them, to support and save lives.	63	64
Training causes some difficulties, but in the future I see myself only in medicine.	17	10
The profession of a doctor is one of the most prestigious and highly paid in the world.	3	16

It should be noted that the motivation "I want to help people" remains the leader for both foreign students and students from the Russian Federation. A number of students from Russia consider that the profession of a doctor is one of the most prestigious and highly paid, while for foreign students this fact not so important.

The next question of the questionnaire supposed choosing the statement most fully reflecting the attitude towards the future profession (Table 4).

Which of the proposed statements reflects your attitude to the chosen professional? Table 4.

Statement	Students from abroad, %	Students of Russia,%
This profession is my way of serving people.	45	50
A doctor is an authority for me and an example in everything.	47	41
It is the way of making money.	8	5
The further I study, the more I realize that to be a doctor is not my vocation.	0	4

It can be seen from the table that almost half of all students put forward the statement "serving people" in the first place. Many students answered that the doctor is their authority. Some students from Russia realized that the profession of a doctor is not their vocation.

Conclusions. Based on the results of the study, it can be concluded that the BSMU students have specific ideas about the image of the Doctor. Answering the questions students marked self-discipline, equanimity, sociability as the most important personal qualities. An image of an ideal Doctor is being made. He or she is competent, cold-blooded, able to make quick decisions. He is very responsible that is most important. Facing training difficulties, some students realized that the medical specialty was wrongly chosen. Nevertheless, the percentage of those who see themselves only in medicine in the future is overwhelming.

It is noteworthy that students from the Russian Federation as well as students from abroad chose the profession of a doctor consciously, they are eager to overcome all the difficulties and will not stop halfway to their dream.

References.

1. Dubrova V. P. Razmyshlenija o vrachebnom iskusstve, ili Social'no-psihologicheskie faktory uspeshnosti dejatel'nosti vracha // Medicina. - 1999. - № 3.- S. 10-11.

2. Ermolaeva E.V.. Pavlova L.A Medicinskaja professija: trebovanija sovremennogo obshhestva // Obshhestvo i zdorov'e: sovremennoe sostojanie i tendencii razvitija. - 2013. - S. 369-375.

3. Kuznecova S.V., Sergeeva M.A., Ermolaeva E.V. Social'nyj portret sovremennogo rossijskogo vracha // Bjulleten' medicinskih internet-konferencij. - 2015. - №1.– S.219.

4. Solozhenkin V.V. Psihologicheskie osnovy vrachebnoj dejatel'nosti. – M., 2003. - 273-283 s.

5. H'juz R. Izgotovlenie vracha : obshhaja formulirovka idej i problem // Zhurn. issledovanij social'noj politiki. — 2009. — № 3. — S. 313–326.

УДК 76.03.39

Р.Р. ИШМАКОВА

СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУННОГО ДЕФИЦИТА

Научный руководитель - преподаватель Л.Р. Хафизова

Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Приводится информация о симптомах, механизмах развития СПИДа, статистика пораженности населения планеты, пути передачи инфекции, меры профилактики заболевания, роль воспитания семейных ценностей у молодежи в профилактике заболевания. ВИЧ-инфекции, с ежегодным ростом числа новых случаев инфицирования, накопление числа живущих с ВИЧ-инфекцией из-за отсутствия возможности выздоровления создает трудности для системы здравоохранения. В оказании медицинской помощи инфицированным ВИЧ требует участия всех специалистов и полидисциплинарный подход требуется к подготовке специалистов по основным вопросам ВИЧ-инфекции и сопровождающих её оппортунистических заболеваний и опухолей, вопросы профилактики.*

Ключевые слова: *вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД), факторы риска, ответственность личности, качество жизни.*

R.R. ISHMAKOVA

ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME

Scientific Advisor – L.R. Khafizova

Department of foreign languages with the course of Latin, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *Information about symptoms, transmission mechanism of AIDS, worldwide statistics of AIDS exposure, the ways of prevention and prophylaxis of the illness, the role of breeding of family values among the young people as a way of preventing of AIDS are examined in the article. The HIV-infection pandemic, with annual growth of number of new cases of infecting, accumulation of number of people living with HIV-infection because of the absence of recovery possibility create difficulties for system of public health services and cause economy destabilization, enters into*

number of socially — significant diseases. Training should be based on the polydisciplinary approach to the given problem and training of experts on the basic questions of a HIV-infection and opportunistic diseases accompanying it and tumours, including preventive measures questions.

Keywords: *human immunodeficiency virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), risk factors, responsibility of person, life quality.*

SYNDROME D' IMMUNODEFICIENCE ACQUISE

Actualité: Le sida est une maladie chronique qui touche le système immunitaire et qui peut mener à la mort (en cas d'absence de traitement). On observe dans la phase du sida proprement dit une immunité affaiblie contre les infections ou tumeurs (cancer). C'est pourquoi chez les personnes atteintes du sida, de simples infections anodines comme une grippe ou une bronchite peuvent s'aggraver et devenir très difficiles à traiter, pouvant aller jusqu'à entraîner la mort. L'évolution de la maladie se déroule sur plusieurs années puis rend les malades du SIDA plus fragiles face au cancer ou à d'autres maladies infectieuses [7].

La transmission du VIH s'effectue par le sang, le sperme (ainsi que le liquide séminal qui s'écoule au début de l'érection), les sécrétions vaginales et le lait (une forme de transmission mère-nouveau-né). Deux millions et demi de personnes sont encore infectées chaque année dans le monde par le virus du sida (VIH), un chiffre qui ne recule plus depuis dix ans, pointe une étude publiée à l'occasion de la conférence internationale sur le sida organisée à Durban (Afrique du Sud). Plus de 34 millions de personnes sont mortes depuis son apparition chez l'homme dans les années 1980 [5]. Le VIH reste aujourd'hui un problème majeur de santé publique.

Objectif de recherche: Le but de notre recherche réside en tel qu'il faut analyser et déterminer des symptomes, donner la statistique des personnes infectées, de mettre en œuvre les actions requises pour mettre fin au retard pris en matière de prevention.

Matériels et methods: Les articles des magazines français tels que "Le vif", "GenSide", "Le monde", "Les voix du monde", des revues scientifiques russes, des manuels de medicine sont étés étudiés par nous.

Résultats et discussion : Le sida a été identifié pour la première fois en 1981 chez un groupe d'homosexuels masculins. À la fin de 2013, il y avait environ 35 millions de personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde. 16 millions de ces personnes sont des femmes. Le VIH (virus du sida) attaque des cellules du système immunitaire et les détruit une à une en cas d'absence de traitement.

A attention la majorité des personnes ne développent aucun symptôme quelques jours ou mois après l'infection. Toutefois des symptômes peuvent apparaître 2 à 6 semaines après la contamination (suite à un rapport sexuel sans protection, seringue contaminée):

1. Noeuds lymphatiques enflés;
2. Fièvre;
3. Fatigue;
4. Eruption cutanée;
5. Douleurs musculaires;
6. Maux de gorge [7]

Le sida est une maladie présente dans le monde entier mais avec une très grande prédominance en Afrique sub-saharienne(Des 32 millions de personnes dans le monde atteintes du sida ou infectées par le VIH, 70 % sont en Afrique). Le nombre de personnes contaminées progressent d'années en années. En 2007 l'ONUSIDA (UNAIDS en anglais, *un programme de l'ONU destiné à coordonner l'action des différentes agences spécialisées de l'ONU pour lutter contre la pandémie de VIH / sida*) estime que 5 700 000 personnes vivent avec le virus [5].

L'Onusida a remis son rapport sur l'épidémie de sida dans le monde. Sa lecture commence par des chiffres, des chiffres si importants qu'ils parviennent presque à faire disparaître ce qu'ils signifient pour les personnes touchées par le VIH/sida en terme de difficultés quotidiennes, de souffrances, de vies broyées.

Tableau 1. Situation dans le monde en 2015

17 millions de personnes avaient accès à la thérapie antirétrovirale
36,7 millions de personnes vivaient avec le VIH
2,1 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH
1,1 million de personnes sont décédées de maladies liées au sida
78 millions de personnes ont été infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie
35 millions de personnes sont décédées de maladies liées au sida depuis le début de l'épidémie

Tableau 2. Situation en Afrique subsaharienne

1,4 millions de nouvelles contaminations
22 millions de séropositifs (soit 67 % du total mondial)
1,5 millions de morts du sida

Tableau 3. Situation en Europe Orientale et Asie Centrale

110 000 nouvelles contaminations
1,5 millions de séropositifs

58 000 morts du sida

Tableau 4. Situation en Russie

1 062 476 nouvelles contaminations
225 992 morts du sida

Les chiffres font de l'Afrique du Sud, avec les pays voisins, un des pays les plus touchés par la pandémie. L'infidélité, la polygamie et la multiplication des partenaires, « le nomadisme sexuel » sont autant de facteurs qui expliquent l'explosion du SIDA en Afrique. La cause du SIDA chez les enfants est principalement due à la transmission à l'enfant par une mère infectée pendant la grossesse, lors de l'accouchement et/ou par l'allaitement au sein.

L'accès des africains aux systèmes de soin retardant le déclenchement de la maladie SIDA par la trithérapie permettrait de retarder l'apparition du SIDA. L'accès aux traitements pour l'ensemble des personnes atteintes par le Sida est une question fondamentale pour l'Afrique car elle permettrait de rallonger la durée de vie des populations et améliorer le sort de ces peuples.

Plus de formation, d'information et d'éducation de la population doivent être menées pour mieux appréhender la maladie tant du coté des soignants que des malades. Cela pourra faire évoluer les mœurs et permettra d'éviter la stigmatisation des porteurs du virus et permettre une meilleure prise en charge de la maladie. Les personnes vivant avec le virus ont besoin d'informations pertinentes, précises et claires sur le VIH/Sida afin d'apprendre à vivre positivement avec l'infection à VIH. Les associations d'entraide ou de soutiens pour les séropositifs, peuvent être un relais important pour exploiter le potentiel des porteurs du virus dans la lutte contre le VIH/Sida. Le dépistage est un des éléments fondamental pour permettre la lutte contre la maladie; le dépistage est vital pour éviter toute expansion de la maladie par une personne porteuse du VIH. La découverte d'un traitement curatif efficace est une condition nécessaire pour réduire le coût social, économique et surtout humain de ce fléau qui touche aujourd'hui le continent [6].

Conclusion: Ainsi, la prévention des enfants et des adolescents s'établit sur la formation et le développement des facteurs de protection pour éviter l'infection par le VIH. Par conséquent, la plus courante et efficace dans ce groupe sont de nombreux programmes éducatifs visant à promouvoir un mode de vie sain des adolescents et la formation d'un comportement. L'enseignement des programmes de prévention de l'infection par le VIH, la formation d'un mode de vie sain et une attitude tolérante envers les personnes séropositives devraient commencer dès les premiers stades de l'éducation, même avant que les élèves commencent à avoir des relations sexuelles et de rencontrer le développement lié à l'âge. Le contenu des programmes de formation sur le VIH / SIDA doit tenir

compte des faits spécifiques, d'élargir considérablement les connaissances et les compétences des adolescents.

Littérature:

1) 1) Lenok T.V. VICh-infekcija- sovremennoe sostojanie problemy [Jelektronnyj resurs]: Sibirskij medicinskij zhurnal. 2009. № 7.-S.142-145. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/vich-infektsiya-sovremennoe-sostoyanie-problem
2) 2) Pokrovskij V.V. (redaktor). VICh-infekcija i SPID: Nacional'noe rukovodstvo. — M.: GJeOTAR-Media, 2013. — 608 s. Malyj V.P. VICh. SPID. Novejshij medicinskij spravochnik. — M.: Jeksmo, 2009. — 672 s.
3) Beck E.J., Mays N., Whiteside A.W., Zuniga J.M. (Editors). The HIV pandemic: Local and global implications. — Oxford - New York: Oxford University Press, 2006. — 799 c.
4) Levy J.A. HIV and the pathogenesis of AIDS. — Third edition. — ASM Press, 2007. — 644 c
5) Le point sur l’epidemie de sida. Publication ONUSIDA [Электронный ресурс]: URL: http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf (дата обращения: 29.03.2017).
6) Les problemes et defis lies au VIH/SIDA [Электронный ресурс]: URL: http://conte.u-bordeaux4.fr/Enseig/trav_etudiants/sida/Problemes%20actuels.htm(дата обращения: 29.03.2017).
7) Sida. Creafarma. Site regulierement mis a jour [Электронный ресурс]: URL: https://www.creapharma.ch/sida.htm(дата обращения: 29.03.2017).

УДК 616-006

Б.Р. КАЛАНОВ, С.Г. БАЙТИМЕРОВ, Р.И. ФАРХУТДИНОВ

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ РАКОМ ГОРТАНИ

Научный руководитель — к. м. н. Л.М. Насретдинова
Кафедра терапии и сестринского дела с уходом за больными, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Проведен анализ статистических данных заболеваемости раком гортани в России и за рубежом. Определены основные проблемы больных раком гортани и методы их ликвидации.*

Ключевые слова: *рак гортани, заболеваемость ЗНО.*

B. R. KALANOV, S.G. BAITIMEROV, R.I. FARCHUTDINOV

PECULIARITIES OF CARE FOR PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER

Scientific Advisor — C. D. in Medicine L.M. Nasretdinova
Department of therapy and nursing with care of patients, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *There is the investigation of the statistical data on the incidence of laryngeal cancer in Russia and abroad. The main problems of laryngeal cancer patients and methods of their elimination are determined.*

Keywords: *Cancer of the larynx, incidence, malignant neoplasm.*

Relevance: Annually in Russia the primary diagnosis of laryngeal cancer is established in 6-7 thousand people. The incidence of this pathology currently stands at 4.6 per 100 thousand of the population. Over the past 10 years, a decrease in the incidence of 2.8% in men and an increase of 18.2% in women.

At present, the quality of life of cancer patients is one of the main criteria for assessing the effectiveness of treatment. In modern oncology, there is a situation where both the patient and the doctor are asking questions about improving the quality of life, both at the stages of treatment and after its completion. Despite the advances in the treatment of larynx and laryngeal cancer, many of these problems are unresolved. [3]

Objective:

- compare the incidence of laryngeal cancer in Russia and abroad according to the literature and statistical reports of various clinics

- identify the main problems of the patient and methods for their elimination
- to conduct familiarization activities among patients and medical staff for the rehabilitation of patients with tracheostomy on the basis of the DKOD Department in Ufa
- prepare memos for nurses and relatives for tracheostomy care and for voice rehabilitation, training of medical staff, patients themselves and / or their relatives for the basics of rehabilitation after surgical treatment of laryngeal disease.

Materials and methods: The basis of the work was the analysis of statistical data on the separation of head and neck tumors (№6) in the DKOD of Ufa and data of similar structures of cancer centers in Russia and foreign countries.

Based on the analysis of the literature review, data was collected and memos for patients and medical staff on tracheostomy care and for voice rehabilitation were developed, and thematic meetings with patients were conducted.

Results and discussions: In Ufa in 2012, primary patients with malignant neoplasms were registered - 3436 people, which is 153 cases more than in 2011 and 2 places less than in 2010. Analyzing the statistical data, it was found that respiratory diseases occupy the second place in terms of prevalence (36.0 per 100,000 population), second only to the incidence of breast cancer. A special place among pathologies of the respiratory organs is cancer of the larynx. [6]

Comparing the prevalence data of disease for the Russian Federation in 2012, we obtained the following results. [7.8]

Table 1.

The incidence of malignant neoplasms of the larynx in the territory of the Russian Federation for 2012

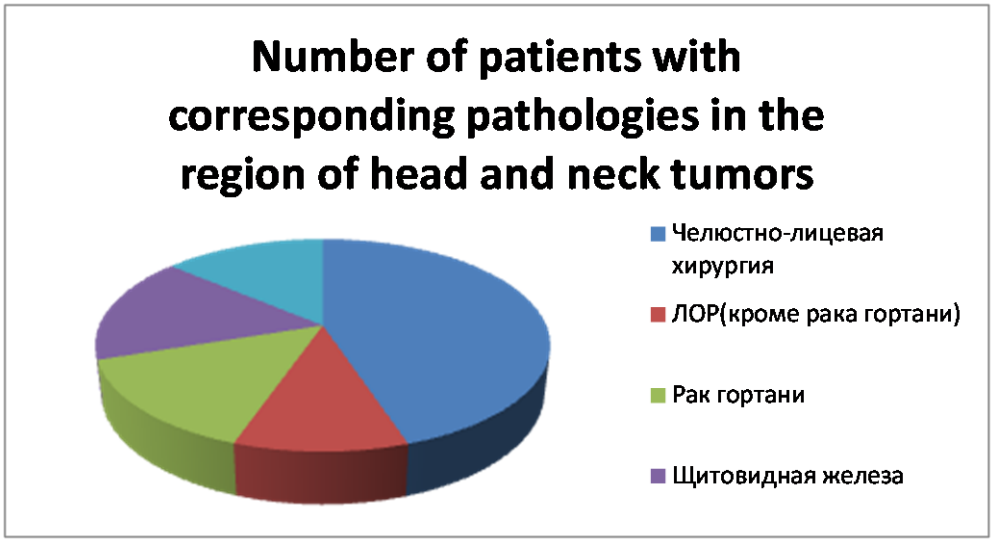
Cities of the Russian Federation	Morbidity, Per 100,000 population
Kemerovo Region	10,5
Omsk Region	9,7
Tyva Republic	1,3
Tomsk Region	24,2
Chukotsky Autonomous Okrug	17,1
City Ufa	1,0
Chita region	1,4
Kamchatka Oblast	7,0
Sakhalin Oblast	1,0

On the basis of the data, it can be concluded that the inhabitants of the Tomsk region have the highest incidence of the disease of the larynx. One of the main possible causes of this phenomenon in the territory of Siberia and the Far East are occupational hazards that are widely encountered in the production of nickel asbestos and sulfuric acid, which is typical for this region.

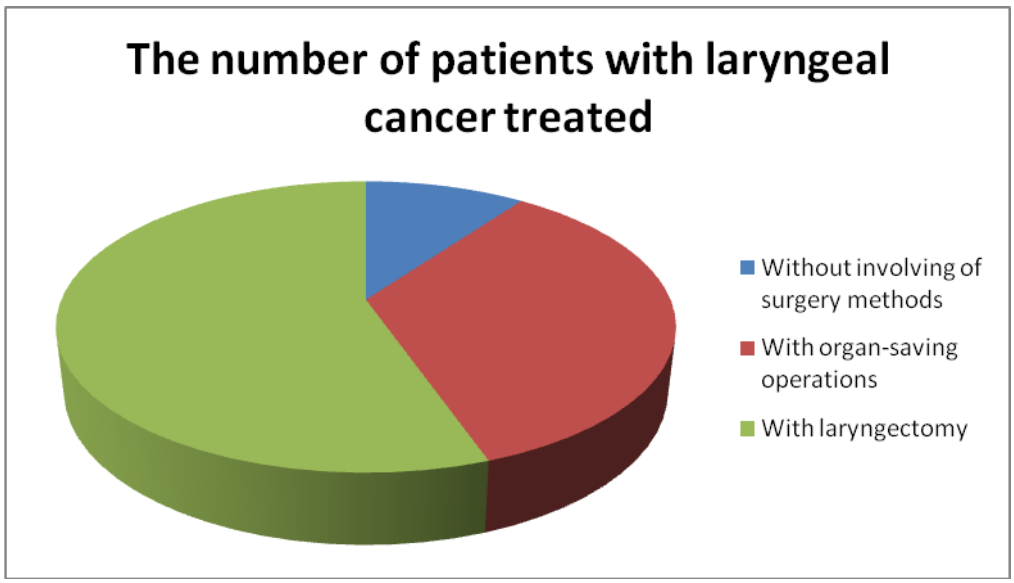
If we compare the data for Russia with the countries of Europe, we can see a sharp decrease in the mortality rates from malignant neoplasms. For 10 years, mortality from malignant tumors has decreased by 15% as a result of active cancer prevention activities. The program aims to combat smoking, promoting a healthy lifestyle and screening for cancer. The educational anti-cancer activity in Russia is currently hampered by a low priority level with an emphasis on the treatment of malignant neoplasms. Lack of awareness of the risk factors for laryngeal cancer is one of the reasons for late detection and as a result of low survival of patients with this pathology. [8]

As a solution of this problem, we examined the statistical data of morbidity with laryngeal cancer in the Republican Clinical Oncology Dispensary for 2012-2015 and conducted introductory measures for the rehabilitation of patients among the medical staff and relatives.

In 2015, comparing with 2012, a sharp increase of the incidence of cancer of the larynx is observed in the Republican Clinical Oncology Dispensary (in 2012 - 89 people, in 2015 - 130 people). In 2015, 130 patients with laryngeal cancer were hospitalized on the basis of the Republican Clinical Oncology Dispensary in Ufa, which amounted to 14.9% of the total number of patients observed in the department of head and neck tumors. Surgical treatment was carried out by 117 patients, of which 45 were organ-preserving (laryngeal resections), 72 patients underwent laryngectomy.



Pic.1



Pic.2

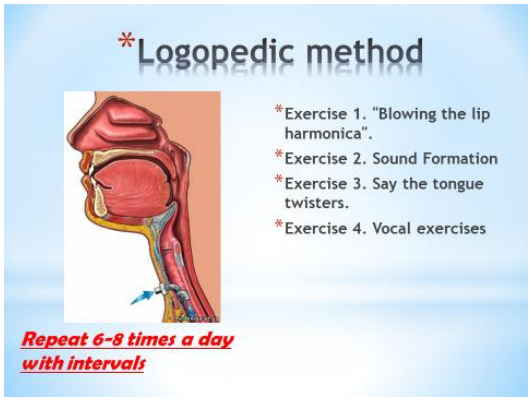
Surgical treatment of laryngeal cancer involves resection of various parts of the larynx, while the respiratory and voice-forming functions of the organ are affected. Vocal formation is an important social function of the larynx, so the removal of the larynx and, as a consequence, the loss of ability to verbal communication reduces the quality of life of patients, making them virtually helpless in everyday life. In addition, patients with tracheostomy have an additional cause of anxiety due to a cosmetic defect on the front wall of the neck, the presence of a tracheostomy tube. All this leads to low social adaptation of this category of citizens.

Conclusions:

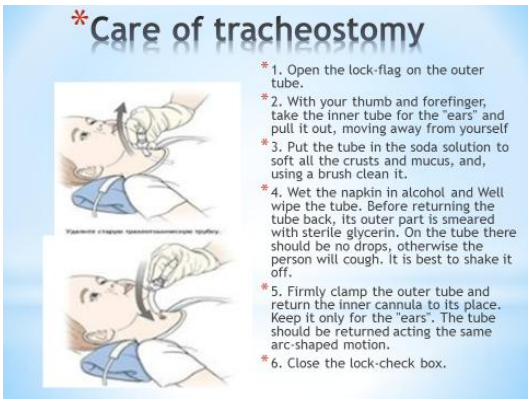
1. There is an increase in the incidence of laryngeal cancer according to the data of the republican clinical oncological dispensary in Ufa. The same data are also found in several other clinics in Russian cities and some European countries.

2. The main difficulties of patients after surgical treatment malignant neoplasm of Larynx it is a time-consuming and long-term rehabilitation, often unsuccessful due to poor awareness of the patients themselves, medical staff about it.

3. In order to rehabilitate patients and help medical staff of the oncology unit of the republican clinical oncological dispensary in Ufa, a memo for nursing patients after surgical treatment of laryngeal cancer was developed.



Pic.3



Pic.4

Reference list:

1. Askarova Z. F., Askarov R. A., Chuenkova G. A. Zabolevaemost' zlokachestvennymi novoobrazovanijami v krupnom promyshlennom gorode // Problemy social'noj gigieny, zdravoohranenija i istorii mediciny. 2013. № S. 12-15

2. Vorob'eva T.A., Krupenchuk O.I. Logopedicheskie uprazhnenija: Artikuljacionnaja gimnastika. - M.: «Litera», 2007.- 64 s.

3. Ivanovskaja F.A. Sbornik logopedicheskih uprazhnenij pri rasstroj svah golosa. - M.: «Uchpedgiz», 1961. - 75-93 s.

4. Kozhanov A.L. Sovremennye aspekty lechenija i reabilitacii bol'nyh pri rake gortani // Opuholi golovy i shei. 2016. №2.

5. Pisareva L. F., Chojnzonov E. L., Zhujkova L. D., Vorob'ev V. A., Odincova I. N., Ananina O. A. Sostojanie onkologicheskoj pomoshhi bol'nym rakom legkogo i gortani v Tomskoj oblasti: puti profilaktiki // Zdravoohranenie RF. 2012. №6.

6. Pisareva L. F., Chojnzonov E. L., Tahauov R. M., Odincova I. N., Bojarkina A. P., Martynova N. A. Rak gortani na territorii Sibiri i Dal'nego Vostoka (osnovnye statisticheskie pokazateli) // Sibirskij onkologicheskij zhurnal. 2003. №2.

7. Chizhevskaja S.Ju., Chojnzonov E.L., Balackaja L.N. Kachestvo zhizni bol'nyh rakom gortani i gortanoglotki na jetapah kombinirovannogo lechenija i v otdaljonnye sroki // Sibirskij onkologicheskij zhurnal. 2015. №2. S.15-22

УДК 57.021

В.А. КОПЫЛОВ, А.И. ФАТЫХОВА

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Научный руководитель- Л.В. Григорьева, ст. преподаватель М.Р. Нуйкина

Кафедра иностранных языков, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Успех здоровья нации зависит от понимания молодежи правильного употребления энергетических напитков. В данной статье рассмотрено негативное влияние на организм животных употребление энерготоников. Изучена социальная картина употребления среди студентов и подростков. Разъясняются медицинские и социальные аспекты употребления и привыкания, проблемы формирования грамотного отношения к здоровью с раннего возраста; предупреждение раннего привыкания к энергетикам, что впоследствии может привести к наркозависимости.*

Ключевые слова*: энергетические напитки, кофеин, гипертония, диабет*

V.A. KOPYLOV, A.I. FATYKHOVA

STUDY OF ENERGY DRINKS FOR EXPERIMENTAL ANIMALS

Scientific supervisor- L.V. Grigoryeva, senior lecturer M.R. Nuykina

Department of the foreign languages, The Bashkir State Medical University, Ufa

***Abstract*:** *Nowadayas it is important to young people to realize the great significance of their health. Prosperous nation has health, strong and educated population. This article describes the determinal effect of using energy drinks on animal organism, considers medical, social aspects of using energy drinks and it's addicting property among students and teenagers.*

Keywords: *Energy drinks, caffeine, hypertension, diabetes*

Relevance: In Russia the consumption of energy drinks becomes frequent and long-term. The target public of tonic beverages is young people. It is a well-known fact that uncontrolled consumption of tonics leads to hypertension and diabetes mellitus. In practical medicine many cases of visceral organ disease have been observed. All drinks contain preservation agents helping food to be conserved as well as colorants and aromatics which give beverages not only necessary tinge and flavor but may also have a negative impact on the human’s body.

Objective: The aim of the work was the study of the influence of the energy drinks on the living organisms.

Materials and methods: The following materials and the methods of the research has been used: caffein, medical droppers, hamsters, energy tonics, universal indicator paper. There were conducted the experiment, the survey among 14-16-year old teenagers (82 people) and students of medical universities and the analysis of the structure of the energy drinks on basic of the labels.

Results and discussion. According to sociological research the portrait of the customer of energy drinks is so that's: middle age 16 – 35 years; more than 60 %; youngers – 32 years; two / third customers of energy drinks – men; most of the customers of energy drinks are social active mobile, always ready to take something new; not connected with the unity of interests, education, income; no expressing the unity of preferences of tastes of the drink.

Main consumption of expectation of the product:

definitive position (excitement, euphoria, joy); increasing capacity for work, high power for doing the concrete aim in this time period; relaxation, taking off the stress; active rest

According to the results of the questionnaire after drinking these energy drinks are so:

48.2 % - like 16 % - dislike 30.3 % - appearing tiredness.

Comparative analysis of the drinks on the basic of the labels is allowed us to make a conclusion: drinks contain the number of components, the greatest calorie content is the drink. Burn it also contains the greatest number of carbohydrates and it is the only one also the protein of all the drinks. All the drinks contain the special things which are given just to keep and save the product, stuffs and fragrances which add the drinks necessary color and fragrance, but can show negative impact to the man's organism.

The results of the getting facts roc can make a conclusion about the enough high acidity of the products. Maybe it's connected with the maintenance of amino acid, ascorbic acid, coal acid. However it also giving information about the necessary and careful usage of the products by people who are sick with gastric intestine.

Table 1

Comparative analysis of energy drink with label

Energy drink	Red Bull	Flash	Burn
Calories	45 kcal	46 kcal	61 kcal
carbohydrates	11,3 g	11,8 g	14,3 g
Proteins	-	-	0,4 g
Oil	-	-	-

taurine	400 mg	120 mg	+
caffeine	32,0 mg	27,0 mg	max. 35 mg
Ascorbic acid	-	25,0 mg	+
Lactoflavin	-	0,5 mg	-
Pantothenic acid	8 mg	6,0 mg	5,8 mg
B5	2 mg	1,5 mg	1,1 mg
Pyridoxin	2 mg	0,6 mg	0,6 mg
Norit eluate factor	-	53 mg	-
Maturation factor	0,002 mg	-	0,28 mg
Food additive	glucuronolactone, inositol	Sodium benzoate	Sodium sorbate, Inositol
colotings	Suiphite ammonia caramel, Riboflavin	Sulphite ammonia caramel, quinoline yellow	Red caramel
Flavouring agent	Natural and artificial	Nature-identical – «тутти-фрутти»	Natural and nature-identical
Guarana extract	-	-	+

The target of research was Angora aged three months hamsters. At the beginning of the experiment, during seven days we observed two hamsters, which were active, vigorous and cheerful. On the eighth day, one of the participants was instilled one drop of energy drink, and further, the dose was increasing by one drop every day bringing the quantity of drops up to six. The second testee was instilled nothing. The observations had shown that the first testee had insignificant changes after the first drop was taken.

Results of study are shown is in table 2.

Table 2

Impact of energy drinks on experimental animals organisms

№ Day	Drops quantity of drink and caffeine	Change the caffeine content compared to the norm, mg	Attitude in %	Body mass change (g)	Change of action

1	1drop 0,227	-0.142	-39	123	Observations showed minor changes, Pooh felt good, maybe it was a little more active.
2	2 drops 0,454	+0,085	+23	123	Pooh worse pushy active, aggressive, restless.
3	3 drops 0,681	+0,312	+85	120	Accommodation in the same space becames dangerous.
4	4 drops 0,908	+0,539	+146	120	Pooh had injury of the ear, became slower.
5	5 drops 1,135	+0,766	+207	119	Activity decreased, Pooh was noticeably sick.
6	6 drops 1,362	+0,993	+269	119	Pooh refused to eat, moved hardly, anxiously reacted against the environment.
7				116	The experiment was stoped because of the risk of Pooh's death.
8				116	Improvement of health.
9				116	Pooh was active and consumes food with pleasure.

Conclusions:

1. The experiment showed the negative impact of energy drinks on the animal organism. Nevertheless energy drinks are very popular in present-day society. After all, many people use them to temporarily increase the performance and do not always control the amount of drunk caps.
2. The consequences of such consumption might be very serious up to the fatal case.
3. The sociological study showed that 71.4% of the surveyed teenagers had used energy drinks.
4. It should be noted that drinking the energy beverages must be controlled.

Reference list:

1. Il'in E.P. Optimal state of man as a psycho-physiological problem. Psychological journal - 1981 - №5 - P. 35-41.
2. Stejtem Bill What poison us? M.: Publishing house “Prajm-Evroznak” 2009 320 P.

Harkevich D.A. Pharmacology - M.: Publishing house “GEHOTAR – Media” 2006 736 P.

УДК 1751

М.А.А. КХАН

ВЛИЯНИЕ МЕЖКУЛЬТУРНОЙ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ

Научный руководитель – преподаватель М.М. Петросян

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В данной статье рассматриваются и анализируются проблемы межкультурной коммуникации «врач - пациент», приводятся случаи возникновения и пути решения таковых.*

Ключевые слова: *коммуникатор, общение пациента с врачом, взаимоотношения между врачом и пациентом, межкультурная коммуникация, языковой барьер, культурный барьер, международные медицинские выпускники.*

M. A. A. KHAN

INFLUENCE OF INTERCULTURAL COMMUNICATION OF A DOCTOR-PATIENT ON THE QUALITY OF ASSISTANCE TO THE PATIENT

Scientific advisor – teacher M.M. Petrosyan

Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *This article examines and analyzes the problems of intercultural communication "doctor-patient", gives the cases of occurrence and ways of solving such.*

Keywords*: communicator, doctor patient communication, doctor patient relationship, intercultural communication, language barrier, cultural barrier , international medical graduates.*

Relevance. Today, when society is so multinational and multicultural, it is very difficult to get a doctor with the same nation, culture and religion as like yours. However, the competent physician must take all these factors into account when dealing with the patient.

Objective. to describe problematic situation in intercultural communication between doctor and patient.

Materials and methods. The basis of our research is personal experience and articles from online newspapers in which patients faced the problem of providing quality care from a doctor because of his communicative and cultural incompetence.

«Medice, cura aegrotum, sed non morbum!» – Doctor, treat a patient, and not Disease.

Medicine bridges the gap between science and society. Doctors are one important agent through which that scientific understanding is expressed.

A good doctor qualities should attentive, compassionate, ethical, faithful, honest, knowledgeable, kind, respectful etc. Undoubtedly qualities of a good doctor is not measurable.

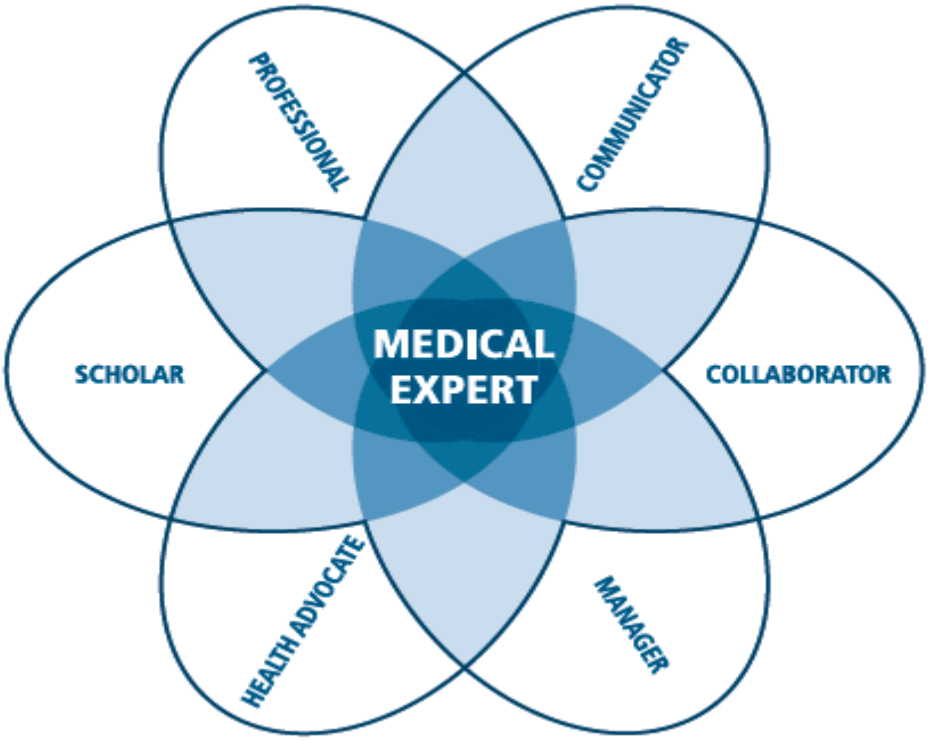


Figure 1. Role of medical expert

One of the main role of medical experts is he/she must be a **communicator .**

Words connect people, unite them through communication.

Without communication there is no society.

Communication is a necessary condition for human existence in general and labour activity in particular.

Doctor-patient communication is a central clinical function in building a therapeutic **doctor-***patient relationship*, which is the heart and art of medicine. A doctor's communication and interpersonal skills encompass the ability to gather information in order to facilitate accurate diagnosis and Cure.

«The doctor should address the patient as a “thinking being”» – K . Jasper.

The problem of *intercultural communication* is an actual problem of our time. But it is especially relevant in the territory of Russia, where many peoples and nationalities live.

Intercultural communication is a stumbling block in all spheres of activity, but, in our opinion, more attention in this regard should be given to such a field as medicine

Doctor who is responsible for human life and health, and the slightest misunderstanding can lead to irreparable consequences.

One of the most difficult to overcome barriers in communication between the doctor and the patient is the *language barrier*. Sometimes, even if the patient / doctor, being a foreigner, knows the language of the interlocutor at the level of conversation, problems can arise when the doctor calls the term, and the patient with the given term is not familiar or in his language it has a very different meaning

Once we faced a situation after arriving to ufa when therapist said us have your medication from «daruikhana». literally we thought: «Is alcohol is remedy for our disease?». In Bashkirian it means pharmacy but in hindi it is means «daru» – alcohol , «khana» – place.

«Chut-chut» in Russian means little bit but in hindi «chut» is female reproductive organ.

Not only in hindi or Russian but also we have such example in different language and interculture like in Arabian «zub» means male external reproductive organ but in Russian its tooth.

In 2009 in the Estonian city of Tallinn there was a case when at the reception the Estonian doctor turned to the Estonian girl "piiga", which means "girl" from Estonian, and the Russian girl who mistook the word with the English "pig" refused From treatment

Another example of misunderstanding is the Indonesian word "trauma". In Indonesia, it is used to describe the consequences of any adverse actions that lead to mental shock. After this unpleasant action, a bad impression will form and remain in the person

At the same time in these communicative situations, the doctor-patient relationship did not happen anything terrible: the patients simply changed their doctor.

However, there are a number of cases where the health and life of the patient are harmed because of the language barrier.

In 2011 in Taiwan because of a doctor who did not know a foreign language well, the health of several patients was seriously harmed. Since the physician could not correctly translate the results of the analysis from English, the organs of the HIV-infected donor were transplanted to the patients [3].

But in addition to the language barrier, there is also a **cultural barrier**, which should not be forgotten. Representatives of different nationalities have different mentality, temperament, national character, and all this must be remembered.

When working with a patient, the doctor must take into account these factors, otherwise proper treatment and attention will not be given to the patient

After all, the life and health of the patient depends on how the doctor will establish contact and communicate

Most representatives of the eastern people prefer that women are examined by a female doctor, and a man by a male doctor. If these rules are not followed, the patient can not tell the doctor of the opposite sex all of his complaints, he will hesitate, and as a result will refuse.

The situation can be reversed: the doctor can not examine the patient, because one of the main methods of diagnosis are palpation, percussion or examination.

This is due to a lack of understanding of religious principles that limit the contact between a man and a woman. A similar situation can occur during treatment.

In addition to the gender dimension, many other things need to be considered. So, in the eastern countries the people profess Islam, Christianity, Hinduism. In these religions there is the concept of "fasting", during which it is forbidden to eat at certain times of the day, or it is forbidden to take certain foods. For example, meat and animal products.

The doctor needs to ask the patient if he is fasting, and if necessary, give advice that will help to help the favorable outcome of the disease. Thus, the doctor must work with the culture, religion of each given patient, each time applying an individual-personal approach.

International Medical Graduates (IMGs) come from many different countries. How might intercultural communication be important here? The top 10 providers of IMGs are:

1. India—19.9% (47,581)
2. Philippines—8.7% (20,861)
3. Mexico—5.8% (13,929)
4. Pakistan—4.8% (11,330)
5. Dominican Republic—3.3% (7,892)
6. U.S.S.R.—2.5% (6,039)
7. Grenada—2.4% (5,708)
8. Egypt—2.2% (5,202)
9. Korea—2.1% (4,982)
10. Italy—2.1% (4,978)

Results and discussion. It is also important to be constantly working on increasing your knowledge about other cultures and their values and beliefs, especially in relation to health issues. There is no easy way to do this, but learning about other cultures is a lifelong, ongoing process

for those patients who are communicating in a second language, medical terminology—scientific language used by doctors to describe specific medical conditions—can be particularly confusing. And when cultural misunderstandings arise, it can lead to inadequate treatment. This misunderstanding is sometimes called medical miscommunication.

Conclusions. From the above, we can make the following observations and conclusions. The study of intercultural communication is extremely necessary for medical students in order to avoid such cases in their medical activities. We believe that it is extremely necessary to introduce such disciplines or courses on which the future medical worker will be taught different cultures, taking

into account all the "acute angles". In these classes, as we see it, it is necessary to disassemble conflict situations, put the student in a deadlock, from which he will seek out. In our opinion, this will help to develop additional and important competence of the future specialist.

References

1. Barakat N.V. The origins of the concept of "communication" in the field of medicine: interdisciplinary Research // Almanac of modern science and education.2009; № 12-1.P.148-151.

2. Langovitz P. Hospital: The patient refused treatment and misunderstood the doctor [El. Resource]: The site of the newspaper Postimees. URL: http://rus.postimees.ee/182814/bolnica-pacient- otkazalsja-ot-lechenija-i-nevernoponjal-vracha (reference date 03.06. 2016).

3. Mikhailov A. In Taiwan, several patients were transplanted from organs from an HIV-infected donor. [Electronic resource]: The news site of the first channel. URL: http://www.1tv.ru/news/world/183794 (reference date: June 3, 2016).

УДК 616-006-091.8

МОНИКА, МОХД РИДЖВАН

ПАТОХИМИЯ ОПУХОЛЕЙ: СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ И МЕХАНИЗМЫ

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.А. Байгильдина
Кафедра биологической химии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. *Злокачественные опухоли являются одной из наиболее значимых проблем современной медицины. Их эффективное лечение не представляется возможным без понимания молекулярных механизмов канцерогенеза и метастазирования. В обзоре освещены роль адгезивных молекул в канцерогенезе, механизмы метастазирования, множественной лекарственной устойчивости, подходы к клинической диагностике злокачественных опухолей.*

Ключевые слова: *злокачественные опухоли, молекулярные механизмы*

MONIKA, MOHD RIJVAN

PATHOCHEMISTRY OF CANCER: MODERN CONCEPTS AND MECHANISMS

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Professor Asiya A. Baygildina
Department of Biological Chemistry, Bashkirian State Medical University, Ufa

Abstract. *Cancer is one of the most serious problem of modern medicine. Successful treatment of this disease is not possible without knowing of molecular mechanisms of cancerogenesis and metastasing. This article elucidates the role of adhesion molecules, cancer metastasis, multidrug resistance, carcinogens, approaches to the clinical diagnosis of tumor.*

Keywords: *cancer, molecular mechanisms.*

Relevance. Cancer development and progression are aided by the environmental factors, diet, the individuals' genetic makeup as well as epigenetic alterations [8, 9, 20, 21]. Accelerated development of our understanding of cancer biology, mainly inspired by the recent genetic and epigenetic studies led to the reclassification of common cancers [2, 19, 22]. Cancer may be categorized into five basic types based on the cell of origin: (i) carcinoma (epithelial cells), (ii) sarcoma (muscle, bone, cartilage, fat, or connective tissue), (iii) leukemia (blood cells or their precursors), (iv) lymphoma (bone marrow derived cells cancer affects the lymphatic system), (v) myeloma (specific blood cells, B-cells) [3]. But some elements of pathological mechanisms of

tumor development remain unknown. Expanding these views will improve the methods of diagnosis and menegment of tumors.

Objective of research is to analyse and summarize the current literature data about pathobiochemical mechanisms of tumor growth, metastasis and pathochemical bases of multiple drug resistance.

Results and discussion. The role of cell adhesion molecules (cadherins, catenins). In the interaction between cancer (stem) cell and extracellular matrix as well as changes in the expression profile of adhesion molecules as cancer cells leave the primary tumor and travel to form metastases [13]. Cadherins are calcium-dependent, type 1 transmembrane proteins that are important for cell adhesion [20]. E-cadherin plays a major role in morphogenesis, tumorigenesis, development and signal transduction [10, 24]. Cytoskeletal morphology and cell adhesion are closely linked to cell differentiation and stemness. Arguably, one of the most important factors in cell adhesion is the catenin–cadherin interaction. Cadherins are transmembrane proteins that are components of adherens junctions and promote cell adhesion, especially E-cadherin. The catenins family includes cytoskeletal proteins (α-, β-, γ- and δ-catenins) that are important for the formation of adherens junction between cells, due to their ability to link the actin filaments of the cytoskeleton to cadherins. Stemness of the cell can be defined as the capability of self-renewal and developing into more differentiated cell types. This distinctive state of the cell is assigned to various cell types, including embryonic stem cell, tissue-specific stem cell and cancer stem cell. Similarly to embryonic stem cell, the induced pluripotent stem cells are also capable to differentiate into all three germ layers (pluripotency) [13]. Human embryo stem cell and induced pluripotent stem cell display high levels of E-cadherin which is important for self-renewal and maintenance of the undifferentiated state in mouse embryonic stem cell and human embryonic stem cell. Its expression is downregulated during transformation of the normal cells to malignant ones [11, 14, 16].

Cancer metastasis. Most cancer-associated morbidity and mortality (~90%) are caused by tumor cell metastasis, rather than by tumor development at its primary site [7, 12]. Tumor metastasis can be defined as the development of satellite tumors (typically in distant organs or in lymph nodes) from malignant cells originated from the primary tumor and acquisition of invasiveness and anchorage-independent survival are main events in metastasis [23]. The key events that occur in metastasizing tumor are as follows: (i) the increase of tumor mass leading to hypoxia-induced tumor angiogenesis, (ii) pre-metastatic niche formation, (iii) loosening of adherence between cell and basilar membrane (typically, downregulation of E-cadherin), (iv) invasion through the basilar membrane supporting the endothelium of local blood vessels, (v)

intravasation of the tumor cell into blood or lymphatic vessels (this step is followed by spread of the tumor cell to distant anatomical sites), (vi) adherence of the tumor cell in circulation to the endothelial cell lining the target organ site, (vii) extravasation of the tumor cell and (viii) growth of the tumor (secondary) at the invaded anatomical/organ site [1].

Multidrug resistance of cancer. One of the major problems related with anticancer chemotherapy is resistance against anticancer drugs. Some cancers such as non-small cancer, lung cancer, and rectal cancer show what is called primary resistance or natural resistance in which they do not respond to standard chemotherapy drugs from the beginning. On the other hand, many types of sensitive tumors respond well to chemotherapy drugs in the beginning but show acquired resistance later. Experimentally, drug resistance could be very specific to the drug used due to abnormal genetic machinery such as gene amplification within tumor cells in many cases. Multidrug resistance (MDR) is especially problematic in acquired drug resistance. MDR is the phenomenon in which cancer cells exposed to one anticancer drug show resistance to various anticancer drugs that are structurally and functionally different from the initial anticancer drug. The most investigated mechanisms with known clinical significance are: (i) activation of transmembrane proteins effluxing different chemical substances from the cells; (ii) activation of the enzymes of the glutathione detoxification system; (iii) alterations of the genes and the proteins involved into the control of apoptosis (especially p53 and bcl-2). The cell membrane, cytoplasm, and nuclear protein participate in these resistance mechanisms [17]. The resistance mechanism is called typical MDR or classical MDR when overexpression of the membrane efflux pumps is involved in MDR. The classical MDR is due mostly to increased efflux pumps in the cell membrane of cells pumping anticancer drugs out of cells. The most typical efflux pumps in the cell membrane is P-glycoprotein having the molecular weight of 170 KD, due to the gene amplification of the normal human gene, MDR1 [15]. The efflux pump P-glycoprotein is responsible for transporting various xenobiotics (not limited to anticancer drugs) out of cells by using ATP [4]. P-glycoprotein is one of the membrane transporter superfamily having the ATP-binding cassette (ABC) with well-preserved homology of the site where ATP binds. There are more than 100 ABC transporters distributed from prokaryotes to humans. Forty-eight ABC genes have been reported in humans, among which the functions of 16 genes have been determined and 14 genes are related with diseases present in humans (cystic fibrosis, adrenoleukodystrophy, Stargardt's disease, drug-resistant tumors, Dubin-Johnson syndrome, Byler's disease, progressive familiar intrahepatic cholestasis, X-linked sideroblastic anemia, ataxia, and persistent and hyperinsulinemic hypoglycemia in children) [5, 6].

Conclusion. The principal pathobiochemical mechanisms of tumors growth, metastasis and pathochemical bases of multiple drug resistance are downregulation of E-cadherin by tumor cells,

alterations of the genes and the proteins involved into the control of apoptosis (suppression of proapoptic genes and activation of antiapoptic ones), synthesis of special P-glycoprotein that is responsible for transporting various xenobiotics (not limited to anticancer drugs) out of cells by using ATP. It is important to understand the molecular bases of oncogenesis which may allow us to reach at a better level of treatment procedures.

References

1. Brooks S.A., Lomax-Browne H.J., Carter T.M., Kinch C.E. Molecular interactions in cancer cell metastasis // Acta Histochem. 2008. V. 1, № 112. P. 3-25.
2. Ciriello G., Miller M.L., Aksoy B.A., Senbabaoglu Y. Emerging landscape of oncogenic signatures across human cancers // Nat. Genet. 2013. V. 45, № 10. P. 1127-1133.
3. Cancer Development [Electronic resource] URL https://www.cancerquest.org/cancer-biology/cancer-development (date of reference: 31.03.2017).
4. Di Pietro A., Dayan G., Conseil G., Steinfels E. P-glycoprotein-mediated resistance to chemotherapy in cancer cells: using recombinant cytosolic domains to establish structure-function relationships // Braz. J. Med. Biol. Res. 1999. V. 32. P. 925-939.
5. Dean M., Hamon Y., Chimini G. The human ATP-binding cassette (ABC) transporter superfamily // J. Lipid Res. 2001. V. 42. P. 1007-1017.
6. Efferth T. The human ATP-binding cassette transporter genes: from the bench to the bedside // Curr. Mol. Med. 2001. № 1. P 45-65.
7. Fidler I.J. The pathogenesis of cancer metastasis: the ‘seed and soil’ hypothesis revisited // Nat. Rev. Cancer. 2003. № 3. P. 453–458.
8. Gasparini G., Longo R. The paradigm of personalized therapy in oncology // Expert Opin. Ther. Targets. 2012. № 16. P. 7-16.
9. Gurevich-Panigrahi T., Panigrahi S., Wiechec E., Los M. Obesity: pathophysiology and clinical management // Curr. Med. Chem. 2009. № 16. P. 506-521.
10. Gumbiner B. M. Regulation of cadherin-mediated adhesion in morphogenesis // Nat. Rev. Mol. Cell Biol. 2005. № 6. P. 622-634.
11. Li R., Liang J., Ni S., Zhou T. A mesenchymal-to-epithelial transition initiates and is required for the nuclear reprogramming of mouse fibro blasts // Cell Stem Cell. 2010. № 7. P. 51-65.
12. Los M. New, exciting developments in experimental therapies in the early 21st century // Eur. J. Pharmacol. 2009. V. 625. P. 1-5.
13. Mitalipov S., Wolf D. Totipotency, pluripotency and nuclear reprogramming // Adv. Biochem. Eng. Biotechnol. 2009. V. 114. P. 185-199.

14. Ohgushi M., Sasai Y. Lonely death dance of human pluripotent stem cells: ROCKing between metastable cell states // Trends Cell Biol. 2011. № 21. P. 274-282.
15. Riordan J.R., Ling V. Purification of P-glycoprotein from plasma membrane vesicles of Chinese hamster ovary cell mutants with reduced colchicine permeability // J. Biol. Chem. 1979. № 254. P. 12701-12705.
16. Soncin F., Mohamet L., Eckardt D., Ritson S. Abrogation of E-cadherin-mediated cell-cell contact in mouse embryonic stem cells results in reversible LIF-independent self-renewal // Stem Cells. 2009. № 27. P. 2069-2080.
17. Stavrovskaya A.A: Cellular mechanisms of multidrug resistance of tumor cells // Biochemistry. 2000. V. 65. P. 95-106.
18. Takeichi M. Morphogenetic roles of classic cadherins // Curr. Opin. Cell Biol. 1995. № 7. P. 619-627.
19. Ueno T., Emi M., Sato H., Ito N. Genome-wide copy number analysis in primary breast cancer // Expert Opin. Ther. Targets. 2012. V. 16. P. 31-35.
20. Virani S., Colacino J.A., Kim J.H., Rozek L.S. Cancer epigenetics: a brief review // ILAR J. 2012. V. 53, № 3-4. P. 359-369.
21. Wiechec E., Wiuf C., Overgaard J., Hansen L.L. High-resolution melting analysis for mutation screening of RGSL1, RGS16, and RGS8 in breast cancer // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 2011. № 20. P. 397-407.
22. Wiectec E. Implication of genetic instability in the diagnosis and treatment of breast Cancer // Expert Rev. Mol. Diagn. 2011. V.11, № 4. P. 445-453.
23. . Weber G.F. Molecular genetics of metastasis. eLS . John Wiley & Sons Ltd, Chichester. 2001. DOI: 10.1002/9780470015902.a0022447.
24. Zohn I.E., Li Y., Skolnik E.Y., Anderson K.V., Han J. p38 and a p38-interacting protein are critical for downregulation of E-cadherin during mouse gastrulation // Cell. 2006. V. 125. P. 957-969.

УДК 616.36-002

Д. М. МУЛЮКОВА

«ЛАСКОВЫЙ УБИЙЦА»

Научный руководитель - преподаватель Л.Р. Хафизова

Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

***Резюме**: Среди вирусных гепатитов с парентеральным способом передачи гепатит С представляет собой наиболее значимую проблему здравоохранения. Прежде всего, это связано с глобальным распространением инфекции, высоким уровнем заболеваемости, склонностью к формированию хронических форм инфекции, приводящих к циррозу, первичному раку печени; вирус гепатита С способен поражать многие органы и ткани человека. В то же время, в практическом здравоохранении до сих пор нет вакцины против этой инфекции, а применяемые сегодня лечебные препараты всё ещё малоэффективны, дорогостоящи и не являются безвредными для здоровья человека.*

***Ключевые слова**: гепатит С, вирус, проблема, симптомы, лечение, профилактика.*

D.M. MULYUKOVA

“GENTLE MURDERER”

Scientific Advisor –L.R. Khafizova

Department of foreign languages with the course of Latin, Bashkir State Medical University, Ufa

***Abstract:** Hepatitis C is the most significant public health problem among viral hepatitis with parenteral transmission. First of all, this is due to the global spread of the infection, high levels of morbidity, the ability to form chronic infection, leading to cirrhosis, to primary liver cancer. An addition, hepatitis C virus is able to infect and cause pathological changes in different kind of human organs. At the same time there is still no vaccine against hepatitis C and the medicines currently used still little effective, expensive and not to be harmless to the person.*

Keywords: *hepatitis c, virus, symptoms, diagnostics , prevention.*

Actualité: Le problème de la diffusion de l'hépatite C est à présent actuel et porte non seulement médical, mais aussi le caractère social. D'après les données de l'organisation de la santé publique de la Russie 130 – 170 millions de personnes du monde sont chroniquement infectés par l'hépatite C, 3- 4 millions sont infectés chaque année, et plus de 350 mille personnes meurent. [1] Et si prendre en considération que dans plusieurs pays n'est pas du tout tenu la comptabilité infecté, on peut seulement présenter autant plus haut paramètres réels. Chaque année ces chiffres grandissent, et la mortalité augmente qui est causée par le facteur hématogène. Le niveau de la morbidité dans les différents continents du monde hésite de 0,6 - 1,4 % aux États-Unis jusqu'à 4–5 % dans les pays africains. En Russie on enregistre d'environ trois millions des personnes infectés (près de 2 % de la population). Une des raisons principales de la large expansion de l'hépatite est l'utilisation des méthodes dangereuses de la transfusion sanguine et l'utilisation réitérée des aiguilles et des seringues, qui ne sont pas dûment stérilisés. L'utilisation partagée des aiguilles, des seringues et d'autres attributs utilisés des drogues représente le danger sérieux [1].

Objectif de recherche: L'article donné est écrit en vue de présenter de la génération montante de l'hépatite C, ses symptômes, les méthodes du traitement et d'expliquer l'importance de la prévention de la santé.

Matériels et methods: Des manuels de médicine, des ressources d'Internet, des revues scientifiques russes et français sont étés étudiés par nous.

Résultats et discussion: L'hépatite C est une maladie inflammatoire du foie provoquée par le virus correspondant et est capable d'amener à l'écrevisse et la cirrhose sous la forme chronique. D.K.Lev appelle l'hépatite comme «décimateur tendre». Le nom de cette maladie est justifié parce que la particularité de l'hépatite C consiste à son courant notamment assymptomatique. [2]. Et bien qu'il soit la maladie du foie, aujourd'hui on a prouvé que l'hépatite C est une infection de tout organisme. Celui-ci "omnivore" par rapport aux tissus le virus est capable de provoquer la pathologie de plusieurs organismes : le diabète, la défaite des ganglions lymphatiques, le système nerveux et le myocarde, la maladie de la peau et les dysfonctions sexuelles. Ce n'est pas toute la liste des conséquences de cette maladie. Selon les pronostics des spécialistes dans 10 ans la quantité malade de l'ictère hépatocellulaire augmentera de 55 %, l'écrevisse du foie de 70 %, pronostique aussi la croissance de la mortalité d'autres maladies du foie presque à 2 fois. Selon les relevés statistiques on sait que seulement 6-7 % infecté par ce virus périssent en raison de la manifestation les infections. La mortalité de l'hépatite C à la progression de la maladie arrive à 57 % des cas de la cirrhose du

foie, à 43 % de les carcinomes. Chaque deuxième cas de la maladie par l'hépatite est lié à l'introduction intraveineuse des moyens narcotiques. Les autres 50 % sont venus sur l'hémophile, les patients, les chirurgiens, les dentistes, les infirmières, les coiffeurs. Autrement, tous les personnes ont rapport d'une manière ou d'une autre au sang infecté de la personne ou avec des produits.

Au traitement de l'hépatite on peut mettre en relief le mode de vie sain et le moyen médicamentaire. Grâce au mode de vie sain (les bons repos, la boisson abondante, l'alimentation saine) 20 % des personnes infectées de l'hépatite aiguë guérissent elle-même.

Au médicamentaire on utilise la thérapeutique par les préparations contre des virus, à savoir l'interféron ou l'interféron à la combinaison avec du virasol . Il se caractérise par l'efficacité peu élevée (non toutes les infections provoquées par de différents génotypes de l'hépatite dans le degré identique cèdent au traitement avec l'interféron)[3]. Les vaccines de l'hépatite C n'existent pas, c'est pourquoi il faut révéler prendre tous les mesures de l'élimination jusqu'aux progressions de la maladie.

La maladie passe le plus souvent sans symptôme. Quand même certaines manifestations non spécifiques sont possibles : la fatigue, la fatigue augmentée, la nausée, la perte de l'appétit, le poids dans l'hypocondre droit, la douleur dans les articulations, les violations du rêve, la démangeaison cutanée.

Malheureusement, au mode de vie actuel des gens ils ne remettent pas les analyses en temps voulu en conséquence de quoi sur la maladie apprennent seulement dans sa manifestation sous la forme aiguë. Absolument, il y a des exceptions. Mais en général cela se passe seulement dans les cas où la personne est tombée malade de quelque chose par l'autre. A notre avis chaque mois ou quand même chaque année il est nécessaire de remettre les analyses et se contrôler sur la détection du virus des hépatites, à savoir les anticorps Anti-HCV. La place spéciale dans la prophylaxie de la maladie est occupée par l'inspection des donneurs du sang et l'observation des précautions universelles aux médicaux Par ailleurs il est nécessaire de passer la propagande du mode de vie sain et la conversation dans les institutions d'étude.

L'octroi des nouvelles aiguilles et des seringues , ainsi que les traitements contre l'abus par les substances psychoactives réduisent le risque la contamination chez les toxicomanes sur 75 %.

Conclusion: Ayant analysé des articles des revues scientifiques et des ressources d'Internet nous sommes arrivés à la conclusion :

1. L'hépatite C est répandu, dangereux, infectieux et amène au développement de la cirrhose et l'écrevisse du foie;

2. Les méthodes modernes du diagnostic de l'hépatite sont dirigées sur la révélation précoce du virus ;

3. L'hépatite C est le problème le plus sérieux de la médecine moderne. Il est important de passer les mesures les plus possibles prophylactiques et les conversations avec la population, par exemple les cours dans les institutions d'étude pour mettre en garde les gens de la maladie donnée.

Littérature:

1. Deryabin P.G., Chakhgildyan I.V. L'hépatite C: les problèmes fondamentaux et appliqués// L'étude de l'évolution des virus dans le cadre des questions de biosécurité et d'infections socialement significatives/ Réd.: académicien D.K. Lvov Д.К., L.V. Ourivaev membre correspondant.- M., 2011. -p.89-98.
2. Lvov D.K. L'hépatite virale C est un «décimateur tendre» // Revue gastroentérologique russe - 1995. - № 1. -p. 4-6.
3. Les problèmes et défis liés au VIH/SIDA [Ressource électronique]: URL: http://conte.u-bordeaux4.fr/Enseig/trav_etudiants/sida/Problemes%20actuels.htm(date de la consultation: 29.03.2017).
4. MondelliM.U., Silini E. Importance clinique du virus de l'hépatite C génotypé // J. Hepatol. - 1999. -V. 31 (Suppl. 1). - P. 65-70.

УДК 617.542

Р. А. НАФИКОВА, Г. Р. ВАЛЕЕВА, Е. С. СЕМЕНОВА, Э. Ф.ЗАГИДУЛЛИН

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ЭМФИЗЕМЫ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – д.м.н., проф. А. А. Гумеров

Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: *эмфизема средостения и подкожная эмфизема – это скопление воздуха в подкожно-жировой клетчатке. Эмфизема является осложнением различных заболеваний грудной полости и может сдавливать органы, сосуды и нервные стволы и в некоторых случаях приводит к состояниям, угрожающим жизни. Врачи должны немедленно оценивать состояние пациента и выбирать способ лечения.*

Ключевые слова: *эмфизема средостения, подкожная эмфизема, детская хирургия.*

R.A. NAFIKOVA, G.R. VALEEVA, E.S.SEMENOVA, E.F.ZAGIDULLIN

THE FEATURES OF THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF THE PNEUMOMEDIASTINUM

Scientific advisor – Ph.D. in Medicine, Full professor A.A. Gumerov

Pediatric surgery department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *the pneumomediastinum and subcutaneous emphysema are collection of the air in the fat tissue. These are complications of the different diseases of the thoracic cavity which should compress organs and be life-threatening in some cases. A doctor must evaluate conditions of the patient instantly and choose way of treatment.*

Keywords*: pneumomediastinum, subcutaneous emphysema, pediatric surgery.*

Relevance: Pneumomediastinum (PM) is an accumulation of the air in the subcutaneous (SC) fat in the mediastinum. The air can spread into the subcutaneous fat of the neck, chest, abdomen, perineum and thighs. It is rare in children and in the most cases PM is benign, but if the air squeezes the veins cava and the right atrium it can lead to extrapericardial tamponade and may be fatal. PM is topical in pediatric surgery so every doctor must know clinical features of the PM, proper assess of the condition, treat children timely and prevent developing of complications [1].

Purpose of the research: analysis of diagnostic and treatment of the pneumomediastinum. **Materials and methods** of the research: we retrospectively reviewed 11 children with PM, who were treated in Republican children's hospital in Ufa from 2007 to 2016. The age of patients was

from 1 to 13 years old. There are 6 boys and 5 girls had the PM. The patients were admitted to the hospital from 6 hours to 6 days after developing of the disease. In the most cases PM appeared as a complication of the acute destructive pneumonia (6 cases), the perforation of the esophagus (2), the wound of the pericardium (1), the wound of the trachea (1) and the bronchial asthma (1).

There are two types of PM with different clinical features and prognosis: simple and progressive [2,3]. The children who had the progressive type of PM (7) had dyspnea, cough, cyanosis, hoarse voice, anxiety, labored respiration and pain in the chest. They had specific appearance: inflated neck, face, eye's area and asymmetric thorax. During the physical examination we found subcutaneous crepitation, on auscultation was a silent chest. The children with the simple type of PM (4) had all signs of the PM except increasing of the intrathorax pressure, hoarse voice and labored respiration.

All patients were taken blood and urine analysis, chest X-ray and computed tomography scan in some cases [4]. Chest X-ray confirmed the presence of subcutaneous emphysema and pneumomediastinum – stripe of the air and enlightenment of the lungs area [Figure 1]. CT scan revealed the presence of PM around the lungs, heart, aorta, pulmonary truncus and bronchial structures and subcutaneous emphysema which dividing the muscle compartments of cervical regions, supraclavicular, and under thorax and abdominal walls [Figure 2].

Treatment may be conservative and operative [5]. The method of treatment depends on condition of the patient and involvement of emphysema. If the SC emphysema extends along new region of the body and we find crepitation on palpation it is an indication for the surgical intervention.

7 children were made an operation – mediastinotomy. 5 children were made it immediately after admission when the air was in PM only or had spread into the SC of the neck. 2 children were admitted to the clinic late, because they went from so far district of Ufa.

Results: the patients with simple type of the PM were treated conservatively. The time of resolution of the emphysema was from 8 hours to 5 days. The children who were made a mediastinotomy had resolution PM from 20 hours to 7 days [Figure 3]. It depended on how fast doctors found crepitation and how right estimated condition of the patient.

We observed patients further and got the catamnesis: nobody had complications and relapse after this disease. Every patient followed the recommendations, were taken blood and urine analysis, chest X-Ray in domiciliary clinics.

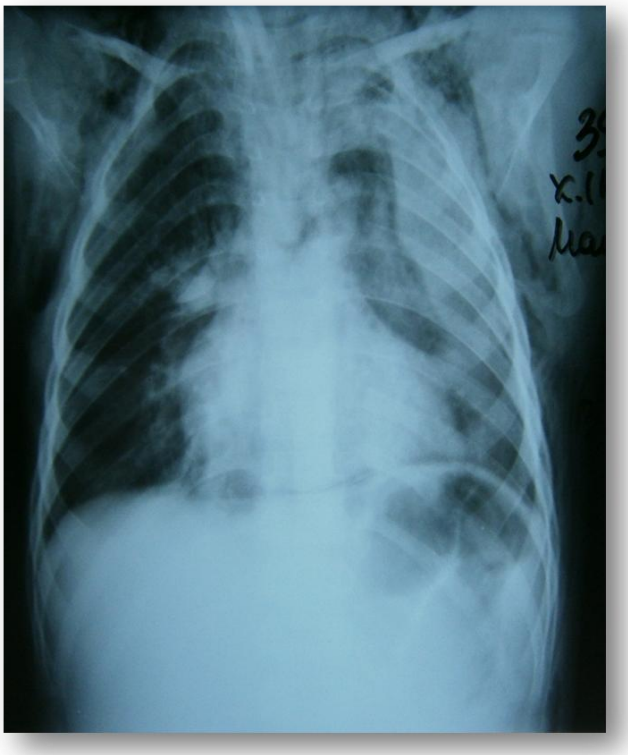


Figure 1. The features of the pneumomediastinum on the chest X-Ray.

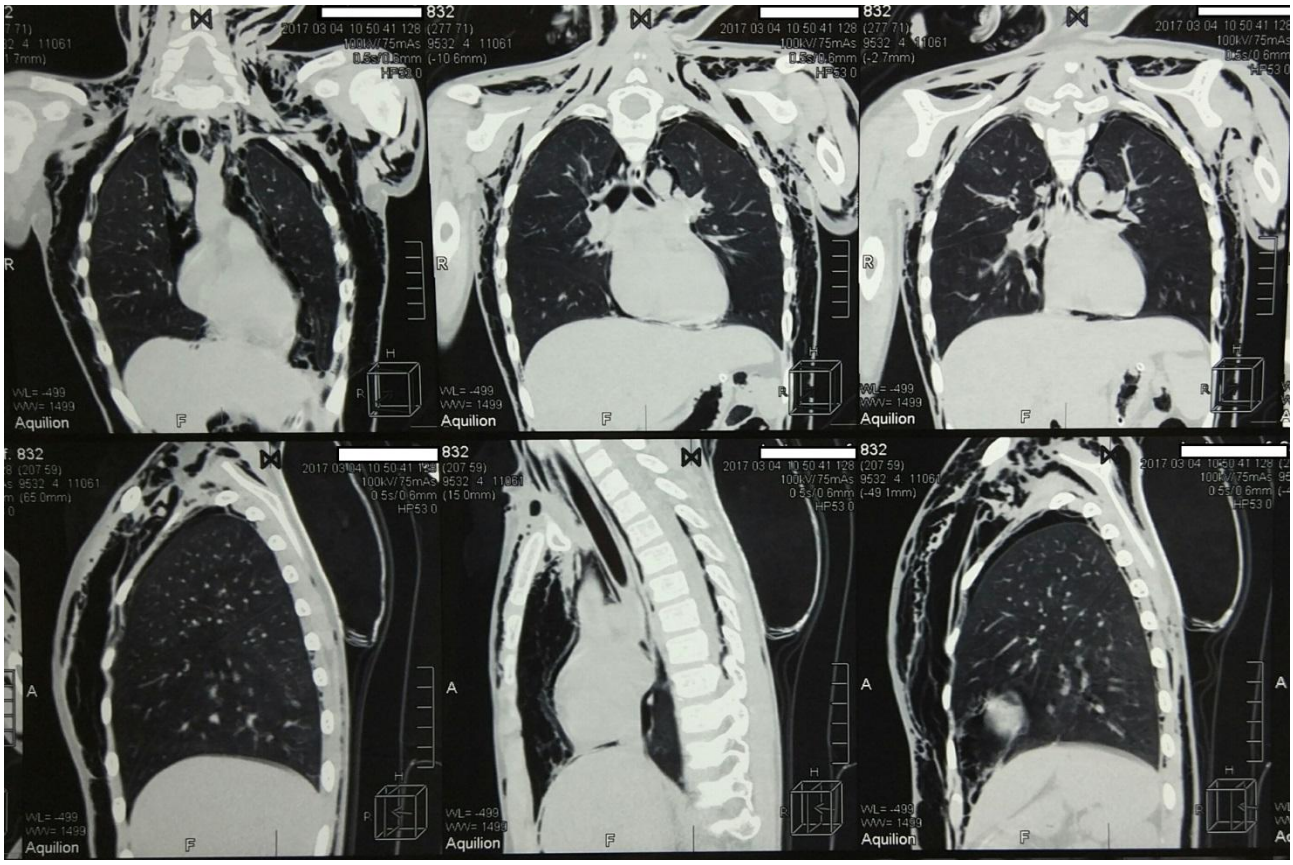


Figure 2. The features of the pneumomediastinum and the subcutaneous emphysema on the chest CT scan.

Conclusions: pneumomediastinum secondary to different diseases of the mediastinum's organs could be life-threatening in some cases. The condition of the patients and indications for invasive interventions should be assessing immediately. The period of resolution emphysema depends on time of starting treatment, severity of the general disease and the immunity system of the patients.

References:

1. Reed JA, Larson KE, Hsu BS. Spontaneous pneumomediastinum with subcutaneous emphysema: Report of two pediatric cases.
S D Med. 2013;66:89, 91–3.
2. Giuliani S, Franklin A, Pierce J, Ford H, Grikscheit TC. Massive subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, and pneumopericardium in children. J Pediatr Surg. 2010;45:647–9.
3. Hartman ME, Linde-Zwirble WT, Angus DC, Watson RS. Trends in admissions for pediatric status asthmaticus in New Jersey over a 15-year period. Pediatrics. 2010;126:e904–11.
4. Zhang XY, Zhang WX, Sheng AQ, Zhang HL, Li CC. Diagnosis and prognosis of spontaneous pneumomediastinum in eighteen children. Zhonghua Er Ke Za Zhi. 2013;51:849–51.
5. Meireles J, Neves S, Castro A, França M. Spontaneous pneumomediastinum revisited. Respir Med CME. 2011;4:181–8.

УДК 613.5

И. Е. НЕБОЖИН, А.Д. ВАСИЛЕВСКАЯ, В.А. ГАЛИЧИНА, К.С. ПОПОВ

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ КУХОННЫХ ПОМЕЩЕНИЙ СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Научный руководитель: к.м.н., доцент Васильева И.В.

Кафедра общей гигиены, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Резюме: *целью исследования было проведение санитарно-эпидемиологического контроля кухонь среднестатистического населения, чтобы дать обывателям соответствующие рекомендации по улучшению состояния их кухонных помещений с точки зрения норм гигиены.*

Ключевые слова: *микроорганизмы, обсемененность, санитарно-эпидемиологические нормы, освещенность, проветриваемость.*

I.E. NEBOZHIN, A.D. VASILEVSKAYA, V.A. GALICHINA, K.S. POPOV

SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL CONTROL OF CITIZENS KITCHENS

Research advisor: Assistant professor, MD I.V. Vasilyeva

General Hygiene Department, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg

Abstract: *main purpose of the research was to control sanitary and epidemiological state of citizens' kitchens to come up with corresponding advises on improvements of their kitchens' hygiene.*

Keywords: *microorganisms, bacterial occupation, sanitary and epidemiological standards, illumination, aeration.*

Relevance: It is common in many families that kitchen is a home’s heart, but on the other hand it is also one of the main source of many toxicological infections and intoxications: kitchen-ware, cooking supplies and inventory are great mediums where bacterias vegetate. Microorganisms can easily get into food from those surfaces. However, not everybody is familiar with simple hygiene rules which can prevent many digestive disorders and poisonings. The aim of our research was to

investigate kitchen hygiene problems, raise awareness and come up with helpful tips on how to simple and at the same time effectively maintain kitchen's household healthy. We also evaluated kitchen's illumination and airing levels, which are as well as a cleanliness are essential in comfort making.

Objective:

1. Determine the level of microorganisms occupation on most used kitchen equipment (refrigerator, microwave, chopping board, cooking table) to come up with recommendations on ways of using and disinfection of kitchen-ware.
2. Evaluate levels of illumination and airing in the kitchen.
3. Ascertain if people are aware of sanitary code.

Materials and methods:

1. Sanitary and bacteriological method: using 25 cm^2 stencil washouts from every investigated surfaces in 4 different points were made. After that sowing on beef-extract agar was made. Then icubating in thermostat at 37^oC during 2 days was performed. Later we performed a fixation and Gram's stain. Then we evaluated general number of colonies, their morphologic and cultural characteristics. 5 different kitchen spaces were investigated. Also inoculation of medium on Endo agar took place to discover lactose positive E. coli. All needed reagents were provided by "GEMSTANDART Company" located in St.-Petersburg (www.gemstandart.ru).
2. 250 people participated in online poll. The results were used for the purpose of clarifying the level of population's general knowledge on sanitary code.
3. Using calculation method we evaluated kitchens' sanitary state. The results were based on recommended sanitary standards and the following indexes were measured: air temperature, aeration, illumination and deepening of work surfaces.

Results and discussion: Refrigerators and chopping boards were the most contaminated. E.Coli were found in 1 out of 5 washouts from the refrigerators in 5 different kitchens. The online poll results confirmed that 40% of polled clean their fridges less than once a year, more than 50% stated that they use one cutting board for all types of food, only 25% use boiling water to clean cutting boards after using them.

After calculations were done the results were as follows (original data is presented in Table 1):

- Average temperature in the kitchens is not above standard measure. Only one woman noted that the temperature is higher than the average, which was felt by many other people

visiting the kitchen. It may be related to poor airing of the room.

- Aeration index is higher than the average in 94% of cases. In one case the airing was impossible due to a broken window.
- In 94% of cases illumination level is sufficient.
- Deepening index in many cases is not sufficient, that leads to poor lightning in different parts of the room.
- Level of candlelight is normal in only 12% of cases. The worst results got people who use incandescent lamps.

Indicators of hygiene in kitchens

Table 1.

Index **№**	**Temperature, °C**	**Aeration**	**Illuminance**	**Deepening**	**Illuminance of work surfaces, lx**
Standard	**18-26**	**0.02-0.033**	**0.1-0.125**	**≥ 1:2.2**	**75**
1	26	0.08	0.3	1:1.07	68
2	22	0.075	0.24	1:1.11	80
3	28	0.15	0.13	1:1.56	61
4	24	0.09	0.2	1:1.4	40
5	25	0.08	0.22	1:1.2	53
6	23	0.13	0.3	1:1.4	15
7	24	0.04	0.2	1:4.3	45
8	22	0.02	0.18	1:1.7	40
9	25	0.23	0.2	1:1.11	56
10	25	0.07	0.14	1:1.9	36
11	22	0.14	0.13	1:1.8	64

12	22	0.2	0.16	1:2	42
13	21	0.03	0.07	1:3.5	36
14	24	0.08	0.16	1:2	57
15	26	0.11	0.28	1:0.8	102

Conclusions: after the results of our research were analyzed, we arrived to conclusion that the most infected and contaminated areas are ones which are less exposed to frequent disinfection (dinner table is cleaned every day and fridge is cleaned less than 2 times a year, for example) and surfaces which are most often contact with contaminated foods (cutting boards when used with food not being processed by heat beforehand). The reason for it may be population's poor conversance with sanitary and hygiene. Lack of illumination and airing is also very important sign which shows many people's incompetence. For instance, the lowest results were obtained during research in kitchens provided with incandescent lamps, the highest results got LED and Halogen lamps-equipped kitchens.

Reference list:

1. Pozdeev O. K. *Meditsinskaya Microbiologiya* [Medical Microbiology] / Moscow, GAEOTAR-MED Publ., 2002, 786 p.
2. Pumyancev G. I. *Gigiena: uchebnik* [Hygiene: textbook] / Moscow, GAEOTAR-MED Publ., 2005, 608 p.
3. SanPiN 2.1.2.2645-10 Sanitary-epidemiological requirements to living conditions in residential buildings and premises (in Russian)
4. SanPiN 2.2.1/2.1.1.1278-03 Hygienic requirements to natural, artificial and combined lighting of residential and public buildings (in Russian)

УДК 616.34-002-036.82/.83-053.81:615.8

Н.И.ПРИВАЛОВА

ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Научный руководитель - д.м.н., профессор О.А. Поддубная

Кафедра восстановительной медицины, физиотерапии и курортологии, Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск.

Резюме: *Синдром раздраженного кишечника (СРК) - это симптомокомплекс, при котором отмечаются функциональные нарушения кишечника и абдоминальной дискомфорт при отсутствии органических заболеваний. Каждый третий пациент на земле страдает от данного синдрома среди них большая часть - это женщины (3:1), основные способы лечения медикаментозные. Выбор программы лечения определяется взаимодействием нескольких факторов и зависит от ведущего симптома (боль, метеоризм, диарея, запор), его тяжести и влияния на качество жизни больного, а также от характера поведения пациента и его психического состояния.*

Ключевые слова: *комплексная физиотерапия, крайне-высокочастотная терапия, амплипульстерапия.*

N.I. PRIVALOVA

OPPORTUNITIES PHYSICAL THERAPY IN THE IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Scientific supervisor – Ph. D. in medicine, Full professor O. A. Poddubnaya

Department of rehabilitation medicine, physiotherapy and balneology, Siberian state medical University, Tomsk

Abstract: *Irritable bowel syndrome (IBS) is a syndrome in which the observed functional disorders of the bowel and abdominal discomfort in the absence of organic disease. Every third patient on the ground suffering from this syndrome among these the most part are women (3:1), the main methods of treatment of drug. The treatment is determined by the interaction of several factors and depends on the leading symptom (pain, flatulence, diarrhea, constipation), its severity and impact on quality of life, and the nature of the patient's behavior and mental state.*

Key words: *complex physical therapy, extremely high frequency therapy, amplipulsetherapy.*

Relevance. Currently irritable bowel Syndrome (IBS) occurs in 20-30% [3] of the population and is often used as a reason for consultation with a practitioner. The disease causes great economic

damage to society as the performance of direct costs for medical care and treatment, and indirect indicators, including the payment of temporary disability. Rehabilitation treatment of patients with IBS is rarely used, the basic principles of therapy include the designation of drugs [1], without taking into account their side effects. Considering all the above factors, we came to the conclusion about necessity of development of systems of medical rehabilitation to improve quality of life of the patients.

Objective. to develop a set of rehabilitation for patients with irritable bowel syndrome.

Materials and methods. Based on the criteria of IBS (a disease duration of more than 3 months, diarrhea at least 3 times a day, constipation at least 3 times a week and the lack of exclusion criteria) the study was included at this point 50 people, the ratio of the floor - 4:1(women to men). All young people aged 20 to 35 years, the polytechnic university students were divided into 2 groups and received basic therapy, including diet (by Pevsner) number 3 in IBS with constipation, number 4 in IBS with diarrhea, mineral water ("Karachinskaya") 3 times a day before meals , strictly dosed at admission, all patients fulfilled the complexes of morning hygienic gymnastics 3 times a week for 30 minutes, toning technique for constipation, as sedative technique with diarrhea, during the course of treatment were massage cervical area, taken for correction of dysbiotic violations and improve the local immune defence probiotic Acipol [2] within two weeks on 1 tablet in the morning on an empty stomach. Also students in addition to basic treatment received amplipulsetherapy (from the device "Amplipuls-5") in 1 group (25 persons) with constipation treatment was conducted in the morning hours (13) with diarrhoea in the evening (12) and the second group of extremely high frequency therapy (EHF-therapy) (n = 25), treatment was conducted in the evening hours (from the device "CEM-TECH "). Before and after treatment all patients consulted a psychologist, if necessary, complementing the combination therapy methods autosuggestive relaxation, therapy. The treatment efficiency was evaluated on the basis of the influence of complex therapy on clinical manifestations of IBS (pain, diarrhea, constipation, heartburn, nausea, etc.) and symptoms of asthenia (headache, fatigue, anxiety) using tests or questionnaires. Among them questionnaire Spielberg Hanina. This is the scale the only technique that allows differentiated to measure anxiety and as personal property and as a state associated with the current situation.

Results and discussion. On the background of complex non-drug therapy was observed positive dynamics of clinical symptoms. Abdominal pain was relieved in 92% of cases in the first group (amplipulse), and 85% in the second group (EHF-therapy), violation of the stool with diarrhea in 94% of cases, with constipation in 98% of cases in the first group, and in 82% when diarrhea is

87% for constipation in the second group. Other symptoms of dyspepsia were controlled in 75% of cases, or significantly decreased their intensity of 25% in both groups. The analysis of the dynamics of the test Spielberg Hanina revealed improvement in both groups: in the first group - personal (62.8 to treatment, 55,2 after treatment) and situational anxiety (52 before treatment, the 51 after treatment), second group – personal (56 to treatment, and 48 after treatment), especially significantly decreased situational anxiety (48,1 to treatment, 41,3 after treatment).

Conclusions. Thus, complex rehabilitation, has a positive effect on the quality of life of these patients, the effectiveness of the treatment in each group can be estimated at 98%, what most shows the use of EHF-therapy patients with severe disorders in the psychoemotional sphere, as a pathogenetic method of treatment, and of amplipulsetherapy patients with dyspeptic disorders as symptomatic therapy.

Reference list:

1. Clinical guidelines of the Russian gastroenterological Association, Association of Coloproctology Russia on the diagnosis and treatment of patients with irritable bowel syndrome. ROS. Sib. of gastroenterology. gepatol. koloproktol.2014; 2:92-102.
2. Poluektova E. A., Kuchumova S. Yu., Shifrin O. S., Sheptulin A. A., Ivashkin V. T. Pathogenic role of intestinal microflora changes in patients with irritable bowel syndrome and the ways of its correction. ROS. Sib. of gastroenterology. gepatol. koloproktol. 2014;3:89-96.
3. Vize-Khripunova M. A., Pashchenko, I. G., Peskov A. B. Irritable bowel Syndrome. Methodical recommendations for teachers, doctors, students. Ulyanovsk; 2003. Ivashkin V. T., Shelygin Y. A., Marshall, E. K., and others.

УДК617-089.844

Д.А.ПРОСВИРИНА, А.Б.ЯГАФАРОВА

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ УХОДА И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Научный руководитель – к.п.н., доцент Л.М. Насретдинова, к.ф.н., доцент О.Н. Гордеева

Кафедра терапии и сестринского дела с уходом за больными, Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *изучена эффективность мероприятий по уходу и реабилитации у пациентов с травмами позвоночника и спинного мозга.*

Ключевые слова: *травмы позвоночника и спинного мозга, профилактика пролежней, реабилитационные мероприятия.*

D.A.PROSVIRNINA, A.B.YAGAFAROVA

STUDY OF EFFECTIVENESS OF IMPLEMENTATION OF CARE AND REHABILITATION MEASURES IN PATIENTS WITH SPINAL AND SPINAL CORD INJURIES

Scientific advisor – Associate Professor, Candidate of Sciences L.M. Nasretdinova, Associate Professor, Candidate of Sciences O.N. Gordeeva

Department of Foreign languages with a course of Latin, Department of Therapy and Nursing Department with General patient Care, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract*: The effectiveness of measures for the care and rehabilitation of patients with injuries of spine and spinal cord has been studied.*

Key words: *spinal injuries and spinal cord injuries, prevention of pressure sores, rehabilitation measures.*

Relevance. Injuries of the spine and spinal cord are the most complicated problem in modern medicine. High mortality, significant disability, considerable state expenditures make this topic

relevant. The aim of our research was to study the effectiveness of the implementation of care and rehabilitation measures in patients with spinal and spinal cord injuries.

The tasks of the research.

14. to study and analyze literary, statistical and Internet resourcesrelated to this problem.
15. develop a questionnaire for patients with spinal cord injury who were receiving treatment in the Republican clinical hospital and to perform it.
16. to study the efficacy of the procedures aimed at the prevention of pressure sores, nursing process and rehabilitation of patients with spinal and spinal cord injuries.
17. to develop a modern model for care and rehabilitation in these patients in the form of a handout "Care of critically ill and prevention of pressure ulcers" and a brochure "A set of exercises for patients with spine injuries".

Materials and methods. We used the following materials: medical case histories, the data of questionnaires and tests, work with patients. The applied research methods included empirical survey, tests; methodological observation, analysis, comparison, and methods of data processing and interpretation.

10 patients of the neurosurgery department, 28 patients of traumatology department, 26 patients of rehabilitation department have been studied.

Results and discussion. At the first stage we conducted literature survey, collected statistical and personal data on the problem under study, which showed the following results:currently injuries of the spine and spinal cord often lead to severe complications including disability[1].

- causes of the most common injuries are road traffic accidents, falling from height, household and sports injuries.

- indicators of lesions of the spine according to the affected areas (cervical part, combined lesions of the thoracic and lumbar areas, lumbar part, thoracic part).

- properly organized and conducted rehabilitation period depends on whether the patient can fully recover from the trauma, stand up and move independently.

- frequency of injuries of the spine and spinal cord is approximately 3000 per 10 million population annually.

- the incidence of spinal injuries ranges from 17 to 35% of all cases associated with damage to the musculoskeletal system.

- complications and consequences of injuries of the spine and spinal cord (infectious-inflammatory complications, neurotrophic and vascular disorders, dysfunction of the pelvic organs, orthopedic effects, other complications).

- complications of injuries occur in 90 % of the cases, and from the spinal cord injury this figure is from 3.7 to 11.8 %.

-mortality rate from the spine injuries is from 16.3 to 35.5%.

- in the Republic of Bashkortostan, according to the statistics of the Health Ministry injuries and accidents reach 8000-10 000 per 100 000 population annually.

The total number of patients with various injuries of the spine and spinal cord, treated in 2016 in Kuvatov Republican Hospital, amounted to more than 90 people.
When analyzing personal data of the patients at the rehabilitation Department of the Republican Hospital, we obtained the following results:

1. The average age of the patients was from 19 to 65 years.
2. Among them 49 were males (76,5%), 15 were females (23,5%).
3. 51 patients were aware of the severity of possible complications (79,6 %), 13 patients were unaware of possible complications (20.3 per cent).
4. All patients were found to hope for a complete recovery, but they were not aware of modern methods of care and rehabilitation, which confirms the hypothesis that there exists a need for the development of a single model of care and rehabilitation of these patients.
5. 5 patients (7,8%) were not ready for active and long term rehabilitation period that was caused by deep depression.

6. 7 patients (10.9%) did not plan to continue rehabilitation in the sanatoria because of the high cost of treatment.

In the second phase, we conducted an analysis of the effectiveness of care and rehabilitation measures at the initial stage and final stage of treatment period of these subjects. We followed up patients and recorded the following factors: general condition, body temperature, appetite, skin condition, activity, mood, and anxiety. The study of psychoemotional state of patients was carried out using the methodology of "Health, activity, mood" (HAM) and test "Self-assessment of mental states". The technique was simple to be performed.

Analysis of well-being of the patients HAM method revealed moderate level of well-being in 16 subjects (25%), and unsatisfactory level of well-being in 48 patients (75%). It is obvious that at the beginning of rehabilitation measures all patients assessed their activity as unsatisfactory because of their immobility or restricted mobility of (2.8+0.12 points). It should be noted that the state of the mood in the majority of patients was scored as moderate level (4,2+0,14 points).

In subjects with the risk of developing pressure sores and exacerbated by their immobility caused by injuries of the spine and spinal cord, we assessed the risk for developing pressure sores using a Waterloo (1985) scale. The data were used in the "Registration card of procedures against bedsores." The assessment was conducted daily, and further it was coordinated with the attending doctor.

Patients with spinal and spinal cord injuries were daily provided with the procedures aimed the prevention of pressure ulcers, which included monitoring and care of the skin, careful examination of bedsores. Patients were instructed to avoid prolonged pressure on the soft tissues. Pillows made of foam rubber were put under vulnerable areas. The patients were instructed to perform passive movements in bed. Skin care was carried out according to the natural needs of the skin condition[2].

Conclusions. Injuries of the spine and spinal cord are the most complicated problem in modern neurosurgery, traumatology and rehabilitation. These patients need proper care and rehabilitation. Implementation of the rehabilitation program, well-organized care helps to create a favorable environment for the patients' recovery. The effectiveness of rehabilitation measures in patients with spinal and spinal cord injuries has been studied. Analysis of psychoemotional state of patients revealed positive dynamics of well-being, activity and mood before and after rehabilitation periods. Positive dynamics reflected in such indicators well-being, personal activity and the state of mood confirm the effectiveness of applied rehabilitation methods, staff professionalism and the potential of the patients' organism. According to the results of the study modern model of care and rehabilitation measures in patients with spinal and spinal cord injuries has been developed.

References

1.BarinovA.N., KondakovE.N.Clinicaland statistical characteristicsofacutespinalcordinjury // Surgeryofthevertebrae — 2010. —№3. —P. 15-18

2. VyatkinaP.A.Amanual for the nurse. — M.:EKSMO, 2013. — P. 608

3. Epifanov V.A,.Epifanov A.B. Restorative treatment in injuries of musculoskeletal system. — M.: KMK, 2012. — P. 480

4. Kachesov V.A. Fundamentals of intensive rehabilitation. Spinal and spinal cord injuries. — SPB.: ELBI – SPB, 2008. — P. 128

5. Semenova O.A. Rehabilitationof post-traumatic patients. — M.: Fenix, 2011. — P. 240

УДК 616-085

М. АМАНЖОЛКЫЗЫ, Ж.Ж.САЕМКОЖИНА

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОРРИГИРОВАННОГО QT ИНТЕРВАЛА С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОАРИТМОГЕННОГО ЭФФЕКТА ААП

Научный руководитель – к.м.н., Т.Н.Жумабаева
Кафедра общей врачебной практики №1 с курсом коммуникативных навыков
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Резюме: *В последние годы большое внимание уделяется изучению вариабельности (дисперсии) величины QT интервала. Цель исследования:изучение параметров корригированного интервала QT по данным ЭКГ у пациентов с ИБС, а также оценка риска неблагоприятных исходов при удлинении интервала QT и увеличении его дисперсии с целью выявление проаритмогенных эффектов антиаритмических препаратов.*

Ключевые слова*: корригированный QT, ИБС, антиаритмические препараты, удлинение интервала QT.*

M. AMANZHOLKYZY, Zh.Zh. SAYEMKOZHINA

DIAGNOSTIC CONSIDERATION AND DEFINITION OF THE QT(C) INTERVAL FOR EARLY DETECTION PURPOSE OF PROARRHYTHMIC EFFECT OF AAD

Scientific Advisor – Candidate of Medical Science T.N. Zhumabayeva
Department of general medicine practice №1 with a course of communicative skills
West Kazakhstan State Medical University named after Marat Ospanov
Aktobe city, the Republic of Kazakhstan

Abstract: *In recent years, much attention is paid to studying of variability (dispersion) of the QT interval. Study the parameters of the QT correlated interval from the ECG data on the patients with coronary artery disease, also assessment of the risk of adverse outcomes with prolongation of the QT interval and increase its dispersion in order to identify proarrhythmogenic effects of antiarrhythmic drugs.*

Key words: *corrected value of the QT interval, CHD, antiarrhythmic drugs,prolongation of the QT*

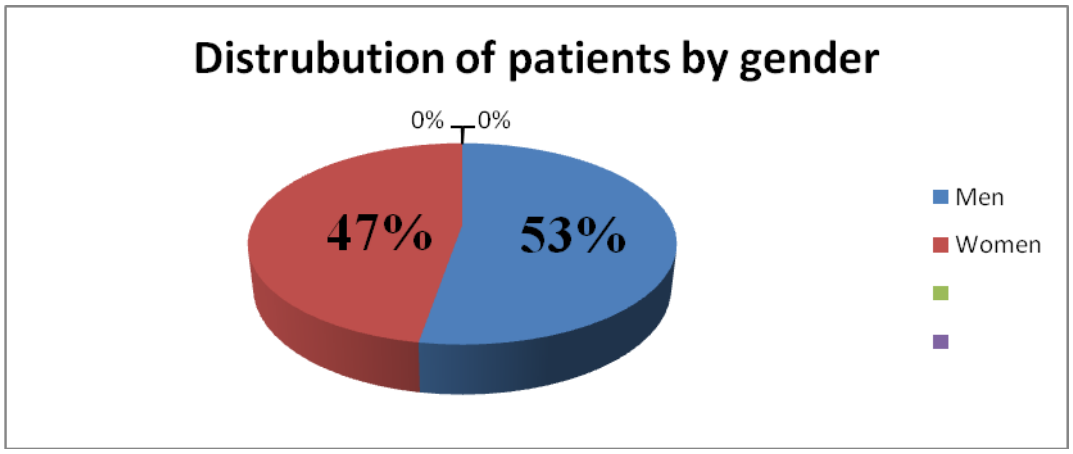
Relevance. In recent years, much attention is paid to studying of variability (dispersion) of the QT interval of the repolarization as the increased variance of the QT interval is also a factor in the development of a number of serious rhythm disturbances, including sudden death. The duration of the QT interval depends on the heart rate and the patient gender. Therefore, not the absolute, the used corrected value of the QT interval (QTc), which is calculated by the Basett formula(Pic.2). Acquired prolongation of the QT interval may occur when atherosclerotic or acute myocardial ischemia and myocardial infarction. Elongation of the QT interval can be observed in sinus bradycardia, atrioventricular blockade, chronic cerebrovascular insufficiency and brain tumor. Prolonged QT interval can occur in cases of electrolyte balance disorders with hypokalemia, hypocalcemia, hypomagnesemia. According to the observational prospective study by Pickham D. and co-author, in acute patients who were on treatment in intensive care units, the QT interval was prolonged in 24% of cases, in 6% developed by TdP.

The Aim of Research. Study the parameters of the QT correlated interval from the ECG data on the patients with coronary artery disease, also assessment of the risk of adverse outcomes with

prolongation of the QT interval and increase its dispersion in order to identify proarrhythmogenic effects of antiarrhythmic drugs.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of the Batumi hospital in Aktobe and at the Medical Center of the ZKGMU named after Marat Ospanov of the Cardiology Center. A retrospective analysis of the case histories of 74 patients corresponding to the following inclusion criteria was carried out: confirmed by clinical, laboratory data, typical ECG changes.

Results and discussion. It is proved that, the QT correlated in males is 0.43-0.45 sec and in women 0.45-0.47 sec, respectively. Based on this, we measured the QT correlated of each patient(Pic.1)or more precisely 74 patients, 35 of them women and 39 men. In this way(tab.1),, we found the minimum values of 0.38 sec for men and for women 0.39 sec, and the maximum limits for 0.70 sec for men, and for women 0.6 sec. Of these diseases, it is worth noting that they took such drugs. as Captopril, Corinfar, Nifedippin, Verapamil, which over time directly influenced the QT interval.



Pic.1 Distrubution of patients by gender

$$QT_C = \frac{QT\ interval}{\sqrt{R\text{-}R\ interval}}$$

Pic.2 Basett formula

QT correlated of patients tab.1

	Women	Men
Normal	0.45-0.47	0.43-0.45
Min.	0.39	0.38
Max.	0.6	0.70

Conclusion. Therefore, when prescribing antiarrhythmics, it is necessary to remember the possibility of increasing the risk of death of patients with altered intervals of QT. In the case of prolongation of the QT interval, it is advisable to review the treatment strategy by choosing alternative pharmacotherapy, to control drug interactions that can worsen prognosis, bradycardia and electrolyte disturbances.

Reference:

1. Shilov A.M., Mel'nik M.V., Kravchenko V.V. and e.t.c. Syndrome of an elongated interval in patients with myocardial infarction: diagnosis and treatment// Rus.med.news. – 2000. – Vol. C-5, №1. P.45–48.

2. Nachimuthu S., Assar M.D., Schussler J.M. Drug-induced QT Interval Prolongation // Ther. Adv. in Drug Safe. 2012. Vol.3(5). P.241–253.
3. Pickham D, Helfenbein E, Shinn JA, Chan G. and e.t.c. High prevalence of corrected QT interval prolongation in acutely ill patients is associated with mortality: results of the QT in Practice (QTIP) Study// Crit Care Med. – 2012. Vol.40(2). P.394–399

УДК 616.61-002.151-056.7-037-07:577.21

Р.И. СУЛТАНОВА

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Научный руководитель - д.м.н., профессор А.А. Байгильдина
Кафедра биохимии, Башкирский государственный медицинский университет
г. Уфа

Резюме. *Целью исследования - оценка активности ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) в крови больных ГЛПС в динамике болезни. В исследование включены 137 больных (114 мужчин и 23 женщины) в возрасте 21-62 лет с серологически подтвержденным диагнозом ГЛПС, в том числе со среднетяжелой – 61, с тяжелой неосложненной – 43, с тяжелой осложненной - 33 пациента. В группу контроля вошли 44 практически здоровых добровольца, сопоставимых с исследуемой выборкой по полу и возрасту. Активность АПФ определена кинетическим методом с использованием тест-системы компании «Bühlmann» (Швейцария). Статистическая обработка проведена методами непараметрической статистики с использованием программы Statistica 7.0. Активность АПФ в сыворотке крови больных статистически значимо выше при всех формах течения болезни, за исключением периода лихорадки среднетяжелой и тяжелой неосложненной форм ГЛПС. Чем тяжелее протекает заболевание, тем выше активность АПФ в сыворотке крови больных.*

Ключевые слова: *ангиотензинпревращающий фермент, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом*

R. I. SULTANOVA

DINAMICS OF ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME ACTIVITY AT HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Professor Asiya A. Baygildina
Department of Biological Chemistry, Bashkirian State Medical University, Ufa

Abstract*. This study was aimed to evaluate activity of angiotensin converting enzyme (ACE) in the blood of HFRS patients. Total of 137 patients (114 male and 23 female) aged 21-62 years with serologically confirmed HFRS were involved in this study. The moderate form HFRS was*

diagnosed in 61 patients, severe uncomplicated form – in 43, severe type with complications – in 33 patients. Healthy control group (44 volunteers, 37 male and 7 female aged 25-50 years) was included in this study. ACE blood serum activity was kinetically measured using Bühlmann (Switzerland) kit. Statistical analysis was performed using Statistica 7.0 (StatSoft, Inc., 2004) program by nonparametric statistics. Statistically, ACE blood activity was significantly higher during course of HFRS of the different severity excluding febrile phase of moderate and severe uncomplicated forms of disease. The severe the course of HFRS, the higher ACE blood activity.

Keywords: *angiotensin-converting enzyme, hemorrhagic fever with renal syndrome*

Relevance. Endothelium is a unique tissue providing inner layer for organs of cardiovascular system and consisting of 10^{14} cells. It plays the key role in regulation of hemostasis, tonicity of the blood vessel, angiogenesis, inflammation and macrophages' activation [2]. Currently, it widely accepted that endothelium is the main target for viruses causing hemorrhagic fevers [5, 6, 7]. Published data demonstrated changes in blood levels of biologically active substances produced by endothelial cells at dengue, Ebola, Crimean-Congo, Argentine hemorrhagic fevers and hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS) caused by Seoul virus [7]. However, the role of biologically active molecules synthesized by endothelial cells, including angiotensin-converting enzyme (ACE), in pathogenesis of viral hemorrhagic fevers remains unknown.

Objective. Aim of the current research is to assess ACE activity in the blood serum of HFRS patients depending on the stage and severity of the disease.

Material and Methods. The study was approved by the Biomedical Ethics Committee of the Bashkirian State Medical University. Total of 137 patients (114 male and 23 female) aged 35,0 [25,0; 47,0] years with serologically confirmed HFRS were enrolled in this study. The moderate form of HFRS was diagnosed in 61 patients, severe uncomplicated form – in 43 and severe form with complications (infectious-toxic shock, acute renal failure, DIC-syndrome, acute respiratory failure, etc.) – in 33 patients. Exclusion criteria was cardiovascular, endocrine, malignant diseases, liver and kidney diseases in anamnesis. Healthy control group (44 volunteers, 37 male and 7 female aged 32,2 [28,4; 36,1] years) was enrolled in the study. ACE blood serum activity was kinetically measured using Bühlmann (Switzerland) kit according to the manufacturer's instructions. Statistical analysis was conducted using Statistica 7.0 (StatSoft, Inc., 2004). Results were assessed by the nonparametric statistics methods and are presented as Median [Q_1; Q_3]. Differences between the means of compared groups were performed using the Mann–Whitney test for nonparametric data with the FDR correction at multiple comparing. Data were considered to be significant at $p \leq 0.05$.

Results and discussion. ACE activity in blood serum of HFRS patients with moderate form in the febrile phase shows the tendency to be statistically insignificant decreased, another phases are characterized by statistically significant upregulation of enzyme activity, peaking in the diuretic phase as much as 3.1 folds increase than control values (table).

Table 1

Angiotensin-converting enzyme activity in the blood serum of HFRS patients of the different severity at standard scheme of HFRS treatment, μmol/l×min ($p<0.042$ with FDR correction)

Phase	Form of disease		
	moderate	severe uncomplicated	severe complicated
febrile	10,7 [8,8; 18,2] p=0,07	9,7 [1,1; 14,1] p=0,01; p_2=0,9	49,0 [42,4; 50,8] p=0,002; p_2=0,006; p_3=0,006
oliguric	36,2 [28,2; 54,7] p=0,006; p_1=0,002	33,5 [26,4; 47,7] p=0,02; p_1=0,008; p_2=0,4	50,8 [45,9 63,5], p=0,003; p_1=0,7; p_2=0,02; p_3=0,009
diuretic	52,1 [34,4; 64,9] p=0,0006; p_1=0,3	60,9 [50,8; 77,7] p=0,0002; p_1=0,01; p_2=0,2	59,2 [45,9; 70,6], p=0,0001; p_1=0,8; p_2=0,4; p_3=0,5
convalescent	38,0 [34,4; 45,9] p=0,0001; p_1=0,5	56,5 [44,1; 62,7] p=0,0004; p_1=0,6; p_2=0,03	49,4 [42,4; 58,3], p=0,0001; p_1=0,8; p_2=0,1; p_3=0,2
Control 17,8 [15,0; 21,5]			

The statistical significance of the differences compared to: p - with a control with an FDR correction, p_1 - with the previous period ($p<0.05$); p_2 - with a moderate form ($p<0.05$), p_3 - with a severe uncomplicated form ($p<0.05$)

Similar tendency has been observed in course of severe uncomplicated form of disease. However, despite the similarity of dynamics, the enzyme activity in the diuretic and convalescent phases of the severe uncomplicated HFRS becomes much higher (3.5 times higher than that for control) up to statistically significant differences in the last phase, not only when compared to the control group, but also between moderate-to-severe uncomplicated types in convalescent phases. With severe complicated HFRS, the dynamics of ACE activity changes differs from other types of disease: the enzyme hyperactivity without statistically significant fluctuations from phase to phase has been observed during the course of disease with maximal activity in the diuretic phase – 3.3 times higher than that for control – and with a statistically insignificant tendency to be decreased in the convalescent phase. At severe complicated HFRS, ACE activity differs statistically significantly not only comparing with control, but from moderate-to-severe uncomplicated disease forms.

Standard scheme of HFRS treatment does not lead to normalizing the ACE activity in course of disease with different severity.

ACE is mainly synthesized by the cells of the vascular endothelium. About 90% of the enzyme is attached to endothelium, and only 10% of its total activity is determined in blood serum. The major biochemical and physiological effector of ACE is angiotensin II and it cause vasoconstriction, increases the cardiac output, stimulates secretion of aldosterone and suppresses production of vasopressin, increases synthesis of inhibitor for plasminogen tissue activator, cytokines and reactive oxygen species, triggers the endothelium inflammation, etc. [3, 4].

HFRS, caused by endotheliotropic virus, is accompanied by high activity of endothelium and its following damaging [1]. Hyperactivation of the inner lay of the blood vessels, on the one hand, leads to elevated ACE expression in endotheliocytes, and on the other hand, to proteolytic cleavaging of its molecules from the damaged endothelial cells. It is manifested in elevating of the plasma ACE pool. ACE feedback hyperexpressing due to absence of its pressor effect because of impaired ATII reception also can be considered. We have identified significant changes in ACE blood activity depending on HFRS severity. The moderate form of disease is accompanied by much lower enzyme activity than other two forms of the sick, and the ACE activity is not markedly changed in the course of disease. In severe uncomplicated form ACE activity is extremely elevated at the diuretic phase. At severe complicated form ACE hyperactivity is observed during the course of disease without any statistically significant intergroup differences.

Conclusions

1. Hemorrhagic fever with renal syndrome of different severity is accompanied by increased activity of angiotensin-converting enzyme in blood of the patients.
2. The severe the course of hemorrhagic fever with renal syndrome, the higher ACE blood activity.
3. The maximal ACE activity in the blood of HFRS patients is observed in diuretic phase of disease.
4. Standard scheme of HFRS treatment does not effectively normalize the ACE activity in course of disease with different severity.

References

1. Baygildina A.A., Lebedeva A.I., Vagapova V.Sh. Possible sources of endothelial cells circulating in the blood // Morphology. 2011. Vol. 139, № 3. P. 58-62. [Article in Russian].

2. Baumgartner-Parzer S. M., Waldhausl W. K. The endothelium as a metabolic and endocrine organ: its relation with insulin resistance // Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes. 2001. Vol. 109 (Suppl. 2). P. 166-179.
3. Hooper N.M., Keen J., Pappin D.J.C., Turner A.J. Pig kidney angiotensin converting enzyme. Purification and characterization of amphipathic and hydrophilic forms of enzyme establishes C-terminal anchorage to plasma membrane // Biochem. J. 1987. Vol. 247, №1. P. 85-93.
4. Ferrario C.M. The renin-angiotensin system: importance in physiology and pathology // J. Cardiovasc. Pharmacol. 1990. Vol. 15 (Suppl. 3). P. 1-5.
5. Kunz S. The role of the vascular endothelium in arenavirus haemorrhagic fevers // Thromb. Haemost. 2009. Vol. 102. P. 1024-1029.
6. Peters C. J., Zaki S. R. Role of the endothelium in viral hemorrhagic fevers // Crit. Care Med. 2002. Vol. 30, № 5 (Suppl.). P. 268-273.
7. Valbuena G., Walker D. H. The endothelium as a target for infections // Annu. Rev. Pathol. 2006. Vol. 1, №1. P.171-198.

УДК 618. 177-02

Р.И. ФАХРЕТДИНОВА, М.А. МАРХРАУИ

ПРОБЛЕМА ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Научный руководитель - преподаватель Л.Р. Хафизова

Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

***Резюме**: Проблема женского бесплодия является одной из актуальных проблем современного общества. Тем не менее, существует несколько способов решения этой проблемы, и поиск основной причины нарушения репродуктивной функции должен быть основным действием на пути к решению данной проблемы. По данным Всемирной Организации Здравоохранения частота бесплодных союзов высока и составляет в развитых странах 25-30% всех супружеских пар. На основании этих данных выделены следующие ключевые варианты бесплодия у женщин: 1) трубное бесплодие, обусловленное патологией маточных труб; 2) эндокринное бесплодие, связанное с расстройствами в деятельности системы желез внутренней секреции; 3) обусловленное преимущественно анатомическими нарушениями в области влагалища и матки; 4) иммунологическое, вызываемое явлениями сенсибилизации женского организма. Проблема женского бесплодия определяется необходимостью решения вопросов своевременного и надлежащего лечения и профилактики бесплодия.*

***Ключевые слова**: бесплодие, женское бесплодие, нарушение репродуктивной функции, трубное бесплодие, женский организм.*

R.I. FAKHRETDINOVA, M.A. MARHRAOUI

PROBLEM OF FEMALE INFERTILITY IN THE MODERN WORLD

Scientific Advisor –L.R. Khafizova

Department of foreign languages with the course of Latin, Bashkir State Medical University, Ufa

***Abstract**: Female sterility is one of urgent problems of modern society. Nevertheless, there are several ways to solve this problem, and search of the prime cause of disturbance of genesial function has to be prime action on the way to its decision. According to data of World Health Association (WHA) the rate of infertile married couples is high and accounts for 25-30% of all married couples in developed countries. Based on existing views, the key variants of sterility were distinguished in women: 1) tubal sterility, caused by pathology of uterine tubes; 2) endocrine sterility, pertaining to disorders in activity of endocrine gland system; 3) sterility caused predominantly by anatomic disorders in the field of vagina and uterus; 4) immunologic sterility caused by phenomena of female organism sensibilization. The medical significance of female sterility problem is determined by the need of solving the issues pertaining to the timely increase in efficiency of its treatment and prophylaxis.*

***Keywords:** infertility, feminine sterility, disturbance of genesial function, tubal sterility, female organism.*

LE PROBLÈME DE L'INFERTILITÉ DES FEMMES DANS LE MONDE MODERNE

Actualité : L'infertilité féminine est l'une des questions de la société contemporaine. Ce problème détruit la famille et de la vie. Toutefois, il existe plusieurs façons de résoudre ce problème, et la priorité absolue de l'action de sa décision doit être à la recherche des causes profondes des troubles de la reproduction. En Russie environ 3 millions de citoyens ne peuvent pas avoir d'enfants. La réponse à la question «pourquoi y a-t-il parfois la stérilité chez les femmes», réside souvent sur la surface. L'augmentation du nombre de couples infertiles est à cause des facteurs défavorables de l'environnement et des conditions sociales.

Objectif de recherche: L'article donné est écrit en vue de présenter l'importance de l''infertilité féminine, ses causes principaux, les méthodes du traitement et d'expliquer l'importance de la prévention de la santé.

Matériels et methods: Des manuels de médicine, des ressources d'Internet, des revues scientifiques russes et français sont étés étudiés par nous.

Résultats et discussion: L'enquête, l'inspection, toutes les résultats précisants de l'échographie, le statut hormonal peuvent aider un psychologue, permettent de comprendre la cause de résoudre et

de prévenir les problèmes de l''infertilité. L'une des causes les plus fréquentes de l'infertilité féminine est la violation de la procédure de l'ovulation. Si la durée du cycle chez les femmes de plus de 35 jours ou moins de 21 jours, il s'agit de sa violation. Lors d'un court cycle de l'ovule arrive tout simplement pas des occasions de mûrir et de devenir viable [7].

Le choix du traitement dépend de la cause de l'infertilité féminine. Lors de la présence d'un processus inflammatoire passent son traitement, largement en utilisant la physiothérapie (la diathermie, magnétothérapie), biostimulateurs, des méthodes anti-inflammatoires du traitement.

Dans le traitement de l'infertilité tubaire lors de l'absence d'effet du traitement conservateur utilisent des méthodes chirurgicales: salpingolysis — la libération de tuyaux d'adhérences et de rétablir la perméabilité de leur abdominales sévères départements. Dans le cas où l'infertilité féminine liée avec troubles des organes génitaux, de prescrire un traitement, des soins de physiothérapie (principalement thermique — ozokérite, la saleté).
Pour le diagnostiqué et identifier les causes de l'infertilité des femmes devraient consulter un gynécologue. L'important est l'évaluation des informations sur la santé générale et gynécologique du patient. Dans le même temps il faut savoir :
1) les plaintes (santé, la durée de l'absence de grossesse, la douleur, son emplacement et la connexion avec les menstruations, les changements dans le poids corporel, la présence de sécrétions du sein et de l'appareil génital, et le climat psychologique dans la famille) ;

2) Famille et facteurs héréditaires (maladies infectieuses et gynécologiques chez les femmes et le plus proche des parents, l'âge de la femme et de l'homme à la naissance du patient, l'état de la santé des parents futurs, les mauvaises habitudes etc);

3) la maladie du patient (l'infection précédente, la chirurgie, les traumatismes, les maladies gynécologiques et comorbidités) [6].

Les méthodes d'examen physique sont divisés en général et spécifique:
1) méthodes d'enquête générale dans le diagnostic de l'infertilité permettent d'évaluer l'état général du patient. Ceux-ci comprennent l'inspection (la détermination du type de corps, l'évaluation de la peau et des muqueuses, de la nature de la distribution des cheveux, l'état et le degré de développement des glandes mammaires), l'étude de la palpation de la glande thyroïde, de l'estomac, la mesure de la température corporelle, la pression sanguine.
2) Méthodes d'examen gynécologique spécial des patients souffrant d'infertilité sont nombreux et incluent laboratoire, fonctionnel, instrumental et d'autres tests [1]. A gynécologique examen estimé

corps cheveux, en particulier la structure et le développement des organes génitaux externes et internes, les ligaments, la sortie de l'appareil génital. Les causes fréquentes d'infertilité féminine sont:

1) Les maladies inflammatoires de l'appareil sexuel. Ils sont souvent résolus irréversible des lésions d'organes et de tissus – le développement de l'endométrite, de l'endométriose, par l'apparition de polypes et de tim de l'utérus, d'adhérences dans les tuyaux, annexite chronique. L'apparition de tumeurs dans l'utérus rend impossible la fixation de l'ovule de l'endomètre. Il y a des obstacles mécaniques à la fusion des cellules germinales – ovule et le spermatozoïde. Ils ne peuvent pas rencontrer les uns les autres, de fusionner et de donner le début d'une nouvelle vie.

2) La violation de l'équilibre hormonal est un problème important. La cause est migré à l'infection et à l'âge de réduction de la fonction de reproduction de l'organisme. À 37 – 40 ans les ovaires d'une femme peuvent s'épuiser, la qualité de l'ovule se baisse, l'ovules anormales apparaissent, qui ne sont pas capable de maintenir la grossesse.

3) L'infertilité chez les femmes peuvent déclencher l'inflammation du système génito-urinaire, nommément des trompes de fallope et des ovaires. Les médecins du monde entier affirment qu'un système de production peut devenir enflammée en raison de l'acquisition de l'infection par le biais de l'acte sexuel. 70% des femmes d'âge mûr souffrent de la présence d'infections génitales, qui reste l'une des principales causes de l'infertilité. Les médecins du monde entier affirment que le système de reproduction peut devenir enflammée, non seulement à cause de l'hypothermie, mais aussi en raison de l'acquisition de l'infection par voie sexuelle. 70% des femmes âgées souffrant de la présence d'infections sexuellement transmissibles [2].

4) Les kystes et les tumeurs malignes de l'utérus ou des ovaires peuvent aussi encore une des principales causes de l'infertilité.

5) L'infertilité chez les femmes peut provoquer une inflammation des voies urinaires, à savoir, les trompes de Fallope et les ovaires.

Conclusion: Les enfants sont les fleurs de la vie qui decorent notre vie et la remplissent avec de la joie. Les femmes de toutes les nationalités et de différentes âges devraient avoir la chance de posséder cette fleur de la vie et cette joie éternelle. Il est important de réduire le niveau de stress, d'être attentif à la santé et d'avoir une vie sexuelle saine.

LITTÉRATURE

1. Anokhin L.V., Konovalov O.E La prévision du risque individuel de l'infertilité féminine primaire et secondaire // Obstétrique et gynécologie. 1992. - № 3 - 7. - p. 40 – 43.

2. Boyarsky K.Y. La signification clinique des tests de détermination de la réserve ovarienne dans le traitement de l'infertilité: Auteur.de dis.kand.de sciences de médicine: 14.00.01 / Saint-Pétersbourg. État. de médicine. Acad. posledipl. l'éducation. Saint-Pétersbourg., 2000. - 26 p.
3. Volkov N.I., Bespalov J.B., Bazanov P.A., Volosenok I.V. Efficacité comparative des différents traitements de l'infertilité chez les femmes atteintes d'endométriose génitale externe // Revue de l'bstétrique et des maladies de femmes. - 2001 - N3. - p. 25-27.
4. Grishchenko V.I. Cadre réglementaire scientifique de la natalité.- Kiev: Santé, 1983.- 208p.
5. Zorin I.V., Kurskova O.A., Kruttsova V.O. Les méthodes actuelles de diagnostic et de traitement des infections, des infections sexuellement transmissibles chez les femmes ayant des problèmes de reproduction // Matériaux de II forum russe « Mère et enfant », Moscou 2000. – 221p.
6. Kuznetsova M.N., Gumenyuk E.G., Kuzin V.F. // Troubles de la reproduction dans la période de l'enfance et de la puberté. - M., 1986. - p. 14-21.
7. Kulakov V.I., Margiani F.A., Nazarenko T.A., Dubnitskiy L. La structure de l'infertilité féminine et la récupération prévue de la fonction de reproduction en utilisant des méthodes modernes endoscopiques // obstétrique et de gynécologie. - 2001. - N 3 - p. 33-36.
8. Annette L. Stanton, ChristineDunkel-Schetter. Infertilité: Perspectives de la recherche sur le stress et l'adaptation. Plenum Press, 1999.

УДК 613.62

А.А. ШАМСИЕВ

РАБОТА В ОФИСЕ И ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ

Научный руководитель – к.ф.н., старший преподаватель К. В. Никитина
Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

***Резюме**. Миллионы людей во всем мире выбирают офисную работу. Однако те, кто ведут преимущественно сидячий образ жизни, имеют среднюю продолжительность жизни и медленный метаболизм. Работа в офисе имеет не только свои преимущества, но и недостатки. Нерастраченная энергия, неправильное положение тела при работе, неверное использование оборудования, недостаточно частая смена типа деятельности и другие трудности ведут к проблемам со здоровьем. В данной работе указываются не только риски, с которыми связана офисная жизнь, но и способы их минимизации и предотвращения.*

***Ключевые слова:** работа в офисе, сидячий образ жизни, проблемы со здоровьем, правила работы в офисе.*

A.A. SHAMSIEV

OFFICE WORK AND HEALTH RISKS

Scientific Advisor – senior lecturer, candidate of philological sciences K.V. Nikitina
Department of foreign languages with the course of Latin, Bashkir State Medical University, Ufa

***Abstract**. Millions of people worldwide choose office work. Though sedentary life may lead to medium lifespan and slow metabolism in the organism. Working in an office has not only advantages but disadvantages as well. Unspent energy, incorrect pose of the body during the work, wrong using of equipment, an insufficiently frequent change of type of work and some other difficulties cause problems with health. This paper does not only point out the risks related with office work, but shows the ways how to minimize and prevent them.*

***Key words:** office work, sedentary lifestyle, health problems, rules of office work.*

Relevance. A lot of people work in the office. According to the US Bureau of Labor Statistics, about 21 638 470 people are employed in jobs defined as office work in the USA. In spite of a range of health risks about 86% of American employees sit all day at their job place [5]. The situation in some other countries is not quite different. People think that office work is not dangerous for their health. But working in an office is almost equal to house constructing. Health risks of the sedentary lifestyle are rarely realized and the consequences of such jobs are seldom foreknown. This situation becomes possible because the problems people accumulate now will affect their health in 20-25 years. It is vital not only to state the troubles but to find ways to avoid them.

The purpose of the study is to show the risks of the office work and ways how to overcome them.

Materials and methods made use of in the study included examining different sources of information on the problem of sedentary, conversations with office workers, researching interviews with office workers.

Results and discussions. Our research work with office workers showed that not all of them realize that sedentary life style can bring their health some harm. A number of interviews were undertaken among office employees aged 25-35 years old in Ufa in 2017. More than half of the respondents take some measures to minimize the risks of the sedentary lifestyle. Every 3-4 hours they have a break for 5 minutes and do some physical exercises (table 1). Meanwhile 70% of those who do not have any break or physical exercises during the work day had certain health complaints: muscular pain in the neck and spine, frequent headaches, pain in the spine and visual impairments.

Table 1.

Do you have a break every 3-4 hours to do some physical exercises for 5 minutes?	%
Yes, I do.	40
No, I do not.	60

The major problem with office work is the necessity to sit almost all day long. It does not matter if people go jogging every morning, or they are regulars at the gym. If they spend the rest of the day sitting — in cars, office chairs, on sofas at home — they are putting themselves at an increased risk of obesity, diabetes, heart diseases, a variety of cancers and an early death.

Sitting is one of the most passive things that can be ever done by a person. More energy is burnt when chewing a gum than when staying still in a chair. Compared to sitting, standing on one place is a hard work. To stand, one has to tense leg muscles, and engage the muscles of the back and shoulders; while standing, one often shifts from one foot to another. These activities burn

energy. One may think there is no chance to minimize the sitting hours. But this is not true. Let us assume that a person sleeps for eight hours each day, and exercises for one. That still leaves 15 hours of activities. Even if he or she exercises, most of the energy will be spent during these 15 hours, so staying healthy is often the cumulative effect of a series of small decisions. A set of questions can be put to find out the level of health risks of the hypothetical office worker. “Do you take the stairs or the elevator? Do you e-mail your colleague down the hall, or get up and go and see her? Do you spend your evenings sitting in front of the television? Do you walk to the corner store, or drive? Do you get out from bus one station earlier? Do you get home by foot or by bus?”

The problem with the sedentary lifestyle is that not much energy is consumed comparing to the lifestyle of those who spend more time on their feet. This fact makes it easier to gain weight, and makes people more prone to the health problems that obesity often brings.

Dr. Timothy Church, from the Preventive Medicine Laboratory at Pennington Biomedical Research Center, Louisiana State University, told that the biggest risk to the health of office workers is the sedentary lifestyle. "The answer is getting active. Get up at least every 45 minutes and obtain at least 7,000 steps per day." [1]

Although a treadmill desk has health advantages that will help with the risk of obesity and heart diseases, it may have an impact on the efficiency of work if used at the working place. In her article at The Wall Street Journal, Jen Wieczner reported that exercise workstations actually slow down the typing speed and accuracy by 16 percent when compared to a standard desk, according to a study by Mayo Clinic. [2]

In another study conducted by the University of Tennessee, researchers found that "treadmill walking resulted in up to an 11 percent deterioration in fine motor skills like mouse clicking, and dragging and dropping, as well in as cognitive functions like math-problem solving." [3]

Professional health risks are connected with the physically incorrect working posture that is kept for a long time. A phone wedged between an ear and shoulders increases strain on cervical and thoracic vertebra and intervertebral disks, which causes osteochondrosis of spine. The symptoms of the osteochondrosis are pains in the neck, back, head, and heart, noise in ears, dizziness, weakness, nausea, glimpse of flies in front of eyes, numbness and feeling of heaviness on the back of the head, collar zone, shoulder girdle and arms.

If a person is right-handed he/she should put the phone on the left side of the computer, pick up the phone with the left hand and hold it near the ear and continue working with right-hand if needed. A left-hander should do vice versa. During the conversation the head should not tend to the shoulder. Furthermore, there are a number of jobs that are related with constant phone-calls and

people have to take notes during the call. A special device is needed in this case. Loudspeakers and headphones make such jobs more comfortable and health-saving.

Keyboards are sources of a set of health problems. If a keyboard is placed at an angle to the monitor or too far from the edge of the table, small muscles and tendons of hand undergo unbalanced tension. Moreover, keyboards can become a nutrient medium for bacteria if not kept clean. Microbiologists found that keyboards can even have up to five times as many bacteria as a bathroom, and can include dangerous ones such as E.Coli and coliforms, both commonly associated with food poisoning, along with staphylococcus, which causes a range of infections.

To minimize the health risks a keyboard should be on the edge of the table right under the screen monitor. When typing a text, a person should put elbows under the right angle, keep arms parallel to each other. Stationery stand should be used for the wrist. And, every time before starting work keyboard must be cleaned.

Health troubles can be caused by mouse pointers. Data published in American journal "Ergonomics" point out: users who deal with mice strain muscles of their arms, neck and shoulder girdle two times stronger comparing with people who work only with keyboards [4].

It is recommended to use the mouse by the size of a person's palm. It should be placed by the side of a keyboard at the edge of a table. Some health-related problems can be minimized if an office worker will not need to exert effort in order reach the mouse every time.

Even though computer screens don't give off radiation, the strain from staring as them over long periods of time can cause harm to your vision, though many effects are temporary. Working for one hour under that conditions results in visual fatigue. The whole organism is also affected, as far as the process of watching involves not only eyes but the brain as well. Eyelids redden and become heavier, small vessels show up on the sclera. There appears the feeling of mulligrubs, burning, fog, shroud or ripples in front of the eyes. Aside from that that, a person can also suffer from headaches and migraines.

In order to reduce the health problems, the monitor should be turned so that the day light does not fall down on it. The light of the screen should be the same as inside. A person who looks at the computer monitor all day long should seek the proper level of illumination orienting on the feeling of visual comfort.

Conclusions. To sum it up it can be said that office work only seems harmless. But the health challenges can be compared with the ones of hard physical work. Office workers face a higher risk of muscular-skeletal disorders, obesity, diabetes, cancer, heart disease. Related to that, and perhaps more noticeable, is that a person who works in an office can really impact his/her posture

negatively, contributing towards arthritis and various back issues in the process. Researches show that when persons sit down eight-plus hours per day, as most office workers do, they face a higher risk of muscular skeletal disorders, neurological and eye problems, troubles with the cardiovascular and endocrine systems, kidney diseases, and more, even if they work out regularly [5].

Certain rules of office work stated in the paper can help people to avoid sedentary-related problems and save their health. One of the most important rules is: have a break every 2 - 3 hours for 5 minutes during the work time. The best posture is to sit back in your chair, rather than perched at the front of it, with your back and shoulders supported by the chair. To reduce the risk of eyestrain one should look away from the computer at least every 30 minutes and use lubricating eye drops. The keyboard, the mouse pointer, the monitor and the phone should be used in a proper way and the work place should be always kept clean. Office work may lead to health problems but they can be greatly minimized.

References.

1. Akinbinu.T.R. and Mashalla -Y.J Impact of computer technology on health. Academic Journals 04.04.2005[electronic resource] URL: https://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjU4tPdvIrr
2. Ergotron-Ergotron Just Stand Survey and Index Report 07/15/2013 [electronic resource] - URL: http://www.juststand.org/portals/3/literature/SurveyIndexReport.pdf
3. Izmerov N.F. Labour medicine. – M.: Medicine, 2002. – 454 p.
4. J. McIntosh- The dangers of working in an office, Medical News Today, 30.04.2015 - URL: http://www.medicalnewstoday.com/articles/293314.php
5. Vairinen S., Hakkinen K., Niskanen T. (Eds.) Integrated Occupational Safety and Health Management: Solutions and Industrial Cases. – Helsinki, 2015. – 308 p.

УДК 575.174.015.3

А.Р. АХМАДЕЕВА, А.С. САЛИМГАРЕЕВА, А.И. САЛИКОВА, Л.И. ЛАТЫПОВА

ВКЛАД ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В РАЗВИТИЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Научные руководители: к.б.н., доцент С.М. Измайлова, к.ф.н., доцент Г.З. Батырова

Кафедра биологии,Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. *В целях выявления ассоциации полиморфных локусов генов матричных металлопротеиназ: MMP2 (-735C>T) и MMP12 (-82A>G) с риском развития рака мочевого пузыря проведен ПЦР-ПДРФ анализ полиморфных локусов в группах больных раком мочевого пузыря и в контрольной выборке. Доказано, что генотип CT полиморфного локуса -735C>T гена MMP2 является маркером риска развития рака мочевого пузыря (p=0,002, OR=2,24, 95% CI 1,36–3,69).*

Ключевые слова: *рак мочевого пузыря, матриксные металлопротеиназы, полиморфизм.*

A.R. AKHMADEEVA, A.S. SALIMGAREEVA, A.I. SALIKOVA, L.I. LATYPOVA

POLYMORPHIC VARIANTS OF MATRIX METALLOPROTEINASES GENES ASSOCIATED WITH THE RISK OF NON-INVASIVE BLADDER CANCER GROWTH

Teachers: PhD in Biological sciences, Associate Professor S.M. Izmailova, PhD in Philological sciences, Associate Professor G.Z. Batyrova

The Department of Biology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. *For identify the association of polymorphic loci of matrix metalloproteinase genes: MMP2 (-735C> T) and MMP12 (-82A> G), the risk of developing bladder cancer was analyzed by PCR-RFLP analysis of polymorphic loci in groups of patients with bladder cancer and in a control sample. It has been proved that the genotype of the CT of the polymorphic locus -735C> T of the MMP2 gene is a marker of the risk of developing bladder cancer (p = 0.002, OR = 2.24, 95% CI 1.36-3.69).*

Key words: *bladder cancer, matrix metalloproteinases, polymorphism.*

Relevance: Bladder cancer is a fairly frequent pathology. Its occurrence is approximately 2-5% of all neoplasms. Bladder cancer according to statistics is on the 11th place among malignant neoplasms in women. Among oncological pathologies of representatives of a male he takes 5th place. In the world, there are 19 cases of bladder cancer diagnosed per 100,000 population [9]. Annually more than 400 000 new cases of bladder tumor are diagnosed, which causes the death of 175 000 people [9], which is associated with the main environmental risk factors for the development of this tumor - smoking and occupational hazards. The main internal factor, along with others, is a genetic predisposition.

The outcome of treatment of cancer patients to a greater extent depends on estimating the probability of development of metastases. The degree of invasive growth and metastasis of tumor cells are determined by their ability to cleave components extraclean matrix – basement membrane and interstitial stroma, composed of various structural proteins: collagens, elastin, laminin etc. It is shown that to destroy all the structures of the extracellular matrix can only matrix metalloproteinases (MMP) [3]. The expression of MMP9 is increased in tissues where the process of remodeling and angiogenesis, as well as in tissues progressing tumors [5,8]. The results of the study of genes of MMR at BC are obtained by different investigators in different populations of the world, are controversial and require confirmation in additional samples of patients.

The purpose of the study: evaluation of the contribution of polymorphic loci of the genes MMP2 (-735C>T) and MMP12 (-82A>G) in the development of bladder cancer.

Materials and methods: the material for molecular-genetic analysis is based on samples of DNA, extracted from lymphocytes of peripheral venous blood by a standard phenol-chloroform method. The group of study consisted of 250 patients with BC who were hospitalized and operated in the 2005-2016 years., in urology departments of the clinical hospital in Ufa, the Republican clinical hospital of Kuvatov`s name, Republican oncologic dispensary and clinic BSMU. The average age of patients was 60,93±to 11.32 years. Clinical examination of patients was conducted by doctors of the hospitals.

The control group is consisted of 267 persons: citizens of the Republic of Bashkortostan selected by age, gender and ethnicity, without chronic diseases of the genitourinary system in history. The mean age was 56,12±8,57 year.

The analysis of polymorphous variants of genes was carried out with a help a method of allele-specifically PCR. The results of amplification were estimated with a help vertical electrophoresis located in 6-8 % polyacrylamide gel. At the end of electrophoresis gel was painted by solution of ethidium bromide and was photographed in transmitted ultraviolet radiation. For identification of

alleles a molecular weight marker with a step 100 pars of nucleotides “100 bp DNA ladder” was used («Sibenzyme»). Terms of carrying out the process PCR and consistency of primers are presented in table 1.

Table 1

Type of polymorphism, primer sequences
and nomenclature of alleles of analyzed DNA loci

Gene polymorphism	**Primers 5’-3’ (restriction endonuclease)**	**Alleles (size of fragments)**	**Link**
MMP12 -82A>G rs2276109	5’-GAGATAGTCAAGGGATGATATCAG-3’ 5’-AAG AGC TCC AGA AGC AGT GG-3’ Pvu II	A -199 G - 175 + 24	Joos et al., 2002
MMP2 -735C>T rs2285053	5’-ATAGGGTAAACCTCCCCACAT T-3’ 5’-GGTAAAATGAGGCTGAGACCT G-3’ HinfI	C - 300 T – 254 + 46	Armstrong et al., 2007

We carried out mathematical processing with a help the statistical programs: Microsoft Access, Excel, BIOSTAT.

Results and discussion: the frequency distribution of the polymorphous locus of the MMP2 (-735C> T) and MMP12 (-82A> G) genes was analyzed in the groups of patients with cancer of the bladder and in the control group of practically healthy individuals. Data on the frequency distribution of genotypes and alleles are given in Table 2. Information of the distribution of genotypes and alleles are presented in Table 2

Table 2

The frequency distribution of the polymorphous variants of metalloproteinase genes in cancer of the bladder groups and practically healthy individuals.

Gene, polymor-phic locus	Rare allele	Genotypes, alleles	Cancer patients, abs. (%)	Control group, abs (%)	X^2	p
MMP2 -735C>T rs2285053	T	TT/TC/CC	3/55/139	9/36/199	12-75	0.002
			(1.52/27.92/70.56)	(3.69/14.75/81.56)		
		T/C	61/333	54/434	4-37	0.07
			(15.48/84.52)	(11.07/88.93)		
MMP12 -82A>G rs2276109	G	GG/AG/AA	3/42/205	3/39/225	0.48	0.79
			(1.2016.80/82.00)	(1.12/14.61/84.27)		
		G/A	48/452	45/489	0.30	0.58
			(9.60/90.40)	(8.43/91.57)		
			(38.24/61.76)	(32.82/67.18)		

Comparative analysis of the group of patients with cancer and control group on the frequency distribution of genotypes, but not alleles of the polymorphous locus-735C> T of the MMP2 gene, showed statistically important differences between groups. Thus, a statistically significant increasing in the frequency of CT heterozygotes (p = 0.002, OR = 2.24, 95% CI 1.36-3.69) was found in patients with cancer (27.9%) in comparison with control (14.7%), . The frequency of homozygotes CC, on the contrary, is higher in the control group (81.6%) in comparison with patients (70.6%) (p = 0.01) (see Table 2)

Comparison of the group of patients with the cancer and control group didn't reveale statistically important differences in the frequency distribution of genotypes and alleles of the polymorphous locus -82A> G of the MMP12 gene (see Table 2).

One of the first places in the regulation of the release of MMPs is occupied by specific tissue inhibitors (TIMPs) which bind to the active form of MMPs, and only a balance between tissue inhibitors and MMPs provides normal homeostasis in the extracellular matrix [1]. In addition, the role of the Ah receptor in the regulation of MMPs expression has been demonstrated [6,7,10].

Despite the fact that the role of MMPs has not been fully explored, there is no doubt that it goes far beyond participation in the destruction of the extracellular matrix. These proteases are now considered as key regulators of various neoplastic processes that affect the differentiation, proliferation and survival of tumor cells, promoting the release of mitogenic factors from various cells and reservoirs of the extracellular matrix. It was also found that MMP-9 can regulate the growth of epithelial and endothelial cells by affecting the main membrane.

The role MMP-2 and MMP-9 in the process of microvascularization of the tumor is important Redistribution of various adhesion receptors is also associated with the expression of MMPs .

Currently, the most relevant is the study of the functions of MMPs, which are potential targets for inhibitors to inhibit angiogenesis, inhibit tumor growth, reduce tumor invasion and metastasis. At the same time, there is increasing evidence that proteases have antitumor properties, moreover, they can act as tumor suppressors, inhibiting the growth of tumor cells, inhibiting angiogenesis, stimulating apoptosis and modeling the immune response.

Conclusions: An association of the genotype of the CT of the polymorphic locus -735C> T of the MMP2 gene with a risk of developing bladder cancer (p = 0.002, OR = 2.24, 95% CI 1.36-3.69) was revealed

References:

1. Berezhnaya N.M. The role of cells of the immune system in the microenvironment of the tumor. II. Interaction of cells of the immunity system with other components of the microenvironment. Oncology. 2009. T. 11. № 2. P. 86-93.

2. Ganusevich II The role of matrix metalloproteinases (MMPs) in malignant neoplasms. I. Characteristics of MMP, regulation of their activity, prognostic value. 2010. P. 10-16.

3. Klisho EV, Kondakova IV, Choinzonov E.L. Matrix metalloproteinases in oncogenesis. Siberian oncology journal. 2003. № 2. P. 62-71.

4. Affara N.I., Coussens L.M. Proteolytic pathways: intersecting cascades in cancer development, in The Cancer Degradome. Proteases and Cancer Biology. 2008. P. 157–182.

5. Atkinson J.J., Senior R.M. Matrix metalloproteinase-9 in lung remodeling. Am. J. Respir. Cell. Mol. Biol. 2003. V. 28. № 1. P. 12-24.

6. Caren M. Villano and Lori A. White. The Aryl Hydrocarbon Receptor– Signaling Pathway and Tissue Remodeling: Insights from the Zebrafish (Danio rerio) Model System. Toxicological sciences. 2006. № 92 (1). V. 1-4.

7. Haque M., Francis J., Sehgal I. Aryl hydrocarbon exposure induces expression of MMP-9 in human prostate cancer cell lines. Cancer Lett. 2005. Vol. 159-166.

8. Hu Z., Huo X., Lu D. et al. Functional polymorphisms of matrix metalloproteinase-9 are associated with risk of occurrence and metastasis of lung cancer. Clin. Cancer Res. 2005. V. 11. № 15. P. 5433-5439.

9. http://www.oncoforum.ru

10. Tie-Li Peng, Jie Chen, Wei Mao, Xin Song and Min-Hu Chen. Aryl hydrocarbon receptor pathway activation enhances gastric cancer cell invasiveness likely through a c-Jun-dependent induction of matrix metalloproteinase-9. BMC Cell Biol. 2009. P. 10-27.

УДК 811.111-26: 573.7

А.М. ИШБУЛАТОВА

ХРОНОТИПЫ: ЖАВОРОНОК ИЛИ СОВА?

Научный руководитель – к. ф. н., доцент О. Н. Гордеева
Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В статье представлено исследование биологических хронотипов. У людей выделяют 3 вида хронотипа: жаворонки, голуби и совы. Проведено исследование гипотезы, что биологические ритмы человека зависят от времени рождения. В результате исследования гипотеза не подтвердилась.*

Ключевые слов: *Хронобиология, биологический ритм, респонденты.*

A.M. ISHBULATOVA

CHRONOTYPES: ARE YOU AN EARLY BIRD OR NIGHT OWL?

Scientific Advisor - PhD in Philological sciences, Assoc. Prof. O. N. Gordeeva
Department of Foreign Languages with course of Latin, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *The study of biological chronotypes is presented in the paper. There are 3 chronotypes among people – early birds, day pigeons and night owls. The dependence of biological rhythms on the time of birth has been studied. It has been found that chronobiological type does not depend on time of birth.*

Keywords: *Chronobiology, biological rhythm, respondents.*

Relevance. Each person experiences a rise in mental and physical activity at some definite period of time. It depends on individual biological rhythms. The study of specificities of biorhythms is a great value in organization of rational regime of work and rest.

Of all sciences that are related to the study of human health chronobiology is thought to be one of the extraordinary and surprising sciences. Chronobiology is a science studying the function of body clock, as well as its effects on the physiological and pathological processes inside the human body.

The knowledge of biological rhythms goes back to ancient times. Hippocrates' and Avicenna's treaties have been found to pay much attention to healthy life style which was based on the alternation of active and rest phases. In folk medicine it has been long noticed that moon's and sun's phases may influence on the human health. Speaking about modern chronobiology, the first serious scientific research has been conducted in the first half of the 20^{th} century. Such Russian scientists as academicians I.P. Pavlov, V.V.Vernadsky and A.L.Chizhevsky made a great contribution in the development and recognition of this problem. They proved that there is a close relationship between solar activity and the events taking place on the Earth – the number of deaths, suicides and epileptic attacks. Beside the study of interrelation between the biorhythms and health of the man modern chronobiology deals with the development of the methods for restoration and harmonization of disturbed biorhythms. At present this approach is considered to be one of most promising and perspective sciences in preventive medicine as it allows to affect the causes of the many pathological conditions at their earliest stage.

Up-to-date study of chronotypes began in Europe in 1970. At first many scientists were skeptical of this study but gradually the information about it has spread all over the scientific community and nowadays when the study of chronotypes has been confirmed by numerous scientific researches we may firmly state that night owls, early birds and day pigeons do exist.

The most essential characteristic which underlies the chronotype has been found to be called the level of working capacity. It allows us to divide all people into 3 main types: morning type (early birds), daytime type (day pigeons) and evening type (night owls). The rise of mental and physical activity is observed at some definite period of time.

Earle birds are those people who wake up early in the morning. They get up easily and do not feel tired or sleepy. Such people go to bed early too.

Night owls lead a night way of life. They prefer to stay in bed for a long period of time. During the first half of the day such people feel sleepy. They become more active by the midday. They go to bed very late.

The third type is characteristic for pigeons – people of daytime type. They are also called arrhythmic people. Day pigeons get up later than people of the morning type, work hard throughout the day long and go to bed at 11 p.m.

According to statistical data there are 40% of night owls, 25% of early birds and the rest 35% are day pigeons. However, only 3% of all people can be called pure night owls, early birds and day pigeons. It has been noticed that there are more subjects of pure types among females compared to males. Most of people belong to so-called mixed types.

Several papers studying hormonal effect on the human biorhythm have been published. It has been revealed that wakefulness hormone cortisol and sleeping hormone melatonin are released into blood of different chronotypes at a different period of time. So among representatives of the morning chronotype cortisol passes into blood at about 5 o`clock in the morning and causes early wakefulness. Melatonin was found to be produced long before the midnight, that`s why morning people go to the bed early.

Some other scientists came to the conclusion that biological rhythms in human organism start working at the moment of his birth. This biorhythm appears to change very rarely. According to their opinion those people who were born from 4 to 11 a.m. are early birds and those who were born from 4 to 12 p.m. are night owls. The rest of people are day pigeons.

The purpose of the research was to check the hypothesis that biological rhythms in human organism depend on the time of birth.

Materials and methods: I got interested in this hypothesis and I made up my mind to check it by questionnaire among 70 people. The group of respondents comprised various social groups and their age ranges from 18 to 30 years. In my study I used psychological test composed by J.A. Horne and O. Ostberg. It includes such questions such as:

1. Is it Difficult for you to wake up in the morning?
   a) Yes, always
   b) Sometimes
   c) Rarely
   d) Very rarely
2. What time do you prefer to go to bed?
   a) After 01:00 at night
   b) 23:00-01:00
   c) 22:00-23:00
   d) Before 22:00
3. The type of breakfast you prefer during first hour after waking up:
   a) Substantial breakfast
   b) Not very substantial

c) Can limit the breakfast by only having one egg
d) Cup of tea or coffee is sufficient

4. What time do you possibly have conflicts at home and your workplace?
   a) During the 1st part of the day
   b) During the 2nd part of the day
5. You can easily refuse from:
   a) Morning cup of tea or coffee
   b) Evening cup of tea or coffee
6. The ability to count 1 minute correctly without any clock:
   a) I count less than one minute
   b) I count more than one minute
7. Do you easily change your eating habits during trips and vacations?
   a) Very easily
   b) Without problems
   c) With great difficulty
   d) I never change my habits
8. You will have an important event next morning. In this case how much earlier do you go to bed?
   a) Earlier than 2 hours
   b) Earlier than 1-2 hours
   c) Less than an hour
   d) I will go to bed at usual time

After receiving the answers to the questions I divided all the respondents into three chronotypes. Afterwards, I compared their time of the birth with their results of the questionnaire.

Results. The hypothesis that chronological type depends on time of birth has not been completely confirmed. Actual biological rhythm of 44,3 % subjects corresponded to the birthday biorhythm.

Conclusion. It is necessary to know and follow some definite rules of rational day organization of work and rest regime. It can help people to keep their health and make intellectual activity more efficient.

References:

1) Agadzhanjan N.A., Baevskij R.M., Berseneva A.P. Problemy adaptacii i uchenie o zdorov'e. M.: Izd-vo RUDN. 2006. 284 p.
2) Komarov F.I., Rapoport S.I. Hronobiologija i hronomedicina. M.: Triada-H. 2000. 488 p.
3) Stepanova S. I. Bioritmologicheskie aspekty problemy adaptacii. M.: Nauka. 1986. 224 p.

УДК 13058

М.А. КХАН

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ АСПЕКТА АТЕРОСКЛЕРОЗА (ОБЗОР)

Научный руководитель — к. б. н., доцент Г.М. Абдуллина

Кафедра биологической химии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В статье рассматриваются молекулярные механизмы развития, диагностики и лечения атеросклероза. Интерес к проблеме вызван широкой распространенностью указанной патологии, являющейся одной из основных причин смертности населения России.*
Ключевые слова: *атеросклероз, ЛПНП (липопротеины низкой плотности), модифицированные ЛПНП, рецептор ЛПНП,ЛПВП (липопротеины высокой плотности), статины, эндотелеоциты.*

M.A. KHAN

MOLECULAR ASPECTS OF ATHEROSCLEROSIS (REVIEW)

Scientific Advisor –, Assistant professor and candidate of biological science G. M. Abdullina

Biochemistry Department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *The growing worldwide health issues and cause of nearly 50% of deaths all over the world due to diseases (coronary artery diseases, peripheral artery diseases, strokes etc.) caused by atherosclerosis stimulated a deep interest toward approaching and understanding the number of molecular pathways involved in atherogenesis (initiation, lesion progression and mechanism in*

formation of plaque). The intention of this article is to focus in understanding molecular pathways we summarized here in to create a source for innovations and research for prevention, diagnose and cure and to deal with this worldwide challenge of atherosclerosis.

Keywords: *Atherosclerosis, cardiovascular diseases, dyslipidaemia, endothelial dysfunction, LDL(bad cholesterol), HDL(good cholesterol), apoprotien, hypercholesterolemia , oxidised LDL, foam cells, fibro fatty plaque, thrombus, embolism, statin, anti-platelet drugs, anti-oxidants*.

Relevance: According to WHO statistics, 16 million people die each year from cardiovascular diseases. Hence, the number 1 cause of death globally.

Russia occupies one of the first places among the developed countries in mortality from cardiovascular diseases. Its accounts 58% of deaths (from coronary artery diseases , myocardial infarction and stroke).2 out of 3 men in Russia die from the effects of atherosclerotic diseases. Hence it is the leading cause of death among the country. In India 20% deaths are due to coronary artery disease(CAD).The huge difference in mortality rate is observed it is impact of lifestyle, environmental factors, other risk factors.

Atherosclerosis (also known as **arteriosclerotic vascular disease** or **ASVD**) is a specific form of arteriosclerosis in which an artery wall thickens as a result of invasion and accumulation of white blood cells (foam cells) and proliferation of intimal-smooth-muscle cell creating an **atheromatous (fibrofatty) plaque**

Atherosclerosis affects the entire artery tree, but mostly larger, high-pressure vessels such as the coronary, renal, femoral, cerebral, and carotid arteries. Atherosclerosis is the main cause of coronary artery disease(CAD), angina, myocardial infarction(MI), cerebrovascular stroke, ischemic diseases, intestinal angina, gangrene, chronic kidney diseases(CKD), renal failure. Atherosclerosis also affect the peripheral vascular system which leads to peripheral vascular diseases (PAD) can results into claudication, gangrene etc.

Atherosclerosis is asymptomatic for decades because the arteries enlarge at all plaque locations, thus there is no effect on blood flow.Studies shows that up to 90% of cardiovascular diseases maybe preventable if established risk factors are avoided LDL particles transfer cholesterol to periphery tissue. LDL cholesterol blood level under 130 mg/dl are desirable. Above 160 mg/dl level carry definite risk. Hence LDL is “bad” cholesterol because it contributes to formation of plaque. HDL particles transfer excessive cholesterol from Peripheral tissues to liver. HDL cholesterol blood level

above 60 mg/dl protects against heart disease. Hence HDL is “good” cholesterol. HDL level below 40 mg/dl increases the risk of CAD because this particles acts as scavengers.

Various anatomical and physiological *risk factors* for atherosclerosis are known. These can be divided into various categories as mentioned in table-1.

In spite of the fact that many factors are included in pathogenesis of atherosclerosis, **dyslipidemia** still plays a central role in this process. Dyslipidemia stands for disorders in lipid concentration and composition. **Hyperlipidemia** is the main cause of atherosclerosis and its related diseases.

[Table –1:Risk factors for atherosclerosis.]

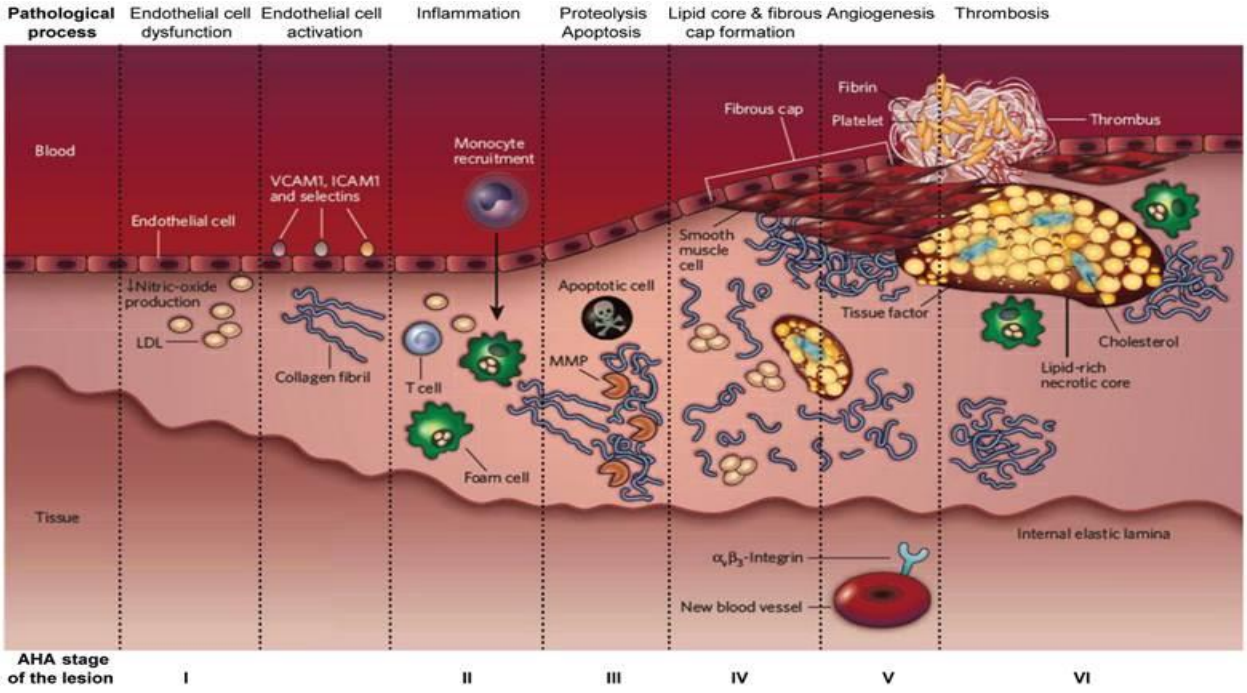
Modifiable	NonModifiable	Uncertain
• Diabetes • Dyslipoproteinemia (LDL:HDL ratio Greater than 3:1) • Tobacco smoking (Increases risk by 200%) • Vitamin B-6 deficiency • Elevated C-reactive serum protein	• Advanced age • Male sex • Genetic abnormalities • Close relatives who has some complications of atherosclerotic diseases	• Obesity • Elevated serum level of triglycerides, uric acid, fibrinogen. • High carbohydrate intake

Since peripheral cells cannot synthesize cholesterol, LDL is the main source of cholesterol. Mechanism of cholesterol removal from LDL has its basis in LDL receptor which is present on the cell surface. LDL binds to specific receptor, thus inducing *internalization*, i.e. LDL is transferred into cytosol by endocytosis, in the form of endocyte vesicle. It is taken by lysosomes and lysosome enzymes release cholesterol for cells needs.

Mechanism of formation atheromatous (fibrofatty) plaque

Increase LDL in lumen results into deposits in tunica intima due to endothelial dysfunction and others factors like hypertension, smoking toxins etc. Once LDL particles in blood plasma invade the endothelium it becomes oxidized **(Ox.LDL)** due to ROS(reactive oxygen species)&Metallo-

proteases enzymes secreted by dysfunctional endothelium. Ox.LDL triggers to express adhesion molecules receptors for leukocytes on endothelial. Adhesion of blood leukocytes (monocytes, T-helpers) to activated endothelium lead to transfer of leukocytes to Tunica intima. Monocytes moves to tunica intima they transform to macrophages. Macrophages engulf Ox.LDL and becomes **'FOAM CELLS'** (key role in atherogenesis). Foam cells Releases chemokines to attract more macrophages , IGF-1 to cause smooth muscle cells to migrate from tunica media to tunica intima and pro-inflammatory cytokines and ROS. Foam cells also promote migration of smooth muscle cells from T. media to T. intima and smooth muscle cells proliferationand growth of vasa vasorum to the location. The lesion now appears as a **fatty streak.**Increase SMC proliferation increases the synthesis of collagen, fibrous cap start building. T-cells enter plaque area begin releasing IFN-G (promote inflammation and activate endothelial for more leukocytes). During process foam cells dies and lipid contents , DNA material releases. DNA material attract neutrophils which promotes inflammatory actions, increase in inflammation resulting into plaque rupture and formation of THROMBUS. Embolism of thrombus can lead to stenosis(closure of lumen) resulting into serious complications.



[Figure 4 – molecular progression of atherosclerosis]

Hypercholesterolemia consequence in disturbed expression of LDL receptor. **Dysfunction of LDL receptors** occurs and leads to progression of mechanism of formation atheromatous (fibrofatty) plaque.

Molecular approaches towards prevention and treatment of atherosclerosis

The molecular approaches are predominantly in use now a days to treat atherosclerosis because of its better results and to produce more success. One of the aim to reduce total cholesterol below 180 mg/dl ; to decrease LDL-C level below 130 mg/dl and HDL-C above 40 mg/dl.Many effective methods are known such as reducing dietary cholesterol, vegetables oils, avoiding sucrose, daily exercise, hypolipidemic drugs such as; statins(HMGCoA reductase inhibitors), nicotinicacids, aspirin, fibrates, anti-oxidants.

Conclusion: The study of molecular aspects of atherosclerosis give an insight to cascade of metabolism related to plaque formation. The motto of our article to give an insight to factors related to calcification, SMC proliferation, increasing activity of LDL receptors such approaches can lead to new innovations which can help to fight against worldwide challenge of atherosclerosis.

References

1. Guillermo Vazquez, Kathryn Smedlund, Jean-Yves K. Tano and Robert Lee (2012). Molecular and Cellular Aspects of Atherosclerosis DOI: 10.5772/29877. Available from: https://www.intechopen.com/books/coronary-artery-disease-new-insights-and-novel-approaches/molecular-and-cellular-aspects-of-atherosclerosis-emerging-roles-of-trpc-channels

2.Shao, J.-S., Cai, J., Towler, D.A. Molecular mechanisms of vascular calcification: lessons learned from the aorta. *Atherioscler Thromb Vasc Biol*. 2006;26:1423–1430.

3.R. Kleemann, S. Bureeva, A. Perlina, *et al.*, *BMC Syst. Biol.*, **5**, 125 (2011).

УДК 578.835.1:616.988

Э.Р. МАХМУТОВА, Т.Э. ТАИПОВ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ РБ ИКБ№4 Г.УФА

Научный руководитель – А.Т. Галиева

Кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В 2016 году по Республике Башкортостан по сравнению с аналогичным периодом отмечался рост энтеровирусной инфекции, что объясняется затяжным купальным сезоном до сентября месяца включительно и вспышечным семейным характером заболеваемости. Современными особенностями энтеровирусной инфекции являются выраженный полиморфизм клинических проявлений, преобладание лиц дошкольного и младшего школьного возраста. Наиболее распространенной клинической формой (61,3%) является герпангина, которая может вызываться разнообразными геновариантами энтеровирусов.*

Ключевые слова: *энтеровирусная инфекция, клинические проявления.*

E.R. MAKHMUTOVA, T.E. TAIPOV

CLINICAL MANIFESTATIONS OF ENTEROVIRUS INFECTION ACCORDING TO THE INFECTIOUS HOSPITAL OF UFA

Scientific Advisor – A.T. Galieva

The Department of Infectious disease, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *Prolonged bathing season until September and family nature of the incidence are the cause of the growth of enterovirus infections In 2016 in the Republic of Bashkortostan in comparison with the same period. Modern features of enterovirus infection are expressed*

polymorphism of clinical manifestations, the predominance of persons of preschool and younger school age. The most common clinical form (61,3%) is herpangina, which may be caused by a variety of genetic variants of enteroviruses.

Keywords: *enterovirus infection, clinical manifestation.*

Relevance: The human enteroviruses (HEVs) are members of the Picornavirus family, a large and diverse group of small RNA viruses characterized by a single positive-strand genomic RNA. Human enteroviruses are known to cause a wide range of disease syndromes involving many organs. These include aseptic meningitis, herpangina, hand-foot-mouth disease, conjunctivitis, pleurodynia, myopericarditis, poliomyelitis, various exanthems, and nonspecific febrile illness [1]. Enterovirus infection is among the most common and significant causes of infectious illness in infants and children, but in the past decade this disease occur adults more often than it was before [2].

Objectives: We conducted a retrospective analysis of patient's charts in Infectious Diseases Clinic №4 in Ufa from the months of April till August 2016 year.

Materials and methods: Our material were 31 patient's charts with Enterovirus infection diagnosis who got treatment in Infectious Diseases Clinic №4 in Ufa from April till August 2016 year and the results of enterovirus genotyping which were detected in 10 clinical tests of those patients. We used methods of descriptive statistics. The structure of diseased was analyzed by extensive index, morbidity – by intensive index.

Results and discussion: We conducted a retrospective recruitment of 31 patients aged from 0 to over 18 who were admitted to Infectious Diseases Clinic №4 with different symptoms**.** 19 (61.2 %) of them were men and 13 (38.8%) women. 30 patients (96.8%) had an average degree of severity, 1 patient (3.2%) – severe. Clinical manifestations included those clinical forms such as: herpangine – 8 (25.8%), gastroenteritis – 2 (6.5%), enteroviruses fever – 1 (3.2 %), Poliomyelitis – 1(3.2%). Among 31 cases of EVI were prevailed children from 1 to 3 y.o.: 1-3 y.o. – 48%, 4-6 y.o. – 29 %, 0- 1 y.o. – 10 %, 10-14 y.o. – 3 %, over 18- 10 %.

We also got that 6 patients (19.4 %) swam in Baskortostan's open water, 4 patients (6.5%) had the similar disease in a family, 2 patients (6.5%) – arrived from Krasnodar area and in 19 cases anamnesis is unknown.

EVI cause a wide spectrum of disease that can involve almost any organ systems (mucous oropharyngeal, nervous and cardiovascular systems, skin, gastrointestinal tract, muscles, endocrine organs, etc.) that's why it demands to perform a differential diagnosis [3].

The disease in all cases began acutely, when patients entered the hospital, the following diagnoses were made: ARVI - 35.6% (11 cases), enterovirus infection - 29.1 (9 cases), acute tonsillitis - 16.1% (5 cases), toxicological infection- 3.2% (1 case), infectious mononucleosis - 3.2% (1 case), intestinal infection - 3.2% (1 case), measles - 3.2% (1 case), bacterial infection, unspecified - 3.2% (1 case), viral infection, unspecified - 3.2% (1 case).The discrepancy between the preliminary and final diagnoses in the patients observed demonstrates the necessity and complexity of differential diagnosis of enterovirus infection due to the variety of clinical symptoms of the disease.
Intoxication syndrome was noted in all patients from the first day of the disease.
Severity of fever: in 14 patients (45,2%), the temperature was 38-39,5 ^{O}C, 10 patients (32,2%) - 39,5-40 ^{O}C, in 6 patients (19,4%) - 37-38 ^{O}C. There was no fever in one patient (3.2%).
Study patient's blood analysis showed that 18 (58.1%) experienced leukocytosis, in 13 (41.9%) patients - indication of the amount of leukocytes (white blood cell count??) was normal. Indicator erythrocyte sedimentation rate was normal in 25 patients (80.6%) of 15-20 mm/h - 4 patients (12,9%), 35-40 mm/h - 2 patients (5.2%).
The result of genotyping RNA of enteroviruses obtained from material (smear from fauces and feces) of 10 patients showed the following. Herpangina were diagnosed in 5 cases, where the following genotypes were found - ECHO 25, ECHO 30, Coxsaki A10, Coxsacki B2, non-poliomyelitis enterovirus (NPVE); one case was herpetic stomatitis caused by the Coxsackie B2 genotype; gastroenteritis - ECHO 18; gastro-intestinal form - enterovirus 71 C1; nasopharyngitis - Coxsacki A4; enterocolitis - enterovirus 71 C1 and ECHO 30.

Conclusions:

1. Modern features of enterovirus infection are the predominance of polymorphism of clinical manifestations. The most frequently recorded clinical form is herpangina (61.3% of cases).
2. Genotyping showed that the clinical form of EVI does not depend on the genotype of the virus.
3. The increase in the incidence of enterovirus infection and the polymorphism of clinical manifestations of the disease requires a differential diagnosis with infectious and non-infectious pathology using specific molecular diagnostic methods.

References:

18. Снитковская Т.Э., Скрябина С.В. Характеристика энтеровирусных инфекций в Свердловской области // Гигиена и эпидемиология. 2009. №8. С. 146-149.
19. Khetsuriani N., LaMonte-Fowlkes A., Oberste S. et al. Enterovirus Surveillance – United States, 1970-2005 // MMWR. 2008 Vol. 55. P. 1-20

20. Sawyer MH. Enterovirus infections : Diagnosis and treatment. Seminar in Pediatrics Infectious Disease. 2002 Jan; 13(1): 40-7.

УДК 616.1

Т. В. МОРГУНОВА, П. И. БАБЧИНА, Е. М. ПЕТРОВА

АЛГОРИТМ ОБНАРУЖЕНИЯ ИМПУЛЬСОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА В ЭКГ-СИГНАЛЕ

Научный руководитель — д. т. н., профессор А.Н. Калиниченко

Биотехнические системы и технологии, Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет им. В.И. Ульянова (Ленина) «ЛЭТИ», г. Санкт-Петербург

Резюме: *В данной статье рассмотрены основные проблемы, связанные с анализом кардиосигнала с артефактами стимуляции. Выявлена и обоснована необходимость распознавания импульсов электрокардиостимулятора. Разработан алгоритм обнаружения импульсов, а также алгоритм, предназначенный для выделения признаков формы импульсов для их дальнейшей классификации с целью улучшения точности обнаружения импульсов. Предложенный метод обнаружения и классификации импульсов является простым для понимания и воспроизведения и может быть использован в медицинской практике для более корректного анализа ЭКГ-сигнала пациента с электрокардиостимулятором.*

Ключевые слова: *ЭКГ электрокардиостимулятор классификация.*

T. V. MORGUNOVA, P. I. BABCHINA, E. M. PETROVA

ALGORITHM FOR DETECTING PACEMAKER PULSES IN ECG SIGNAL

Scientific Advisor — DScTech, Full professor A.N. Kalinichenko

Biotechnical systems and technology, Saint Petersburg State Electrotechnical University "LETI", Saint Petersburg

Abstract: *This article examines the main problems associated with the analysis of a cardiac signal with artifacts of stimulation. The necessity of recognition of impulses of the pacemaker is revealed and justified. An algorithm for detecting pulses and algorithm destined to distinguish the shape of the pulses for further classification in order to improve the accuracy of pulse detection have been developed. The proposed method for detecting and classifying pulses is simple to understand and reproduce and can be used in medical practice for more correct analysis of the patient's ECG signal with a pacemaker.*

Keywords: *ECG pacemaker classification.*

Relevance. According to the World Health Organization (WHO), the most common cause of death among population is diseases of the cardiovascular system. For the treatment of such disorders, an artificial cardiac pacemaker is widely used. It is a method in which the role of the natural pacemaker is performed by a medical device – a pacemaker that produces electrical impulses of a certain duration and amplitude, when it is necessary.

The main problem of ECG analysis with pacing is the recognition of pacemaker pulses. Modern pacemakers generate short-duration pulses that can be skipped when ECG is get on classic cardiographs due to the low sampling frequency of the signal, or ECG is not registered in sufficient detail. In this regard, it is necessary to create special algorithms that are allow to detect impulses of pacemakers.

The **purpose of this work** is the development of an algorithm for the automatic classification of pulses of the pacemaker, which improves the accuracy of pulse detection.

Materials and methods of research. Pacemaker pulses usually have a short duration (0.1 - 2 ms) and a high amplitude (2 - 700 mV). Therefore, threshold algorithms are usually used to detect them. Since the amplitude of the pulses depends on the individual features of the instrument, there is a need for the normalization of the signals by a division on a certain correction coefficient. The first stage of normalization is a reduction of the sampling frequency of the signal to 1 kHz (in 20 times), then the signal is filtered by a median filter to remove all stimulation pieces, and then the average of QRS-complex's amplitude is found to obtain a coefficient reflecting the signal scale. In relation to this coefficient, the threshold is selected. The original signal is compared with this threshold, and when the threshold is exceeded the detection of the impulses is occurs.

The final goal of ECG analysis is the classification of pulses according to the extracted features of their shape (amplitude, duration and polarization jump). As vectors of similar characteristics form clusters, it was decided to use distance function to perform impulse classification. That is, the

distance (Euclidean distance – distance in a multidimensional space) is determined between the characteristic vector and the i-th prototype of a certain class [1, p. 390]. This vector is classified according to the rule of choosing the class for which this vector corresponds to the smallest distance. The functions thus obtained can be used to classify a new set of feature vectors.

Results and discussion. In the course of the work an algorithm that automatically detects and classifies the impulses of the pacemakers was developed using software Matlab. This algorithm can be used in medical practice for more correct ECG analysis with pacing.

Conclusions. Thus, the correct detection of impulses of ECS is of great importance for a correct evaluation of the effect of the pacemaker on the heart rhythm: the detection of stimulation artifacts indicates the presence of a pacemaker and helps evaluate the heart's reaction to electrical stimulus, and also to detect a dysfunction of the device, that can save the patient's life.

References:

1. Rangaraj M. Rangayyan Biomedical Signal Analysis: A Case-Study Approach. New York: IEEE Press, 2002, 556 p.

УДК 61:001.89

Е. М. ПЕТРОВА, Т. В. МОРГУНОВА ,П. И. БАБЧИНА

АГОРИТМ ИССЛЕДОВАНИЯ НАПРЯЖЕННО-ДЕФОРМИРОВАННОГО СОСТОЯНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Научный руководитель — д. т. н., профессор П.И. Бегун

Биотехнические системы и технологии, Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет им. В.И. Ульянова (Ленина) «ЛЭТИ», г. Санкт-Петербург

Резюме: *В работе предложена технология создания трехмерной биомеханической модели на основе снимков компьютерной томографии. Технология позволяет создавать модель с высокой точностью соответствующей реальной структуре путем комбинированного использования медицинских и инженерных программ. Разработан алгоритм проведения биомеханического исследования, позволяющего определить динамическое воздействие на бедренную и большеберцовую кости с тотальным эндопротезированием коленного сустав.*

Ключевые слова: *напряженно-деформированное состояние, протез коленного сустава, биомеханическое моделирование*

E. M. PETROVA, T. V. MORGUNOVA, P. I. BABCHINA

ALGORITHM OF INVESTIGATION OF THE STRESSED-DEFORMED STATE OF THE KNEE JOINT IN THE POST-OPERATIONAL PERIOD

Scientific Advisor — DScTech, Full professor P.I. Begun

Biotechnical systems and technology, Saint Petersburg State Electrotechnical University "LETI", Saint Petersburg

Abstract: *The technology of creation of a three-dimensional biomechanical model based on images of computed tomography is proposed. The technology allows creating a model with high accuracy corresponding to the real structure by combining the use of medical and engineering programs. An algorithm for conducting a biomechanical study has been developed, which makes it possible to determine the dynamic effect on the femoral and tibial bones with total knee arthroplasty.*

Keywords: *Stress-strain state, Prosthesis of the knee joint, Biomechanical modeling.*

Relevance. According to the World Health Organization (WHO), the most common cause of death among population is diseases of the cardiovascular system. For the treatment of such disorders, an artificial cardiac pacemaker is widely used. It is a method in which the role of the natural pacemaker is performed by a medical device – a pacemaker that produces electrical impulses of a certain duration and amplitude, when it is necessary.

The main problem of ECG analysis with pacing is the recognition of pacemaker pulses. Modern pacemakers generate short-duration pulses that can be skipped when ECG is get on classic cardiographs due to the low sampling frequency of the signal, or ECG is not registered in sufficient detail. In this regard, it is necessary to create special algorithms which are allow to detect impulses of a pacemakers.

The **purpose of this work** is the Work is the evaluation of the effect of dynamic loads on the change in the structure of the femur with total knee arthroplasty.

Materials and methods of research. In the course of the work, an algorithm was developed for conducting a study of the knee joint with total endoprosthetics. The algorithm includes the following steps: Acquaintance with the image of the knee joint, obtained with the help of computed tomography; Building a 3D contour of the femur in the Mimics program, or building a 3D femur outline in the DICOM Viwer program from Inobitec; To obtain a solid geometric model of the femur, convert the 3D shell created in Mimics or DICOM into the SolidWorks software package; Construction of a model of the femoral component of the prosthesis, which is suitable for the given state of the structures of the given Knee Joint in accordance with the geometric characteristics of SolidWorks; Combination (by the principle of complete endoprosthetics) the corresponding parts of the prosthesis and bone in the SolidWorks computer environment by assembling the elements; The construction of a computer model that takes into account the nature of external influences, boundary conditions, and the mechanical properties of joint structures; Calculation of stresses, displacements

and deformations (in dynamics) in the joint structures using the Simulation package; Processing and analysis of the research results.

In the development of the algorithm, the following assumptions are introduced: Study of the bone of the knee joint with the corresponding elements of the prosthesis is carried out separately in SolidWorks (using a fixation type "fixing" in the free part of the bone and applying pressure to certain parts of the prosthetic bone margin); For a more accurate result, a study of the ligaments of the knee joint is necessary; The material of the modeled bone and the component of the endoprosthesis is assumed to be homogeneous and isotropic, continuous and with no initial pressure

Results and discussion. In the course of the study, a technology was developed for creating a three-dimensional biomechanical model of the femoral and tibia bones based on data from medical studies obtained with CT imaging. The technology includes work not only with engineering programs, but also with software packages for medical purposes, which makes it possible to obtain a three-dimensional biomechanical model that corresponds with high accuracy to the real structure, not only in geometric, but also in biomechanical parameters. The technology of carrying out the research of the influence of dynamic loads on the bone-endoprosthesis system is also developed, which consists in carrying out dynamic loads of the model equivalent to real physical impacts. The types and places of fixation of models, as well as the places of application of loads on the bone-endoprosthesis system, are determined. The results of the research are output in the form of a column with a color gradation and an equivalent numerical representation of the results. Using data obtained by simulating the dynamic loads of the bone-endoprosthesis system, it is possible to determine not only the maximum and minimum stresses with dynamic loads, but also the movements and deformations caused during loading. In addition, the color gradation is also displayed on the model itself, which allows to accurately determine the location of the minima and maxima of stresses, displacements and deformations under dynamic loads that repeat real effects. Based on these results, you can determine the most suitable prosthesis for a given patient without surgery. Thus, it is possible to increase the percentage of favorable outcome of knee replacement surgery and to minimize the need for repeated operations.

Conclusions. The structure of the knee joint, pathology in the knee joint, and the structure of the prosthetic knee joint are studied.

The program pacts Mimics and SolidWorks, DICOM Viewer "Viewer" Inobitec, MeshLab are mastered.

A solid model of the femur was obtained as a finite element parametrized solid bone model

Articles on the installation of a prosthetic knee joint, including reconciliation with respect to biomechanical and anatomical axes, were studied.

The femoral component of the endoprosthesis was simulated in the SolidWorks software environment.

The analysis (VAT) in the system of the femur-femoral component of the endoprosthesis under dynamic loads

References:

1. Т.А Куляба, Н.Н. Корнилов Первичная артропластика коленного сустава 328 стр.// НИИ Ортопедии и Травматологии В.В Вредена 2016 г. - С.238-240.
2. Воронов А.В. Анатомическое строение и биомеханические характеристики мышц и суставов нижней конечности. – М.: Физкультура, образование и наука, 2003. – 203 с.
3. Руководство для учащихся по изучению программного обеспечения SolidWorks 2013 г.
4. Книга для изучения Mimics 2012 г.
5. Руководство пользователя Inobitec DICOM Viewer 1.8 2015 г.
6. Руководство пользователя MeshLab 2014 г.
7. Бегун П.И. Биомеханическое моделирование объектов протезирования // СПб.: Политехника, 2011. - 257 с.

УДК 616.37-002

ШАРМА МАНСИ

МОРФОЛОГИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.К. Имаева

Кафедра патологической анатомии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

***Резюме**: В работе приведены результаты анализа 16 протоколов патологоанатомического исследования умерших от острого деструктивного панкреатита. Проведенный анализ позволяет судить о патоморфологических изменения во внутренних органах при панкреонекрозе, основных осложнениях, ставших причиной смерти в изученных случаях.*

***Ключевые слова**: острый деструктивный панкреатит, патологическая анатомия, анализ, причины смерти.*

MANSI SHARMA

MORPHOLOGY OF ACUTE DESRTUCTIVE PANCREATITIS

Scientific supervisor: Ph. D. in medicine, Associate Professor A.K. Imaeva

Department of Pathological anatomy, Bashkir State Medical University, Ufa

***Abstract**: The results of analysis of 16 protocols of pathoanatomical investigation of those who died from acute destructive pancreatitis are presented in the work. The analysis allows to judge the pathomorphological changes in the internal organs with pancreatonecrosis and the main complications that caused death in the cases studied.*

***Key words**: acute destructive pancreatitis, pathological anatomy, analysis, causes of death.*

Relevance: At the present stage of medical development, acute destructive pancreatitis, especially its complicated forms, is a very urgent problem. Leading experts from various countries and WHO statistics noted a trend towards an increase in the number of young and middle aged patients with acute pancreatitis [1,3]. According to different authors, the increase in morbidity is due to a change in diet, the alcohol abuse and its surrogates, an increase in the number of patients with cholecystitis and cholelithiasis [1,4]. Despite many types of correction, mortality from acute destructive pancreatitis remains high, reaching 60-80% [2].

The purpose of this study was to study the pathological anatomy of pancreatic necrosis. Morphological examination was carried out on tissues seized during the pathoanatomical study of patients who died from acute destructive pancreatitis.

Materials and methods: We have studied 16 protocols of pathological anatomical autopsy performed over the past three years in the pathological department of the City Clinical Hospital No. 21, Ufa. As well as the micro-preparations of organs of diseased patients from acute destructive pancreatitis.

Results and discussion: Sixteen deaths of acute destructive pancreatitis were analyzed among them 9 were females and 7 males. Etiological factors were variable, for example violation of diet (9 cases), cholelithiasis (in 3 patients) and alcohol abuse (in 4 patients). In the column "cause of death" pancreatogenic shock (5), bleeding due to erosions of vessels in the pancreatic vascular bed (4) and purulent complications (7) were involved. Clinical and morphological forms of acute pancreatitis were represented in 6 patients by fatty, in 4 patients by hemorrhagic and purulent-necrotic variants in 6 cases. Microbiological examination of the contents of exudate in the affected pancreas showed the presence of pathogens such as Pseudomonas aeruginosa, Proteus, Enterobacteria and others.

Morphological changes in the pancreas with pancreatic necrosis differ depending on the clinical and morphological variant. Thus, with the fatty form, multiple foci of steatonecrosis of various sizes of gray-yellow color were revealed, in places with the formation of abscesses. Often, parapancreatic and surrounding tissues were involved in the process (Fig. 1).

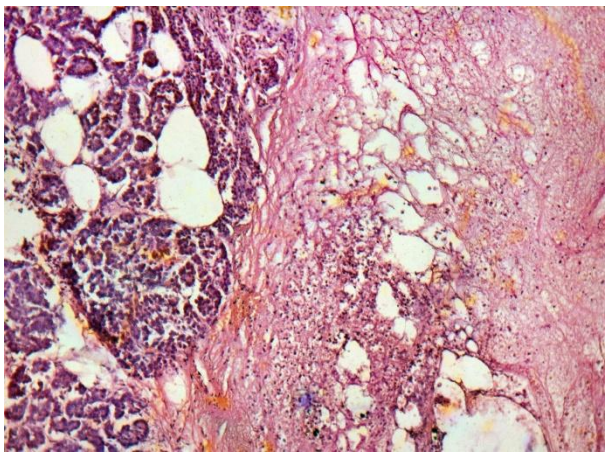


Fig. 1. Photomicrograph. Fatty pancreonecrosis: areas of necrosis and leukocyte infiltration of the stroma and adipose tissue. Stain: Hematoxylin and eosin, x100

With a purulent-necrotic variant of the disease, abscesses were found in the thickness of the pancreas and on the incision, the involvement of the surrounding cellulose with the formation of phlegmon was described. With the involvement of adipose tissue adhering to the gland with the development of phlegmon in it, massive fields of neutrophil infiltration with the formation of abscesses, pronounced edema and plethora of vessels were revealed histologically (Fig. 2).

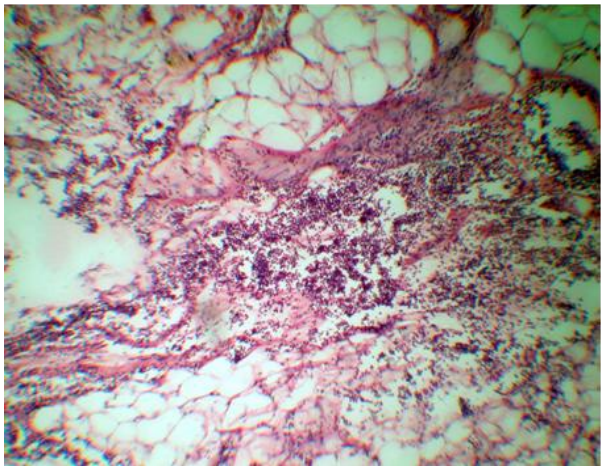


Fig. 2. Photomicrograph. Phlegmon of parapancreatic tissue in purulent-necrotic pancreatitis. Stain: Hematoxylin and eosin, x100

Hemorrhagic pancreatic necrosis was characterized by massive hemorrhagic impregnation of the organ parenchyma with zones of necrosis and neutrophil infiltration.

Pathomorphological changes in the internal organs were non-specific in nature and were expressed by the prevalence of inflammatory phenomena and dystrophic lesions.

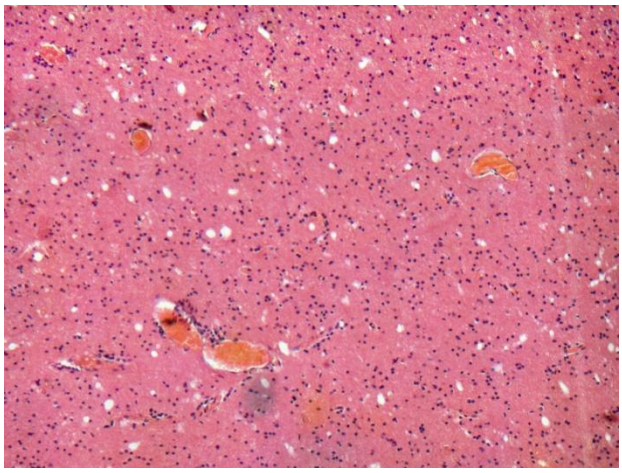


Fig. 3. Photomicrograph. Edema, plethoric vessels, dystrophic changes in the brain tissue in acute destructive pancreatitis. Stain: Hematoxylin and eosin, x100

In the lungs there were manifestations of edema with multiple hemorrhages, in severe cases, signs of ICE were found. In the brain tissue, the edema and the fullness of the blood vessels were determined (Fig. 3). In the liver, dystrophic changes in hepatocytes in the form of hydropic and fatty degeneration predominated, with pronounced intoxication - necrosis of a part of hepatocytes. Places of cholestasis and foci of inflammatory infiltration were found in places, stasis in the vessels (Fig. 4).

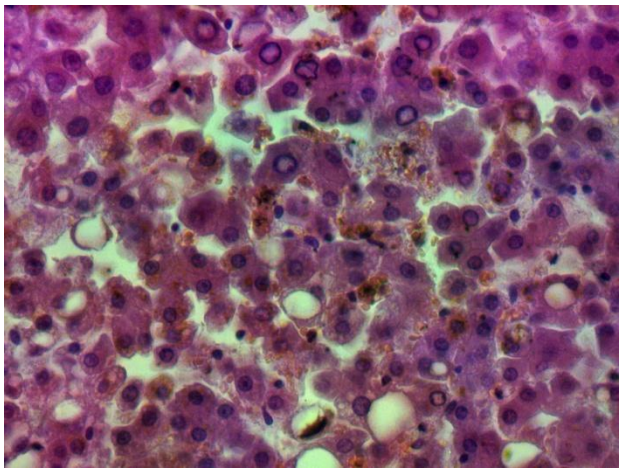


Fig. 4. Photomicrograph: Dystrophic changes, necrosis in the hepatocytes, cholestasis and inflammatory cells in the stroma of the liver in acute destructive pancreatitis. Stain: Hematoxylin and eosin x400

In the kidneys changes were accompanied by damage to the renal tubules and the development of tubulo-interstitial nephrosis.

Conclusion: Thus, the analysis shows that the severity of pathomorphological changes in internal organs depends on the severity of the underlying disease and the duration of intoxication.

References:

1. Destructive pancreatitis: the current state of the problem / / Burnevitch SZ, Gelfand BR, Orlov BB. And others. J. Journal of Surgery. - 2000. - № 2. - P. 116 - 122.

2. Novikov S.V. Statistics of pancreatitis. URL: http://pancreonecrosis.ru/statistika-pankreatita/ (circulation date 27.02.17)

3. Sotnichenko BA, Salienko SV, Markelova EV Destructive pancreatitis: prevention and treatment of purulent complications // J. Annals of surgical hepatology. - 2006. - No. 1. - 67-71.

4. Pitchumoni C.S., Patel N.M., Shah P. Factors influencing disease in acute pancreatitis: can we alter them? J.din. Gastroenterol. 2005; Oct; 39 (9): 798-814.

УДК 1751

Ш. ШАРМА

СООТНОШЕНИЕ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ С МЕДИЦИНСКОЙ ТЕМАТИКОЙ В РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ

Научный руководитель – преподаватель М.М. Петросян

Кафедра педагогики и психологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

***Резюме**: в статье дается сравнительный анализ фразеологических единиц с компонентом медицинских терминов на русском и английском языках. Фразеологические единицы анализируются в соответствии с их значением и компонентом переосмысления.*

***Ключевые слова**: структурно-семантический анализ, компонент медицинских терминов, фразеологические эквиваленты, фразеологические аналоги.*

Sh.SHARMA

COMPARISON OF IDIOMS IN RUSSIAN AND ENGLISH LANGUAGE WITH REFERENCE TO MEDICAL TERMINOLOGY

Scientific advisor – teacher Petrosyan M.M.

Department of pedagogy and psychology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *the article deals with the comparative analysis of phraseological units with a component of medical terms in Russian and English. Phraseological units are analyzed in accordance with their meaning and component of rethinking.*

Keywords: *structural-semantic analysis, the component of medical terms, phraseological equivalents, phraseological analogues.*

Relevance. An Idiom is an expression in the usage of a language that is peculiar to itself either grammatically or in having a meaning not deducible from those of the individual words, i.e. it's figurative meaning is different from the literal meaning. For example "over the moon" never means to be literally located over the moon, what it shows is the limit of happiness and enthusiasm, similarly, when one says "The devil is in the details", one is not expressing a belief in demons, but rather one means that things may look good on the surface, but upon scrutiny, undesirable aspects are revealed. There are thousands of idioms, occurring frequently in all languages. Idioms in any language play an important role because not only they make the content crisp and concise but also expressive and appealing. Usage of Idioms in conversation provides the speaker with a variety of forms to speak certain things in various ways.

Objective. to compare idioms (phraseological composition) containing medical terms in Russian and English and to identify their connotations.

From a long time idioms have been a vital part of general conversational vocabulary, but their significant use in medical terminology is what generally goes unnoticed. The use of phrasal verbs and idioms by native patients and health care workers makes their communication easier and less confusing.. Referring to idioms in medical terminology not only means defining certain conditions and specific situations, but also they have a prominent role in describing the anatomical body structures.

Use of idioms in medical terminology feels refreshing, attractive and new and in all it provides an interesting view to the terminology making it short yet expressive. The inter-comparison shows how a single condition can be described in multiple ways, with different choice words and different construction.

For the ease of understanding and explanation the idioms below are divided into 7 medical conditions, representing various idioms for each condition in different languageы.

Anatomical structures:

слепая кишка – blind gut, глазной зуб – eye tooth, зуб мудрости –wisdom tooth, барабанная полость – ear-drum, шейка матки – uterine neck, плавающие ребра – floating ribs, ложные ребра –false ribs, блуждающая печень – floating liver.

As seen above, the terminology having idioms in English language also have representation as idioms in Russian language.

Diseases: бронзовая болезнь – bronzed skin disease, средиземноморская анемия – Mediterranean anaemia, туннельная анемия – tunnel anaemia, гусиная кожа – goose-flesh, волчий голод – wolfish appetite, горная болезнь – mountain sickness, морская болезнь – sea sickness, снежная слепота – snow blindness, попугайная болезнь – parrot fever, ржавая мокрота – rusty sputum.

It's interesting to note how idioms make the name of the diseases intriguing and interesting. Idioms give nomenclature an overall new view and sense to look upon. Terminology being idiomatic, the meaning of the disease has nothing to do directly with the use of words in the expression. For example 'Sea Sickness" has nothing to do with the sea getting a sickness, what it expresses is the uneasiness felt while travelling in sea.

The use of idioms in terminology just makes expression of a particular condition much easier and wrapped in minimum number of words. Aren't we lucky that to describe a complex condition of having nausea and low breathing due to oxygen deficiency while travelling on mountains, we have a simple term known as "Mountain Sickness"

The use of idioms in disease terminology is generally the same in both the languages as seen above.

Treatment:

воздушная ванна	air bath
песочная ванна	sand bath
солнечная ванна	sun bath
лечь под нож	go under the knife
что доктор прописал	just what the doctor ordered

The use of idioms in medical terminology has not been restricted only to diseases or certain structures but has also been explored a lot in general sayings regarding to treatments of the patients. Idioms like "sun bath" and "sand bath" have been in great use since a long time, referring to certain specific treatments with special ways. Also it can be seen that the idioms of Russian and English language are mended in the same way, with almost same grammatical structure.

Recovering:

back on one's feet – встать на ноги, on the mend – идти на поправку, the picture of health – картина здоровья, bitter pill to swallow – горькая пилюля.

As already it was said not all idioms in one language has their equivalent in another. The above comparison shows us a good example of how a particular expression can have an idiom in one language but no related reference in another. “clean bill of health” is a commonly used English idiom which means to get a final call from the doctor of perfect health, but it does not have any equivalent in Russian language.

Health:

alive and well – жив и здоров, as fit as a fiddle – пребывать в добром здравии

Idiom “fit as a fiddle” depicts how health can be compared to a musical instrument just to show the state of wellbeing. Also one can notice that the English equivalent of the same idiom have another linguistic formation for Russian language but has the sense and meaning.

Diseased Conditions:

as pale as a ghost – бледный как труп, break out in a cold sweat – в холодном поту, catch a cold – заразу подхватить, catch one's death of cold – простыть до смерти, nothing but skin and bones – только кожа да кости, splitting headache – голова раскалывается.

There exists some physical conditions of a diseased person which are very well explained by idioms only. Certain common bodily characteristic are described by idioms in both languages, but have different form of representation and structure formation. For example, a medical condition where the patient becomes pale to very great extent, has been described in English idiom by comparing the pale color with ghost, while in Russian language the color gets compared to the corpse. Now, even though the way of expression is different in different language but they refer to the same condition. Although, in reality a patient never reaches to such a limit of paleness, but what idioms describe is something which cannot be expressed generally, and that too by different ways in different languages.

We can also notice that idiom “green around the gills” have no equivalent Russian idiom, proving the ambiguity of idioms.

An idiom called “black and blue” readily used in English language defining a physical condition of being adversely harmed has no similar idiom in Russian.

Death: at death's door – на пороге смерти, breathe one's last – последнее дыхание, die a natural death – естественная смерть, have one foot in the grave – одной ногой в могиле.

Here comes another example of an idiom (catch one's death of cold) which has no realted idiom in Russian language but is widely used in English language.

Results and discussion. Reading and knowing a large variety of idioms tells how interesting the world of idioms is.Although most of the idioms have a literal synonym in different languages but there are a lot of idioms which do not have linguistic correspondences in another language. There are many idioms which might be readily used in your language but there is no assurance that for that same idiom there is a linguistic correspondence present in any another language.

Conclusions. The work revealed a significant discrepancy between the number of idioms of these types. Thus, the most common in both languages are phraseological analogues and unique idioms, and least of all - equivalent. The most interesting to us are unique idioms, in which the low percentage of equivalence is probably due to the difference in religious, historical, cultural factors of the people's development.

References

1. Kunin A.V. Anglo-russkij frazeologicheskij slovar'. – M.: «Russkij jazyk», 1984. – 944 s.
2. Rajhshtejn A.D. O mezhjazykovom sopostavlenii frazeologicheskih edinic // Inostrannye jazyki v shkole, 1979. – №4. – S.7.
3. Telija V.N. Frazeologija. Lingvisticheskij jenciklopedicheskij slovar'. – M.: Sovetskaja jenciklopedija, 1990. – 560 s.
4. Cambridge Idioms Dictionary. Second edition. – CUP, 2006. – 520 p.
5. Concise Oxford Russian Dictionary. Russian-English, English-Russian. OUP, 2000. 2014 p.

УДК 616.895.4

А. ЗОДИНМАВИЯ, К. ВЕРМА, Т.Б. РАХМОНОВ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С.Фаршатов

Кафедра терапии и сестринского дела с уходом за больными

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: *В статье обсуждаются методы определения психологического стресса у больных с раком в виде тревожности и депрессии. Анкетирование проведено с помощью шкалы "hospital anxiety and depression scale" (HADS). Полученные данные Были обработаны в программе SPSS Statistics 16. для статистического анализа.*

Ключевые слова: *тревожность, депрессия, онкология, рак.*

A.ZODINMAWIA, K. VERMA, T.B. RAKHMONOV

TO DETERINE THE ANXIETY AND DEPRESSION IN CANCER PATIENTS

Scientific Advisor- Ph.D. in Medical sciences, Associate Professor *Farshatov R.S.*,
Department of Therapy and Nursing with care of patients, Bashkir State Medical University
Ufa

Abstract: *This article discusses about the methods to determine psychological stress in cancer patients, in the form of anxiety and depression. A survey was conducted using hospital anxiety and depression scale (HADS). The data obtained were then processed in SPSS Statistics version 16, for statistical analysis.*

Key Words: *anxiety, depression, oncology, cancer.*

Relevance: Cancer is a devastating affliction, the frequency of which is gradually increasing all over the world. Although it differs according to the type of cancer and where it occurs, cancer may be cured if properly intervened at the right time. Cancer holds third position amongst all diseases in the world and due to this it needs more attention in medically and psychologically. Four types of treatment of cancer are there chemotherapy, Immunotherapy, surgery and radiotherapy. Cancer is a chronic disease so it may cause anxiety and depression in patients which is associated to the declining health status, as almost all of the chronic patient have anxiety and depression. A cancer patient could also be distressed which is represented by a continuum ranging from common normal feeling of vulnerability, sadness and fear to problems that can become disabling such as depression, anxiety and panic, social isolation and spiritual crisis , among which anxiety and depression are most commonly found. It can occur in four forms i.e. situational anxiety, disease related anxiety, treatment related anxiety and as an exacerbation of pre-treatment anxiety disorder. So, what is anxiety and depression? Anxiety is an uncomfortable feeling or worry about something that is happening or might happen in the future, also something that causes a feeling of fear and worry. Whereas depression is a state of feeling very unhappy and without hope for the future, a mental illness in which a person is very unhappy and anxious. The relation between cancer, anxiety and depression is that most of the chronic patient have depression and anxiety which requires physical and mental help. A patient cannot recover quickly if his/her mind is ill because it is difficult for body to recover with such mental status.

As far from survey it can be concluded that majority of the people believed that cancer is deadly and still conjures up deep fears of a silent killer that creeps upon us without warning . A person who suffers from cancer will not recover and wait for his/her turn to pass away, this thought is also applied towards the patient, if they set up their mind that cancer is deadly and cannot be cured then the chance of survival is very less and this will result in depression and anxiety. For example the head of the family suffers from cancer and when he knew about this then he would be worried for his family and this will lead to anxiety and he will result in depression and this is very harmful for the patient’s health. In this stage doctors have to cure the physical disease(cancer) of the patient as well as the mental disease(anxiety and depression). For foremost the doctors have to cure his point of view and only after that the patient will regain his health and further development of his body .

Cancer is associated with significant psychosocial morbidity. Many researchers have reported that six mental disorders occur more frequently in cancer patients to warrant a detailed assessment and clinical intervention. Three represent direct reaction to illness: adjustment disorders with depression and/or anxiety, major depression and delirium. Others (primarily anxiety disorders, personality disorders and major depressive disorders) are pre existing conditions often exacerbated by the illness. The four common cause of anxiety in patients with cancer are as follows: (a) Situational: which includes diagnosis or illness related crisis, conflict with family or staffs, anticipating a frightening procedure or test results, and fear of recurrence (b) Disease related: poorly controlled pain, abnormal metabolic states, hormone secreting tumors, paraneoplastic syndromes (remote central nervous system effects) (c) Treatment related: such as anxiety producing drugs (antiemetic, neuroleptic, bronchodilators), withdrawal states (opioids, benzodiazepines, and alcohol), conditioned (anticipatory) anxiety, nausea, and vomiting with cyclic chemotherapy and (d) Exacerbation of preexisting anxiety disorder: Phobias (needles, claustrophobia), Panic and generalized anxiety disorders, Post traumatic stress disorders or as a result of traumatic cancer treatments (eg. Bone marrow transplant).Most frequent is situational anxiety associated on hearing the diagnosis, or reaching a crisis in illness or treatment, during conflicts with staffs of family, anticipating a frightening procedure or a test result, and fear of recurrence. Disease related anxiety occurs most often with poorly controlled pain.

Objective: To determine psychological stress in cancer patients in the form of anxiety and depression.

Materials And Methods: Hospital anxiety and depression scale (HADS) was used for measuring anxiety and depression of the patient. 150 patients with recent diagnosis of breast, colorectal, stomach, esophagus, lung or thyroid cancer scheduled for surgery, chemotherapy, radiotherapy or combination therapy and referred to three main hospitals of Aizawl in India were investigated in the study. The patients with past history of psychological disorders were excluded from the study. A presumptive diagnosis of anxiety and depression was based on a four point 14-item Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The data obtained were then processed in SPSS Statistics version 16, for statistical analysis. The outcomes were compared with socio-demographic and medical characteristics of patients with chi-square test (the χ^2 criterion).

Results And Discussion: The result shows that the spectrum of depression (symptomatic plus mild depression) was 48% and the spectrum of anxiety (symptomatic plus mild anxiety) was 46%. Breast and stomach cancer patients had the highest prevalence of anxiety and depression which had similarities and differences with other researches in Iran or other countries . In breast cancer patients, the importance of body image and the influence of mastectomy on it, self-image and its effect on sex drive, can justify the higher frequency of anxiety and depression in this group. In gastrointestinal tract cancer patients, the high frequency of anxiety and depression can be related to the changes due to the disease itself or the effect of different treatments on the patient's appearance. Fatigue, malaise, weight loss and surgical consequences like colostomy are the common causes of anxiety and depression in these patients. The patients with breast and stomach cancer had the highest prevalence of anxiety and depression among all others cancer patients.

Conclusion: The diagnosis of cancer creates a serious psychiatric morbidity in patients. Psychiatrists can play very important role in an integrated oncology treatment team by providing specialized treatment which will not only reduce anxiety and distress in cancer patients but also result in improvement in overall quality of life of cancer patients.

According to the survey it is clear that majority of the cancer patient suffer from anxiety and depression, here the patient's environment plays an important role in the recovery of the patient if the environment is appropriate then the patient's health can improve. The environment includes family support, doctors, nurses and his/her neighbor. The patient needs motivation and this could be done by his/her care providers.

Literature:

1. American Society of Clinical Oncology (ASCO) Depression and Anxiety. 2012. available At: URL:http://www.cancer.net.

2. National Institute of Mental Health. Mental Health Topics. Accessed at ww.nimh.nih.gov/health/topics/index.shtml on April 8, 2016.

3. Mehta RD, Roth AJ. Psychiatric Considerations in the Oncology Setting. CA Cancer J Clin. 2015;65:300-314.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, Arlington, VA. 2013.

УДК 616.98-036.22(574.13)

Г.Ж. НАЗАРБЕКОВА, Г.А. КЕРЕЕВА

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ИППП И ВИЧ ИНФЕКЦИИ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра эпидемиологии.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Тусупкалиева К.Ш.,

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

Резюме: *Проведен анализ статистических данных по заболеваемости ИППП и ВИЧ инфекцией населения Актюбинской области. Согласно статистическим данным по Республике отмечается снижения уровня заболеваемости ИППП за последние 5 лет, 2011г.-*

32,5 (2015г. - 28,4 на 100 тыс. населения). По Актюбинской области показатели заболеваемости в динамике увеличились (2011г.-19,3, 2012г. - 20,6, 2013г. - 20,7, 2014г.-21,1, 2015г. - 20,9 на 100 тыс. населения), в том числе в сельской местности (2011г. - 7,3 — 2015г.- 21,4 на 100 тыс. населения)

Ключевые слова: *ИППП, заболеваемость, ВИЧ инфекция, эпидемиология, анализ.*

G.ZH. NAZARBEKOVA, G.A. KEREYEVA

THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF STD AND HIV IN THE AKTOBE REGION

Scientific advisor – k.m.s., assistant professor K.SH. Tussupkaliyeva.
Department of Epidemiology
West Kazakhstan state medical university named after Marat Ospanov, Aktobe city, The Republic of Kazakhstan

Abstract: *There is an analysis of statistical data about sickness rate of STD and HIV among the population of Aktobe region. According to statistic the level of sickness rate of STD(Sexually Transmitted Diseases) decreased in last 5 years, in 2011-32.5 (in 2015 - 28.4 on 100000 people). In Aktobe region this level increased (in 2011- 19.3, in 2012- 20.6, in 2013- 20.7, in 2014- 21.1, in 2015- 20.9 on 100000 people) rural area (2011y.- 7.3, 2015y.- 21.4 on 100000 people).*

Keywords*: STD, sickness rate, HIV infection, epidemiology, analysis.*

Relevance of a research: STD And HIV among the people are a problem of the whole world including the Republic of Kazakhstan [8].

Sexually Transmitted Diseases (STD) — understand infectious diseases as these terms, the most frequent way of infection with which is sexual contact. At the moment it is known that STD causes 30 species of bacteria, viruses, unicellular and fungous organisms [4].

According to WHO statistics for 2015 it became known that there are 4 types of the infections which are found most of all among 15-49 years, STD which are treated: Chlamydia trachomatis (146 million); Neisseria gonorrhoeae (51 million); Treponema pallidum (5 million); Trichomonas vaginalis (239 million). Also viral STD began to high distribution: The 417 million people it is infected with a herp virus 2 types, and about 291 millon of women are infected with a virus of a papilloma of the person [8].

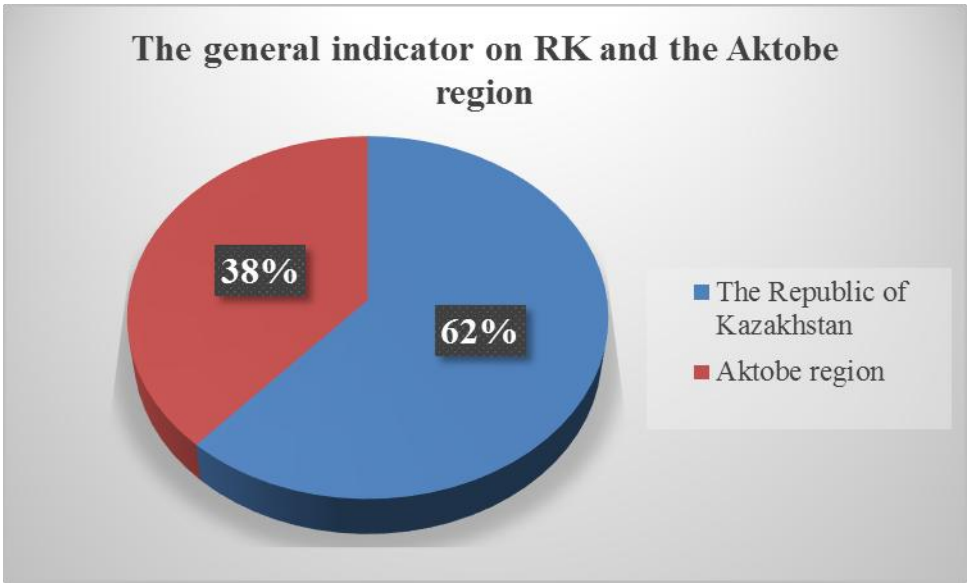
Besides HIV STD is also socially unpleasant disease. Spread of HIV is bound to augmentation of number of drug addicts, alcoholics and distribution of sexual contact among youth. Worldwide in 2015 there live 36,7 million people with a HIV disease, among them the 17 million people accept anti-retrovirus drug. Newly infected are made by 2,1 million. According to 2014 1,1 million the

person died from AIDS. I consider that it is very urgent problem at the moment as diseases as STD and HIV are widely widespread [6].

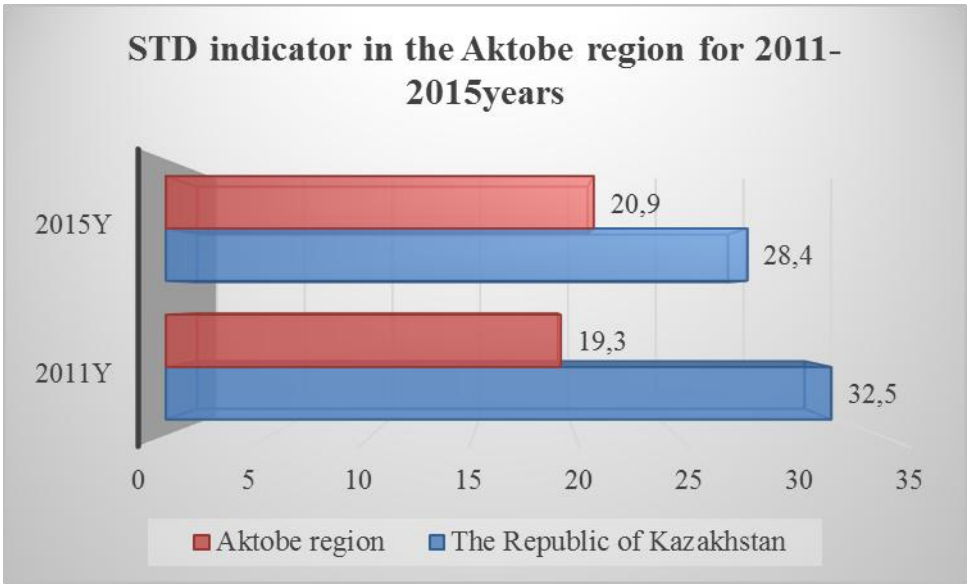
Purpose of this research: The analysis of a condition of epidemiological infections as STD and HIV for 2011-2015 years in Aktobe area.

Research methods: Carried out the analysis of a condition of epidemiological infections as STD and HIV in Aktobe area.

Results of researches: On statistics materials in the Republic over the last 5 years STD decreased a little, in 2011 32,5; (in 2015 28,4 on 100000 people), but in the Aktobe region (2011-19,3, 2012 - 20,6, 2013 - 20,7, 2014-21,1, 2015 - 20,9 on 100000 people) infected much more. Wait for the last in our area of the infected STD it became much more rare, example if to compare 2011 and 2015, difference 14,1. (2011 - 7,3; 2015 - 21,4 on 100000 people).

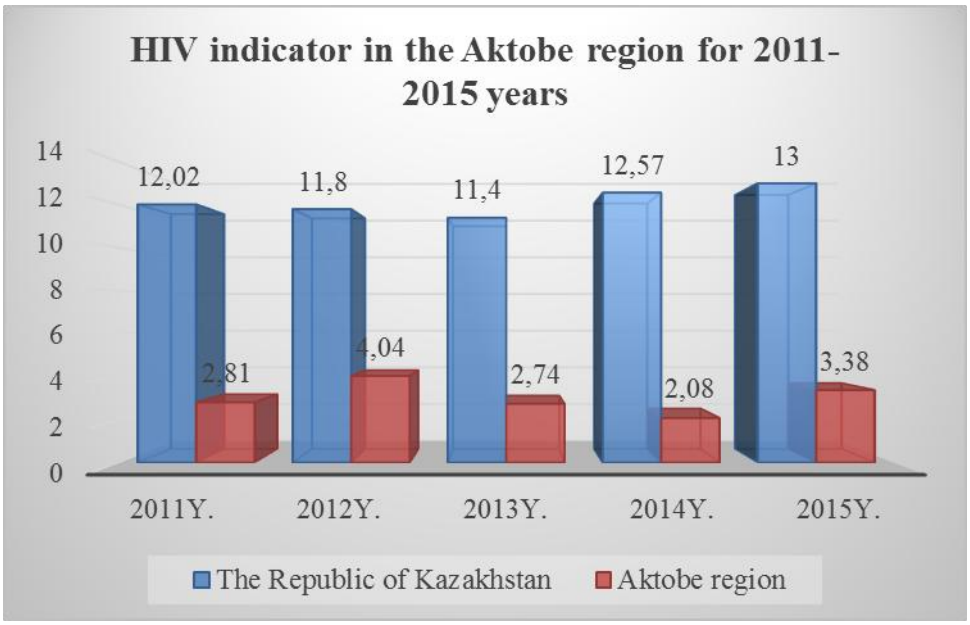


Page 1. The general indicator on RK and in the Aktobe region [7].



Page 2. STD indicator in the Aktobe region for 2011-2015 years

Also it is necessary to notice that on the Republic (2015-13,0; 2011 - 12,2) and on the Aktyubinsk region (2015-3,38; 2011-3,38 on 100000 people) raised are infected from HIV for 2011-2015.



Page 3. HIV indicator in the Aktobe region for 2011-2015. (on 100000 people) [7]

The adverse epidemiological state was now created, it is characterized by a chronic stream, a complication of a wide range and disturbance of reproductibility among men and women [2,5] Some researchers consider that sick STD became more because of social and economic and political changes in society. Also it is bound by change of character of the people (poverty, migration and so on.) and change of sexual character among inhabitants [1,3]

Total table №1:

STD indicator in the Aktobe region for 2011-2015. (on 100000 people) [7]

	Republic of Kazakhstan			*Aktobe region*		
	all	*sity*	*village*	*all*	*city*	*village*
2011year	*32,5*	*30*	*24,7*	*19,3*	*26,8*	*7,3*
2012 year	*36,4*	*45*	*25,9*	*20,6*	*26,9*	*10,6*
2013 year	*35,6*	*42,4*	*27,3*	*20,7*	*22,8*	*17,2*
2014 year	*31,5*	*36*	*25,7*	*21,1*	*23,2*	*17,7*
2015 year	*28,4*	*32*	*23,7*	*20,9*	*20,6*	*21,4*

Conclusion: The fact that infected from STD and HIV for 2011-2015 there was more is a society problem.

Literature:

1. Arabiskaya E.R. Analysis of knowledge of teenagers of the sex relations and infections, sexually transmitted//Russian magazine dermal and veneric of illnesses. 2001-№6. 46-50 p.
2. Kubanova A. A., Loseva O. K., Bases of primary prophylaxis of the infections, sexually transmitted (I,ST), in groups of the increased behavioural risk//the Russian magazine dermal and the venercheskikh of illnesses. 2000-№5. 4-77p.
3. Luzan N. V. To a question of STD case rate at minors//Planning of a family. - 1998. No. 2. 22-25 p.
4. Skripkin Yu. K., A. A Kubanova, V. G. Akimov. Skin and venereal diseases: textbook/M: GEOTAR-of Media, - 2011. - 538 p.
5. Tikhonova L. I. General review situation with infections sexually transmitted. The analysis of a case rate a congenital lues in the Russian Federation. The collection of materials of working meetings dermato-venereologists and obstetricians - gynecologists.-1999-2000. 2-10 p.
6. The report the United Nations for 2015 year. /www.gazeta.ru/business/2016/07/14/9689903.html
7. The statistical collection "Health of the Population in the Republic of Kazakhstan and Activity of the Organizations of Health Care" - 2011,2012,2013,2014,2015 years.
8. "World Health Organization SO the Global strategy of sector of a healthcare on infections, sexually transmitted, for 2016-2021. Introduction and general information Real..."

УДК 618.19-006.6-036.17

Т.Р. БАЙМУРАТОВ, А.В. ЕНИКЕЕВА, Т.Б. РАХМОНОВ

ФАКТОР ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО УХОДА В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Л.М. Насретдинова

Кафедра терапии и сестринского дела с уходом за больным, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В настоящее время улучшение качества медицинской помощи и обеспечение эффективности восстановления утраченных функций организма больных после операций являются ключевыми моментами лечебной деятельности, поэтому вопросам реабилитации уделяется колоссальное внимание.*

Ключевые слова: *рак молочной железы, реабилитация, помощь онкобольным.*

T.R. BAYMURATOV, A.V. ENIKEEVA, T.B. RAKHMONOV

THE FACTOR OF POSTOPERATIVE CARE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH BREAST CANCER.

Scientific Advisor – Ph. D. in Medicine, Associate Professor L.M. Nasretdinova

Department of Therapy and Nursing with Care of the Patient, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *At present, improving the quality of medical care and ensuring the effectiveness of recovery of lost functions of the body of patients after operations are the key moments of, therapeutic activity therefore a lot of attention is paid to the issues of rehabilitation.*
Keywords: *breast cancer, rehabilitation, respiratory function.*

Relevance: Oncological diseases are one of the main causes of morbidity and mortality in the world. Breast cancer is a malignant new formation from the cells of duct epithelium, the parenchyma of the gland. This is the most frequent form of cancer among women, affecting women from 1/13 to 1/9 of age 13 to 90 . Annually according to the WHO, from 800 thousand to 1 million new cases of breast cancer are registered. Only in the Russian Clinical Oncology Dispensary with this disease 926 people were registered in 2013 , 968 in 2014, 956 in 2015.

The main danger of malignant neoplasms, relative to other pathologies, is the rapid growth of the tumor and the destruction of mutated cells of healthy tissues and organs. Often the early stages of breast cancer are asymptomatic. Signs that indicate the presence of the disease are seals in the mammary glands or in the axillary cavities, skin traction, nipple discharge, changes in the shape of the breast, and others, may occur at later stages, and put the patient in a state of shock.

The aim of the study: develop methods of assisting in the rehabilitation of the cancer patient and adapting to a new life situation.

To achieve this goal, we need to solve the following problems:

1. Identification of problems faced by the patient.

2. Identification of problems faced by medical personnel.

3. Creation of clear prescriptions of behavior of the average personnel at a contact with the patient having a cancer of a mammary gland.

Materials and methods: The study of scientific literature, communication with patients about their needs

We will determine what problems the patient faces.

After the discovery of this pathology, as well as subsequent treatment, the patient faces a number of difficulties that can be divided to physiological and psychological.

Physiological consequences are associated with pain syndrome and general deterioration of the condition from back effects of the treatment, the result of metastasis. The main method of treatment is a surgical operation. Depending on the stage, spread, the doctor makes a decision to remove either only the tumor and a small part of the healthy tissue (lumpectomy), or the entire breast (mastectomy). Removal of the mammary gland with pectoral muscles, axillary, subclavian and subscapular lymph nodes is a radical, crippling operation Lymphatic pathways are crossed, lymph nodes are removed, nerves and nerve trunks are damaged, the neurovascular bundle is injured, rough postoperative scars requiring care are formed. But the surgical method is just one component of the treatment. For most patients, the use of chemotherapy is required after, and sometimes before, the operation. This is due to the fact that as the size of the tumor increases, the probability of metastasis increases, therefore, the use of local methods of treatment (surgery, radiation therapy) may not be enough. In such cases, chemotherapy is used as a method of prevention and treatment for formed metastases. Chemotherapy is a rather aggressive method of treatment, and entails some complications in the form of: general deterioration of the patient's condition (apathy, fatigue as a result of anemia), nausea, deterioration of appetite, hair loss. Nevertheless, these complications are temporary the effect of the therapy (the destruction of malignant cells) is much more important.

The general condition is also affected by metastases, causing severe pain. Metastases are secondary centers of growth of a malignant tumor, they negatively affect the functioning of vital organs. Each second cancer patient has relapses and metastases (metastases in the bone cause severe pain and increase the possibility of bone fractures).

Disease of breast cancer is accompanied by severe psychological stress. People, as a rule, believe that a tumor is an incurable, fatal disease. Influenced by this not always right opinion, with suspicion of a tumor disease, they usually fall into a state of severe emotional stress.

The most frequent fears of the patient:

1. Feeling of loss of femininity

2. The sense of inferiority as a result from point 1

3. The fear of losing a job

4. The fear of social isolation, the disintegration of the family

5. The fear for one's own life

The patient begins to fear the complications, which she read in different sources, under the influence of these experiences she falls into an even deeper depression, feels helpless. As the result, due to the prevailing situation, the patient faces the problem of adapting to a new life style and forming an adequate relation to her own personality.

What is the role of nursing staff? What are the tasks for the nurses?

The task for the medical staff is all possible assistance to the patient. It is necessary to be attentive to patient's close family, it is necessary to note that cancer affects not only the patient , but also her environment, the relatives suffer hard because the cancer affects the whole family. The fear for the life of a loved one and the physical burden of care, greatly affects a person, causing stress. For the most rapid return of the patient to a normal life, it is necessary to make a qualitative rehabilitation, which includes physiological and psychological aspects. The main parts of rehabilitation are:

1. Measures aimed at preventing complications after surgery;

2. Prophylaxis of post-radiation complications;

3. Physiotherapy (should be started as soon as possible);

4. Psychological assistance.

Results and discussion: Along with compliance with doctor's prescriptions, one of the tasks of medical personnel is to reduce the patient's stress , so that she can transfer the treatment process more easily. Serious arguments will be that the prognosis of breast cancer is relatively favorable. The results of treatment are usually evaluated according to the five-year survival rate of patients. Survival directly depends on the stage at which treatment was started and has the following indicators: at stage1 is 90-96%, at stage 2a is 90%, at stage 2b is 80%, at stage 3a is 87%, at stage 3b is 67% of patients.

Studies show that most patients need psychological care. There is a science of psycho-oncology, it involves studying and working with the psychological reactions of cancer patients, their family members and medical personnel. In many countries, in oncology clinics, psycho oncologists work together with a treating oncologists, observing the patient psychological state. According to the research of the American scientists the connection of internal psychological reserves leads to an increase in the number of cancer patients cured from stages 2 -3 to 75-45%. The condition for achieving a good result is to provide psycho-oncological care at all stages of oncology. It should be noted that abroad this area of science is better developed than in Russia, which often lacks

specialists in the field of psycho-oncology, nevertheless, the centers of psychological assistance to oncological patients and their relatives are rapidly developing here. Thus, when treating cancer patients, one should not forget about the psychological factor of the disease

Conclusion: The factor of postoperative care in the treatment process of patients with breast cancer has a huge impact on the quality of the patient's subsequent life.

Abroad, since the 70s of the 20th century, studies are being conducted, methods of care and assistance to the patients are being developed, meanwhile, in Russia, it is still at a low level of development. We must give not only quality care for the physiological component of the body, but also create favorable psychological conditions. The introduction of close psycho-oncological care, the creation of patient centers where they could communicate, not feel abandoned, left alone with their problems, would have a beneficial effect on the quality of general treatment.

Literature

1. Grushina T.I. Rehabilitation in oncology: physiotherapy. - GEOTAR-MEDIA, 2006. -240 p.

2. Password, Anatoly Alexandrovich. Chance for an oncologic patient / AA Password. - Pererab. And additional. Ed. - Novosibirsk: CERIS, 2001. - 350, [1] p.

3. Chernova O.V. Care for cancer patients. Series "Medicine for you." Rostov n / a: "Phoenix", 2002 -224 p.

4. Hardy I. The doctor, the sister, the patient. Trans. With Hungarian. M. Alexa; Ed. M. V. Korkina. - 3rd ed. stereotype. - BUDAPEST: Printing house of the Academy of Sciences of Hungary, 1974.

УДК 614.2

М.В.БОЙКО, А.Р.КАМБАРОВА, Д.Р.ФАРХИТДИНОВА

СИСТЕМА АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РОССИИ И ГЕРМАНИИ

Научный руководитель: к.ф.н., проф. Ю.Ф.Кобяков

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В статье сравниваются системы амбулаторного лечения граждан России и Германии. Понятие «амбулаторное лечение» для обеих стран едино, но системы его осуществления отличаются. В Германии нет принципа участковости для поликлиник, да и самих поликлиник в российском понимании нет.

Ключевые слова: амбулаторная помощь, поликлиника, участковый врач, врач-специалист

M.V.BOIKO, A.R.KAMBAROVA, D.R.FARKHITDINOVA

THE SYSTEMS OF AMBULATORY MEDICAL CARE IN RUSSIA AND IN GERMANY

Scientific supervisor: Ph.D. in Philology, professor Yu.F. Kobyakov

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *In the article are compared the ambulatory medical care in Russia and in Germany. They differ significantly. The policlinics in Russia take care of patients in a fixed district. The ambulatories in Germany are a part of hospitals. The functions of Russian district doctors are performed by German family doctors.*

Keywords: *ambulatory care, policlinic, district doctor, medical specialist*

Die Ambulanzsysteme von Russland und Deutschland

Die ambulante Versorgung in Russland

In unserem Beitrag möchten wir auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der vorklinischen Versorgung in Russland und in Deutschland eingehen. Der Gegenstand der Betrachtung ist das System der ambulanten Betreuung in beiden Ländern. Dieses Thema ist aktuell für unser Land, weil das russische Gesundheitswesen auch zum System der Hausärzte übergehen will, und Deutschland auf diesem Gebiet große Erfahrungen hat.

Die ambulante Versorgung wird daheim oder in einer ärztlichen Einrichtung durchgeführt. Eine Besonderheit der ambulanten Versorgung ist, dass die Patienten unter häuslichen Bedingungen bleiben und eine vollwertige medizinische Hilfe bekommen. Sie besuchen eine Poliklinik: sie lassen sich untersuchen, behandeln und ärztlich versorgen.

Laut der Verfassung der Russischen Föderation haben alle Bürger Russlands das Recht auf kostenlose qualifizierte medizinische Hilfe. Die ambulante Hilfe wird nach territorialem Prinzip organisiert. Den Ambulanzen werden bestimmte Territorien zugewiesen. Die Erwachsenen wenden sich an die Ärzte der Ambulanz für Erwachsene und die Kinder gehen in die Kinderambulanz.

Das Hauptprinzip der Ambulanzbetreuung ist das Prinzip der Gliederung in Bereiche. Das Territorium ist in Bereiche eingeteilt, die Patienten wenden sich an ihre Bereichsärzte (Internisten oder Kinderärzte). Der Bereichsarzt trifft Prophylaxe- und Heilmaßnahmen und erstellt die notwendigen medizinischen Dokumente (ärztliche Bescheinigungen, Krankenscheine u.ä.). Bei Bedarf kann der Patient seinen Arzt um einen Hausbesuch bitten.

Eine Ambulanz kann eine selbständige Einrichtung mit dem Status einer juristischen Person oder der Teil einer Klinik sein. Eine selbständige Ambulanz wird von dem Chefarzt geleitet, der einem übergeordneten Organ des Gesundheitswesens unterstellt ist.

Zur Ambulanz können Anmeldestelle, Sprechzimmer der Ärzte, Radiologie-, Physiotherapie- und Laborabteilungen und andere Bereiche gehören, die therapeutische Behandlungen gewährleisten, aber auch Verwaltungsdienste. Bei einigen Ambulanzen werden Tageskliniken eingerichtet.

Von besonderer Bedeutung ist die Arbeit eines Bereichskinderarztes, der Kinder im Babyalter durch Hausbesuche überwacht.

Zu den Aufgaben einer Ambulanz gehören auch epidemiologische Überwachung und Immunoprophylaxis. Die Ambulanzen führen außerdem Vorsorgeuntersuchungen ihrer Patienten durch.

Dem Ambulanzsystem in Ufa liegt auch das territoriale Prinzip zu Grunde: eine Institution bedient ein bestimmtes Territorium, das seinerseits in Territorialbereiche eingeteilt ist. Jeder Stadtbezirk hat seine eigenen Ambulanzen (Polikliniken), darunter auch eine Kinderambulanz. So verfügt der

Stadtbezirk Kirowski in Ufa z.B. über 4 Polikliniken, sowie über 2 Ambulanzen bei Kliniken, für Erwachsene und eine Kinderpoliklinik mit 4 Filialen. [1]

Kinderambulanzen organisieren und führen Vorbeugungsmaßnahmen durch (Verlaufsbeobachtung von Kindern verschiedener Altersgruppen, regelmäßige komplexe Untersuchungen durch Fachärzte); Patienten werden bei Hausbesuchen und in der Ambulanz beraten und behandelt. Außerdem kümmern sie sich um die Rehabilitation und Behandlung ihrer Patienten in Sanatorien und Kurorten, führen Heil- und Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen durch, nehmen an Epidemie- und immunprophylaktischen Schutzmaßnahmen teil.

Im Stadtbezirk Kirowski in Ufa werden die Kinder von 5 Filialen der Kinderpoliklinik Nr. 2 betreut. In jeder Filiale funktioniert ein Bereichssystem. Jeder Bereich (ein bestimmtes Territorium innerhalb des Stadtbezirks) wird von dem Bereichskinderarzt und seinen Assistenten bedient. Auf dieser Ebene werden die Kinder auf Vorhandensein eventueller Erkrankungen untersucht. Das ist die sogenannte vorklinische Etappe. Bei Auffälligkeiten kann der Bereichskinderarzt seine Patienten zu speziellen Untersuchungen überweisen (MRT, Ultraschall, FEES u.a.). Bei positivem Befund wird der Patient an einen Facharzt zur weiteren Behandlung überwiesen.

Wenn der Kinderarzt beim Hausbesuch einen schweren Zustand des Kindes feststellt, kann er eine dringende Einweisung des Patienten ins Krankenhaus verordnen.

Ähnlich ist auch die Arbeit der Ambulanzen für Erwachsene organisiert. Sie betreuen Patienten, die auf einem bestimmten Territorium wohnen. Dabei arbeiten die Internisten bereichsweise, die Fachärzte aber sind in Teams organisiert. Dieses Organisationsprinzip bringt bestimmte Vorteile mit sich: die Ambulanz und einzelne Ärzte sind über die demographische Situation, Krankenstand, Lebens- und Arbeitsbedingungen, usw., auf ihrem Territorium sehr gut informiert. Zur Ambulanz gehören spezielle diagnostische Abteilungen oder Zimmer und Abteilungen (Zimmer) für Rehabilitationsmedizin. Die Ambulanzpatienten können zur ärztlichen Beratung an Spezialzentren bei zentralen Kliniken, an Beratungspolikliniken der Forschungsinstitute und Hochschulen überwiesen werden.

Ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland

Als „ambulante Versorgung“ bezeichnet man alle Behandlungsleistungen, die außerhalb von Kliniken (Akutkrankenhäuser, Fachkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken) erbracht werden. Der größte Bereich ist die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Weitere Bereiche sind beispielsweise die psychotherapeutische und die Heilmittelversorgung (Krankengymnastik, Ergotherapie usw.).

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind die erste und zumeist wichtigste Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten. Ein **Hausarzt** ist ein niedergelassener (freiberuflicher) oder ein in einer ärztlichen Kooperationsgemeinschaft wie z.B. ein Medizinisches Versorgungszentrum oder einer Berufsausübungsgemeinschaft angestellter Arzt, der für den Patienten meist die erste Anlaufstelle bei medizinischen Problemen ist oder im Rahmen des Hausarztmodells sogar sein muss. In den ärztlichen Kooperationsgemeinschaften (sogenanntes Ärztehaus) können beliebig viele zugelassene Ärzte im Angestelltenverhältnis arbeiten, was in den herkömmlichen Arztpraxen nur sehr eingeschränkt erlaubt ist. Medizinische Versorgungszentren müssen fachübergreifend sein, das heißt Fachärzte unterschiedlicher Richtungen oder psychologische Psychotherapeuten beschäftigen und unter ärztlicher Leitung stehen. [5]Strukturen und Versorgungsformen der Gesundheitspolitik. Bundeszentrale für politische Bildung. Eine Studie, 2014.

Ein Hausarzt stellt meist, oft zusammen mit einem Apotheker, die erste Anlaufstelle dar, die bei medizinischen Fragen aufgesucht wird und dient damit als Lotse im oftmals unübersichtlichen Gesundheitssystem. Wie jeder niedergelassene Arzt, so ist auch der Hausarzt berufsrechtlich verpflichtet, gegebenenfalls, z.B. bei schwereren Krankheiten, notwendige Hausbesuche durchzuführen. Um die ärztliche Versorgung auch außerhalb der Sprechstunden sicherzustellen, organisieren niedergelassene Ärzte in der Regel einen ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Im Idealfall kennt der Arzt von früheren Gelegenheiten im Wesentlichen die Lebens- bzw. Krankengeschichte, während er sie bei neuen Patienten erst in längerem Gespräch erheben muss (Anamnese). Durch eine gewisse Kenntnis der persönlichen Situation und das Vertrauen der Patienten können Hausärzte mitunter auch bei psychischen Problemen oder Konflikten einen besseren Zugang zum Patienten haben als mancher Spezialist und übernehmen damit oftmals die psychologische Grundversorgung im Rahmen ihrer hausärztlichen Tätigkeit.

Wenn nötig, schreibt der Hausarzt auch die Überweisung zum Facharzt, zu einer speziellen Therapie bzw. kümmert sich um die Einweisung in ein Krankenhaus.

In Deutschland sind als Hausärzte tätig:

- Fachärzte für Allgemeinmedizin;
- Hausärztlich niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin;
- So genannte praktische Ärzte, also Ärzte ohne Facharztanerkennung;
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (früher Kinderarzt).

In Deutschland gibt es rund 60.000 Hausärzte. [4] 18,5 Prozent der Ärzte in Deutschland sind kassenärztlich tätige Hausärzte (Stand 2010). [3] Bis 2020 wird rund die Hälfte der Hausärzte in Deutschland in Rente gehen. [6] Wie sich die Anzahl der Hausärzte entwickelt, hängt allerdings

auch davon ab, wie viele der jährlich knapp 10.000 Absolventen der Humanmedizin sich als Facharzt für Allgemeinmedizin spezialisieren und als Hausarzt niederlassen.

Seit Ende der 1990er Jahre versuchen zahlreiche Gesundheitspolitiker, die Rolle des Hausarztes im Gesundheitssystem zu stärken.

Unter ambulanter Pflege versteht man außerdem auch die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in ihrer häuslichen Umgebung. Ziel der ambulanten Pflege ist es, dass Menschen dem Bedarf und den Möglichkeiten entsprechend in der häuslichen Umgebung pflegerisch versorgt werden. Durch häusliche Intensiv- und Palliativpflege gibt es Möglichkeiten, entsprechend betroffene (beatmete, schwerstkranke, sterbende) Menschen im häuslichen Umfeld zu versorgen.

Ambulante Pflege wird entweder durch nichtprofessionelle Pflegepersonen durchgeführt – dies können Angehörige oder auch nicht zur Familie gehörige sonstige Personen sein – kann aber auch vollständig oder teilweise von ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen und durch deren professionelles Pflegepersonal erfolgen. Im Jahr 2009 wurden 69 % aller Pflegebedürftigen (1,62 Millionen) in ihrem häuslichen Umfeld versorgt. [2]

Im weitesten Sinn versteht man unter Ambulanzdienst die (notfall-)medizinische Versorgung der Bevölkerung außerhalb der Kliniken und Arztpraxen verstanden. Hierzu zählen:

- Notfallrettung
- Krankentransport
- (nicht-qualifizierter) Patientenfahrdienst
- Sanitätsdienst

Straßenambulanzen sind von der Wohlfahrt finanzierte mobile Arztpraxen in Sanitätsfahrzeugen, die kostenfrei Hilfsbedürftige behandeln.

Zusammenfassung

Die Systeme der ambulanten Versorgung sind in Russland und in Deutschland verschieden organisiert. In Russland gibt es ein dichtes Netz von selbständigen Ambulanzen (Polikliniken), die Patienten auf einem bestimmten, ihnen zugewiesenen Territorium betreuen. In Deutschland sind die Ambulanzen ein Bestandteil der Kliniken. Den russischen Ambulanzen stehen in gewissem Maße die Ärztehäuser nahe, aber sie sind nicht territorialgebunden, das sind Anlaufstellen für alle Patienten, unabhängig von ihrem Wohnsitz. Die Funktion der Bereichsätzte aus den russischen Polikliniken erfüllen in Deutschland die Hausärzte, die Patienten in ihren Praxen empfangen, aber auch Hausbesuche machen.

Literaturverzeichnis

1. Meditsina v Ufe. http://www.ufamed.info/clinics/region/40/?subtype=10&ctype=2

2. Ambulante Pflege.https://de.wikipedia.org/wiki/Ambulante_Pflege#cite_note-Pflegestatistik_09-2

3. Arztzahlstudie 2010. http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf

4. Inacker, Michael. Lockangebote für Landärzte. In: Handelsblatt. Nr. 248, 21. bis 26. Dezember 2012, S. 11.

5. Strukturen und Versorgungsformen der Gesundheitspolitik. Bundeszentrale für politische Bildung. Eine Studie, 2014. http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen?p=all

6. Thelen, Peter. *AOK fordert Gesundheitsreform.* In: *Handelsblatt.* 10.Juni 2013, S. 8.

УДК 614.253.83

T.R. VILDANOV, K. VERMA

USE OF PATIENT FIXATION IN THE DEPARTMENT OF REHABILITATION

Scientific Advisor- Ph.D. in Medical sciences, Associated Professor Farshatov *R.S.*,
Department of Therapy and Nursing with care of patients, Bashkir State Medical University
Ufa

Abstract: *this article discusses issues related to the use of restraints in the intensive care unit, determined by the results of a survey of healthcare providers. The survey was conducted using the online service http:// www.webanketa.com and a total of 116 respondents from different cities of Russia, Ukraine, Belarus took part in it. Based on the results, the respondents' perspective on restraining of ICU patients, their standpoint of legal aspects and the adverse effects of the restraining interventions on the ICU patients were studied.*

Key words: *restraints, intensive care unit, survey, healthcare professional, adverse effects.*

Background: In intensive care units, restraints are usually used either as an independent tool or in combination with sedatives to facilitate optimal environment for mandatory therapeutic procedures and diagnostic evaluations in patient care, to prevent adverse events leading to deleterious

consequences such as patient removal of catheters, surgical drains and devices necessary for life support (endotracheal tube, venous/arterial catheters, and surgical drains).

Despite the possible benefits, restraints can lead to a number of adverse effects, such as alteration in the integrity of the skin (example Bedsores), respiratory, cardiovascular, nervous and musculoskeletal complications [1]. Restraining therapies might exacerbate the course of delirium [2, 3], for which it was implemented. In addition, without restraints, the risk of inadvertent extubation could increase [3-5]. Restraining therapies are the main cause of the patient's discomfort and agitation during the stay in the intensive care unit (ICU) [6]. Restraining interventions could also affect the patient's legal and socially accepted right, furthermore opposing the patient's autonomy which may result to a low self-esteem [7]. Nevertheless, restraining therapy is widely used in most countries with "developed democracy", including in the United States, except Great Britain [7] and Norway [8]. Although there is an ongoing controversy about the potential benefits, there is still no significant evidence of adverse effects. In addition, there are many controversial opinions in the legal and ethical aspects of this issue.

Objective: to study the perspective of the healthcare professionals on the utilization of restraints in the intensive care unit.

Materials and methods: to implement the research objectives, a questionnaire for the survey was developed containing 17 questions, related to the implementation of restraining therapies in intensive care units. The survey was conducted using the online service http:// www.webanketa.com and in total, 116 respondents from different cities of Russia, Ukraine and Belarus took part in it. Respondents were divided into 2 groups – critical care providers (group A, n = 98) and other healthcare professionals (group B, n = 18).

The average age of respondents in group A was 31.0 years and in group B - 27.3 years. In the groups surveyed, females predominated: in group A, the ratio of men and women was 51.0% and 49.0%, in group B - 38.9% and 61.1%, respectively. Statistically, there were no significant differences noted between the age of group members($p = 0.001$, according to the χ^2 criterion).

Results and discussion: The questionnaire survey of 116 respondents was conducted about the utilization of restraining therapies on ICU patients. Among the respondents, the majority (114 people or 98.3%) were aware that restraining interventions could be used in the intensive care units.

Most respondents gave affirmative responses to the question about the use of restraints on patients of intensive care units if necessary: in group A - 62 (63.3%), in group B - 15 (83.33%), respectively. Respondents considered restraints as the only way to "pacify" patients and to establish a safe environment for them: in group A there were 47.8% positive responses, in group B - 72.2%

respectively. When a patient is agitated or develops a delirious behaviour and interfere with the performance of procedures, 66.3% of the critical care providers prefer restraining interventions.

Methods alternative to restraining therapies, are often used by 41.8% of critical care providers and 22.2% of other healthcare providers. Among the alternative methods, respondents consider the use of sedatives, analgesics, neuroleptic agents, neuromuscular blocking agents and several of other methods as beneficial.

Neuromuscular blocking agents, in this case are considered as a method which is possible to use as an alternative to restraints by 3.1% of physicians and nurses working in intensive care, while 16.7% of other healthcare providers consider the same.

The healthcare providers surveyed are convinced that for the implementation of restraining interventions, obtaining formal informed consent of patient's legal guardian of surrogate is not required: in group A, there were 83.7% affirmative responses, in group B - 83.3%, respectively.

The healthcare professionals who considered consultation of a psychiatrist as a mandatory condition for utilization of restraining therapy: in group A were 26.5%, in group B - 22.2%, the negative responses in these groups were 60.2% and 50.0%, neutral - 13.3% and 27.8% respectively.

Interestingly enough, healthcare providers rarely encounter with complaints of patients or their guardians about the use of restraints: group A had 5.1% affirmative responses, in group B there were no such responses, the negative responses were 79.6% and 83, 3% respectively.

Very few respondents believed that fixation had any adverse effects on the health of the patient: for example, in group A, there were 9.2% of positive responses, in group B - 11.1%, respectively; Negative responses in group A were 55.1%, in group B - 61.1%, respectively.

Conclusion: Thus, the perspective of the healthcare providers surveyed on the question about the utilization of restraining therapies was contradictory as most respondents recognize the need for restraints on ICU patients and consider it to be the only possible method. Many healthcare providers are convinced that in the cases of uncoordinated behaviour of patients it is not necessary to receive informed consent for the implementation of restraints. Awareness of the respondents about the adverse effects of restraints was extremely low (9.2% and 38.9 among the critical care providers and other healthcare providers respectively).

Literature

1. Evans D, Wood J, Lambert L (2002) A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. J Adv Nurs 40:616-625.

2. Micek ST, Anand NJ, Laible BR, Shannon WD, Kollef MH (2005) Delirium as detected by the CAM-ICU predicts restraint use among mechanically ventilated medical patients. Crit Care Med 33:1260-1265.

3. Baer CL (1998) Is there an answer to preventing unplanned extubations? Crit Care Med 26:989-990 .

4. Chang LY, Wang KW, Chao YF (2008) Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study. Am J Crit Care 17:408-415.

5. Curry K, Cobb S, Kutash M, Diggs C (2008) Characteristics associated with unplanned extubations in a surgical intensive care unit. Am J Crit Care 17:45-51.

6. Rotondi AJ, Chellure L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, Im K, Donahoe M, Pinsky MR (2002) Patients recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. Crit Care Med 30:746-752.

7. Bray K, Hill K, Robson W, Leaver G, Walker N, O`Leary M, Delaney T, Walsh D, Gager M, Waterhouse C (2004) British Association of Critical Care Nurses position statement on the use o restraint in adult critical care units. Nurs Crit Care 9:199-212.

8. Martin B, Mathisen L (2005) Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study. Am J Crit Care 14:133-142.

УДК 612.117.5

Л.Р. ГЛАЗУТДИНОВА, Г.Ф. МУСИНА, А.Н. МУЛЛАЯНОВА, Т.И. ИШТИМИРОВ, А.Р. ИСХАКОВА

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕДНО-ЦИНКОВОЙ КОЛЧЕДАННОЙ РУДЫ IN VIVO И IN VITRO НА ОСМОТИЧЕСКУЮ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

Научный руководитель - д.м.н., профессор А.Ф. Каюмова, ассистент К.Р. Зиякаева

Кафедра нормальной физиологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В экспериментах in vivo и in vitro исследована осмотическая резистентность эритроцитов крыс-самцов на фоне длительного воздействия порошком медно-цинковой колчеданной руды. Установлено снижение осмотической резистентности эритроцитов в опытной группе животных in vivo по сравнению с интактными животными.*

Ключевые слова: *резистентность, эритроциты, анемия, крысы, руда.*

L.R. GLASUTDINOVA, G.F. MUSINA, A.N. MULLAYANOVA, T.I. ISHTIMIROV, A.R. ISKHAKOVA

THE INFLUENCE OF COPPER-ZINC ORE ON ERYTHROCYTE OSMOTIC RESISTANCE IN PERIPHERAL BLOOD, IN VITRO AND IN VIVO SAMPLES

Scientific Advisor –PhD, prof, A.F. Kayumova, ass. K.R. Ziyakaeva
Department of normal physiology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The academic paper studied the osmotic resistance of erythrocytes in male rats, in vivo and vitro groups, under prolonged exposure to copper-zinc pyrite ore powder. The experimental group (in vivo) showed deacresed osmothic resistance compared to the control group.

Key words: osmothic resistance, erythrocytes, anemia, rats, copper –zinc pyrite ore

Relevance: Osmotic resistance of erythrocytes reflects the functional state of erythrocytes when adapting to various stress conditions. When recording the reaction of red blood the osmotic erythrogram reflects the productivity of hematopoiesis [3]. The Uchalinsky Mining and Processing Combine (UMPC) is one of the largest mining enterprise in Bashkortostan state, which produces russians 70% of zinc and 30% of copper. While working, miners contact with polymetallic dust of copper-zinc pyrite ore which produces a bad effect on workers health and increases the risk of occupational and general diseases [1-4]. The dynamic data of occupational morbidity at UMPC over 35 years (1970-2005) was analyzed. Over the years, 127 cases of occupational diseases have been identified, 3.62 cases per year [8]. The annual economic losses caused by unfavorable working conditions are estimated at 407.8 billion rubles (1.9% of GDP [9].

Objective: To study the osmotic resistance of peripheral blood erythrocytes of experimental animals under prolonged exposure of copper-zinc pyrite ore.

Materials and methods: The experiments were performed on 90 white mongrel male rats, average weight 231.21 ± 58.27 g, aged 3 to 6 months. All animals were divided into experimental (n = 60) and control (n = 30) group. For three months, rats were fed bread with the addition of ore powder, 60 mg per 100 grams of weight. Blood sampling was performed from the tail vein on the 10th, 30th, 50th, 70th, and 90th day of the experiment. Copper-zinc source was UMPC. The ore chemical composition is: Cu-1.06%, Zn-1.04%, S -46.00%, the contents of oxides (in%): SiO2 - 3, 8 (0.16-5.4); Al2O3 - 0.4 (0.10-0.9); TiO2 - 0.03 (0.02-0.04); MnO = 0.12 (0.1-0.15); MgO - 0.2 (0.2-0.4); CaO-2.3 (0.23-3.44); Na2O 0.04 (0.02-0.11); K2O = 0.1 (0.05-0.17); P2O5 0.005 (0.01-0.74). Harmful impurities are arsenic (0.25-0.96%), antimony (0.009-0.42%)

The osmotic resistance of erythrocytes (ORE) was studied by the method of Waugh and Asherman (1938) in the modifications of NL Vasilevskaya (1955) and Cohen (1958) by determining the optical density of hemoglobin solutions obtained as a result of erythrocyte destruction in a series of hypotonic sodium chloride solutions [5]. In vivo experiments with dilutions of sodium chloride (0.8%, 0.7%, 0.6%, 0.5%, 0.4%, 0.3%, 0.2%, 0.1%) were added with studied blood in 20 µl in each test glass. In experiments in vitro, sodium chloride dilutions were added to 50 mg of copper-zinc pyrite powder and mixed thoroughly with a glass rod, then 20 µl

blood of intact rats were added to hypotonic solutions. The samples were centrifuged at 1500 rpm for 5 minutes. The degree of hemolysis was evaluated on a spectrophotometer PE-5400VI at a wavelength of 540 nm against 10 mm 0.9% NaCl solution. The percentage of hemolysis (X) was calculated for various dilutions of sodium chloride according to the formula: $X = (E0 / Emax) \cdot 100$, where E0 is the extinction of the test sample, Emax is the extinction corresponding to 100% hemolysis, and X is the percentage of hemolysis [6].

For Statistical calculations we used StatSoft Statistica 10 software. For each indicator, the mean value and the standard error of the mean value were calculated. As a criterion for assessing the reliability of differences between experimental and intact animals a nonparametric Kruskal-Wallis test reliability test was used. Differences were considered significant at $p < 0.05$.

Results: Resistance of the erythrocyte membrane in a hypotonic solution is determined by its physiological state. The erythrogram can reveal different populations of erythrocytes cells that differ in age and persistence. Hemolysis effect of ore and the heavy metal salts on different populations of erythrocytes were assessed as follows: 90% of high-resistant young cells, 50% of medium-resistant mature cells and 10% of low-resistant old cells. The changes in osmotic resistance in experimental sample presented in Table 1. Figure 1 presents the erythrograms of the control and experimental groups 10,30,60,90,120-day measures are shown.

Tab. 1 The changes in osmotic resistance in experimental sample in vivo цинковой колчеданной руды in vivo

NaCl, %	control	10 days	30 days	60 days	90 days	120 days
0,8	1,95±0,5	2,58±0,74	2,82±0,6	3,13±0,46**	3,52± 1,024*	3,72±0,28#
0,7	2,22±0,12	3,09±0,1	3,22±0,54	3,5±0,43**	4,37± 1,25*	5,9±0,52#
0,6	2,32±0,96	3,79±1,25	3,97±0,88	4,66±0,67*	4,83± 1,42*	6,53±1,05#
0,5	2,404±0,58	3,98±0,81*	4,8±1,43	6,33±1,27**	6,54±2,02	11,07±1,46**
0,4	38,76±1,35	38,76±1,57	52,32±11,51**	53,59±1,25**	57,75±5,48	65,01±4,76#
0,3	52,11±3,28	72,18±16,64*	75,47±9,78*	80,63±5,20**	81,29±4,78	84,21±5,36**
0,2	72,87±7,32	82,74±8,4*	85,05±10,04	86,96±2,44**	87,63±4,55	90,15±2,5**
0,1	100	100	100	100	100	100

*p<0,05; **p<0,01, #p<0,001. Kruskal-Wallis test

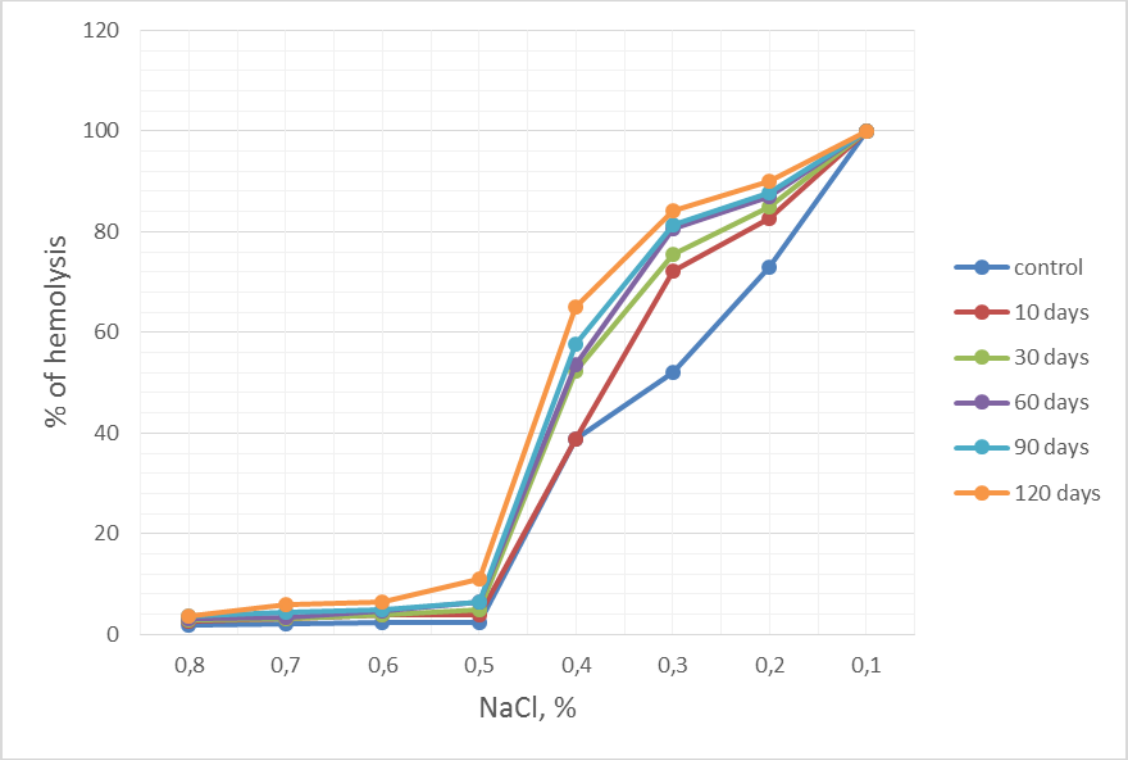


Fig.1 The erythrograms of the control and experimental groups

The most noticeable difference between the experimental group and the control group was observed on the 30th day of the experiment. At concentration of 0.4% NaCl, 52.32 ± 11.51% of hemolyzed erythrocytes were in the experimental group and 38.76 ± 1.35% in the control group. Full hemolyzation of low-resistant cells was revealed in NaCl 0,5% solution at the end of experimental period (120 days), whereas in the control group the old cells were destroyed in 0.48% NaCl solution. Hemolysis of middle-resistant mature erythrocytes in the experimental group occurred at 0.44% NaCl, and in the control group at concentration of 0.3% NaCl. The highly resistant cells were not fully destroyed (90%) at the 120th day in the experimental series with 0,2% NaCl , with the same conditions hemolyzation percent in control group was 72.87 ±7.32.

Table 2 shows the results of the in vitro experiment. The curves reflect the comparison between in vitro and in vivo samples, a larger number of hemolyzed cells were observed in vitro. The experimental erythrogram shows region of increased NaCl concentration, which indicates a decreased resistance to the adverse effect of ore compound. The population of the low-stable red blood cells (p10) in the experimental and control groups was almost indistinguishable. The erythrogram shifted to the left in the populations of erythrocytes p50 and p90 in experiment series, which also acknowledge decreased resistance against noxious action of ore.

In the experimental group, at a concentration of 0.4% NaCl, 30.06 ± 6.35% erythrocytes were destroyed under the influence of ore, which is more than in the control (20.15 ± 1.57).

In 0.2% NaCl, under the influence of ore, 90.29 ± 4.81% of hemolyzed cells were observed, whereas in control sample 73.28 ± 1.16% of erythrocytes were destroyed.

Osmotic resistance of erythrocytes under the influence of copper-zinc pyrite ore
(in vitro, % hemolyzation)

Tab. 2 The changes in osmotic resistance in experimental sample in vitro

	NaCl, %							
Groups	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1
control	3,15 ±0,21	3,82 ±0,25	4,19± 0,24	5,33± 0,26	20,15± 1,57	62,54± 3,73	73,28± 1,16	100
Experiment ore in vitro	3,41± 0,22*	3,93± 0,33	4,67± 0,30	5,55± 0,39	30,06± 6,35	75,36± 6,45	90,29± 4,81	100

*p<0,05, Kruskal-Wallis test

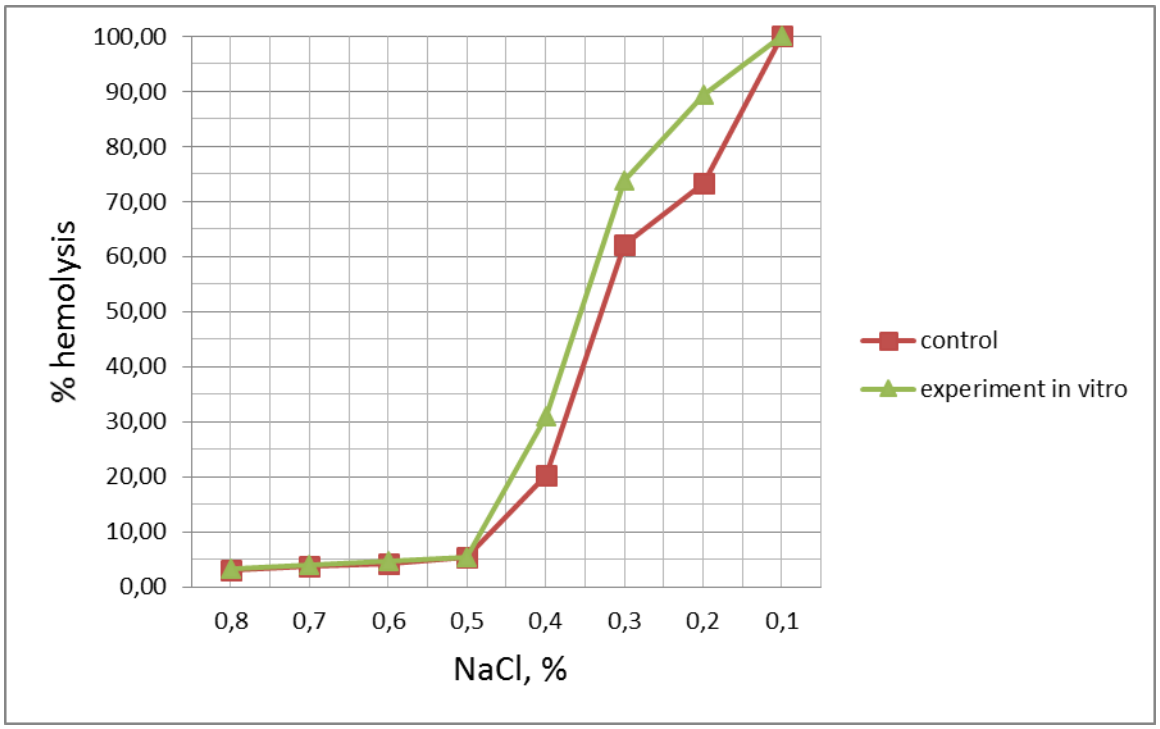


Fig.2 Erythrograms of osmotic resistance under the influence of copper-zinc pyrite ore in vitro.

Conclusions:

1. Under the influence of long-term administration of copper-zinc pyrite ore, the osmotic resistance of peripheral blood erythrocytes in vivo was reduced at the long period of time (90th and 120th days).

2. The in vitro experiment also revealed a negative effect on blood cells, and there is a tendency to the resistance deterioration.

3. Erythrograms in the control and experimental groups differ, chart shows shift to the left, which indirectly indicates the depression of erythropoiesis.

References:

1. Agletdinov E.F., Nurgaleev N.V., Farshatova E.R., Ilyasova E.I., Kudasheva A.R., Ivanova G.V., Kamilov F.Kh., Teregulova Z.S., Nikonorov A.A. The impact of copper-zink pyritic ore's polymetallic dust of mineral metabolism and bone tissue. // Bulletin of Orenburg State University. - 2011. - №15 (134). - P. 15-18.

2. Farshatova E.R., Menshikova I.A., Kamilov F.Kh. Effect of metals in copper-zink sulphide ores on bone metabolism. // Medical bulletin of Bashkortostan. – 2014. - № 4. - C. 57-59.

3. Kozak M.V. Age-related changes in erythrocyte osmotic resistance. // Bulletin of N. I. Lobachevsky Nizhny Novgorod University. – 2010. - №2 (2). – P. 648-652.

4. Nurgaleev N.V., Farshatova E.R., Agletdinov E.F.,. Kamilov F.Kh. Metabolism of mandibular bony tissue in case of long-term inflow of copper-zink pyritic ore elements under experiment. // Medical bulletin of Bashkortostan. – 2012. - T. 7. - № 5. – P. 78 – 81.

5. Savlukov A.I., Samsonov V.M., Kamilov R.F., Shakirova E.D., Yapparov R.N., Shakirov D.F. Erythrocyte stability as body adaptation link. // Medical bulletin of Bashkortostan. – 2011. – T. 6. - № 4. – P. 13-17.

6. Talalaeva O.S., Zverev Ya.F., Zamyatina S.V., Bryukhanov V.M., Lampatov V.V.. The effects of histochrome on the osmotic resistance of red blood cells in the in vitro and in vivo experiments. // Siberian medical journal.-2012. – T. 27. - № 4. – P. 70-74.

7. Teregulova Z.S., Karimova L.K., Tairova E.I., Yakhina R.R., Teregulov B.F., Altinbaeva A.I. Occupational and production induced morbidity among the workers dealing with the ore substraction of non-ferrous metals. // Bulletin of the East Siberian Scientific Center SBRAMS. - 2009. - № 1 (65) . – P. 83-87.

8. Teregulova Z.S., Tairova E.I., Karimova L.K., Iskhakova D.R., Abdrakhmanova E.R. Occupational morbidity development in mining industry workers. // Bulletin of the East Siberian Scientific Center SBRAMS. – 2006. - №3 (49). – P. 109-110

УДК 811

А.А. ГАБИТОВА

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНЫ В ЕГИПТЕ

Научный руководитель – доцент, ответственный за учебно-методическое обеспечение дисциплины «Иностранный язык» для педиатрического факультета Г.З. Батырова

Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: *Актуальность рассматриваемой темы заключается в том, что на протяжении последнего времени отрасль туризма в Египте становилась все более значимой и системообразующей в экономике Египта. Сейчас, когда благоприятные условия осуществления туристической деятельности сделали свое дело и подняли ее на новый уровень, многие из отраслей национальной экономики Египта стали ориентироваться на новые возможности, связанные, прежде всего с удовлетворение потребностей многочисленных туристов. Все это в своей совокупности ориентировано лишь на одно - привлечение в страну туристов и поддержка их интересов к Египту на протяжении довольно длительного срока.*

Ключевые слова: *Египет, медицина*

A.A. GABITOVA

THE MODERN STATE OF MEDICINE IN EGYPT

Associate Professor, responsible for educational and methodological support of the discipline "Foreign Language" for the pediatric faculty G.Z. Batyrov

The Department of foreign languages with a course of Latin, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *The relevance of the topic under consideration lies in the fact that, over the recent period, the tourism industry in Egypt has become increasingly important and systemic in the economy of Egypt. Now, when favorable conditions for the implementation of tourism activities have made their business and raised it to a new level, many of the branches of the national economy of Egypt began to focus on new opportunities, primarily related to meeting the needs of numerous tourists. All this in its entirety is focused only on one thing - attracting tourists to the country and supporting their interests in Egypt for quite a long time.*

Keywords: *Egypt, medicine*

Relevance: Egyptian health care can not be described in one word - good or bad. If to speak in general about the medical system of this country, then it works quite acceptable, but if you try to analyze the situation that has developed in the modern Egyptian state, it is difficult to believe that the medicine of Ancient Egypt was considered the most progressive and developed.

Purpose of the study: To correctly assess the state of medicine in Egypt. [2]

Materials and methods: The object of research is the process of development of recreational resources. The subject of the study is the current state of recreation in Egypt.

Results and discussion: Egyptian health care can not be described in one word - good or bad. If to speak in general about the medical system of this country, then it works quite acceptable, but if you try to analyze the situation that has developed in the modern Egyptian state, it is difficult to believe that the medicine of Ancient Egypt was considered the most progressive and developed. To date, the sanitary situation leaves much to be desired, qualified assistance can be obtained only in the country's large megacities, regional centers and in some hospitals that serve tourists.

In Egypt, there is a necessary number of educational institutions that provide the country with medical specialists, for the most part they are gaining the skills of working in regional hospitals, working there with elderly doctors. Experienced and promising doctors with sufficient qualifications can be found only in large medical centers of the country.

The health insurance system in the country exists, but it is very poorly developed and, as a matter of fact, all the native population of Egypt does not have access to free medical services, they have to apply for paid medical services, which are widely practiced here. It should be noted that the prices for private medicine and other paid medical services are quite high. Access to free medical services is owned by a large part (but by no means all) of working citizens of the country.

About misconceptions and the real medical situation in the country:

The claims that the medical situation in Egypt is unfavorable is somewhat exaggerated. The fact is that in remote locations (old Aboriginal villages, for example) it is really difficult to meet adequate

medical care, but in places where tourists gather, health care is fully in line with European standards. The fragmented information about the level of medicine is connected with the fact that getting the disease in Egypt is relatively simple - the climate features and the proximity to nature are affected.

In recent years, Egypt has built a new surgical center (Cairo), the clinical center of dentistry (suburb of the capital). The Ministry of Health of the country has divisions that deal with the health of rural residents, the problem of school hygiene; It should monitor the availability of laboratories and public health institutions, many hospitals and pharmacies. Such an approach, undoubtedly, has positive results - mortality in the country decreases every year.

Another common misconception among many foreigners is that the prices of all medicines in Egypt are unreasonably high, and their accessibility and quality are severely affected. In fact, since 1952 the government has started to carry out a set of measures aimed at the availability of medicines to the general public, cheaper all pharmaceutical products, that is, to develop and improve this market. For this purpose, an All-Egyptian organization was established to produce chemical, medical and pharmaceutical products.

The network of pharmacies is widely deployed, there is no shortage of common medications, in the majority of cases, pharmacists release the drug without a prescription. By the way, the doctor-pharmacist works in drugstores, but also the seller, each of them is assigned a certain function: the first consults, advises, can measure the pressure and even weigh, and the second only releases the necessary drug. Medications in the country have the usual European names, although there are also analogues, for example "no-shpa" here has the name "do spa".

Tips for tourists and other foreigners:

Medical insurance upon entering the country is strongly recommended, although it is not mandatory. It will significantly save money for possible diseases on the territory of the country, since all medicine for tourists here is paid.

When entering the country, an immunization certificate is not required, but a vaccine against hepatitis A, malaria and fever is recommended. It is strongly recommended to follow the rules of hygiene, in order to avoid possible diseases common in the country.

Despite Egypt's developed pharmacy (accessibility, international standard), it is recommended to collect a small first-aid kit with the necessary medications (antipyretic, analgesic and those that may be needed for existing chronic diseases) on the road with oneself. Drugs of a narcotic nature must be accompanied by prescriptions of a doctor, otherwise they can be withdrawn. To import into Egypt, as well as in many other countries, a certain list of drugs is banned, it is better to familiarize with it in advance (at a travel agency, customs authorities, Internet network).

You can not drink tap water in Egypt, its use should be limited to household needs, for drinking it is worth buying bottled water or using tablets to sterilize water. [1]

Conclusions: Medical services outside of large cities do not meet medical standards and are not of high quality, although mild diseases are treated throughout Egypt. In severe cases, a trip to the

Cairo clinic is recommended, and in urgent cases it is possible to apply to the El Salam International Clinic located in the Cairo district of Maadi or to an Anglo-American hospital located near the Cairo Tower.

Bibliography:

1. ru.egyptian.today/topics/medicinal/
2. http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=890737

УДК 21474

А.В.ГРИГОРЬЕВА, Н.А.ДАВЫДОВА, Э.К.МИГРАНОВ

3D-БИОПРИНТИНГ

Научный руководитель - доцент О.Е. Артёмова
Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В данной статье рассматривается идея 3D-биопринтинга, которая заключается в создании тканей и органов из конгломератов (беспорядочной смеси) живых клеток(это можно осуществить с помощью специально созданных биопринтеров, «картриджи» которых заправлены сфероидами, т.е. смесью живых клеток, которые «капают» на своеобразную биобумагу или каркас и формируют живой орган .) и идея регенеративной медицины – восстанавливать поврежденные ткани и органы. Универсальный инструмент – стволовые клетки, обладающие уникальным потенциалом к развитию. Специалисты уже достигли больших успехов в клеточной трансплантации и тканевой инженерии, они научились выращивать некоторые органы в биореакторах, используя клетки и специальный каркас. Другая идея – не выращивать, а собирать орган из клеток, как трехмерный конструктор.*

Ключевые слова: *3D-биопринтинг, регенеративная медицина, печать органов.*

A.V.GRIGORIEVA, N.A.DAVYDOVA, E.K.MIGRANOV

3D-BIOPRITING

Scientific Advisor- O. E. Artemova

The Department of foreign languages with the course of Latin., Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *This article discusses the idea of 3D bioprinting, which is to create tissues and organs of the conglomerates (the indiscriminate mix) live cells (this can be done using a specially created bio-printers, "cartridges" which are filled with spheroids, i.e. a mixture of living cells which will "drip" on a kind of biopaper or frame to form a living organ.) and the idea of regenerative medicine is to repair damaged tissue and organs. Universal tool – stem cells have a unique potential for development. The experts have already made great strides in cellular transplantation and tissue engineering, they learned to grow certain organs in bioreactors using cells and a special frame. Another idea is not to grow, and to gather a body of cells as three-dimensional designer.*

Key words: *3D-bioprinting, regenerative medicine, printing organs.*

The shortage of human organs for transplantation is one of critical and unsolved problems in clinical medicine. Every day in the world due to the shortage of donor organs, on average, eighteen people die.

Regenerative medicine – an alternative to donor organs. It includes technologies such as gene and cell therapy and tissue engineering.

3D bioprinting or the creation (printing) of living tissue using a 3D printer is a relatively new field of regenerative medicine. This so-called biomedical application of layer-by-layer three-dimensional printing for the purpose of solving the problem of obtaining copies of living organs.

The bio-printer is able to print tissues and organs from cells. The basis for the development of bioprinting lies in the combination of practical and theoretical knowledge from different scientific fields: engineering, mechanics, General biology, developmental biology, embryology, biochemistry, applied biotechnology and computer science. No Association of diverse professionals progress in this area impossible.

The objective of the research is to build human organs suitable for implantation, and 3D bioprinting is used as a way to achieve this ambitious goal, because the engineering of living human organs is the ultimate goal of regenerative medicine, – said Professor of the University of Virginia, research head of the company "3D BioprintingSolutions" Vladimir Mironov.

There are four companies involved in bioprinting abroad. Two in the USA, the most famous is Organovo (SanDiego, USA): they not only make printers but create fabric and has already created a small piece of the liver. Another company only makes the printers. A Swiss company (RegenHu)

has already made two bio-printer is one laser, the other with "dispenser" (the dispenser). They are trying to commercialize biochemie, but in fact, they call this word the hydrogel. There is a company in Japan (CyFuse), but they have a strange idea: they are trying to make live a kebab, spheroids strung on the rods.

But no body, printed on a 3D printer, have not yet been implanted in humans. However, abroad there are about a dozen different cases of successful implantation of such organs of animals.

Technology.

Print unit in the bio-printer – not the individual cells and spheroids – conglomerates of cells in the form of balls placed in the hydrogel. In other words, the spheroids is a kind of "ink" in the bio-printer. But in order to print, the spheroids must be make of, and is a separate problem that has been already solved. Robotic devices produce such spheroids, dripping the cell suspension in the microwell. They are arranged differently and the performance from them is also different. Record ten of thousands of spheroids per second. To print on, you need a 3D model of the body .

Experiments show that it is now possible create skin, cartilage. Good created the ear and the liver — they even transplanted animal organs and the root.

To sum up, the use of bioprinting can be a solution of the problems of immune compatibility of bodies. Technology will eventually open up the possibility of prototyping of organs and methods for the replacement of tissues that will allow the transplanting of a healthy organ of the patient. This will solve finally the problem of illegal trade in donor organs, patients will not need to spend years waiting for a transplant will select the right technology, using tissue spheroids allows to obtain high cell density. In addition, when using a linear flow, the possibility of organizing the architecture is very limited. Although the ear can do. If you have any pixel structure, such as a spheroid, like a mosaic, you can draw whatever you want. From the point of view of geometry and play of anatomical and histological structure this approach is most advanced.

First, there were attempts to use the methods of three-dimensional printing to create scaffolds: polymers, ceramics and even titanium, but this is all without cells. Scaffold is a frame, temporary support, which is used for cells stuck to it. Thus, you create a form, then the cells begin to synthesize the matrix and the frame is degraded.

First, the frame is not needed, is immediately printed living tissue.

Second, is used as a frame soft hydrogel.

Third, use the highest possible initial concentration of cells which are included in organs.

Bioprinting is an alternative "frame method", a rigid frame of organ is used which is seeded by cells, as does Paolo Macchiarini, a world-bamous surgeon, a specialist in regenerative medicine,

performing operations on the cultivation of the trachea. Its technology is already successfully used and saves people. However, bioprintinghas not yet been tested even on animals.

The long-term goal of researchers – once and for ever solve the problem of shortage of organs. The liver and kidneys are most needed. Just work on making the kidneys is included by a research group of the company as a long-term benchmark.

According to experts, the first full organ (kidney) can be expected to the two thousand and thirtieth year. The cost will be initially very expensive, but with scaling technology is much cheaper than other people's organs for transplant now.

But there is a short-term goal on the way to a long – term creation of three-dimensional tissue constructs for tissue engineering .

According to Mironov, already been has developed a design and a manufacturer is being searched. The appearance of the first prototype of the Russian bio-printer is expected in the two thousand and fourteenth year.

The long-term goal of the laboratory is to print a human kidney. It kidneys which are the most needed transplant, to save the lives of millions of people waiting for a transplant. But on the way to this goal, there are intermediate stages.

Complicated places of the realization the method of three-dimensional printing organs:

1.receiving cages. Obviously the for printing is needed material to print on, for example, is adipose tissue of the patient;

2.getting a model body. There is a need for taking somewhere the scheme of the 3D model of the body;

3.lots of problems with formation of structure of the organ;

4.hypoxia (lack of oxygen) during the creation of the authority;

5.the realization of the power authority and its maturation to readiness.

So, the 3D printer is only a part of the line for the establishment of bodies: it is necessary to provide 3D with model material, and then the received model of the body from the cells to grow and maintain viability.

The plan for the development of research and technology bioprinting organs are divided into the following stages:

First-obtaining a basic elements organs ("material").

The second-the creation of a Russian prototype of a 3D bio-printer with three extruders.

The third-the transition from prototype to production model.

The fourth-test on animals.

Fifth-clinical trials.

Equipment.

For the establishment of the authority requires the following equipment:

1.cell sorter – with this setup from the fat of a person to receive stem cells and they are sorted;

2.biofabrication tissue spheroids–the structure (spheroids) are created material to print on the bio-printer;

3.bio-printer;

4.perfusion unit (bioreactor) – created body is placed in a bioreactor, which is supported by the access Colorado and nutrients, plus accelerated "ripening" of the body.

The sequence of operation with 3D bioprinting.

1.Model of the body. So, it takes a CAD file with a model body. The easiest way to get a model making a three-dimensional scan of the patient, and then modify the data manually. Now the current scheme is modeled in AutoCAD (figure 2).

2.Material. As already mentioned, the material is a tissue spheroids, which will be implemented by the formation of the body of the cells. As the base we use the hydrogel, performing the functions of the connective structure.

3.Processing of structural blocks. The next problem is that the cells in the cartridge of the printer may stick together. Tissue spheroids must be isolated from each other, otherwise they will start to coalesce early. They need to encapsulate both on the hyaluronic acid, derived from blood serum.

4.The process of printing. Head 3D printer has three extruder: two injectors with the gel and the device issuing tissue spheroids. In the first atomizer with gel – thrombin, the second – fibrinogen. Both gels are relatively stable, yet not touching. But when the protein fibrinogen is cleaved by thrombin, forms a fibrin monomer. Tissue spheroids are fastened like a concrete. When the layer depth corresponding to the diameter of the spheroid, it is possible to consistently apply a material layer by layer (figure 5). Caused a layer, secured, moved on to the next. Then the fibrin is easily degraded in the environment and is washed out during perfusion, and leaves only the desired tissue.

5.Post-processing on. The main issue is that the cells must have access to oxygen and nutrients. Otherwise they start to basically rot. The created organ not to be deteriorated in the process of fabrication, we need microcirculation. This is done by printing of blood vessels and capillaries, plus using the finest holes of perfusion (perfusion – blood flow) done by inorganic tools. Roughly speaking, the structural polymer blocks are received on a "skewer", which is then removed.

6.Consumers. The first major military account. They have two applications – test and treatment. For example, the wounded soldier, and the hospital is far away. It would be good to close the wound, to relieve pain, to give him the opportunity to shoot another 5 hours and then on foot to come to the

nurse. This theory is either robots are possible or in patches from human tissue, which are already seriously think to put on the burns.

Most researchers agree that regenerative medicine is as a kind of revolution. Printing organs is one of the most promising areas in modern biomedical science, using innovative technology.

"3D BioprintingSolutions" has all the right ingredients, and most importantly, an understanding of what they will do. Now the team of the laboratory works in several areas :

- construction and Assembly of Russian bio-printer;
- the reprogramming of cells;
- work with cell cultures;
- obtaining functional microtones and many others.

The list of references.

1. The Federal specialized magazine "who is Who in medicine", №1(58), 2013, Natalia Luchkina [Electronic resource] – Mode of access: http://www.ktovmedicine.ru/news/2013/1/3d-bioprinting-revolyuciya-v-regenerativnoy-medicine.html. (date accessed: 01.11.2013).

2. The Agency for innovation and development [Electronic resource] – Mode of access: http://www.innoros.ru/news/regions/13/09/trekhmernyi-printer-napechataet-lyuboi-organ. (date accessed: 02.11.2013).

3. National geographic society [Electronic resource] – Mode of access: http://www.rusngo.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=3469. (date accessed: 02.11.2013).

4. ... [Electronic resource] – Mode of access: http://habrahabr.ru/company/invitro/blog/194064/. (date accessed: 01.11.2013).

5. SKOLKOVO [Electronic resource] – Mode of access: http://community.sk.ru/press/b/weblog4/archive/2013/10/21/portrety-uchastnikov-otkrytyh-innovaciy-3d-bioprinting-solyushens.aspx. (date accessed: 03.11.2013).

6. The magazine "Science and life", the article "Print me a kidney" [Electronic resource] – Mode of access: http://www.nkj.ru/news/21766/. (date of access: 04.11.2013).

7. The magazine "Science and life", the article "the Bioprinting of tissues and organs engaged in Moscow" [Electronic resource] – Mode of access: http://www.nkj.ru/news/23148/.- (dateofaccess: 04.11.2013).

УДК: 616.441-008.63

Д.А. РАХМАТУЛЛИНА, Ш.Р. АБЕЛГУЗИН, В.А. НИКОЛАЕВ

МАРКЕРЫ АПОПТОЗА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель – к. б. н., доцент Г. М. Абдуллина
Кафедра биологической химии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Обзор посвящен изучению основных маркеров апоптоза клеток щитовидной железы, представляющих интерес с позиций использования в качестве индикаторов состояния тиреоцитов в экспериментальной тиреодологии.*

Ключевые слова: *щитовидная железа, апоптоз, маркеры апоптоза.*

D.A. RAHMATULLINA, SH.R. ABELGUSIN, V.A. NICOLAEV

THYROID GLAND APOPTOSIS MARKERS

Scientific Advisor - Ph. D. in Biology, assistant professor G. M. Abdullina
Department of Biological Chemistry, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract*. Apoptosis markers of thyroid gland were analyzed concerning their use as indicators of the thyroid gland status in the scientific research.*

Key words: *apoptosis markers, thyroid gland.*

Introduction: Among the variety of indicators which are used to assess the state of the thyroid system, the markers of apoptosis are one of a great interest because they can provide valuable information on the processes occurring in thyroid cells in various types of thyroid pathology.

Objects of review - The aim of the review is to study the main markers of apoptosis, which can be used in scientific research as indicators of the state of the thyroid gland.

Apoptosis, or programmable cell death, is a genetically regulated process, which results in a gradual and slow release of cells that are unnecessary in the functions. At the same time, normal function of neighboring cells do not deteriorate and allow to preserve the structure of the organ. Biochemical changes in apoptosis include specific cleavage of DNA, ribosomal RNA and proteins that increase the intracellular level of calcium ions and decrease mitochondrial transmembrane potential and release cytochrome from mitochondria and cause translocation of phosphatidylserine from the internal plasma membrane.

To implement apoptosis a supply of energy and the synthesis of certain protein-inductors of apoptosis are required.

Nowadays a number of substances have been identified that can activate or slow developing of apoptosis. Induction of apoptosis can be carried out under the influence of both external and internal factors, leading to an increase in the intake of calcium into the cell, as well as an increase in the expression or mutation of the apoptosis activator genes.

These biologically active substances include Ki 67 protein, a cellular proliferation marker whose expression is not the same in thyroid cells of people of different age, as well as P53 protein that controls the course of the cell cycle processes. P53 dependent apoptosis is a powerful selector that avoids the accumulation of mutations in cases when they have already been arisen. P53 dependent apoptosis allows eliminating of such potentially dangerous cells for the body. Protein P53 plays an important role in the primary response of the body to the effect of radiation.

P53 is the most commonly mutated gene associated with tumor growth in humans. Mutations and loss of alleles in the p53 gene are located on chromosome 17 p which are the most common lesions identified in human cancer cells. The p53 gene is evolutionarily highly conservative. Its products are expressed normally in healthy tissues. The P53 protein gene is considered a stress-dependent gene: in response to DNA damage, p53 inhibits the change in the phases of the cell cycle or induces apoptosis, thus maintaining genetic stability in the body. P53 suppresses tumor development by stimulating apoptosis. About p53 it is known that its activity is regulated by the phosphorylation of a variety of specific protein kinases. As a result of all these processes, auto-proteolysis is activated. In addition to controlling proliferation, p53 is involved in cell aging processes. Nowadays more than 500 mutations of the p53 gene are known. These mutations have been found in various types of transformed cells in the blood system and in solid tumors. [Http://www.dslib.net/medicina/zugairova-vozrastnaja-dinamika-processov-proliferacii-i-apoptoza-

follikuljarnyh-kletok.html]

The caspase family

The effector arm of the apoptotic pathway is represented by a family of intracellular proteases called caspases. They are present in all cells, where proteins are disintegrated in the locations of aspartic bases. Nowadays 14 caspases have been identified in humans that, according to their functional characteristics they are divided into cytokine activators (1, 4, 5, 13), initiator (8 and 10) and effector (mainly 3, 6 and 7). Caspase-9 serves as a mediator of the mitochondrial pathway of apoptotic signaling. Caspases are in cells in an inactive state (procaspases). Activation of caspases occurs by their proteolytic cleavage at the locations of aspartic bases. After reaching the cytosol, cytochrome C binds to the adapter molecule Apaf-1, activating procaspase-9. This complex initiates apoptosis. Caspase-9, in turn activates caspase-3 and - 7, which lead to DNA fragmentation and apoptosis. [Http://www.rusmedserv.com/files/labdiag/42_Apoptoz.pdf]

The thyroid factor of transcription of TTF-1 is expressed only in epithelial cells of the thyroid gland and lungs. Antibodies TTF-1 can be used to study metastatic adenocarcinoma of unknown origin. Positive staining results facilitate the classification of lung and thyroid tumors in the study of neoplasms of pleural nature.

• Marker of tumors of the lungs and thyroid gland

The transcription termination factor TTF-I interacts with Sal-box and stops the elongating Pol I.

Linking to the terminator sequences, TTF-I bends the DNA molecule and causes a delay in the elongating transcription complex on the terminator. [Akazawa Y., Gores G.J. Death receptor-mediated liver injury // Semin. Liver. Dis. - 2007. - 27 (4). - R. 327-338.]

Proteins of the Bcl-2 family

The family of cellular proteins Bcl-2 has 17 members. Proteins of the Bcl-2 family exhibit a wide range of activity from inhibition of apoptosis to its induction. The family includes subfamilies that differ in function and structure:

1. Subfamily of the closest homologues of Bcl-2 (Bcl-2, Bcl-XL, Bcl-w, etc.) - inhibitors of apoptosis;

2. Proteins of subfamilies Bax and BH3, promoting apoptosis.

Bcl-2-related proteins are included in the regulation of these changes by forming channels in the membrane through which cytochrome C enters the cytoplasm. In this case, Bcl-2 Bcl-XL inhibits the release of cytochrome C, and Bax-stimulates. However, Bcl-2 can inhibit the ability of Bax to form channels. Bcl-2 is encoded by the protooncogene and is an intracellular membrane-bound protein that blocks apoptosis.

The Bcl-2 gene performs a unique function among mammalian oncogenes as a negative regulator

of apoptosis. In addition, Bcl-2 is associated with stem cells committing differentiation and morphogenesis. Reducing concentration of Bcl-2 leads to apoptosis. On the other hand, overexpression of Bcl-2 protects cells from death, but does not lead to immortality of normal cells and is not the cause of tumor transformation of such cells. Heterogeneity of Bcl-2 expression in tumors suggests different ways of gene regulation. In addition, protein expression associated with precancerous lesions may be related to the early stage of tumor formation.

The Bcl-2 protein is also associated with the presence of tumor resistance to therapy. [Golubev AM Moskaleva E.Yu., Severin SE, Vesnyanko TP Apoptosis in critical states // General resuscitation. - 2006. - II (5-6). - P. 184-190.]

Cytochrome C - protein with m. weight 15kDa, encoded by the nuclear genome and synthesized as apocytochrome C and then enters the mitochondria, where it binds to the inner surface of the membrane. Cytochrome C enters the cytoplasm through channels that are opened for it by the proteins of the Bcl-2 family (Bax, Bad, Bak, etc.). It is necessary for the initiating of apoptosis, where the activation of caspase 9 takes place, which is in turn activates caspase 3. This completes the signal path of apoptosis caused by DNA damage. [Http://yarolab.kiev.ua/laboratory/index.php?file=immunstatus/apoptoz/bcl/_default.php]

Heat shock proteins (HSP)

HSPs have an anti-apoptotic effect, similar to the bcl-2 protein. At present, three main ways of influencing small HSPs on apoptosis processes are postulated in the literature. First, sHsp can influence the functioning and transmission of the signal from the Fas / Apo-1 receptor into the cell, and secondly, they can somehow influence the release of cytochrome C from the mitochondria, and finally, these proteins can Influence the formation of apoptosis and

Activation of the caspase cascade. [Guan J., Jin D.D., Jin L.J., Lu Q. Apoptosis in organs of rats in early stage after polytrauma combined with shock // J. Trauma. - 2002. -104-11)

Superoxide dismutase (Cu / Zn SOD).

SODs are a unique family of metalloproteins catalyzing the reaction of dismutation - the interaction of two superoxide radicals (O2-) with each other, turning toxic O2 - into less toxic hydrogen peroxide (H2O2) and oxygen (O2):

(O2- + O2- + 2H + => H2O2 + O2)

SOD is an enzyme involved in the metabolism of oxygen in cells and protects these cells from direct and indirect damage by free radicals, mediated by oxygen conversion reactions.

Conclusion.

The study of the expression of apoptosis markers for various types of thyroid pathology is a great of interest and is a valuable diagnostic indicator of the thyroid gland condition.

References:

1. Golubev AM, Moskaleva E.Yu., Severin SE, Vesnyanko TP Apoptosis in critical states // General resuscitation. - 2006. - II (5-6). - P. 184-190.

2. Ustyantsev IM Apoptosis and inflammatory response // Polytrauma. - 2007. - 1. - 74-80.

3. Akazawa Y., Gores G.J. Death receptor-mediated liver injury // Semin. Liver. Dis. - 2007. - 27 (4). - P. 327-338.

4. Barlos D., Deitch EA, Watkins AC, Caputo FJ, Lu Q., Abungu B., Colorado I., Xu DZ, Feinman R. Trauma-hemorrhagic shock-induced pulmonary epithelial and endothelial cell injury utilizes different programmed cell death Signaling pathways // Am. J. Physiol. Lung. Cell. Mol. Physiol. - 2009. - 296 (3). - L404-417.

5. Guan J., Jin D.D., Jin L.J., Lu Q. Apoptosis in organs of rats in early stage after polytrauma combined with shock // J. Trauma. - 2002. - 52 (1). 104-11.

6. Konno R., Takano T., Sato S., Yajima A. Serum soluble fas level as a prognostic factor in patients with gynecological malignancies // Clin. Cancer. Res. - 2000. - 6 (9). 3576-3580.

УДК 614.253.89/614.253.1

К.И. СЕРЕЖКИНА, В.И. АГЗАМОВ

ДВЕ КРАЙНОСТИ ОДНОЙ СУЩНОСТИ

Научный руководитель - Васильченко К.А.

Кафедра иностранных языков по курсу латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *актуальность выбранной темы связана с тем, что в процессе лечения играет важную роль не только правильно поставленный диагноз назначается верой врачей в благоприятный исход их действий.*

Ключевые слова: *врач, пациент, жизнь, вера, исцеление, болезнь.*

K.I SEREZHKINA, V. I. AGZAMOV

TWO FACES OF ONE ENTITY

Scientific Advisor – K.A.Vasilchenko

Department of foreign languages with the course of latin.Bashkir state medical university, Ufa

Summary: *The relevance, topical issues related to the fact that in the process of treatment plays an important role, not only a correctly diagnosed diagnosis is appointed by the faith of doctors in the*

favorable outcome of their actions.

Keywords: *doctor, patient, life, faith, healing, illness.*

The relevance of the chosen topic related to the fact that in the course of treatment plays a major role not only correctly diagnosed appointed as the faith of doctors to a favorable outcome of their actions.

Objective: To determine the value of the relationship between doctor and patient.

Materials and methods. The old formula of ethical medical practice states: patient heals is not a doctor, and the personality of a doctor. And it's probably true, but today it looks a little different: treating patients likely medical image. The Russian health realities of physicians - this is a special, not only professional, not so much social and a status, and with everything else missionary group of specially trained people, the meaning of which activity is to preserve the health of the patient, keep the gene pool of the nation. This is also a special humanitarian feature of doctors which develops in people the culture of their life. Their competence, humanity, conscience potential in communicating with patients is a fundamental characteristic of the medical image. However, today for development the confidence to the doctor it is not enough to create a very attractive image of a medical professional, the formation of which is influenced by various factors related to the characteristics of personal and public behaviour of the doctor, the individual qualities of its interaction with the social environment, which establishes a parity relationship with patients. An interesting fact is that the word "doctor" comes from the native Slavic "vrati", which means "to speak".

Oddly enough, life and human disease have a moral sense. The disease belongs to life, is part of it; without illness, people's desire for a healthy lifestyle weakens, and the personal involvement of patients in treatment decreases. It has been observed that the doctor difficult to treat a patient if he is not actively involved in the process of their recovery. It is obvious that to cure a sick person needs not only the professional actions of a doctor, but a spiritual force, a volitional act of the patient, and moral and legal communication between doctor and patient. If the patient is too weak to activate the process of self-recovery, but struggling for life, he is professionally and morally obligated to help doctor. It is in the patient strengthens the spirit, will and faith in positive outcome of treatment. It acts on the patient at times much better , as in the healing arts plays an important role human mind is sometimes much greater than taking strong medicines or surgery.

V. M. Bekhterev was attached great importance in the treatment of patients is not material impacts on the human and spiritual, under which he understood the spoken word either directly to the

patient or in his presence. His idea was to ensure that a kind word said to a sick person, may be no less useful than the material impact on him in the form of some drugs. “Everyone knows, he argued, what magical curative action may acquire a single comforting word of the doctor and Vice versa, sometimes deadly, in the literal sense of the words, acts, on the patient a harsh sentence of a doctor who doesn`t know or doesn`t wish to know the power of suggestion. In other words, in all cases, contact with the patient the doctor should always remember unfading medical rule - "the word cure, the word hurts”. To iatrogenic in principle, every person is predisposed. Therefore, to conduct meaningful conversation with the patient is an integral rule in deontology. From the writings of Bekhterev "Suggestion and its role in public life".

Speaking about how important moral and psychological support on the part of doctors, I would like to tell the story of a man by his example feel-good day-to-day faith and hope in the hearts of millions of people around the world.

So, meet Nicholas James "Nick" Vujicic, an Australian motivational speaker, philanthropist, writer and singer, born with the tetra-amelia syndrome — a rare hereditary disease that leads to the absence of the four limbs. At the age of eight years Nick tried to commit suicide. He told his mother that he wanted to bath, and asked to take it into the bath. Here is what he says about these minutes: "I tried to turn to face the water, but it was very difficult to stay in that position. I could not. But in that short time, I very clearly presented the picture of my funeral - here are my father and mother ... And then I realized that I can not hurt them, I can not kill myself.

«For all that I have seen from my parents - a great love for me.»

Nicholas mother was a nurse and so from a professional point of view, understood the feelings of her son ,as often met people with such pathology. Experience in the medical field activities helped her not only make the syndrome of the child , but to learn to live with him instilling a love for life son. One day, she read an article about severely ill man who inspired other people to Nick. This story deeply touched the soul of nick. And was the first step in the realization of its purpose.

Nick Vuychich history is not an isolated case as people with disabilities thanks to psychological support from others and believing in yourself reach the heights in this or that sphere of activity.

Stephen William Hawking— English theoretical physicist and popularizer of science. He studied at Oxford, then at Cambridge, where he became a Professor of mathematics. Nobel prize winner studies the fundamental laws that govern the Universe. He is the recipient of twelve honorary academic titles. His books "times history of time" and "Black holes, the early universe and other

essays" have become bestsellers. With all this in 20 years, Hawking has been almost completely paralyzed due to the development of incurable forms atrofidagi sclerosis and remains in this state for the rest of my life. He only move the fingers of the right hand, which he manages his moving chair and a special computer that speaks for him.

The most interesting thing is that the life of the parents of Hawking, as the mother Vujcic was also associated with medicine. Father Frank Hawking was a research scientist at the medical center in Hampstead, and his mother, Isobel Hawking, he worked there as a Secretary. And this is a good example of how the doctors in this case, doctors –parents could help to overcome the barriers which put the disease to their children without any surgical interventions.

But unfortunately, the doctors help not to all people with disabilities , severe and even incurable diseases to fight by means of not only surgical procedures but also psychotherapeutic interventions play an important role in taking patients to their pathologies.

Through the power of the words many doctors managed to achieve in the practice of so-called effect of "placebo". This effect has been established by physicians. It is based on the intentional or unconscious suggestion doctor or experimenter that certain factors (a preparation of action) should lead to the desired result. Faith subjects or patients can really do wonders, though the factor does not play any effect. If patients expect the drug should contribute to the improvement of their condition, they have really seen changes for the better. The strongest factor placebo effects is the belief of doctors and staff due to drugs. That is the basis of this we can conclude that in order to get to some results in the treatment of patients the physician must start to believe in his own good outcome, and only then give hope to heart patients. And joint efforts to achieve the desired result.

But unfortunately, not all people with disabilities, severe and even curable diseases by doctors to help fight means not only the surgical procedures and psychotherapeutic interventions play an important role in the pathology of their patients.

Moreover today more and more patients are faced with rudeness, negligence and incompetence on the part of doctors.

Results and discussion Unfortunately medicine is broken away from the traditional medical, clinical practices, and humane component of the traditional national health service. In the health economic benefit and humane expediency does not always coincide with the protection of the health of the nation and each individual.

The consequence of all this is an example of self-medication people lead increasingly to disastrous outcomes. Unfortunately, there is no statistics on how many people spoil yourself and your family health, engaged in self-medicate. There is a saying: "Everyone knows how to play football and how to treat the disease." Doctors reasonably believe that it would be better amateur physicians directed their attention to football than self, because the consequences of his life can be tragic. But as you rarely think about what is more it is the fault of their own and their colleagues.

Conclusion: Physicians should be inherent intelligence and conscientiousness, because of their talent on the result of their noble work, the degree of professional competence in the diagnosis and the treatment depends on the fate of other people: the patient and their relatives. Any medical professional should not only qualitatively, the conscience, to do their job, but also care to treat his patient - not as an object but as a subject of the healing process. He should be able to explain to the patient what is happening to him, the cause of the disease, to talk about recovery funds to one believed him and strongly contributed towards their own recovery.

In the words of the famous Russian writer Vikenty Veresaev: "The doctor can have a huge talent Sensor detection, to be able to capture the finest details of their appointments, and all this will be fruitless if it does not have capacity to conquer and subdue the soul of the patient. "

Used literature:

1. Khrustalev U. M. «From ethics to bioethics»- 2010-180c.

2. Stephen Hawking.My brief history.2014-136c

3. Bekhterev V. M. «Suggestion and its role in public life»- Saint Petersburg: Riker K. L. Publication , 1908-50c

УДК 140203

А.А. ТРУШКОВА

МЕДИЦИНА В ИНДИИ В ИСТОРИЧЕСКОМ И СОВРЕМЕННОМ РАКУРСЕ

Научный руководитель – к.ф.н., доцент О. Е. Артемова
Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: *в данной статье рассматривается вопрос врачевания в Древней Индии, а также представлено современное состояние медицины в стране.*

Ключевые слова: *традиционные методы лечения, Веды, Законы Ману, Аюрведа, пациент, медикаменты, лечение, общественное здравоохранение.*

A.A.TRUSHKOVA

MEDICINE IN INDIA IN THE HISTORICAL AND CONTEMPORARY PERSPECTIVE

Scientific Advisor–Associate Professor O. E. Artemova
Department of foreign languages with the course of Latin, Bashkir state medical university, Ufa

Summary: *history of healing in ancient India as well as current state of medicine in this country are considered in this article.*

Key words: *traditional methods of treatment, the Vedas, the Laws of Manu, Ayurveda, patient, medicaments, treatment, public health.*

Relevance of the subject: As we know, India has a special color and contrast. And if we talk about the medicine of this country, then we can boldly affirm that the medicine of this country is also a proof of this statement. We can call the adherence of the local population to traditional methods of treatment one of the features that characterize modern Indian medicine, which have been set out in Ayurveda - the system of Vedic medicine. This direction is not less than three thousand years old, but its influence is still strong in India itself, and even beyond its borders.

Materials and methods: When it comes to the sources used for writing this article, there were two books and two articles that were touching upon the theme of treatment in ancient India. The main method of collecting and operating with the information was the method of analysis of the available information in enumerated resources.

Results and discussion: The sources of the study of ancient Indian medicine are the data of archaeological research, as well as literary monuments, among which the leading place is taken by the Vedas, the Laws of Manu, Ayurveda. The corpus of Manu's laws is an ancient Indian collection of precepts of religious, moral and public duty (dharma). As collections of hymns, prayers, Vedas are important as a code of specific knowledge of nature.

Vedas describe the symptoms of malaria, anthrax. There were known diseases, now identified as kala-azar, elephantiasis, hemoglobinuric fever, physicians were able to distinguish some types of parasitic worms. With great care, skin, genito-urinary diseases are described. Indian doctors have taught that almost all skin diseases, especially chronic ones testify to the pathological processes of internal organs.

In Ayurveda, signs of more than 150 acute and chronic, general and local diseases of the brain, heart, abdomen, urinary and genital organs, joints and other parts of the body are described. Along with dietary advice, a massage and baths recommendation, 760 medicinal herbs are described. Among cures of animal origin were widely used milk, fat, oil, blood, testicles, bile of animals, birds, fish. Copper, iron, arsenic, antimony compounds were used for burning ulcers, treating eyes, skin diseases and Indian doctors appointed them due to internal suffering. Mercury and its salts were widely used. Mercury was sort of a panacea: it treated syphilis lesions, mercury vapor killed harmful insects [1; 2004: - 400; 2; 2016: 19-25].

In Indian medicine, cures were allocated according to their action. Sweating, vomiting, laxatives, diuretics, narcotic cures and stimulants were known, which were used in various forms and in different ways (powders, pills, infusions, tinctures, decoctions, ointments, rubbing, fumigation,

inhalation, dousing). While appointing medicaments seasons, the weather, physique of the patient, his temperament, sex, age, the nature of the disease were taken into consideration.

In the system of medical knowledge, great importance was attached to diagnostics. While studying a patient, his age, place of residence, physical constitution were taken into account, everything that related to the habits, nature, and activities of the patient was found out.

Examination of the body was carried out in the sunlight. The frequency of respiration, palpitation was counted both in a calm state, and after exercise stress (running). Each doctor had to be able to palpate the abdominal cavity, define the size of the spleen and the liver with a ruler. Organoleptic studies of urine, pulse examination were compulsory components in a complex of diagnostic methods [3].

The popularity of the ancient practices is now only growing and the inhabitants of the western countries spend much money and time, going to the East, not only to restore health there, but also to purify spiritually.

Indian public health has two sides of the coin: one, sparkling and attractive - for tourists and people who can afford treatment in clinics and the second is inconspicuous and far from appealing look. For the first case there are clinics in large cities. Public and private medical centers are fitted with the latest technology equipment, professional doctors receive a decent reward for their work and, therefore, they work conscientiously. But very few people can get such treatment. As for tourists, it will be much cheaper for them to get treatment and medical services in India than in Europe or the USA. This fact is only confirmed by world statistics, which claims that India takes first place in the list of countries where medical tourism is spread.

The rest of the society consists of those who refuse medical treatment because of their philosophy and religious beliefs, because beliefs suppose ascension and renunciation of worldly pleasures, and those who simply can not afford this treatment. Provincial hospitals, on the other hand, can not boast of the high professionalism of their employees and the quality of services, in the absence of, for example, electricity, equipment or necessary medicines.

Derivation and conclusions: The main medical indicators in India leave much to be desired. Maternal and infant mortality is one of the highest in the world, and disregard for health standards and climate characteristics facilitate the development of infectious diseases.

Despite this state of affairs in medicine, India occupies one of the leading positions in the field of pharmaceuticals. Unfortunately, as long as the number of drugs produced in the country can not affect the quality of medical care and increase the percentage of accessibility of medical services for the majority of the population [4].

Bibliography:

1. Лисицын, Ю.П. История медицины. // Ю. П. Лисицын. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 400 с.
2. Шарафутдинова, Н.Х. История медицины (первобытное общество – XVIII век). // Н.Х.Шарафутдинова, Т.В. Лукманова, А.У. Киньябулатов, М.Ю. Павлова. - Уфа: ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2016. – С. 19-25.
3. https://znaiu.ru/art/400159400.php
4. http://ru.likar.info/zdorovye-vsey-semyi/article-57008-meditsina-v-sovremennoj-indii/

УДК 378.661(470.57):061.23:36-057.75:355.292

А.А. ФАХРИСЛАМОВ

ИЗ ИСТОРИИ ВЕТЕРАНСКОГО ДВИЖЕНИЯ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Научный руководитель – преподаватель А.А. Загретдинова

Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский Государственный Университет, г Уфа

Резюме: *В статье дана краткая история создания общественного движения ветеранов Башкирского государственного медицинского университета, которое активно работает на протяжении 30 лет. Основными задачами ветеранской организации БГМУ в настоящее время являются участие ветеранов войны, труда и боевых действий в патриотическом воспитании молодежи, сохранении истории страны от фальсификаций и организации материальной помощи неработающим ветеранам. Ветераны университета имеют большой стаж и опыт научный и организаторский работы с людьми, а знания по истории здравоохранения и вуза активно передаются молодому поколению врачей.*

Ключевые слова: *ветераны, медицинский университет, общественная организация, патриотическое воспитание, ветеранское движение.*

A.A. FAHRISLAMOV

FROM THE HISTORY OF THE VETERAN MOVEMENT IN THE BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY

Scientific adviser - Teacher A.A. Zagretdinova
Department of Foreign Languages with the course of Latin, Bashkir State Medical University, Ufa

Summary: *The article gives a brief history of creating a public veterans movement of the Bashkir State Medical University which has been active for 30 years. The main tasks of the veteran organization of BSMU are currently the participation of war, labor and combat actions veterans in the patriotic education of youth, the preservation of the country's history from falsifications and the organization of material assistance to non-working veterans. Veterans of the university have a long experience in scientific and organizational work with people Knowledge of the public health history and the university are actively transferred to the younger generation of doctors.* **Keywords**. *veterans, medical university, non-governmental organization, patriotic education, veteran movement.*

Actuality: in the Council of Veterans are members of the Great Patriotic War, the workers of the rear and the elderly. They are the property of the nation, which should be carefully taken care of, and adopt their experience and knowledge.

Objective: To show the work of the Veterans Council and its importance.

Materials and methods: I personally talked to members of the veterans' council; they told about their activities and gave names of the literature.

Results and discussion. After reading all the materials on the council of veterans, I learned that: The veteran movement in our republic has officially begun since 1987. The council of veterans of war start working at our university since 1995. This public organization included participants of the Great Patriotic War and home front workers in an initial stage. The participant of the Great Patriotic War, the head of the department of pathological anatomy, professor Valiakhmetov Ansar Fazlyakhmetovich was elected as the first chairman of the board of veterans. Valiakhmetov was awarded the Order of the Patriotic War 1st and 2nd degrees, the Red Star and medals for military merit.

In 1997 by the order of the rector of the University, the Center for Social Assistance to Veterans of the University was established, which organically fit into the work of the Council of Veterans. After A.F.Valiakhmetov's leaving on deserved rest the Council of War Veterans was headed by the participant of the Great Patriotic War, assistant professor of the Department of Health Organization Mahmut Salikhovich Safin. M.I. Safin was the initiator of the organization of visiting medical brigades mainly from the employees of the Bashkir Medical University, head of the chair clinical departments, who provided medical and diagnostic help in the attached areas.
At the initiative and with the personal participation of assistant professor Safin employees of the department created Museum of History BGMI for the 50th anniversary of the Institute.
M.S. Safin put in much effort in improving the activities of the recently opened Sanitary and Hygienic Faculty, the dean of which was for several years.
He was awarded the Order of the Badge of Honor, two Honorary Diplomas of the Presidium of the Supreme Council of the BASSR, medals of the Russian Federation as a veteran front-line soldier. He was awarded the title of "Honored Doctor of the Bashkir Republic".
During this period the Council of Veterans worked on the implementation of the law of the Bashkir Republic "About veterans of war, labor and armed forces" with the motto "No one from veterans should remain unattended."

Active public work was conducted among veterans by Faina Akhtyambovna Yanbukhtina, a member of the Veterans Council. Together with the "Club of Front-line Girlfriends" of the Soviet district, various lectures, consultations, and activities were held to involve non-working veterans in a healthy lifestyle and sport.

After the departure of Safin for a well-deserved rest the Council of Veterans was headed by Associate Professor Farit Kazykhanovich Andarzhanov, who headed the veterans' council until retiring in 2002.

In 2002-2004 the Council of Veterans of the University was headed by the veteran of health care of the Bashkir Republic Leonid Golubev. Since 1967 he worked as Deputy Minister of Health of BASSR. He was awarded the Order of the Badge of Honor, the medal "Veteran of Labor", the badge "Honor of the Health of the USSR", the Diploma of the Presidium of the Supreme Council of the BASSR.

During this period the Council of Veterans actively participates in scientific and preventive conferences devoted to the jubilee dates of professors.

Since 2004 the Council of Veterans was headed by the medical service colonel Aurel Fakorovich Vakaritsa who defended his thesis. He was awarded the title of Honored Doctor of the Republic of Bashkortostan, the Order and medals for his impeccable service.
Since 2011 the Council of Veterans was headed by the associate professor of the Department of General Chemistry Ramil Muhametovich Badakshanov. R.M. Badakshanov has been working at BSMU since 1975. He was dean of the faculty of public professions, Honored Health Worker of the Republic of Bashkortostan and Honorary Worker of Higher and Secondary Professional Education of the Russian Federation.

The main tasks of the veteran organization of BSMU are currently the participation of war veterans, labor and combat actions in the patriotic education of youth, the preservation of the country's history from falsifications and the organization of material assistance to non-working veterans.
In the veteran organization there are 804 people, including 549 working veterans and 255 veterans on the deserved rest. Among them there are 3 members of the Second World War, 10 people were awarded the medal "For Valiant Labor in the Second World War".
In the Council of Veterans are 11 people who represent all the units of the university. The work of the Veterans Council follows the plan approved by the rector, the plan is drawn up for 3 years and monthly meetings are held where current issues are discussed and congratulations of jubilees are organized.
The estimated cost of social protection of war veterans is compiled annually in January which regulates material aid to veterans of the Second World War and awarded the medal "For valorous work in the years of the Second World War". In honor of the Victory Day it is 2000 rubles, and in the jubilee years it is 3000 rubles. One-off material assistance is 1000 rubles in honor of the Day of Older Persons and for material assistance to veterans-heroes.

Veterans actively participate in the military-patriotic education of students, many veterans work in charge of student groups, non-working veterans willingly participate in meetings with students, especially on the eve of festive and anniversary dates.

The main task of the Veterans Council is to monitor and record non-working veterans, be aware of their problems and ,if possible, to help them in difficult situations. The work of the Council of Veterans is conducted in close cooperation with the administration, trade union committees of employees and students, the Department of Cultural and Mass Work of the University, the Union of

Women of Ufa, the Councils of Veterans of the Kirov District and the City of Ufa. Thanks to active interaction with trade union committees of employees and students, visits to veterans who need help at home are implemented. The newspaper and the journal "Veteran of Bashkortostan" are also being issued.Unfortunately every year the number of participants of the Great Patriotic War and veterans of the rear decreases - there were 13 people left in our university.
In spite of this the Veterans Council has big plans to activize its work by involving young employees and students in future activities to work with veterans of our university.
Conclusions*:* (Effectiveness) The work of the Veterans Council is invaluable. It should be noted that the remaining veterans have a great scientific and administrative experience, experience in working with people and historical knowledge, which must be adopted by the younger generation. The Veterans Council can act as a source of immutable values and virtues. It is necessary to give any support to the implementation of the tasks and goals set by the Council of Veterans because it is important to ensure a well-desened life for the veterans of the war and the workers of the home front and for all the elderly.

Veterans of the university are surrounded by care and respect of the university administration. The Veterans Council of the University together with the administration, rectors, the trade union committees of employees and students and other units are actively preparing for the 85-year-old university.

Literature:

1. Sbornik memories of veterans and employees of the Bashkir State Medical University, Ed. Doctor of Medical Science, Professor V.N. Pavlova. Ufa, 2015. – pages 33-44.
2. From the certificate on the work of the veteran organization of the Belarusian State Medical University for 2015, signed by R.M. Badakshanov.
3. From the certificate on the work of the veteran organization of the Belarusian State Medical University for 2017, signed by R.M. Badakshanov.

УДК 13058

Ш. ШАРМА, Д.А. РАХМАТУЛЛИНА

СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ: МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ

Научный руководитель – к. б. н., доцент Г.М. Абдуллина
Кафедра биологической химии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Статья посвящена анализу и изучению жировой инфильтрации печени. Различные аспекты состояния на основе молекулярного подхода анализируются от их многочисленныхпричин до диагностики и лечения.*

Ключевые слова: *жировая инфильтрация печени, стеатоз, цирроз печени, печень, алкоголь*

S. SHARMA, D. A. RAHMATULLINA

FATTY LIVER: MOLECULAR BASIS AND MECHANISM OF DEVELOPMENT

Scientific Advisor – Candidate of Biological Science, G M Abdullina
Department of Biological Chemistry, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *The article deals with the analysis and study of Fatty Liver, a reversible yet fatal disease. Various aspects of the disease are analyzed ranging from their numerous causes to diagnosis and treatments all in accordance to their molecular changes inside the body.*

Key words: *Fatty Liver, Steatosis, Cirrhosis, Liver, Alcohol*

Relevance: Liver is the largest gland of the body and is, directly or indirectly, involved in digestion of almost all the food substances consumed by us, ranging from the high energy carbohydrates and proteins to the vital lipids and fat. Liver plays a very important role in breakdown of fats and lipids

but sometimes the lipids inside the liver get deposited in the form of neutral fats, known as TAG (Tri Aceyl Glycerol).

Deposition of lipids inside the liver cells is known as “Steatosis” and accumulation of these triglyceride fats inside the vacuoles of the liver cells, leads to a pathogenic disease known as Fatty Liver. Presence of fat that is more than 5-10% of the total liver weight, is extremely harmful for liver. This extra fat inside the cells of the liver increases the size of the vacuoles and starts pushing the nucleus from the centre to the periphery, leading to cell death i.e. necrosis, which in turn further leads to cirrhosis.

Purpose of study: Fatty Liver is very widely distributed among world’s population. 20% of total living people are dealing with Fatty Liver i.e. one out of every 5 people reading this article. Talking about Russia, the percentage increases to 27% i.e.one out of every 4 people. 75% of all obese people in this world suffer from Fatty Liver. 20% of fatty liver cases get transformed into liver damaging “**cirrhosis**”.

Causes- Causes of fatty liver includes the reasons which either force more entry of fat(lipids) into the liver or which does not allow fat to exit. But for a better understanding, initially it should be known how liver takes part in fat decomposition.

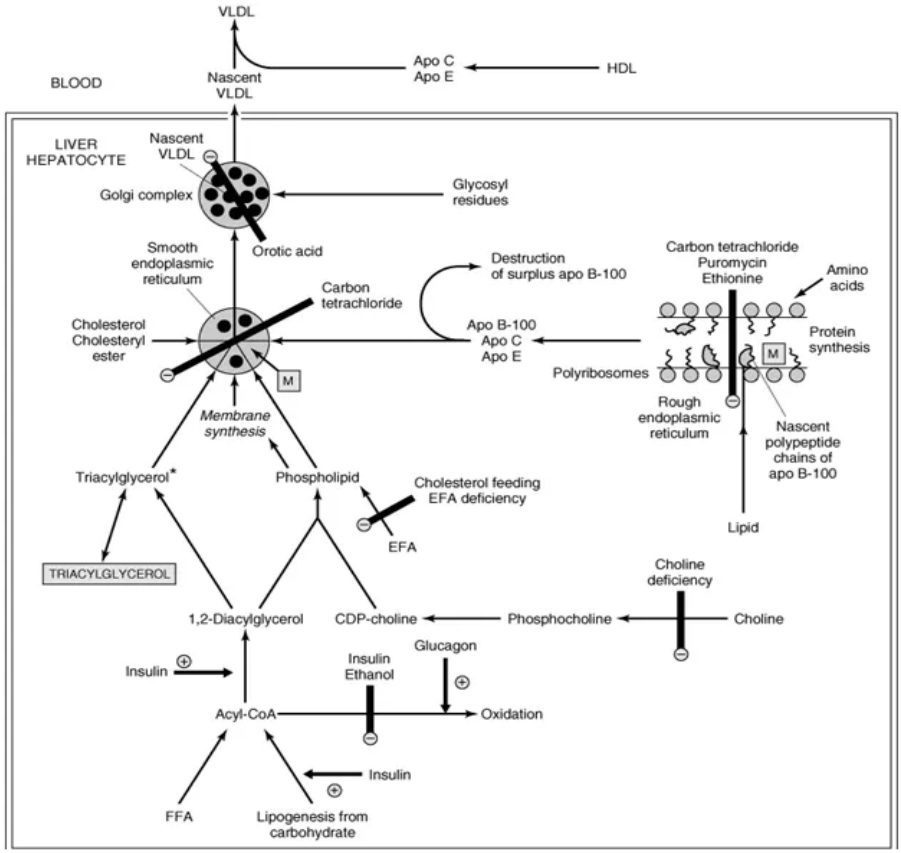


Figure 1 : Mechanism of fat decomposition in liver cell

The above chart depicts how fatty acids, after entering into the liver, gets converted into Diacylglycerol(DAG) after oxidation process of Acyl-CoA. The DAG, by the action of choline on it, gets broken down into phospholipids and alongside Triacylglycerol. Triacylglycerol and phospholipids join back together to form nascent VLDL enclosed inside its membrane. There are several factors which help in VLDL membrane formation but Apo-B 100 protein is the most important factor of all. At last the membrane releases the VLDL into the blood stream from liver, balancing the fat(lipid) intake and outtake level of the liver. But human body being so complex in function, any single break or leak into this big chain can initiate the process of fatty liver. The weak links, where the chain generally gets attacked are shown in the chart. The causes of fatty liver, as said earlier, can be divided into 2 categories: (i) More synthesis of Triglycerides or (ii) Defective VLDL synthesis(Metabolic block)

i)More synthesis of Triglycerides: Triglycerides are synthesized in excess due to more availability of fatty acid and glycerol. The fatty acids used are derived from 2 possible sources (A) synthesis within the liver from acetyl-CoA derived mainly from carbohydrates and (B) uptake of free fatty acids from the circulation. Thus high carbohydrate diet stimulates the new fatty acid synthesis by providing excess of Acetyl CoA and high fat exceeding provides more flux of fatty acids from the diet that can be esterified to provide excess triglycerides.

ii)Defective VLDL synthesis**:** The second cause of fatty liver is usually due to a metabolic block in the production of plasma lipoproteins, thus allowing Triacylglycerol to accumulate. Theoretically the lesion may be due to- (i) Block in apolipoproteins synthesis, whose causes can be protein energy malnutrition, impaired absorption, presence of inhibitors of endogenous protein synthesis (required for the membrane formation of nascent VLDL. Ex-Carbon Tetrachloride , Puromycin , Ethionine) or maybe due to impaired synthesis of Apo B protein which is also required for membrane formation of nascent VLDL. (ii) Failure in provision of phospholipids that are found in lipoproteins due to deficiency of lipotropic factors required for formation of phospholipids mainly – choline, inositol, homocysteine. And also due to deficiency of essential Fatty Acids required for phospholipid synthesis (iii)Impaired Glycosylation: Orotic acid also causes fatty liver, because it is believed to interfere with glycosylation of lipoprotein, thus inhibiting release, and may also impair the recruitment of triacylglycerol to the particles. (iv)Impaired secretion of VLDL: Oxidative stress is a common cause for membrane disruption of lipoproteins. The action of carbon tetrachloride probably involves formation of free radicals causing lipid peroxidation. The membrane disruption is due to Reactive Oxygen Species (ROS) like peroxides, superoxide, hydroxyl radical and singlet oxygen.

Fatty liver caused due to any of the above mentioned reasons is known as **Non-alcoholic fatty liver**. But if by any chance alcohol becomes the prime reason for the cause of fatty liver in body then that condition is known as **Alcoholic fatty liver**. Chances of a person having Alcoholic fatty liver are much higher than the other ones, because alcohol directly and quickly affects the liver and also number of people consuming alcohol in this world are very high.

Alcoholic fatty liver- Alcoholism leads to fat accumulation in the liver, hyperlipidemia and ultimately cirrhosis. The fatty liver is caused by a combination of impaired fatty acid and oxidation and increased lipogenesis, which is thought to be due to changes in the [NADH]/[NAD+]redox potential in the liver, and also to interference with the action of transcription factors regulating the expression of the enzymes involved in the pathways.

Oxidation of ethanol by alcohol and aldehyde dehydrogenase leads to excess production of NADH. The NADH generated competes with Fatty Acids for respiratory chain thus inhibiting their oxidation and in turn causing increased esterification of fatty acids to form Triacylglycerol(TAG) , causing fatty liver. Also oxidation of ethanol leads to formation of acetaldehyde which gets transformed into Acetyl CoA , thus increasing amount of fatty acid

Non-alcoholic fatty liver can also occur as effect of another disease or medical condition, such as: Obesity, Diabetes mellitus, Hypertriglyceridemia, Drugs, Poisons, Obstructive sleep apnea and Starvation

Symptoms- The main problem related to fatty liver is the absence of its characteristic symptoms. Fatty liver disease usually shows no signs and symptoms for a long amount of time, because it develops slowly with time. But if there are any general symptoms developed, then they may include: Enlarged liver, Fatigue, Pain in the upper right abdomen, Nausea and vomiting, right upper quadrant abdominal pain, and jaundice (a yellow discoloration of the skin due to elevated bilirubin concentrations in the bloodstream)

Diagnosis- When it comes to diagnosis Fatty Liver becomes more ambiguous because due to less characteristic symptoms it is hard to diagnose it directly. It frequently comes to medical attention when tests are done for other reasons or diseases and then they point to a liver problem

Treatment- The treatment of fatty liver depends on its cause, and, in general, treating the underlying cause will reverse the process of steatosis if implemented at an early stage. For the patients with non-alcoholic fatty liver disease with pure steatosis and no evidence of inflammation, a gradual weight loss is often the only recommendation

Conclusion: This complete review above, emphasized on how Fatty liver develop inside a healthy person’s liver, focusing on its molecular and biochemical aspects. It also gives us a brief

information about its symptoms, diagnosis and treatment. It shows us how small biochemical dis-functions inside the body can lead to greater pathological problems. Such studies about vital human organs diseases are important because being widely spread worldwide and being life threatening, still there is less awareness about the disease among the people.

References:

1. Dr. Namrata Chhabra , Biochemistry of Fatty Liver/ Namrata Chabbra – Nov 10, 2012 : copyright©2017

2. Karuna Rasineni and Carol A. Casey: Molecular mechanism of alcoholic fatty liver , Indian J Pharmacol. 2012 May-jun; 44(3): 299-303

3. Mayo Clinic Staff. (2014, April 10). Nonalcoholic fatty liver disease: Definition. [http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/nonalcoholic-fatty-liver-disease/basics/definition/con-20027761]

4. World Health Organization. The world health report -2002. Reducing risks, promoting healthy life. 2002. Available from: http://www.who.int/whr/2002/en/ [PubMed]

УДК 616.831-005-053.7

Э. М.КОЛЧИНА, К. М. ШАРАПОВА, А. М. ГИРФАНОВА, А. С. ЯСИНСКАЯ

ИНСУЛЬТЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель - д.м.н., профессор Л. Б. Новикова
Кафедра неврологии и нейрохирургии ИДПО, Больница скорой медицинской помощи,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Резюме: *Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) у лиц молодого возраста, лечившихся в неврологическом отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения Больницы скорой медицинской помощи (БСМП) за 2014-2015 годы. Всего за этот период госпитализировано 103 пациента с ОНМК, из них 82(79,6%) больных с ишемическим инсультом (ИИ) и 21(20,4%) больных с геморрагическим инсультом (ГИ). Инсульты в 2 раза чаще наблюдались у мужчин в возрасте 36-40, 41-45 лет. Соотношение ишемического и геморрагического инсульта 4:1.*

Ключевые слова: *ишемический инсульт, молодой возраст, пол.*

E. M. KOLCHINA, K. M. SHARAPOVA, A. M. GIRFANOVA, A. S. YASINSKAYA

STROKES IN YOUNG ADULTS

Scientific Advisor- Ph.D.in Medicine, Full professor L. B. Novikova
Department of Neurology and Neurosurgery IDPO, Emergency Hospital,
Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *A retrospective analysis of medical records of patients with acute stroke (CVA) in young patients treated in the neurological ward for patients with acute stroke Emergency Hospital (Emergency Hospital) for 2014-2015. Total for this period in the department have been hospitalized 103 patients with stroke, 82(79,6%) patients with ischemic stroke (IS), and 21(20,4%) patients with hemorrhagic stroke (GS). Strokes in 2 times more often was observed in men aged 36-40, 41-45 years. The ratio of ischemic and hemorrhagic stroke is 4:1.*

Key words: *ischemic stroke, young age, gender.*

Relevance: Acute cerebrovascular accident (CVA) is one of the leading causes of death in the industrialized world: suffer a stroke each year 6-8 million people in Russia - more than 450 thousand, and mortality from cardiovascular diseases in Russia remain among the highest in the world [4,5,6]. The tendency to "rejuvenation" of stroke, a high percentage of the most able-bodied and disability perspective of the population determines the importance and relevance of the study of this disease in young patients. The average annual incidence of stroke in people 15-45 years of age is 11.4 per 100 thousand, and in 15-44 years of age - 6.9 per 100 thousand [3]. Ischemic strokes are developed in 4 times more often than a brain hemorrhage. Cerebral infarction, occurring between the ages of 15 to 45 account for about 1% of all strokes in the population [2]. Development of a stroke at a young age requires careful elucidation of family history, conduct a full examination of the patients in order to identify all risk factors and their correction[1].

Research objective: to carry out a retrospective analysis of case 103 histories of patients with stroke in young patients treated in the neurological ward for patients with acute stroke in GBUZ Bashkortostan Emergency Hospital for the years 2014-2015.

Material and methods: 103 patients totally were hospitalized with CVA for 2014 and 2015 years, of which 82 (79.6%) patients with ischemic stroke (IS), and 21 (20.4%) patients with hemorrhagic stroke (GI). The incidence of stroke in the young was 8.1 per 100 000 population. The ratio of ischemic and hemorrhagic stroke was 4:1. Recurrent IS was observed in 14 patients (13.5%). Repeated IS in another vascular pool was observed in 4 patients (3.9%). From the total number of patients there were 68 (66%) males and 35 (34%) females. We used the followingindicators: the international classification of pathogeneticsubtypes of ischemic stroke TOAST, scale NIHSS, Rankin scale, mobility index Rivermid and the results of clinical and instrumental studies. The aim of the research was to analyze stroke in patients of young age for 2014-2015.

Results and discussions: The average age of patients with IS of both gender was 37.2 ± 1,3 year. The average age of patients with HS of both gender was 37.0 ± 1,52 year. In the majority of 76 (73.7%) it was the inhabitants of the city of Ufa, and 27 (26.2%) patients from the area. By the nature of the professional activities of the distribution was as follows: knowledge workers

accounted for 31,1% (n = 32), manual workers 30,1% (n = 31). It should be noted that at the time of stroke in 40 patients (38.8%) is temporarily not working. The distribution of males and females of age are shown in Table 1. As seen from Table. 1 stroke in 2 times more common in men aged 36-40, 41-45 years.

Table 1

The distribution of men and women by age

Age, years	The number of patients (n=103)			
	Men		Women	
	absolute	%	absolute	%
15-20	1	0,9	-	-
21-25	4	3,9	2	1,9
26-30	2	1,9	4	3,9
31-35	12	11,7	6	5,8
36-40	20	19,4	9	8,7
41-45	29	28,2	14	13,6
Total	68	66	35	34

According to the international classification of pathogeneticsubtypes of ischemic stroke TOAST, in 54 (65.8 %) of the 82 patients had an IS of unknown etiology; 19 (23,2%) - cardioembolic subtype; in 3 (3,7%) - atherothromboembolic; 5 (6,1%)- lacunar; in 1 (1.2%) - hemorheological (pic.1).

Pathogenetic subtypes of HS have young adults represented by the following frequency: parenchymal - 8(38,1%); subarachnoid hemorrhage - 6 (28,6%); subarachnoid - parenchymal hemorrhage – 4(19%); parenchymal – ventricular - 3 (14,3%).

According CT of the brain in 54 people (52,4 %) had CT-picture of the ischemic focus, the rest 28 people (27,2%) - focal changes of the brain is not revealed, 21 people (20,4%) had the CT-picture of HS. According to the brain CT scan ischemic lesions of small size were observed in 9 people (16,7%), medium – 21 people (30,5%); large ischemic focus– 20 persons (24.4 %), and in the brainstem – 4 persons (7.4%). Edema and dislocation of the brain was observed in 8 people (7.7 %) by CT of the brain. Localization of hematomas was dominated by mixed forms - 42,8% (n=9); cortical -19,1% (n=4); subcortical – 14,3% (n=3); undercortical – 9,5% (n = 2).The level of consciousness of patients with HS were distributed as follows: clear - at 9 persons (42.8%); stunning - in 1 (4.7%); stupor - in 3 (14.3%); coma - in 8 (38.1%).

According to the results of clinical and instrumental studies, in 25-s of the 82 people (30,5%) with ischemic stroke the area of lesion was localized in the pool of the left middle cerebral artery with sensomotor aphasia, hemiparesis and hemihypesthesia in the opposite side of the hearth; 21 people (25,6%) in the vertebral-basilar pool with the development of alternating syndroms of hemianopsia and bulbar syndrome; 20 persons (24,4%) ischemic stroke occurred in the right middle cerebral

artery; 5 persons (6,1 %) - in posterior cerebral artery in 11 people (13,4 %) - in several pools (LCP+VBP, ACP+VBP, VBP+PCA).

5 patients (6.1%) was held thrombolysis, 3 patients (3.7%) - thromboembolectomy. In 1 patient (1.2%) had secondary hemorrhagic transformation of the type of imbibition with the formation of a hemorrhagic focus in the parietal lobe.

There was a certain relationship of stroke to the season - the peak falls on autumn-29,1% (n = 30), summer-24,3% (n = 25), in winter - 24,3% (n = 25), the spring - 22,3% (n = 23).

According to laboratory studies, 38 (36,9 %) patients had changes in gemostaziogramma, 36 (43,9 %) patients revealed hypercholesterolemia (with IS).

Etiological factors in the development of stroke in young adults, is characterized by considerable diversity. The main reason the IS was cardiogenic pathology (rheumatic fever, valvular heart disease, infective endocarditis, atrial fibrillation) – 22 people (26,8%). On the second place among the IS - arterial hypertension (AH) -11 people (13,4%); HIV, syphilis – 6 patients (7,3%); paroxysmal night hemoglobinuria - 1 (1.2%). The development of HS, in addition to AH (66,7%, n=14), been associated with rupture of arterial aneurysm and arteriovenous malformation 19,0%(n=4), alcohol abuse and drug 9.5% (n=2), hemorrhagic vasculitis – 4,7% (n=1). It should also be noted that the proportion of cardiogenic embolism in men was 2 times higher (n=14; 17.1%) than women (n=8; 9.7%). The main cause of cardiogenic embolic strokes were congenital heart disease (n=13; 15,8%).

According to the extracranial carotid and vertebrobasilar duplex ultrasound scan, at 8 (7.7%) patients were enrolled hemodynamically significant sonographic signs of atherosclerosis of brachiocephalic arteries (stenosis, hemispheric asymmetry of blood flow), and 43 (41.7%) patients hemodynamically were not registered significant sonographic signs of atherosclerosis of brachiocephalic arteries.

According to the neurological examination of focal symptoms most frequent movement disorders (52 man-63.4% for IS and 16 people - 76.2% for the HS); sensory disturbances (18 man-21.9% at IS); speech disorders (18 persons - 21.9% with IS and 3 persons - 14.3% at HS); vestibular-atactic disorders (11 man-13.4% at IS); brainstem disorders (11 persons - 13.4% with IS and 7 people - 8.5% for HI);

Movement disorders were presented at IS hemiparesis varying severity: slight hemiparesis - 27 people. (32.9%), moderate - 5 people (6.1%), deep-13 people (15.9%); combination of paresis and plegia observed in 3 people (3.7%); In 4 (4.8%) showed signs of pyramidal insufficiency. After the HS - light hemiparesis - in 3 persons (14.3%); deep - in 3 persons (14.3%); plegia - from 10 people (47.6%). In the analysis of daily activity revealed a positive trend as in IS, and in HS (Table 2).

In 2 (1.9%) cases were deaths of ischemic stroke. Both patients (1 man and 1 woman) were from cardiac pathology (in the first patient had a congenital heart defect, aortic valve replacement, the second acute coronary syndrome). In 8 (7.7%) cases were hemorrhagic stroke deaths, mostly they were men.

Table 2

Dynamics of activities of daily living (in points)

Stroke	scale NIHSS	Rankin scale	Mobility index Rivermid
Ischemic	4,52± 3,18*; 3,45±4,56	1,9 ± 1,39*;0,8± 0,97	7,52 ± 2,35*; 10,63 ± 3,21
Hemorrhagic	20,25±11,0*;12,81 ± 12,85	3,52±1,33*;2,71± 1,95	4,43 ± 3,61*; 7,95 ± 6,04

Note: The figures in the numerator - when entering *, in the denominator - discharge ($p<0,001$).

Conclusions: Stroke in young patients is characterized by a significant etiological polymorphism, a variety of clinical and neurological manifestations and their leading role in the genesis of hypertension, cardiac disease, brain aneurysm. Our data supports that in accordance with the criteria TOAST, the most frequently encountered subtype of ischemic stroke (65.8%) had a stroke of unknown etiology. The most frequently encountered subtype of hemorrhagic stroke (38.1%) had parenchymal hemorrhage. The ratio of ischemic and hemorrhagic stroke is 4: 1. The ration of male and female is 2:1. During the period of hospitalization the regression of neurological symptoms and restore lost functions is noted both in IS and HS.

References:

1. Jauch E, Saver J, Adams H. Guidelines for the Early Management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013; 65; 45-49.
2. Kernan W. N., Dearborn J. L. Obesity Increases Stroke Risk in Young Adults. Opportunity for Prevention // Stroke. – 2015.
3. Koivunen R.-J., Haapaniemi E., Satopää J., Niemelä M., Tatlisumak T., Putaala J. Medical Acute Complications of Intracerebral Hemorrhage in Young Adults: Research Article // Stroke Research and Treatment. – 2015. – Vol.2015. – P. 1-7.
4. Pizova N.V. Subtypes of ischemic cerebral circulation disordery at young age :diagnosis and treatment//Neurology, neuropsychiatry, psychosomatica.-2012;4;34-38.
5. Skvortsova V.I., Koltsova E.A., Kimelfeld E.A. Comparative analysis of risk factors and pathogenetic types of ischemic stroke in young and old patients.//Kurskiy scientifically-practical herald «Man and his health» -2012;3.

6. Stakhovskaya LV, Gusev EI, Skvortsova VI, Problemiinsulta v RossiskoiFederacii: vremyaactivnichdeistvii (The Problem of stroke in the Russian Federation: the time of active joint actions)//Journal of neurology and psychiatry. - 2007;T. 8. P. 4-10.

УДК 14.01.12

А.О. ЕЛИСЕЕВ

ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель - старший преподаватель М.И. Сорокина

Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

***Резюме**: В данной статье рассматривается такая проблема, как онкологические патологии, факторы, влияющие на их возникновение, меры профилактики.*

***Ключевые слова:** онкологические патологии, канцероген, опухоль, профилактика, здоровый образ жизни.*

A. O. ELISEEV

CANCER PREVENTION

Scientific adviser – Senior Lecturer M.I. Sorokina

The Department of foreign languages with the course of Latin, Bashkir State Medical University, Ufa

***Abstract:** The problem of cancer development and its prevention is touched upon in the given article.*

***Key words:** cancer pathology, carcinogen, tumor, prevention, healthy lifestyle.*

Relevance: The problem of oncological diseases is very relevant nowadays. Unhealthy lifestyle, ruined ecology, the development of industry, the growth in the number of industrial waste are factors affecting the occurrence of tumors. People need to know how to prevent this dangerous disease.

Objective: to identify ways of preventing cancer.

Tasks:

1. To determine the factors influencing the emergence and development of cancer.
2. To find ways of preventing cancer.
3. To conduct a social survey to identify risks of cancer among young people.

The tumor (SYN.: tumor, neoplasia, neoplasm) — a pathological process represented by the newly formed tissue in which changes of the genetic apparatus of cells lead to dysregulation of their growth and differentiation [1]

All the tumors are divided according to their potency to progression and clinical-morphological features into two main groups:

• benign tumors

• malignant tumors

At the moment , the oncological pathology is considered to be the most common after cardiovascular diseases. Many people think the diagnosis of "cancer" to be the death sentence. However, sometimes even malignant tumors can be successfully treated and removed. The most important thing is to diagnose the problem in time, to provide timely assistance to prevent the spread of metastases throughout the body.

Oncology is the branch of medical science dealing with the study of formations of malignant or benign nature, their origin, mechanism, and etiology of the development, pathogenesis and diagnosis, treatment and preventive measures.[1] The tumor can form in any part of the body, that is why the exact localization is specified in the diagnosis, for example, cancer of lung, stomach, rectum, etc.

The risk factors of cancer.

Tumor development begins with the interaction of the organism with a carcinogen, a factor causing the deformation of healthy cells, and continues for 10-15 years before the emergence of pathogenic neoplasms.[2]

So what is a carcinogen?

Carcinogens are environmental factors, whose impact on the human or animal body increases the possibility of malignant tumors formation.[2]

These factors can be of chemical, physical or biological nature.

• Chemical: various chemicals.

• Physical: ionizing radiation, ultraviolet rays, EMFs.

• Biological: oncogenic viruses, some bacteria.

The interaction of these factors entails the pathology in 80-90% of cases.

If these factors are analyzed in more detail, it is possible to come across all the familiar names of potentially hazardous substances. For example the products of oil refining, benzene, nitrates, halogens, alcohol, tar in tobacco smoke, preservatives, dyes, paints, varnishes, solvents, salts of heavy metals, combustion products, some drugs form the group of chemical carcinogens. Solar and ionizing radiation, x-ray and electromagnetic radiation, exposure to high or low temperatures can be referred to physical factors. The influence of technical progress, industrial development, environmental pollution should be also taken into account . According to statistics, the number of deaths from cancer increases by 2 times every year. A slight decrease has been registered in some countries, but the overall prognosis is not favorable.

Let us consider the situation in the Russian Federation.

In the overall mortality from cancer in Russia the following neoplasms are the mostly widely spread:

• tumors of the respiratory system (bronchi, trachea, lungs) – 17,3%;

• cancer of the digestive tract: stomach – 10,7%, colon – 7,7%, pancreas – 5,9%, rectum – 5,7%;

• breast cancer - 7.9%.[4]

So what should be done to protect people from this terrible disease?

Cancer prevention is a complex of measures aimed at preventing the development of neoplastic diseases. It includes the following aspects:

1. A way of life. It is the most important aspect in the prevention of cancer. This type of lifestyle involves regular and healthy diet, quitting smoking, limiting or avoiding consumption of alcoholic drinks, regular and adequate physical activity, reducing obesity, avoiding promiscuity and abortion.

Nutrition. The concept of a healthy diet is as follows:

- eating at least 3-4 times a day.
- optimal temperature of food taken to avoid burning the mucosa of the initial gastrointestinal tract.
- balance of protein, fat, carbohydrate.
- rejection of products, which are carcinogens, dangerous food additives, preservatives, dyes, etc.
- limit consumption of fried and spicy food.
- the use of fresh products.

- the consumption of vegetables, fruits daily.

A balanced diet reduces the risk of neoplastic lesions of the digestive system.

Smoking and alcohol.

Smoking contributes to the development of lip, lung or larynx cancer. According to statistics, 9 out of 10 lung cancer patients are smokers. Everyone knows that alcohol has an adverse effect on all cells of the body, it contributes to their destruction. Alcohol together with smoking increases the risk of cancer several times.

Exercise.

Unfortunately, people can't always afford to spend an extra half hour for simple exercises. Lack of exercise, poor diet, laziness lead to obesity. Obesity causes functioning disturbance of all body systems that leads to the formation of different kinds of pathologies, including cancer. Active exercise not only reduces the risk of tumors, but also improves mood, prevents depression and stress, keeps muscles toned.

2. Ecohigiene is based on prevention of contact with carcinogenic factors. This method of prevention is associated with the knowledge of the person in the field of oncology and prevention of tumors. Unfortunately, most people consider care of their health to be the responsibility of doctors. They don't realize that they can protect themselves. That is why health workers should conduct the training of the population not only concerning cancer prevention but also some other diseases.[3]

3. Clinical examination.

People should undergo examination for detection of cancer, to control the process of detection, elimination and follow-up care.

As a practical part of the work, a survey has been conducted among young people to determine their lifestyle and, consequently , the risk for cancer. Also patients of the Oncological centre in Ufa have been polled. The following questions have been presented:

Do you lead an active way of life?

a)Yes, I have daily physical activity-7 people.

b)I try to look after myself,to spend more time outdoors -11people

c)I can't afford physical activity because of school/work/lack of time- 141 people.

How many times a day do you have a full healthy meal?

a)2-3 times every day -38 people.

b)1-2 times a day with snacks-36 people.

c)Rarely have time for full meals, only snacking-52 people.

d)Sometimes I can do without eating for more than 12 hours- 23 people.

Do you smoke?

a)Yes, I can't imagine my life without it-47 people.

b)No, but I used to smoke -17 people.

c)No, I have never tried it-86 people.

Have you ever heard about cancer prevention?

a) No, I have no idea about it -93people.

b) Yes, I have, but I have not tried to understand 41.

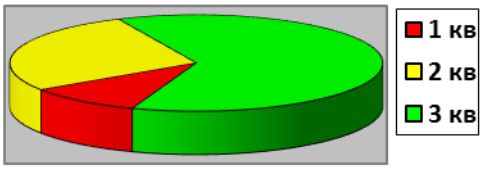
c) Yes, I actively use it in my life-15 people.

Results and discussion:

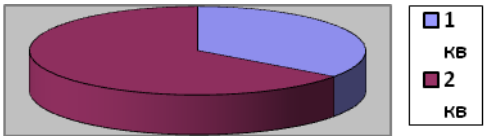
Q1 -take cancer prevention measures.

Q2-do not take cancer prevention measures .

Q3 -never heard about cancer prevention measures



According to the survey it can be concluded that about 60-70 % of the respondents have an increased risk for cancer.



Q1 – not at risk for cancer.

Q2 – risk for cancer.

Conclusion:

Cancer represents a serious danger to human life, but it can not only be cured but also it can be prevented. Healthy lifestyle, nutritious diet, avoiding bad habits are the main factors of cancer prevention.

References:

1. https://ru.wikipedia.org/wiki/Онкология
2. https://www.health-ua.org/faq/onkologiya/191.html

3. http://orake.info/profilaktika-onkologicheskix-zabolevanij/
4. http://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-smertnosti-ot-raka-v-rossii.html
5. http://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-smertnosti-ot-raka-v-rossii.html
6. http://orake.info/profilaktika-onkologicheskix-zabolevanij/
7. https://www.health-ua.org/faq/onkologiya/191.html
8. https://ru.wikipedia.org/wiki/Онкология
9. Glybochko P. V., Popova T. N. Oncology.-M.: Academia, 2008.- 400c.
10. Ed. by D. Cassidy, D. Bisset, R. A. George. Spence, M. Payne; TRANS. from English. V. Y. Khalatova; Under the editorship of V. A. Gorbunova, "Handbook for Oncology".- Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 512c.
11. G. V. Petrov, A. D. Kaprin, Gretsova O. P., V. V. Starinsky Malignant neoplasms in Russia.
12. (overview of statistical information for 1993-2013).- М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2015. — 511 с.

УДК 378.14 / 614.23

Д. Р. ЗАГРЕТДИНОВА

КАК СТАНОВЯТСЯ ВРАЧОМ В РОССИИ И ГЕРМАНИИ. О МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Научный руководитель: доцент Л.А.Кобякова

Кафедра иностранных языков с курсом латинского языка, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В статье рассматриваются российская и немецкая системы медицинского образования. Структура обучения схожа, отличается экзамен на получение квалификации врача. В Германии он поделен на 2 части: первая часть экзамена проводится после окончания доклинической части обучения письменно по 4 часа в течение 2-х дней и дополняется устным опросом. Вторая часть экзамена проходит в конце всего обучения также письменно и устно уже в течение 3-х дней по 5 часов ежедневно.*

Ключевые слова*: медицинское образование, доклиническая и клиническая часть обучения, практика по уходу за больными, экзамены для получения квалификации врача.*

D.R.SAGRETDINOVA

HOW TO BECOME A DOCTOR IN RUSSIA AND GERMANY. ABOUT MEDICAL STUDY

Scientific Advisor – associate professor L.A. Kobyakova

Department of foreign languages with the course of Latin, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *This article presents Russian and German systems of medical education. The structure of education is similar, but the medical licensing examination is different. Unlike the Russian system, in Germany it consists of two parts: The first part of examination takes place after pre-clinical education, it is a written exam during 4 hours each day within 2 days completed by oral examination. The second part takes place after the whole period of study. It is also written and oral exam during 5 hours each day within 3 days.*

Keywords: *medical education, pre-clinical and clinical education, medical attendance, medical license*

WIE WIRD MAN ARZT IN RUSSLAND UND DEUTSCHLAND. VON DER MEDIZINISCHEN AUSBILDUNG

Aktualität: Viele Medizinstudierenden haben heute die Möglichkeit, einen Teil ihres Studiums im Ausland zu verbringen. Deshalb ist es wichtig, sich mit dem System der medizinischen Ausbildung in anderen Ländern bekannt zu machen.

Die Zielsetzung der Arbeit ist, die Systeme der medizinischen Ausbildung an russischen und deutschen Universitäten zu vergleichen.

Materialien und Methoden: In der Arbeit wurden themenbezogene russische und deutsche Literatur- und Internetquellen analysiert. Es wurde die Methode des Vergleichs und der Gegenüberstellung angewendet.

Resultate und Diskussion: Medizin gehört zu den beliebtesten Studiengängen in Deutschland. Jedes Jahr gibt es mehr Bewerber als Plätze. Um Medizin studieren zu können, benötigt man die Allgemeine Hochschulreife.

Medizinstudiengänge sind bundesweit zulassungsbeschränkt. Das bedeutet, dass es einen Numerus Clausus (NC – zahlenmäßige Beschränkung der Zulassung zu einem bestimmten Fach) gibt. Der NC ergibt sich aus dem Verhältnis der Studienplätze und der Anzahl der Bewerber und ändert sich somit jedes Semester. [6]

Aufbau des Studiums. Das Medizinstudium ist bundesweit einheitlich geregelt. Die Regelstudienzeit beträgt 12 Semester (6 Jahre) und 3 Monate. Das Studium gliedert sich in einen vorklinischen Teil, der das 1. bis 4. Semester umfasst (die ersten beiden Jahre), sowie einen klinischen Teil.

Der vorklinische Teil. Hier erwerben Studenten die natur- und sozialwissenschaftlichen Grundlagen der Medizin. Sie kennen anschließend den Aufbau des menschlichen Körpers und

wissen, wie er im Normalzustand funktioniert. Bestandteil ist außerdem ein Erste-Hilfe-Ausbildung sowie ein Krankenpflegepraktikum. In diesem Studienabschnitt behandelt das Medizinstudium Anatomie, Medizinische Terminologie, Biochemie, Biologie, Chemie und Physik für Mediziner, Psychologie, Soziologie, Einführung in die klinische Medizin, Physiologie, Molekularbiologie.

Der klinische Teil. Dieser Abschnitt des Medizinstudiums vermittelt Wissen zu Krankheiten und Heilung. In diesem Studienabschnitt behandelt das Medizinstudium Allgemeinmedizin, Hygiene, Mikrobiologie und Virologie, Neurologie, Pathologie, Pharmakologie und Toxikologie, Epidemiologie, Medizinische Biometrie, Medizinische Informatik, Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesiologie, Klinische Chemie, Augenheilkunde.

Im letzten Studienjahr absolvieren Studenten ein Praktisches Jahr. Dieses dauert 48 Wochen und stellt eine zusammenhängende praktische Ausbildung in einem Krankenhaus dar.

Famulatur. Die Famulatur ist ein im Medizinstudium vorgeschriebenes Praktikum, das insgesamt 4 Monate umfasst. Dabei sind 2 Monate in einem Krankenhaus und 1 Monat in einer Arztpraxis vorgeschrieben. Der 4. Monat kann wahlweise in einem Krankenhaus oder einer ärztlichen Praxis stattfinden. Das Praktikum absolvieren Studenten in der unterrichtsfreien Zeit nach dem 1. Teil der ärztlichen Prüfung und vor Beginn des Praktischen Jahres.

Praktisches Jahr. Das Praktische Jahr bereitet die jungen Menschen auf ihre Tätigkeit als Arzt vor. Sie übernehmen ärztliche Aufgaben, die ihrem Ausbildungsstand entsprechen. Das Praktische Jahr unterteilt sich in 3 Abschnitte von jeweils 16 Wochen. Dabei erwerben sie praktische Kenntnisse in den Bereichen: Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin oder in einem anderen klinisch-praktischen Fachgebiet.

Prüfungen. Die Ärztliche Prüfung ist zweigeteilt. Der erste Abschnitt findet nach dem vorklinischen Teil statt, der zweite am Ende des Studiums. Beide Prüfungen erfolgen schriftlich sowie mündlich. Der schriftliche Teil ist ein bundesweit einheitlicher Multiple-Choice-Test.

Der erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Diese erste umfassende Prüfung im Medizinstudium wird umgangssprachlich auch als Physikum bezeichnet. Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich über 2 Tage und dauert jeweils 4 Stunden. Im mündlichen Teil stellen die Dozenten Fragen zu den Gebieten Anatomie, Physiologie und Biochemie.

Der zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Die Prüfung findet an 3 Tagen statt und umfasst jeweils 5 Stunden. Dabei stellt man das Wissen der Studenten zu Krankheitsbildern und Gesundheitsstörungen mit Beschwerden, Symptomen und Befunden unter Beweis. Gegenstand der mündlichen Prüfung sind die Fächer Chirurgie, Innere Medizin sowie ein gewähltes Fach

und ein zugelostes Fach. Nach Bestehen aller Prüfungen kann die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes beantragt werden. Damit darf man als Arzt tätig werden. Anschließend ist eine Spezialisierung auf ein Fachgebiet möglich.

In dieser Tabelle finden Sie eine Übersicht über die ärztliche Ausbildung: [5]

Tabelle 1. Aufbau des Medizinstudiums in Deutschland

<table>
<tr><th>Zeit</th><th></th><th>Inhalte</th><th>Praxis</th></tr>
<tr><td>1.Jahr
2. Jahr</td><td>Vorklinischer Teil</td><td>V.a. Grundlagenfächer wie Anatomie, medizinische Terminologie, Biochemie</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>1. Teil der Prüfung</td><td colspan="2">schriftlich: 2 Tage, 320 Multiple Choice-Fragen
mündlich-praktisch: Anatomie, Physiologie, Biochemie</td></tr>
<tr><td>3. Jahr
4. Jahr
5. Jahr</td><td rowspan="2">Klinischer Teil</td><td rowspan="2">Versch. Med. Fachgebiete, (Augenheilkunde, Ohrenheilkunde etc.) sowie weitere Fächer (klinische Umweltmedizin, Pharmakologie, Rehabilitation / Physikalische Medizin / Naturheilverfahren …)</td><td>Famulatur (4 Monate)</td></tr>
<tr><td>6. Jahr</td><td>Praktisches Jahr (3x16 Wochen)</td></tr>
<tr><td></td><td>2. Teil der Prüfung („Hammerexamen“)</td><td colspan="2">schriftlich: 3 Tage, über je 5 Stunden
mündlich-praktisch: Innere Medizin, Chirurgie und Wahlfach, über 45-60 min.: inkl. Untersuchung am Patienten</td></tr>
<tr><td></td><td>Assistenzarzt</td><td colspan="2">Arbeit als approbierter Arzt ohne leitende Funktion: in dieser Zeit kann schon die Facharztausbildung beginnen</td></tr>
<tr><td>5.-6. Jahre</td><td>Facharztausbildung</td><td colspan="2">abhängig von den Bestimmungen der versch. Landesärztekammern</td></tr>
</table>

Und wie wird man Arzt in Russland?

Die medizinische Ausbildung genießt in Russland ein hohes Ansehen, aber es ist nicht einfach, Medizinstudent zu werden. [3] Für die Bewerbung um einen Studienplatz ist es notwendig, Chemie und Biologie bei der Einheitlichen Staatlichen Prüfung abzulegen. Wenn man in diesen Fächern sehr gute Noten bekommt, kann man auf die medizinische Fakultät gehen. In großen Städten bewerben sich 6-7 junge Menschen um einen Studienplatz. Es gibt in Russland ca. 40 medizinische Hochschulen. Wenn die Prüfungspunkte nicht ausgereicht haben, kann man gegen Studiengebühr studieren. Aber das können sich nicht alle leisten. Manchmal beginnt das Medizinstudium mit dem Studium an einer medizinischen Fachschule, von denen es in Russland sehr viele gibt. Das Studium an der medizinischen Universität dauert 6 Jahre.

Der Studienplan medizinischer Hochschulen umfasst über 40 Fächer. Der Plan der ersten 4 Semester sieht das Erlernen geisteswissenschaftlicher Fächer, des Lateins vor, sowie eine gründliche Vorbereitung in Biologie, Anatomie, Physiologie, Histologie, Chemie u.a. Im 3. Studienjahr beginnt die Einführung in klinische Disziplinen. Gerade in dieser Zeit bekommen die Studierenden die Möglichkeit, mit Patienten zu arbeiten. Das 7. und das 8. Semester sind der

klinischen Vorbereitung gewidmet. Die Studierenden studieren die Grundlagen klinischen Wissens, lernen die typischen Manifestationen von Krankheiten. Im 5. Studienjahr wird das Studium der wichtigsten klinischen Disziplinen fortgesetzt: Erkrankungen des Nervensystems, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurochirurgie, Ophthalmologie, Pädiatrie u.a. Und im 6. Studienjahr werden schließlich klinische Hospitaldisziplinen gelernt. Hier wird das Hauptaugenmerk auf den Patienten gelegt.

Während der Studienzeit gehen die Studierenden praktisch alle Arbeitsabschnitte des medizinischen Personals durch, vom Krankenpfleger bis zum Arztassistenten. Die Arztassistenten stellen Diagnosen, schlagen Behandlungsschemen vor, aber das letzte Wort behält sich der Facharzt vor. Nach dem 10. Semester können die jungen Leute an Militärübungen oder an vorbeugenden oder therapeutischen Maßnahmen bei Epidemien teilnehmen. Die Diplomarbeit der Absolventen ist ungewöhnlich. Sie betreuen Patienten, erstellen die Krankheitsgeschichten von Patienten. D.h., die Medizinstudierenden haben es wirklich mit der realen Praxis zu tun. Dadurch unterscheiden sie sich von den Studierenden anderer Hochschulen in Russland.

Um das Recht auf selbständige ärztliche Praxis zu erlangen, sollen die Absolventen ein Zertifikat haben, dazu ist eine ärztliche Weiterbildung notwendig. Sie kann 2 Formen haben: in der Internatur (Pflichtassistenzzeit) vertiefen die jungen Ärzte ihre Kenntnisse in ihrer Hauptfachrichtung, in der Ordinatur (vertiefte Facharztausbildung) spezialisieren sie sich auf ein engeres spezielles Fachgebiet.

Schlussfolgerung: Beim Vergleich beider Systeme der medizinischen Ausbildung wurden viele Gemeinsamkeiten festgestellt. Die Hauptausbildung des Arztes dauert 6 Jahre und besteht aus einem vorklinischen und einem klinischen Teil, die Studieninhalte sind auch sehr ähnlich. Theoretische Kenntnisse werden zuerst beim Praktikum und dann bei der Arbeit in der Klinik gefestigt. Anders als in Russland verläuft die ärztliche Prüfung in Deutschland in 2 Abschnitten.

Literaturverzeichnis

1. Manina, Darya. Meditsinskoye obrazovaniye sokraschayut na god: kak izmenitsya kachestvo lecheniya. [Elektronische Ressource]: URL: https://www.miloserdie.ru/article/meditsinskoe-obrazovanie-sokrashhayut-na-god-kak-izmenitsya-kachestvo-lecheniya/

2. Sistema meditsinskogo obrazovaniya v Rossii – funktsionalnaya diagnostika. [Elektronische Ressource]: URL: http://www.rasfd.com/index.php?productID=586

3. [Elektronische Ressource]: URL: http://edunews.ru/entrants/higher-education/vishee-medizinskoe-obrazovanie.html

4. [Elektronische Ressource]: URL: http://www.medizin-studieren.eu/

5. [Elektronische Ressource]: URL: http://www.naturheilmagazin.de/natuerlich-heilen/zum-arzt-oder-heilpraktiker.html
6. [Elektronische Ressource]: URL: http://www.target-medizin.de/bewerbung/nc-uebersicht-medizin.html

УДК 614.253.83

Э.Р. ГИЛЬМИЯРОВА, Э.М. МУРАТОВ, Т.Р. ВИЛЬДАНОВ, К. ВЕРМА

ДИНАМИКА МАССЫ ТЕЛА БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ «ТРАДИЦИОННОЙ» ФОРМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Фаршатов
Кафедра терапии и сестринского дела с уходом за больными, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В статье описаны результаты исследования рациона питания больных с травмами челюстно-лицевой области в специализированном отделении и динамика веса больных в течение трех недель наблюдения.*

Ключевые слова: *челюстно-лицевая травма, питание*

E.R. GILYMIYAROVA, E.M. MURATOV, T.R. VILDANOV, K. VERMA

DYNAMICS OF BODY WEIGHT OF PATIENTS WITH INJURIES OF THE MAXILLOFACIAL AREA WITH A TRADITIONAL FORM OF NUTRITION

Scientific adviser- candidate of medical sciences, assistant professor R.S. Farshatov
Department of Theraphy and Nursing with Care of Patients, Bashkir State Medical University, Ufa City

Summary: *The article describes the results of the diet research of patients with maxillofacial area injuries in a specialized department and the dynamics of the weight of patients during three weeks of follow-up.*

***Key words**: maxillofacial trauma, nutrition*

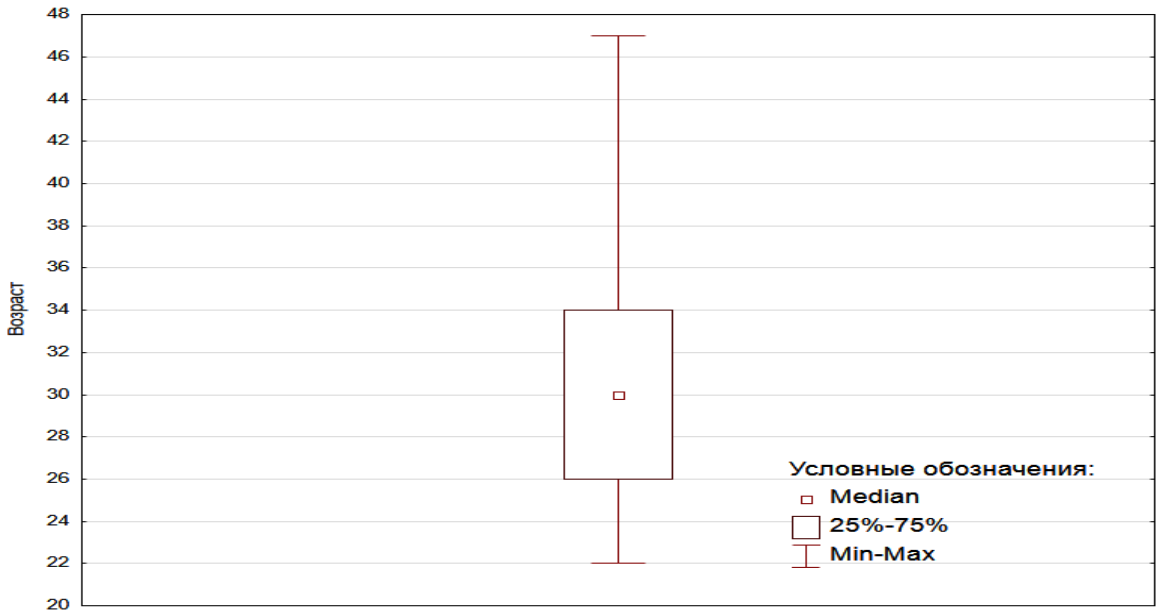
The relevance of our work is associated with a high frequency of damage to the maxillofacial area in the overall structure of traumatic injuries. While facial bones fractures are observed in 88,2% of patients with injuries of the maxillofacial area. Often such types of injuries are combined with the damage to the central nervous system, which aggravates the patient's existing swallowing disorders. Injuries of the maxillofacial area are mainly prevalent in men due to their greater employment in industrial and agricultural production, transport, and the abuse of alcoholic beverages.

The purpose of our work was to study the diet of patients with injuries of the maxillofacial area in a specialized department and the dynamics of the weight of patients during three weeks of follow-up.

Materials and methods of research. For the purpose of the study we observed 6 patients with a "traditional" form of nutrition. Under the "traditional" form of nutrition we mean a diet of liquid dishes given to the patients by the food unit of a medical institution. The body weight of all patients involved in the study was measured at the beginning of observation and in 1, 2 and 3 weeks.

Analysis of the measurement result was carried out using the "Statistica" (Statsoft, USA), version 10.0

Results of the study. We studied the results of treatment of 26 patients with injuries of the maxillofacial area treated in the department of maxillofacial surgery of the city clinical hospital № 21, Ufa City. All studied patients were males.



Age- возраст

Conventions- условные обозначения

Picture 1. Distribution of patients by age

Picture 1 shows the distribution of patients by age. The average age of patients was 30 years, the range of the age was from 22-47 years.

Reference tables for the content of basic nutrients and the energy value of food were used to assess the energy value of patients' diet. [5]

Table 1

Food and energy value of the diet of the studied individuals and physiological needs of a healthy person

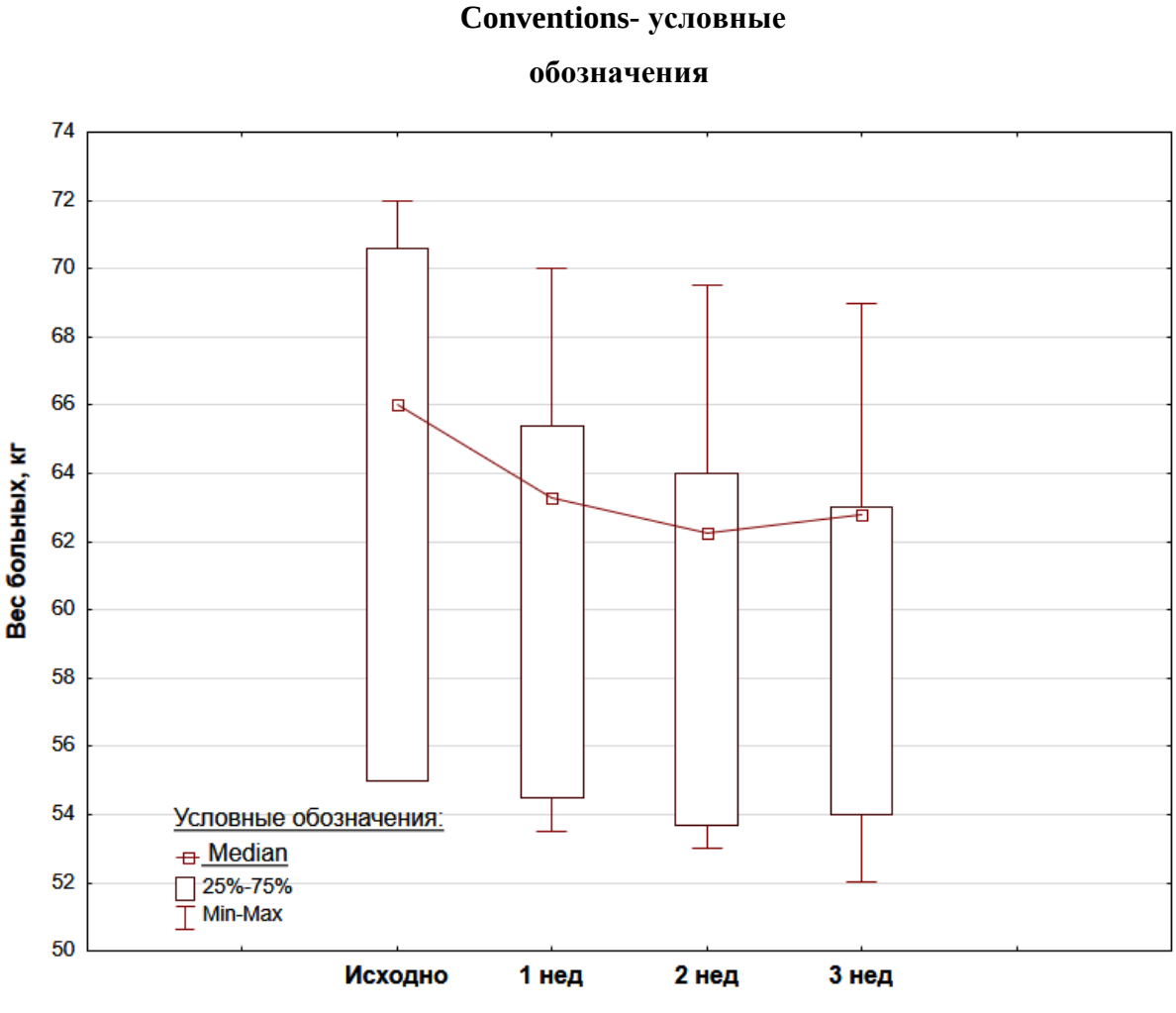
	Content in the daily diet of the patient	**Physiological needs of a healthy person**
Energy value, kcal	1110-1250	2200-2500
Protein content, g	54-56	70-80
Fat content, g	29-31	66-76
Carbohydrate content, g	285-286	321

We analyzed the value of the daily diet of patients with injuries of the maxillofacial area.

From the data of table 1 it is clear that the proper amount of nutrients is not contained in the day-to-day feeding of patients. The energy value is reduced by 51.6%, the intake of protein- by 28%, fat-by 58.6%, carbohydrates- by 11.2% relatively to the physiological needs of a healthy person.

Weight of patients, kg- вес пациентов

Initially- исходно 1-st week 2-nd week 3-rd week



Pictu re 2 Dynamics of body weight of patients during three weeks of follow-up

From the data presented in picture 2, we can conclude that all patients lost their weight on an average of 3,3 kg or 5% of the body weight. At the same time the greatest weight loss was observed 2weeks after the injury.

By the third week of observation the weight of the patients increased insignificantly and unreliably (the static significance of the difference was $p>0,05$).

The discussion of the results. The reasons for weight reduction of the patients with maxillofacial trauma are that these patients suffer forced partial starvation because of the inability to take a number of food components after immobilization of jaw fragments.

In addition, Aleksandrov N. M. believes that the acid and fermentative function of the stomach is suppressed and intestinal digestion is impaired with injuries of maxillofacial area. [2]. Various ways of implementing auxiliary enteral nutrition can be the solution of the problem of filling the shortage of nutrients in the daily diet of a diseased and exclude the weight loss. As an example, we chose a nutritious mixture for sipping- one sachet (200mg) contains 300 kcal. Based on daily needs, an adult needs 3-4 sachets of the mixture for enteral nutrition in addition to the used diet.

Bibliography.

1. Bernadskiy Y.I. Pathology and reconstructive surgery cranio-maxillofacial area.3-rd edition, revised and updated- M. Medical literature, 1999.-P. 1-28.-456 p.:ill.
2. Aleksandrov N.M., Arzhantseva P.Z., Vikhriyev B.S., etc/edited by N.M. Aleksandrov, P.Z. Arzhantseva. Injuries of maxillofacial area. -M.: Medicine, 1986.-P. 135-142.-448 P.
3. Pautkin Y.F. Elements of general care for the sick. Tutorial.- M.: Publishing house UDN,1988.-P.17-18.-84 p.: ill.
4. Lyapin V.A. Hygienic assessment of nutrition.Tutorial/V.A. Lyapin, T.N. Solomka, E.V.Kovalenko.- Omsk: SibGUFK,2012.-136p.
5. Chemical composition of food products: Directory. In two volumes. V.1/edited by Professor, Doctor of Technical Sciences Skurikhin I.M., Professor, Doctor of Medical Sciences Volgaryev M.N.-2-nd edition, updated and revised. – M.: VO “Agropromizdat”, 1987.-224 p.

УДК 616.24-008.43

Н. А. ГАРИФУЛЛИНА, К. ВЕРМА

ПУЛЬМОРЕАБИЛИТАЦИЯ ДО И ПОСЛЕ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Л.М. Насретдинова

Кафедра терапии и сестринского дела с уходом за больным, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. В настоящее время в геометрической прогрессии увеличивается количество злокачественных новообразований дыхательной системы, растет число оперативных вмешательств. Поэтому вопросы, связанные с обеспечением эффективности восстановления утраченных функций организма и повышением качества жизни больных после торакальных операций, являются ключевыми моментами в области пульмонологии.
Ключевые слова: рак легкого, пульмореабилитация, функции внешнего дыхания.

N. A. GARIFULLINA, K. VERMA

PULMONARY REHABILITATION BEFOR AND AFTER THORACIC OPERATIONS

Scientific Advisor – Ph. D. in Medicine, Associate Professor L.M. Nasretdinova

Department of Therapy and Nursing with Care of the Patient, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *At present, the incidence of the respiratory system cancer is exponentially increasing and so is the number of surgical interventions. Consequently, the issues regarding the establishment of efficacy of restoring the impaired body functions and enhancing the quality of life of the patients after thoracic surgeries are critical in the field of pulmonology.*

Key words*: lung cancer, pulmonary rehabilitation, respiratory function.*

Background: Cancer of the respiratory holds a leading position among other oncology diseases in the Republic of Bashkortostan. With reference to the statistical analysis for 2016, by the head of the Department of thoracic Oncology of Republican Clinical Oncological Dispensary (RCOD), Phd. Badykov R.R., there were 1250 (in year 2015 – 980) patients in the surgical Department of RCOD with lung pathology, out of which 92,3% were malignant processes, 2,0% – benign tumors, and 4.6% non-cancerous diseases.

Among patients with malignant processes, 670 (in year 2015. – 485) patients were readmitted. Among the first-time patients, /464/ bronchopulmonary cancer patients, 18.7% had I stage, 19% II stage, 47% III stage, while 15.3% IV stage. Moreover, peripheral lung cancer was diagnosed in 207 (44,6%) while the central lung cancer was diagnosed in 257 (55.4 per cent) patients. From total number of patients /464/ with lung cancer, 172 (in year 2015-185) were directed to surgical interventions.

Objective: To Prove the effectiveness of a complex of breathing exercises pre and post thoracic operative interventions. To mitigate postoperative complications, rehabilitate pulmonary function and physical condition, and enhance the quality of life of the operated patients.

Materials And Methods: The research was conducted under the base of 1st surgical Department RCOD of Republic of Bashkortostan. The investigated groups contained patients with age from 41 to 78 years (average age 49 ± 4.7 year).

Using spirograph, a complex preoperative and postoperative examination of external respiratory function (ERF) was carried out on 8 operated patients with bronchopulmonary cancer of I and II stage.

The examination determines the following: vital capacity (VC), forced vital capacity (FVC), maximum voluntary ventilation (MVV), respiratory minute volume (RMV), breathing reserve (BR), forced expiratory volume in 1 second (FEV1), tiffeneau index (FEV1/VC).

The patients were divided into 2 groups, each of 4 patients. Patients of the group № 1 performed a set of breathing exercises pre and post-surgery, while patients in group №2 – performed them only post surgery.

In both groups, ERF №1 was assessed 7 days prior to the surgery. Further, the group №1 performed static and dynamic respiratory exercises with the addition of active movements of the arms at the shoulder joints, torso rotation, alternative flexion and extension of the legs under relaxed conditions, on completion of the course of preoperative rehabilitation, ERF №2 was assessed. Surgical interventions were implemented on the patients of groups №1, №2 approximately on the 7th day following their admission to the hospital. After 3-5 hours from the cessation of surgery, the complex of exercises for both groups was resumed. On the 7th day of postoperative rehabilitation the ERF №3 was assessed.

Results And Discussion: Pulmonary rehabilitation (PR) is one of the essential strategies in the complex treatment of patients with chronic respiratory diseases [8]. The objectives of the PR are to prevent pleural adhesions, facilitate the mucus clearing function of the lungs, increase the conductance of the airways, enhance the functional state of the respiratory muscles and respiratory mechanics, maximizing physical work efficiency, normalize of psycho-emotional state.[1]

Assessment of ERF №1 showed that, on an average, in 1 and 2 groups during the preoperative period, initial signs of respiratory insufficiency were observed (with reference to normal indicators): VC-81%, FVC-76 % , BR-69%, MVV-82%, RMV-131%, FEV1-73%, and the ratio FEV1/VC did not exceed 66%, indicating mixed characteristics of the disorders of pulmonary ventilation [2,5,6].

The complex of obstructive (OS) and restrictive (RS) syndromes are indications to the need for derivation of methods of PR. Therefore, a patient with OS after an inspiration through nose, exhales with an open vocal slit (as if breathing on the glass) and with an active contraction of the abdominal muscles. A flow of exhaled air "cleans" the bronchi and promotes upward movement of the bronchial mucus, and the effect of a controlled cough is achieved. This is done, as a rule, in an inclined position of the body or in the postural drainage position in combination in synchronization with the patient's respiratory maneuver and vibratory massage. Additional methods like aerosol therapy, additional hydration of bronchial secretion using humidified oxygen might also be used. In cases of MS, the main objective is to maximize recovery of pulmonary volumes and restore ventilation-perfusion ratios in the affected areas of the lungs. To establish this, exercises are implemented to achieve maximum ventilation of the lungs together with the synchronized movements of the spine, upper limbs and chest in the affected areas of the lungs. The greatest amplitudes of inspiration and expiration are used, and, if necessary, oxygen therapy and aerosol therapies are also implemented [4].

After the preoperative PR, the analysis of the ERF No. 2 of group No. 1 showed positive dynamics in comparison to the previous data: VC-88%, FVC 79% and BR-70%, MVV-87%, RMV-126%, FEV1 -74%, and the ratio FEV1/ C-71%. Probably, a positive effect is associated with the favorable incluence of respiratory exercises leading to an increase in metabolic and bio-energetic processes of cellular elements in the lesion and their physiological replacement by fully functional cells [3].

On analysing ERF No.3 in the postoperative period, a significant decrease in respiratory indices was observed in reference with FVD No.1, yet, there were significant correlation discrepancies between the indices of Groups 1 and 2. In group 1: VC-65%, FVC-67 %, BR-58%, MVV-73%, RMV-134%,

FEV1-70%, FEV1/VC 64%. In group 2: VC-62%, FVC-64 %, BR-51%, MVV-72%, the RMV-136%, FEV1-70%, FEV1/VC 62%.

The negative dynamics of ERF No.3 in 1 and 2 groups is strongly associated with postoperative morphofunctional changes. Surgical interventions disrupt the architecture of the chest, changes syntopy and skeleotopy, the conditions of blood supply and innervation of organs, which in combination with paresis of the diaphragm leads to a disorder of respiratory biomechanics [7].

However, it should be noted that in patients of Group № 1 after implementation of surgerical intervention on completion of pre-and postoperative rehabilitation courses, there was a moderate positive trend in relation to indicators of group 2. Perhaps this is due to the fact that double physical activeness increases the compensatory capacity of the body and accelerates the adaptive postoperative recovery of the ventilatory function of remaining lung tissue [2].

Conclusion: Despite the unfavourable postoperative indicators of ERF No.3, there are correlational differences between the indices of the two groups. In Group No 1 patients who underwent preoperative and postoperative rehabilitation, ERF №3 indices decreased on average by 10%, and in patients of group №2, who performed only a postoperative complex of respiratory exercise - by 15%.

Therefore, the timely implementation of a complex program of pulmonary rehabilitation prior to a thoracic surgery and association with the protocol of accelerated recovery after surgery mitigate postoperative complications, improve pulmonary function and physical condition, contributing to an earlier recovery and enhancing the quality of life of surgical patients.

References:

1. Aghajanyan NA, Baevsky RM, Berseneva AP Functional reserves of the organism and adaptation theory // Vestn. Restoration. Medicine. 2004. № 3. P. 4-11.

2. Balatskaya LN, Kitsmaniuk ZD, Choinzonov EL, Volkova LI Parameters of the function of external respiration after the surgical stage of combined treatment of laryngeal cancer // Sib. honey. Journal. 2003. (4). 28-30.

3. Zabolotskikh IB, Gritsan AI, Kirov M.Yu., Lebedinsky KM, Mazurok VA, Trembach NV, Yaroshetsky AI Perioperative management of patients with concomitant respiratory failure (second revision) // Clinical recommendations. p 1-83.

4. Mukharlyamov F. Yu., Sychova MG, Rasulova MA, Orlova TV, etc. Pulmonary rehabilitation in programs of accelerated recovery of postoperative patients // Doktor.Ru. Anesthesiology and resuscitation. Medical rehabilitation in 2015. № 15 (116) - № 16 (117). Pp. 71-76.

5. Nazarova LS, Zavyalov AA, Tuzikov SA, Volkova LI Assessment of the main parameters of the function of external respiration in patients with lung cancer at the stages of combined treatment // Sib. honey. Journal. 2007. (3). 31-38.

6. Chikina S. Yu., Chernyak A. V. Spirometry in everyday medical practice / / The medical case of Zh. 2007. (2). 29-37.

7. Choynzonov E.L., Avdeev S.V., Kushner A.V. Comparative evaluation of pulmonary function disorders in the postoperative period in surgical treatment of patients with laryngeal and laryngopharyngeal cancer, depending on the method of anesthesia // Sib. honey. Journal. 2010. (1). 12-17.

8. Spruit M. A., SinghS. J., Garvey C. et al. An Official American Thoracic Society / European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2013. Vol. 188. No. 8. P. e13-e64.

ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

Оглавление

Х.И. Аминов, А.А. Отабеков, У.Р. Сагинбаев
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИФОКАЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА АППАРАТАМИ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ **10**

Н.К. Ладанов, К.И. Лукманова, М.М. Насибуллин
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИФОКАЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА АППАРАТАМИ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ **15**

А.С. Муртазин, Ю.Э. Даминов, Л.Р. Зиннатуллина
АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕДУКЦИОННО-РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ОБЛАСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА 19

А.К. Гатауллина, С.М. Исмагилова
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УВЕИТОМ В УСЛОВИЯХ ГБУЗ РБ ГКБ № 10, Г. УФА 23

Ю.И. Лукманов, Г.Н. Филимонов
АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРА У ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА. 28

А. А. Миниахметов
БЛОКИРУЕМЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ У ДЕТЕЙ 34

В.А. Бивалькевич, А.Д. Белодурина
ВЛИЯНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ТЕЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ И РАНЕВОЙ ПРОЦЕСС 38

А.В. Гиззатов, Р.Р. Валеева, К.А. Воробьева, Г.А. Галиева, Р.Г. Ишмурзина, Р.Р. Минязев

ВЛИЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОЕКТОРОВ С DLP И 3LCD ТЕХНОЛОГИЯМИ НА СОСТОЯНИЕ АХРОМАТИЧЕСКИХ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ 43

М.Р. Тураева, Н.Р. Хасанова, А.А. Алибаева, Р.Т. Сахибгареева, А.М. Тулякова
ВЛИЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОЕКЦИОННОГО ОБОРУДОВАНИЯ С DLP И 3LCD ТЕХНОЛОГИЯМИ НА КАЧЕСТВО ИЗОБРАЖЕНИЯ. 48

Р.Б. Сунаргулов, А.П. Сысоева
ВЛИЯНИЕ ТИПОВ ТЕМПЕРАМЕНТА НА СУБЪЕКТИВНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ МЕТОДАМИ LASIK И FEMTOLASIK 53

Д.Р. Иргалина
ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ МИНИТОРАКОТОМИИ В НУЗ «ОКБ НА СТ.ОРЕНБУРГ» ОАО «РЖД» 57

А.А.Сафина, Л.А.Тимашева
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН. 61

Э.Ф. Загидуллин, Р.А. Нафикова, Г.Р. Валеева, Е.С. Семенова
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭМФИЗЕМЫ СРЕДОСТЕНИЯ 67

К. И. Завьялов[1], М.А. Сунгатуллин[2], А.С. Омеляненко[2]
ДИСФУНКЦИЯ ПРОТЕЗОВ КЛАПАНОВ СЕРДЦА И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ РЕПРОТЕЗИРОВАНИЯ 69

Э.М. Рахимова, М.М. Зиятдинова
ВЛИЯНИЕ ТЕМПОРАЛЬНОГО РАЗРЕЗА РОГОВИЦЫ 2,2 ММ ПРИ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИНДУЦИРОВАННОГО АСТИГМАТИЗМА 74

Е.С. Кулагин, С.Ю. Боринский
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОСТЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА 76

В.М.Морозова, С.Р.Сафиуллина, А.К.Османович
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КАК МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ 80

Тазтдинова Л.И. , Калинина А.Ю.
КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ 84

В.М. Егоров
КЛИНИКА ПЕРСИСТЕНЦИИ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ У МАЛЬЧИКОВ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА 87

Р.А. НИЗАМОВ
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ 90

Т. Б. Янбеков, С. И. Гребенников
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ И ШКАЛ ОЦЕНКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ 93

А. Г. Рышкевич, К. В. Прокопчик
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ РОТАЦИОННО-АСПИРАЦИОННОЙ ТРОМБЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТА С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБАНГИИТОМ **97**

Ю.А.Корчагина, А.Б. Рабцевич
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 103

П.Ю. СОЛДАТОВ, Ю.Р. САГАДАТОВА, В.А. САГАДЕЕВ, Г.Р.ВАЛЕЕВА

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ.....108

С.И. Тиганов [1], А.Ю. Григорьян [2], Е.С. Мишина [2]
ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН КОМБИНАЦИЕЙ МИРАМИСТИНА С МЕТРОНИДАЗОЛОМ.....111

О.Ю. Докучаева
ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ 117

Э.Р. Абдршина, Е.Л.Райзих
МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИО- И НЕЙРОПАТИИ121

О.Ю. Докучаева
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ С ПЛАСТИКОЙ СЕТКОЙ У КРЫС 124

А.Р.Багданурова, А.И.Фатихова, В.А.Мухаметзянова
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ И МИКРОПЕРИМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МАКУЛЯРНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИРЕТИНАЛЬНЫМ ФИБРОЗОМ 128

Д.Д.Гафурова, С.С.Жуков.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ФАСЦИИТА.....133

Нигьматзянова Р.А., Шакирова И.Р., Сафиуллин С.Р.
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ГКБ №8 139

Е.С.Семенова, Р.А.Нафикова
НЕПАРАЗИТАРНЫЕ КИСТЫ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ.....144

Ю.Р. Гайсина, Д. Ф. Нуртдинова
О ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАВОРОТА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....147

А.И. Ахтямова, Г.Ю.Борисов, Д.Ф. Нуртдинова, А.Д. Мустафин
О ПАТОГЕНЕЗЕ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 153

К.И. Лукманова, М.М. Насибуллин, Н.К. Ладанов
ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ (КАРТА МАРШРУТИЗАЦИИ) 159

В.В. Катаев, А.Р. Гилемханов, А.М. Ахмадуллин, И.М. Гилемханова, А.Р. Сахаутдинов
ОПЫТ КЛИНИКИ БГМУ В ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ 164

Д.О. Шматок, Н.А. Беляева, Е.В. Блинова, А.Г. Гулиенев, И.А. Игуменов
ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЭНУРЕЗА 169

М. Р. Гарипов, Н. А. Тарасов, Л. П. Чебаева, Р. Р. Гарипов, А. А. Махмутьянова
ОПЫТ D3 ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 174

М.Ш. КАШАЕВ, А.Ф. НУРИМАНШИН, И.Р. КАРИМОВ, БАЙБОРДИН С.В
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ 178

М.В. Сементеева, В.Е. Гончарова, И.И. Калмыков
ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПСЕВДОАРТРОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА НЕСРАЩЕНИЯ 183

А.С. Тихонов, Р.Р. Мулюкова
ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК И ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ 188

Ю.Р. Сагадатова, Р.Р. Алибаева
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕТОВ, ПОЛУЧИВШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА 193

Ю.Р. Сагадатова, Р.Р. Алибаева
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА, ВЫЗВАННОГО ОПУХОЛЕВЫМ ПРОЦЕССОМ 196

Р. Р. Сагитдинов, Р. Р. Сайфуллин, Д.М. Минигалин, В.В. Катаев
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ ПО ГАЛИМОВУ 200

С-М.С. Бацаев, С.В. Клявин, Ш.Ф. Шарипов, Р.Р. Яниахметов, Р.М. Шигапов
ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА 204

В.В. Савич
ПРИМЕНЕНИЕ КЕРАТОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПАТОЛОГИИ РОГОВИЦЫ 209

А.Ф. НИЗАЕВ, А.В. Мухаметьянов
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЙ И БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ 213

Н.С. Гусев, Д.Б. Демин, М.С. Фуныгин
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДНК-СЕКВЕНИРОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА ПАНКРЕОНЕКРОЗА 217

В. Н. Тараканов, В. А. Зверькова
ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЕКАЮЩЕГО ОСТЕОХОНДРИТА МЫЩЕЛКОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ 222

А.А. Тавакалов, И.Р. Рахимова
ПРОГНОЗ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ 225

М.И. ЛУКМАНОВ
ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ 230

А.В. Акбарова
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА "СУХОГО ГЛАЗА" СРЕДИ СТУДЕНТОВБАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА,ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ МЯГКИМИ КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ 235

Ш.В. Тимербулатов, Р.Р. Абсатаров
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА В КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА УФЫ 240

Г.М. Идрисова
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АСФЕРИЧЕСКИХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ «ZEISS CT ASPHINA 409 MV» 244

В. А. Зверькова, В. Н. Тараканов
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ НА 1 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 248

С.С. Стожаров, Д.Н. Елисеев, И.О. Евграфов, Н.В. Афанасьева
РОТАЦИОННЫЙ ПОДВЫВИХ ПЕРВОГО ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА У ДЕТЕЙ И АППАРАТНЫЙ МЕТОД ЕГО КОРРЕКЦИИ 253

Л.Ф. Хисамиева
СЕЛЕКТИВНАЯ ДЕКОНТАМИНАЦИЯ В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ 258

А.М. Саргсян
СЕЛЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА 262

Сифоров Р. В., Петрова Д. А., Гаврилова Н. В., Гришин В. Ю.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: ДОМИНИРУЮЩАЯ ФЛОРА И ЕЕ УСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ 268

Ю.Э. ДАМИНОВ, Л.Р. ЗИННАТУЛЛИНА
СИНДРОМ УПОРНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ271

М.Р. Акопян, И.Ю. Пикин, К.А. Пархета, А.Ю. Зубкова
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ 276

А.Д. Ахметшин, С.В. Голков, Л.М. Арзуманян, Р.Р. Сайфуллин, Р.Р. Сагитдинов
СПОСОБ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БАЛЛОНОГРАФИИ И УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЕГО ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ 279

М.Р. Нигматуллин, А.Р. Якупов, И.Р. Каримов, А.Ф. Нуриманшин
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ 283

Э.Ф. Биктимерова, В.В. Мунасыпова
СТРУКТУРА КОСОГЛАЗИЯ И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №5 Г.УФА 288

Р.Р. Баязитов, Г.Ю. Борисов, А.И. Ахтямова
ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В 2011-2016 ГГ. 293

А.Ф. Мингазов
ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ: J-ОБРАЗНЫЙ РЕЗЕРВУАР 297

Л.Ф. Хисамиева, Ю.П.Петрова

ХРУПКИЕ ДЕТИ ИЛИ НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ, НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ 300

Г.Қ. Босынбек, Ж. Қабылқызы
ЯТРОГЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ИХ ЛЕЧЕНИЯ 305

УДК 617.55: 618.2-055

Х.И. АМИНОВ, А.А. ОТАБЕКОВ, У.Р. САГИНБАЕВ

АНАЛИЗ КЛЮЧЕВЫХ МОМЕНТОВ МУКОЦЕЛЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Научный руководитель – д.м.н., профессор Р.А. Зиангиров

Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В статье рассматриваются клинические особенности протекания тумора червеобразного отростка. Анализируется опыт ведущих мировых специалистов, отмечаются отличительные признаки мукоцеле червеобразного отростка по сравнению с другими новообразованиями органа.*

Ключевые слова: *рак червеобразного отростка, клиника.*

KH.I. AMINOV, A.A. OTABEKOV, U.R. SAGINBAEV

ANALYSIS OF THE KEY MOMENTS OF APPENDIX MUCOSELE

Scientific Advisor – Ph. D. in Medicine, Full professor R.A. Ziangirov

The Department of Surgical Diseases, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *This article discusses the clinical features of the flow of the tumor of the appendix. Experience of the world's leading experts.*

Keywords: *appendix cancer, clinic.*

Актуальность. Мукоцеле червеобразного отростка — это кистозное расширение просвета аппендикса с наличием слизистого содержимого, впервые описанная Рокитански в 1842 г., дополненная в 1863 г. Вирховым [2]. Термин «мукоцеле» был предложен Фере в 1877 г.

В результате исследования выяснилось, что мукоцеле аппендикса составляет 0,2 – 0,3 процента от всех онкологических заболеваний. Заболевание встречается среди женщин и мужчин в соотношении 4:1. По мнению некоторых авторов, причиной возникновения мукоцеле является хроническая обструкция просвета аппендикса, которая приводит к гиперплазии слизистой и патологическому накоплению слизистого содержимого. По данным других научных исследований, мукоцеле является мезенхимальной опухолью, чаще всего доброкачественной природы.

Цель исследования. Изучение на примерах ведущих мировых клиницистов особенностей протекания рака червеобразного отростка.

Материалы и методы. Научная литература, медицинская документация.

Результаты и обсуждение. Мукоцеле обычно включает 4 морфологических типа:

1) простое мукоцеле, или ретенционная киста (эпителий с признаками дегенерации, маленькое расширение просвета аппендикса, которое вызванно механическими причинами, например, копролитом или рубцовым сужением);

2) гиперплазия слизистой оболочки (гиперплазия без признаков атипии, расширение просвета);

3) муцинозная цистаденома (есть признаки локальной или диффузной атипии эпителия, выраженное расширение просвета);

4) муцинозная цистаденокарцинома (стромальная инвазия) [3]. Последние 2 типа муцин-секретирующих опухолей являются причиной развития 62–76 % выявляемых мукоцеле. Степень злокачественности мукоцеле оценивается по следующим показателям: а) морфологический тип эпителиальных клеток в удаленном отростке; б) расслоение стенки аппендикса муцинозным содержимым; в) наличие эпителиальных клеток в муцине, распространившемся в брюшную полость. Хотя подавляющее большинство описываемых случаев мукоцеле связано с выявленной при гистологическом исследовании цистаденомой, не следует забывать о возможном наличии цистаденокарциномы: по некоторым данным, от 12 до 36 % случаев мукоцеле. Клинические проявления мукоцеле аппендикса могут широко варьировать от практически полного отсутствия жалоб и симптоматики (примерно в 50 % случаев) до выраженной болезненности в правом нижнем квадранте, вплоть до картины «острого живота». В литературе есть данные, что нарастание клинической симптоматики может указывать на злокачественный характер развития мукоцеле. При осмотре пациента может быть выявлено пальпируемое образование в правой подвздошной области. Современные методы диагностики помогают установить верный диагноз, хотя специфичных признаков мало. Максимально информативным методом признается компьютерная томография (КТ), особенно в сочетании с ультразвуковой диагностикой. При этом наиболее специфичными КТ-признаками мукоцеле являются выявление кистовидного образования, связанного с правой подвздошной областью, наличие пристеночных кальцификатов и (или) неравномерного утолщения стенки, а также сочетание этих признаков. Тем не менее те же авторы констатируют, что все эти признаки в половине случаев могут отсутствовать и о диагнозе патологии аппендикса может свидетельствовать только наличие анатомической связи выявляемого образования с областью слепой кишки. Типичная эхографическая картина мукоцеле обычно представляет собой овальное кистозное образование правой подвздошной области, прилежащее к слепой кишке. Структура его может быть как гомогенной, так и гетерогенной, а стенки как гладкими, так и утолщенными, с пристеночными включениями. Магнитно-резонансная томография (МРТ)

для диагностики мукоцеле используется реже, так как считается, что метод КТ более информативен для возможного выявления связи патологического образования с областью слепой кишки и аппендикса. Обычно при МРТ измененный червеобразный отросток с муцинозным содержимым в просвете выглядит как кистозное образование низкой интенсивности на Т1-ВИ и высокой интенсивности на Т2-ВИ, не накапливающее контрастный препарат. Тем не менее, несмотря на накопленный практический опыт, мировые данные свидетельствуют, что верный предоперационный диагноз по данным клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики устанавливается крайне редко. Мукоцеле часто является случайной находкой при использовании инструментальных методов диагностики или во время выполнения хирургической операции. По данным, полученным от хирургов, верный предоперационный диагноз был поставлен только у 20–30 % пациентов с морфологически подтвержденным диагнозом мукоцеле. С использованием метода мультиспиральной компьютерной томографии верный диагноз ставился в 1 из 3 случаев [5]. В последние годы появились данные отдельных авторов об улучшении предоперационной диагностики мукоцеле аппендикса (верный предоперационный диагноз установлен у 44,5 % прооперированных пациентов), однако следует уточнить, что во всех описываемых случаях пациенты поступали в клинику с симптомами острого аппендицита или «острого живота». Особенно важно установление предоперационного диагноза «мукоцеле» для предотвращения грозного осложнения этого заболевания — псевдомиксомы брюшины, развивающегося при спонтанном или ятрогенном разрыве измененного червеобразного отростка.

Заключение и выводы. Исходя из вышесказанного, мы пришли к выводу, что мукоцеле, как один из видов рака имеет и свои отличительные особенности, которые в свою очередь могут варьировать в очень широких пределах: от бессимптомного до «острого живота» [1]. Следовательно, более достоверными методами постановки диагноза остаются КТ, МРТ и по возможности взятие биопсии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дмитриевский В.Н. Киста червеобразного отростка, имитировавшая забрюшинную опухоль // Вестник хирургии. - 1981. - N2. - С. 83-84.
2. Сидорова Е. Е.,Г., Степанова Ю. А. и др. Мукоцеле аппендикса. Медицинская визуализация. 2008. № 1. С. 72.

3. Ахо А. Д., Хейнонен Р., Лорен П. Доброкачественные и злокачественные мукоцеле аппендикса //. Сканд. 1973. В. 139 (четыре). П. 392-400.
4. Карр Н. Дж, Маккарти В. Ф., Собинь Л. Н. Эпителиальные доброкачественные и опухолеподобные поражения аппендикса : а клинико-патологический исследование 184 пациентов с многофакторного анализа прогностических факторов // рака. 1995. V. 75. P. 757-768.
5. Франчика Г., Гиардиелло С. Гигантские мукоцеле аппендикса. Клинические и визуализированные результаты в 3-х случаях // Мед. Ультразвук 2006. V. 25. P. 643

УДК 614.8:617.36:616-053.2

Н.К. ЛАДАНОВ, К.И. ЛУКМАНОВА, М.М. НАСИБУЛЛИН

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИФОКАЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ТАЗА АППАРАТАМИ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ

Научный руководитель — ассистент Н.В.Афанасьева

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Повреждения тала среди механической травмы скелета составляют 5-10% (Д.И. Черкес- Заде, 1993). Переломы и разрывы тазового кольца, особенно в сочетании с переломами других костей скелета, повреждениями внутренних органов и черепно-мозговой травмой, являются шокогенным фактором. Шок при повреждениях таза отмечается в 46-90% случаев, при этом летальность у не оперированных пациентов составляет 23,2-46.3%). Даже изолированный полифокальный перелом таза является, по существу, политравмой, сопровождающейся значительным внутренним кровотечением. которое достигает объема 2-2.5 литров. Нестабильные повреждения тазового кольца возникают. как правило, в результате высокоэнергетической травмы, что характерно для дорожно- транспортных происшествий и кататравм. Данные повреждения имеют комплексный механизм, они происходят в результате сильного сдавления, ротации или разнонаправленного удара на кости таза*

Ключевые слова: *Переломы костей таза, аппараты внешней фиксации (АВФ), шок*

N.K. LADANOV, K.I. LUKMANOVA, M.M. NASIBULLIN

ANALYSIS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIFOCAL BONE FRACTURES OF THE PELVIS BY EXTERNAL FIXATION APPARATUS

Scientific Advisor — assistant N. V. Afanasyeva

Traumatology and orthopedics with the course of IDPO, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *Damaged Tala among the mechanical trauma of the skeleton is 5-10% (D. I. Cherkes - zade, 1993). Fractures and breaks in the pelvic ring, especially when combined with fractures of other bones, internal injuries, and traumatic brain injury are shok- factor. Shock in injuries of the pelvis noted in 46-90% of cases, while mortality in non-operated patients is 23.2-46.3%). Even isolated multifocal fracture of the pelvis is, in essence, polytrauma, accompanied by significant internal bleeding. reaches a volume of 2-2.5 liters. Unstable injuries of the pelvic ring occur. usually the result of high-energy injury, which is typical for traffic accidents and*

catatrauma. These injuries have a complex mechanism, they occur as a result of strong compression, rotation or multidirectional impact on the bones of the pelvis

Keywords: *Fractures, pelvic bones, external fixation devices (EFD), shock*

Актуальность. Актуальность лечения пострадавших с нестабильными повреждениями таза, несмотря на широкое освещение этого вопроса в литературе последних лет, до сих пор не вызывает сомнений. Повреждения тазового кольца влекут угрозу жизни больного, в то время как повреждения вертлужной впадины часто приводят к инвалидности. Благодаря малотравматичности аппарата внешней фиксации, быстроте его использования, широким противошоковым возможностям в ургентных условиях применение данного метода считается перспективным. Проанализированы результаты лечения 45 пострадавших с нестабильными повреждениями костей таза (тип С по АО), которым была проведена стабилизация повреждений с помощью модульного стержневого аппарата, фиксирующего таз и поврежденный тазобедренный сустав по схеме «таз — бедро». У данной категории больных возможна репозиция отломков вертлужной впадины. В 72 % случаев получены положительные результаты лечения

Цель исследования. Оценить эффективность и целесообразность использования аппаратов внешней фиксации (АВФ) при лечении бальных с полифокальными нестабильными переломами костей газа.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ оперативного лечения пациентов с данной патологией аппаратами внешней фиксации в отделении травматологии и ортопедии стационара I уровня г.Уфы за год.

Результаты и обсуждение. За указанный период было прооперировано АВФ 45 пациентов с полифокальными переломами костей таза, из них мужчин было - 24(53%), женщин - 21(47%). По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: моложе 20 лет - 3(6.7° о), 20-.>9 лет 15(33,3%), 40-59 лет - 17(37.8 %), старше 60 лет - 10(22.2%) случая. Средний возраст пациентов составил 40.2 года.

Причиной повреждения в 18(40%) случаях явилась высотная травма, в 19(42%) случаях - ДТП. Прочие травмы в 8 случаях. Подавляющее большинство пострадавших – 44 человека, из них были доставлены в стационар бригадами СМП с места получения травмы: 35 (79.5%), из других стационаров и травмпунктов - 9 (20,5%). Одна пациентка обратились самостоятельно попутным транспортом.

С момента получения травмы до 6 часов доставлены- 34 (75,6%) пациента, от 6-12 часов- 2 (4.4%). 13-24 часа- 3 (6.7%), свыше 24 часов- 6 (13.3%) человек.

Диагностика повреждений таза базировалась на данных анамнеза, физикального и рентгенологического обследования, по показаниям проводились компьютерная томография, контрастная Р-графия. У 33 (73,3%)больных перелом костей таза сочетался с другими повреждениями: ОЗЧМТ - 24 (72.7° о), травма грудной клетки - 12 (36.3%). тупая травма живота - 6 (18.1%), травма позвоночника - 5 (15.1%). переломы конечностей были у 15 (45,5%), повреждения органов малого таза - 10 (30,3%). Травматический и геморрагический шок диагностирован у 14-и пациентов, что составило 42.4%. летальный исход фиксирован в одном случае (2.2%).

Критериями отбора на оперативное лечение являлись:

1) нестабильные переломы тазовою кольца (типа В и С по классификации AO/ASIF).

2) повреждения таза при тяжелой сочетанной травме и травматическом шоке.

3) переломы таза н сочетании с переломами длинных трубчатых костей.

Противопоказаниями к наложению АВФ были

1) терминальное состояние больного

2) гнойно-некротические поражения кожи в области таза

3) психические заболевания в стадии обострения при отсутствии угрозы жизни пострадавшего.

При остеосинтезе костей таза аппаратами внешней фиксации предпочтение отдавалось стержневым аппаратам фирмы «Синтез» и ЦИТО. Сроки проведения операции составили: в течение первых суток - 7(15.6%). до 3-х суток -11(24.4%). до 10-и суток - 16(35.6%), более 10-и суток -11(24.4%).

Накостный остеосинтез таза в сочетании с АВФ произведен в 6(13.3%)случаях. как заключительный этап лечения после демонтажа АВФ в 2-х случаях (4.4%).

Активизация больных в постели начиналась с первых суток после операции, при отсутствии тяжелых соматических расстройств и на 2-5 день пациентам разрешалось ходить на костылях. При сочетании травм таза с переломами нижних конечностей вертикализация пострадавших производилась по мере стабилизации поврежденных сегментов. В тоже время не оперированные больные находились в положении Волковича или на скелетном вытяжении до 6-8 недель со дня травмы

В послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: воспаление мягких тканей вокруг стержней аппарата - 2 случая, нестабильность конструкции - I случай. Указанные осложнения купировались после антибактериальной терапии и домонтажа аппарата.

Средний срок пребывания в стационаре при оперативном лечении переломов костей таза АВФ составил 26.7 койко-дней.

Заключения и выводы.

1) Стабилизация таза АВФ является действенным противошоковым мероприятием и предотвращает осложнения травматической болезни;

2) Фиксация таза АВФ создает благоприятные условия для проведения стабильного остеосинтеза костей конечностей;

Остеосинтез таза АВФ позволяет проводин. раннюю активизацию больных, что уменьшает сроки их реабилитации и облегчает реинтеграцию в социум.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Загородний Н.В. Эндопротезирование при повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава: Диссер. д-ра мед. наук. - М., 1998. – 406 с.

2. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. – М., 2012. – 312 с.

3. Корнилов Н.В., Иванцова Т.М. Новое в травматологии и ортопедии (обобщающий доклад)// I Пленум Ассоц. травмат.-ортопедов РФ// Травматологии и ортопедия России. – 1994. - № 6. - С. 122-129.

4. Корнилов Н.В., Шапиро К.И. Актуальные проблемы развития травматолого-ортопедической службы России на современном этапе// Травмат. и ортопедия России – 1993 - №1 – с. 19-24.

5. Нуждин В.И. и др. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава// Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2001. – N 2. – С. 66–71.

6. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава/ В.А. Неверов, С.М. Закари. – СПб.: Образование, 1997. – 112 с.

7. Шапиро К.И. Социально-гигиеническая характеристика больных с заболеваниями тазобедренного сустава// Повреждения и заболевания тазобедренного сустава – Л., 1983 – С. 62-64.

8. Шапошников Ю.Г. Некоторые организационные проблемы эндопротезирования суставов// Матер. шестого съезда травматологов-ортопедов СНГ. – Ярославль, 1993. - С. 204.

УДК 616-001

А.С. МУРТАЗИН, Ю.Э. ДАМИНОВ, Л.Р. ЗИННАТУЛЛИНА
АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕДУКЦИОННО-РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ОБЛАСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Научный руководитель – д. м. н., доцент Якупов Р.Р.
Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме: *проведена сравнительная характеристика различных технологий предоперационного проектирования артропластики тазобедренного сустава и по данным литературы было установлено что проведение тщательного предоперационного проектирования, способствует оптимальному позиционированию компонентов эндопротеза и улучшает результаты лечения пациентов. Сравнительный анализ различных методик предоперационного проектирования артропластики тазобедренного сустава выявил, что у пациентов после редукционно-реконструктивных вмешательств в области тазобедренного сустава предпочтение должно отдаваться 3D-проектированию. В то время как при остеоартрозе тазобедренного сустава с незначительными изменениями анатомии сегмента 2D- и 3D-планирование одинаково эффективны в проектировании оперативного вмешательства.*

Ключевые слова: *предоперационное проектирование, тазобедренный сустав*

A.S. MURTAZIN, J.E. DAMINOV, L.R. ZINNATULLINA
ANALYSIS OF DIFFERENT METHODS PREOPERATIVE PLANNING IN PATIENTS AFTER REDUCTION-RECONSTRUCTIVE INTERVENTIONS IN THE FIELD OF THE FORMED JOINT

Scientific Advisor – Ph. D. in Medicine, Associate professor Jakupov R.R.
Department of Traumatology and Orthopedics with the course of IAPE,
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *the comparing retrospective study of various technologies of preoperative planning for hip arthroplasty and a literature review have found that the implementation of an accurate preoperative planning promotes optimal positioning for the components of the implant and improves patient outcomes. The comparative study of various methods of preoperative planning of hip arthroplasty uncovered that the preference of three-dimensional planning should be given to patients with reduction-reconstruction procedures on hip joint. Meanwhile, three-dimensional and*

two-dimensional planning are equally effective in surgery design for the patients with osteoarthritis of hip joint with insignificant changes in the anatomy of the section.

Keywords: *preoperative planning, hip*

Актуальность. В мире ежегодно проводится около миллиона тотальных эндопротезирований тазобедренного сустава[4,5]. Данная операция относится к наиболее объемным и высокотехнологичным вмешательствам ортопедической хирургии[2], поэтому анализ и изучение данного вида высокотехнологической помощи является актуальным вопросом, позволяющим раскрыть многие проблемы в современном эндопротезировании[8,9]. Одним из ключевых факторов, определяющих эффективность операции, является оптимальное позиционирование эндопротеза, что в значительной степени зависит от проведенного предоперационного проектирования[3,6]. В связи с этим предоперационное проектирование – это важный этап технологии артропластики тазобедренного сустава[7].

Цель исследования. Выявить наиболее эффективный метод предоперационного проектирования артропластики тазобедренного сустава(ТБС) для снижения риска осложнений и повышения качества оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов предоперационного проектирования с применением различных методик и последующих оперативных вмешательств 35 пациентов в клинике травматологии и ортопедии БГМУ, наблюдавшихся с 2010 по 2015 год.

В зависимости от характера проводимых лечебных мероприятий больные были разделены на 2 клинические группы. В первую группу (группа А) вошли 22 человек (65.5%)с остеоартрозом тазобедренного сустава с планированием первичной артропластики, во вторую группу (группа Б) 13 пациентов (34.5%) после редукционно-реконструктивных вмешательств в области тазобедренного сустава с планированием артропластики.

Госпитализированные больные были в возрасте от 19 до 75 лет. Средний возраст пациентов составил 50.7 лет, в группе А 53.3 года и в группе Б 46.14 год. Женщин было 15, а мужчин 20 человек.

У обеих групп предоперационное планирование проводилось с помощью: 2D планирования на кальке, программного комплекса TraumaCad и 3D-планирования на основе стереолитографии с изготовление объемной модели.

Результаты и обсуждение. В первой группе точность сопоставления обоих компонентов составила 91.6%, как при использовании 2D, так и при использовании 3D

проектирования, таким образом у пациентов с остеоартрозом тазобедренного сустава достоверных отличий по позиционированию компонентов эндопротеза между 2D- и 3D-проектированием выявлено не было. В то время как, у пациентов второй группы точность сопоставления обоих компонентов составила 42.8% при использовании 2D и 71.4% при использовании 3D проектирования. Таким образом, после редукционно-реконструктивных вмешательств в области тазобедренного сустава, позиционирование компонентов эндопротеза было наиболее оптимальным при 3D-проектировании.

Заключение и выводы. Артропластика тазобедренного сустава требует проведения тщательного предоперационного проектирования, что способствует оптимальному позиционированию компонентов эндопротеза и улучшает результаты лечения пациентов.

При остеоартрозе тазобедренного сустава с незначительными изменениями анатомии сегмента 2D- и 3D-планирование одинаково эффективны в проектировании оперативного вмешательства.

Сравнительный анализ различных методик предоперационного проектирования выявил, что у пациентов после редукционно-реконструктивных вмешательств в области тазобедренного сустава предпочтение должно отдаваться 3D-проектированию артропластики тазобедренного сустава.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Минасов Б.Ш., Якупов Р.Р., Хаиров Т.Э. и др. / Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при посттравматических поражениях проксимального отдела бедра // Политравма, 2015, №4, С. 19-27
2. Плахотина Е.Н. Периоперационное лечение пациентов пожилого и старческого возраста с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательной системы: автореф. дисс. … д-ра мед. наук. - СПб, 2009. - С. 8-14.
3. Eggli S., Pisan M., Mãijller M.E. The value of preoperative planning for total hip arthroplasty. // The Journal of Bone Joint Surgery (British Volume) – 1998 – Vol. 80(3) p.382–390
4. Holzwarth U., Cotogno G. Total hip arthroplasty: State of the art, prospects and challenges. // Institute for Health and Consumer Protection, European Union Joint Research Center - 2012

5. Hughes R., Batra A., Hallstrom B. Arthroplasty registries around the world: valuable sources of hip implant revision risk data.// Current Reviews in Musculoskeletal Medicine – 2017 – 10(1) – p.1–13
6. Jang H., Lee K., Min B., Ye H., Lim K. Mid-term Results of Revision Total Hip Arthroplasty Using Modular Cementless Femoral Stems. // Hip Pelvis. 2015 Sep;27(3):135-140
7. Kosashvili Y, Shasha N, Olschewski E, et al. Digital versus conventional templating techniques in preoperative planning for total hip arthroplasty. // Can. J. Surg. – 2009. - Vol.52(1). –p.6-11.
8. Turgay E., Bilal F.El Z., Thomas J. H., Timmesfeld N., Fuchs-Winkelmann S., Schmitt J. Precision Of Preoperative Digital Templating In Total Hip Arthroplasty. // ActaOrthopædicaBelgica – 2011 - Vol. 77(5) p.616-621.
9. Viceconti M., Lattanzi R., Antonietti B., Paderni S., Olmi R., Sudanese A., Toni A. Ct-based surgical planning software improves the accuracy of total hip replacement preoperative planning. // Medical Engineering Physics – 2003 – 25(5) p.371 – 377

УДК 617.7-002

А.К. ГАТАУЛЛИНА, С.М. ИСМАГИЛОВА

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УВЕИТОМ В УСЛОВИЯХ ГБУЗ РБ ГКБ № 10, Г. УФА

Научный руководитель – доц., к.м.н. Э.А. Латыпова

Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: *проблема увеитов остается одной из актуальных в офтальмологии и в настоящее время в связи с их широким распространением, поражением лиц молодого трудоспособного возраста, сложностью этиопатогенеза, тяжестью течения заболевания, развитием многочисленных осложнений. Цель - изучить структуру увеитов и эффективность лечения больных с увеитом. Материал и методы. Проанализированы медицинские карты 36 пациентов с увеитом, пролеченных в ГБУЗ РБ ГКБ №10, г. Уфа в 2016 году. Результаты. Увеитом чаще заболевали лица трудоспособного возраста (61%). Этиология заболевания была многофакторной, в то же время в 44,4% случаев оставалась неустановленной. В клиническом течении почти с одинаковой частотой встречались как острые, так и хронические формы заболевания с продолжительностью заболевания соответственно 21 день и 9 лет. По локализации воспалительного процесса - в 72,2% случаев выявлен передний увеит. В результате лечения во всех случаях наступило клиническое выздоровление с улучшением остроты зрения в среднем на 0,2 и компенсацией ВГД.*

Ключевые слова: *увеит, лечение увеитов.*

A. K. GATAULLINA, S. M. ISMAGILOVA

ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH UVEITS IN THE CITY CLINICAL HOSPITAL №10, UFA

Scientific Advisor - Assistant professor, Ph. D. in Medicine, E.A. Latypova

Department of Ophthalmology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *the problem of uveitis is one of the vital in ophthalmology and currently due to their wide spread, the defeat of people of young working age, complexity of pathogenesis, severity course of the disease, the development of numerous complications, the Goal is to study the structure of uveitis and the effectiveness of treatment of patients with uveitis. Materials and methods. Analyzed medical cards of 36 patients with uveitis treated in GBUZ RB GKB №10, Ufa in 2016. Results. Uveitis often sick people of working age (63,8%). The etiology of the disease was*

multifactorial, at the same time 44.4% of the cases were unknown. The clinical course with almost identical frequency met as acute (53,8%) and chronic (46,2%) forms of the disease with disease duration, respectively, 21 days and 9 years. On the localization of the inflammatory process - in 72.2% of cases anterior uveitis As a result of treatment in all cases clinical recovery occurred with improvement of visual acuity on average by 0.2 and compensation of IOP.
Keywords: *uveitis, treatment of uveitis.*

Актуальность. Проблема увеитов остается одной из актуальных в офтальмологии и в настоящее время, что объясняется широким их распространением, тяжестью течения заболевания, сложностью патогенеза, многообразием этиологических факторов с преобладанием неясного генеза, большой частотой осложнений [5,6,8]. Во всем мире увеиты занимают одно из ведущих мест среди причин необратимой слепоты, слабовидения (10%), что обусловливает социальную значимость этой группы заболеваний [7]. Увеиты наиболее часто поражают лиц трудоспособного возраста (20-55 лет) [1]. В России уровень общей заболеваемости увеитами высокий с тенденцией к ежегодному приросту [2-4].

Цель исследования – изучить структуру увеитов и эффективность лечения больных с увеитом, пролеченных в условиях ГБУЗ РБ ГКБ № 10, г.Уфа в 2016 году.

Материал и методы. Проанализированы 2887 медицинских карт больных, пролеченных в офтальмологическом отделении ГБУЗ РБ ГКБ № 10 г. Уфа в 2016 году. Среди них 36 (1,2%) пациентов были госпитализированы с увеитом. Среди них женщин было 20 (55%), мужчин – 16 (45%). По возрастному составу: 8 (22%) пациентов были в возрасте 30-40 лет, 9 (25%) - в 41-50 лет , 5 (13,8%) – в 51-60 лет, 6 (16.6%) - в 61-70 лет и 8 (22%) пациентов в возрасте 71-80 лет (средний возраст 43±**10** лет). Все пациенты с увеитом были жителями города Уфы.

По социальному статусу пациентов: работающих было 17 (47%), пенсионеров – 16 (44%), неработающих в трудоспособном возрасте – 3 (9%).

Все 36 пациентов с увеитом были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям, из них 18 – с впервые выявленным увеитом и остальные 18 - с обострением хронического увеита. При этом средняя длительность острого течения составила 21 день, хронического – около 9 лет. У 4 пациентов процесс был двусторонним (8 глаз), но на момент поступления обострение заболевания было в одном глазу, а парный глаз оставался спокойным (исход увеита).

В зависимости от локализации воспалительного процесса передний увеит отмечен у 20 (55,5%), задний – у 3 (8,3%), с вовлечением роговицы (кератоувеит) – у 6 (16,7%), панувеит –

у 7(19,4%) пациентов. Диагностическими критериями заболевания являлись характерные жалобы, данные анамнеза, результаты офтальмологических методов исследования и обследование соматического состояния. Всем пациентам проводились стандартные офтальмологические (визометрия, биомикроскопия, тонометрия, офтальмоскопия) и лабораторные (ОАК, ОАМ, биохимия крови, исследование маркеров системных аутоиммунных заболеваний – С-реактивный белок.ю ревматоидный фактор, исследование крови на ВИЧ, RW, Hbs-Ag). Методы исследования. По показаниям проводились ЭКГ, рентгенография черепа и ОГК, консультации смежных специалистов. Для установки этиологии заболевания 2 пациента были направлены на консультацию к фтизиатру.

Проведенное лечение включило:

- Местно в глаза – антибиотики и антисептики: 0,3% раствор ципрофлоксацина, норфлокасацина, офлоксацина, 0,5% раствор левофлоксацина,глазная мазь офтоципро, окомистин; мидриатики: мидриацил; глюкокортикостероиды: дексаметазон; НПВС: диклофенак; гипотензивные препараты: азарга, тимолол, дорзопт, трусопт, азарга, неосинефрин, фенилэфрин; препараты, улучшаюшие трофику роговицы: корнерегель, тауфон.
- Парабульбарно – гентамицин, дипроспан;
- Внутривенно – метрогил, глюкоза 40% с аскорбиновой кислотой 5%, 10% хлорид кальция.
- Под конъюктиву: пенициллин, дексазон, мезатон.
- Внутримышечно - цефтриаксон, диклофенак, витамины (С, В1,В6), кардионат, этамзилат натрия, диакарб, супрастин, диазолин.
- Эндоназально - противовоспалительный комплекс CACl2, адренином, стрептомицином и гидрокортизоном.
- Операции – лазерная иридотомия 4 пациентам.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 10 койко-дней по медико-экономическим стандартам.

Критерии излеченности: купирование воспалительного процесса в увеальном тракте, улучшение остроты зрения, нормализация внутриглазного давления.

Результаты и обсуждения. Все пациенты с увеитом, пролеченные в офтальмологическом отделении ГБУЗ РБ ГКБ № 10 г. Уфа в 2016 году, были жителями города Уфы. По социальному статусу преобладали лица трудоспособного возраста (61%), чаще женщины (55%).

По этиологии заболевания: среди пациентов трудоспособного возраста у 7 (35%) пациентов увеит развился на фоне кератита, у 2 (10%) – ревматической этиологии, у 1 (5%) пациента – ассоциированный с HLAB-27 антигеном, у 1 (5%) пациента на фоне туберкулеза, у остальных 9 (45%) пациентов этиологию выявить не удалось. Среди пациентов в возрасте 61-80 лет в 6 (37,5%) случаях увеит развился как послеоперационное осложнение, в 3(18,75%) – после перенесенной ОРВИ, в 7 (43,75%) – неясной этиологии, в том числе в 4 случаях обострение хронического течения заболевания. В общем анализе крови повышение СОЭ наблюдалось у 25 пациентов, лейкоцитоз - у 3, гипергемоглобинемия у - 1, повышенный сахар крови у 2 пациентов. В общем анализе мочи в 1 случае обнаружена микропротеинурия (0,3) и снижение уробилиногена. По клиническому течению с одинаковой частотой встречались увеиты как с острым, так и хроническим течением с продолжительность заболевания соответственно в среднем от нескольких дней до несколько лет. По локализации воспалительного процесса передний увеит отмечен у 26 (72,2%) пациентов, в том числе с вовлечением роговицы (кератоувеит) – у 6 (16,7%), задний – у 3 (8,3%) и панувеит – у 7(19,5%) пациентов.

Во всех случаях (рис.) после лечения было достигнуто клиническое выздоровление с улучшением остроты зрения у 30 (83,3%), у остальных 6 (16,7%) пациентов острота зрения была высокой до лечения (0,6-0,7) и после лечения не изменилась. Во всех случаях достигнута нормализация внутриглазного давления (ВГД).

Заключение и выводы. Среди пролеченных больных с увеитом в ГБУЗ РБ ГКБ №10, г. Уфа в 2016 году преобладали лица трудоспособного возраста (61% случаев), чаще женщины (55%). Этиология пролеченных увеитов была многофакторной, но в 44,4% случаев этиологию выяснить не удалось. По локализации воспалительного процесса преобладало поражение переднего сегмента сосудистой оболочки глаза (72,2%). По клиническому течению с одинаковой частотой встречались увеиты как с острым, так и хроническим течением. В результате лечения во всех случаях наступило клиническое выздоровление с улучшением остроты зрения в среднем на 0,2 и компенсацией ВГД.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дроздова Е.А, Тарасов Л.Н. Диагностика и лечение увеита при ревматических заболеваниях. М, 2012, 400
2. Жабоедов Г.Д., Иванова Н.В., Копаенко А.И, HLA-B27-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПЕРЕДНИЕ ЭНДОГЕННЫЕ УВЕИТЫ, Газета «новости медицины и фармации» офтальмология 2010г, № 324, с. 36-40

3. Здравоохранение в России. 2012: статистический сборник. М.: Росстат 2012; 365.
4. Здравоохранение в России. 2014: статистический сборник. М.: Росстат 2014; 326.
5. Здравоохранение в России. 2016: статистический сборник. М.: Росстат 2016; 380.
6. Кански Дж. (пер. с англ.); под ред.Еричева В.П.Клиническая офтальмология: систематизированный подход. Глава 14 «Увеиты» - М.: Логосфера,2012.- С.7-104
7. Bodaghi B., Cassoux N., Wechsler B. et al. Chronic severe uveitis: etiology and visual outcome in 927 patients from a single center. Medicine (Baltimore) 2001;80:263-70.
8. Gritz D., Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California epidemiology of uveitis study. Ophthalmology 2004;111:491-500.

УДК 616.72-07.248(045)

Ю.И. ЛУКМАНОВ, Г.Н. ФИЛИМОНОВ

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРА У ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Якупов Р.Р.
Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Диагностика и хирургическое лечение аваскулярного некроза головки бедра у жителей Крайнего Севера с использованием артропластики считается наиболее эффективным методом, обеспечивающим социальную и бытовую реинтеграцию. Однако, для правильного выбора тактики лечения требуется углубленное понимание процессов, происходящих на тканевом, органном, системном и организменном уровнях. Цель исследования - изучить клинико-морфологические особенности и состояние перфузионно-метаболических процессов у пациентов с аваскулярным некрозом головки бедренной кости у пришлого населения Крайнего Севера России. Материал и методы: в исследуемую группу включены 175 пациентов с АНГБ. Проведены лучевые, морфологические, клинико-статистические исследования пациентов. Результаты: проведенные исследования показали значительные изменения на тканевом, органном, системном и организменном уровнях у пациентов с АНГБ в зависимости от возраста, северного стажа, степени компенсации заболевания.*

Ключевые слова: *аваскулярный некроз головки бедренной кости, сцинтиграфия, ангиография, диагностика.*

Y.I. LUKMANOV, G.N. FILIMONOV

AVASCULAR NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD AT THE ALIEN POPULATION OF THE FAR NORTH OF RUSSIA.

Scientific Advisor – D.Sc. in Medicine, Associate professor R.R. Yakupov
Department of Traumatology and Orthopedics, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *Diagnostics and surgical treatment of Osteonecrosis of the femoral head (ONFH) the inhabitants of the Far North with arthroplasty is considered the most effective method. However, the correct choice of treatment strategy requires in-depth understanding of the processes occurring at the tissue, organ, system, and organism levels. The purpose of research - to study the clinical and morphological characteristics and condition of perfusion-metabolic processes in patients with avascular necrosis of the femoral head at the alien population of the Far North of Russia. Material and Methods: The study group included in 175 patients with ONFH. Conducted*

radiation, morphological, clinical and statistical studies of patients. Results: The studies have shown significant changes in the tissue, organ, system, and organism levels in patients with ONFH depending on the age of the northern experience, the degree of compensation of the disease.

Keywords: *osteonecrosis; femoral head; scintigraphy; angiography; diagnostics.*

Актуальность: Экстремальные климато-геофизические и экологические условия проживания людей на Крайнем Севере, отрицательное воздействие окружающей среды на формирование здоровья населения в сложных условиях и, особенно, при работе в вахтовом режиме, определяют важность исследований состояния опорно-двигательной системы в высоких широтах [6].

Влияние факторов внешней среды компенсируется физиологическими и адаптационными механизмами, которые, развиты у аборигенов и недостаточно активны у пришлого населения [4].

Процесс адаптации пришлого населения происходит в течение длительного времени и значительно отражается на функциональных системах организма. Причины перестроек, развивающихся на субклеточном, клеточном, органном, организменном уровнях, сложны и связаны с действием холода, гипоксии, инфекций, физического и психического напряжения и других факторов [1].

Неадекватное функционирование системы гомеостаза на Крайнем Севере, связанное с действием на организм комплекса биоклиматических факторов большой силы, техногенные воздействия, изменения питания и условий жизни северян, гелио-геофизическими факторы вызывают развитие у коренных и, особенно, некоренных жителей, дизадаптационного синдрома, способствуют проявлению дефектов в регуляции и создают угрозу срыва адаптационного процесса, вызывая переход острых процессов в хронические [5].

Длительное пребывание в районах Крайнего севера является серьезным фактором риска развития заболеваний опорно-двигательного аппарата. С каждым годом увеличивается число больных с заболеваниями крупных суставов, в связи с чем и было проведено данное исследование.

Цель исследования. Изучить клинико-морфологические особенности и состояние перфузионно-метаболических процессов у пациентов с аваскулярным некрозом головки бедренной кости у пришлого населения Крайнего Севера России.

Материалы и методы. В данном исследовании представлены результаты клинико – статистического анализа в клиниках кафедры травматологии и ортопедии ГБОУ ВПО БГМУ

Минздрава России и ортопедотравматологического отделения Ноябрьской ЦГБ с 2009 по 2014 годы.

В процессе выполнения работы было исследовано 175 пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости. Отдаленные результаты лечения оценивались не ранее чем через год после проведенного оперативного лечения. Пациентов с двусторонним поражением было 44 человека. Количество мужчин было 109, женщин – 66 пациентов. Самую большую возрастную группу составили пациенты в промежутке от 30 до 50 лет.

Исследование пациентов заключалось в сборе анамнеза, расспроса, осмотра, пальпации. Оценка анатомического и функционального состояний нижних конечностей проводился с использованием лучевой диагностики, стабилометрии, гониометрии и функциональной миографии.

Для объективной оценки влияния поражения суставов на стояние и ходьбу проводился клинический анализ движений и постурологическое обследование. На сегодняшний день наиболее информативными методами клинического анализа движений являются стабилометрия, гониометрия, подография и функциональная миография.

Для выполнения морфологического анализа выполнен интраоперационный забор материала из 5 зон резецированной головки и шейки бедра, включая суставную сумку, хрящевые ткани.

Количественные данные анализировались на нормальность распределения посредством критериев Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилка. Исследование проводилось с применением параметрических и непараметрических методов. Различий прогностических факторов оценивались с помощью $\chi 2$ критерия в модификации Йеитса. В исследовании применены средства и системы машинной обработки информации. Исполнение алгоритма обработки данных в исследовательской работе выполнена с помощью программного комплекса Statistics Statistica Advanced 12,5.

Результаты и обсуждение. Данные исследований показывают, что одними из первых включаются в процесс адаптации к экстремальным внешним условиям сердечно-сосудистая система и система гемостаза [4]. Поэтому состояния перфузионно–метаболических процессов и оценка клинико–морфологических особенностей адаптации к болезни является важным этапом как постановки диагноза и определения причин заболевания, так и прогнозирования исхода лечения.

По данным НИЛ полярной медицины СО РАМН без особенных последствий для здоровья более 15-20 летнее пребывание на Севере допустимо у 30% приезжающих. Около 40% переехавших на Север людей сохраняют свое здоровье от 3 до 7 лет [6].

По мнению А.А. Буганова (1995), при стаже работы на Крайнем Севере десять и более лет число здоровых лиц не превышает 8,0%. Кроме того, установлено, что ухудшение здоровья пришлого населения нарастает не только с возрастом, но и с увеличением северного стажа [3].

Изменения в опорно-двигательной системы в процессе адаптации к экстремальным природным условиям Крайнего Севера носят этапный характер и наиболее выражены у лиц, находящихся в этих условиях более 5 лет. Это доказывается тем что у 7 пациентов северный стаж был менее 10 лет, 10–15 лет – у 10 пациентов, 15-20 лет – у 22 пациентов, более 20 лет – у 33 пациентов.

Оценку кровотока в пораженном сегменте проводили с помощью ангиографии в режиме трехмерной реконструкции, а также стандартных ангиографических проекциях.

Проведение ангиографического исследования позволило визуализировать особенности местного кровотока проксимального отдела бедра при АНГБ. При сравнительной ангиографии здоровой стороны ветви мелкого калибра огибающих артерий отчетливо контрастируются.

Микроциркуляторный кровоток косвенно мы оценивали с помощью сцинтиграфии скелета. Мы обнаружили, что степень накопления РФП зависит от васкуляризации патологической области, клеточной агрессивности, соотношения неопластического и реактивного костеобразования. Наблюдаемая нами гипофиксация РФП, «холодные» очаги на стороне поражения АНГБ могут говорить о локальной ареактивности тканей, которую мы также подтвердили морфологическими исследованиями тканей.

Клинические, лучевые и морфологические исследования установили тесную связь между структурой костной ткани и функциональной нагрузкой. Роль статических и динамических функциональных нагрузок в механизме перестройки костей, их морфологическая сущность, условия и механизмы возникновения до сих пор до конца не определены.

Проведенное нами морфологическое исследование операционного материала показало истончением компактной кости и костных балок, уменьшением костной массы и количества остеонов, увеличением просвета Гаверсовых каналов, межтрабекулярных пространств, т.е. рарефикацией кости.

Возможно, что физиологическая перестройка кости, при изменении мышечной активности, возникает в результате перемен внутрикостной гемоциркуляции, это подтверждается изменением внутрикостного кровообращения и нарушением

микроциркуляции через упругие деформации кости с возникновением гидродинамических эффектов. При изменении нагрузки в физиологических пределах изменяется структурная организация кости именно как органа. Эти данные требуют изучения структурно-функциональных взаимоотношений на тканевом, органном и системном уровнях.

Патологическая перестройка костной ткани интересна неопределенностью условий возникновения, неясностью патогенеза, сходством с течением ряда заболеваний. Несмотря на большое количество клинико-рентгенологических наблюдений, биомеханика и морфология данного состояния остаются до конца не ясными.

Таким образом, можно утверждать, что АНГБ характеризуется глубокими изменениями волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и системном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений кинематических структур с прогредиентным течением, определяющее особенности ассоциированной патологии.

Заключение и выводы: Анализ динамики заболевания, исследование опорно-двигательного аппарата на разных уровнях показывает, что в процессе адаптации к новым экологическим условиям, уровень резистентности костно-мышечной системы существенно изменяется. При этом выявляются определенные закономерности изменений, как клеточных, так и гуморальных факторов, заключающиеся в первоначальной компенсации, субкомпенсации и последующей декомпенсации с формированием новых динамических стереотипов. Платой за адаптацию является расходование морфофункциональных резервов микроциркуляторного русла на приспособление к экстремальному воздействию внешней среды.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Марачев А.Г., Милованова А.П. Патология человека на Севере. - М.: Медицина, 1985. - 416 с.
2. Бергалиев, А.Н. Значение полифазной остеосцинтиграфии в оценке состояния перфузионно-метаболических процессов при заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей: автореф. дис. … д-ра мед. наук. – Санкт-Петербург, 2009.
3. Ионова, И.Е. Особенности характера питания и здоровье коренного (малочисленного) и пришлого населения крайнего севера: автореф. дис. … к-та мед. наук. –Надым, 2004.
4. Кирилюк, Л.И. Гигиеническая значимость тяжелых металлов в оценке состояния здоровья населения крайнего севера: автореф. дис. … д-ра мед. наук. – Надым, 2006.

5. Сорокина, Е.П. Изменение лабораторных показателей иммунобиологической реактивности в процессе адаптации у населения крайнего Севера-Востока России: автореф. дис. … к-та биол. наук. – Москва, 2005.

6. Фомин, А.Н. Особенности формирования приспособительных реакций у пришлого населения севера: автореф. дис. … к-та мед. наук. – Новосибирск, 2004.

УДК – 617-089

А. А. МИНИАХМЕТОВ

БЛОКИРУЕМЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – к.м.н., доцент С. А. Исламов
Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *в статье представлен анализ применения интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза при диафизарных переломах плечевой, бедренной и большеберцовой костей у 17 пациентов в возрасте от 14 до 17 лет. Использование данной методики обеспечивает раннюю реабилитацию, социальную и бытовую реинтеграцию, а также сокращает длительность пребывания пациента в стационаре.*

Ключевые слова: *блокирующий интрамедуллярный остеосинтез, перелом, бедро, детская хирургия.*

A. A. MINIAHMETOV

LOCKABLE OSTEOSYNTESIS IN CHILDREN

Scientific Advisor – D.Sc. in Medicine, Associate Professor S. A. Islamov
Department of Pediatric Surgery with the course IDPO,
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *the analysis of intramedullary lockable osteosyntesis usage in a case of humerus, femur, tibia fractures of 17 patients the age was from 14 to 17 is represented in the article. This methods implication provides early rehabilitation, social and community-acquired reintegration, what is more reduce hospitalization time.*

Keywords: *lockable intramedullary osteosintesis, fracture, femur, pediatric surgery.*

Актуальность. По данным литературы, переломы костей голени занимают первое место среди повреждений длинных трубчатых костей (от 8,1 до 61,5 % случаев), из них диафизарные – от 11,0 до 87,9 % [3, 5, 6]. В структуре травм опорно-двигательного аппарата от 15 до 45 % приходится на долю переломов бедренной кости. Распространенность переломов диафиза плечевой кости составляет 3–5 % от всех переломов костей скелета [1, 7, 8, 9]. 60 % этих переломов приходится на среднюю треть диафиза, 30 % на проксимальную, 10 % на дистальную треть [9]. Проблема лечения диафизарных переломов конечностей до настоящего времени является важной и одной из самых сложных в травматологии. Консервативное лечение указанной патологии не всегда эффективно, а открытые оперативные вмешательства требуют длительной реабилитации и не всегда приводят к желаемым результатам. Блокируемый интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) успешно применяется при лечении диафизарных переломов костей нижней конечности [2, 4].

Цель исследования. Определить показания для проведения интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза у детей, с учетом возрастных особенностей детской опорно-двигательной системы.

Материалы и методы. Объектом исследования явились дети в возрасте от 14 до 17 лет с переломами трубчатых костей в поступившие в РДКБ г. Уфы в 2015-2016 гг.

Соотношение по полу представлено на рисунке 1.



Рис.1 Распределение по полу, оперированных больных

Проанализировав архивный материал было выявлено, что методика блокируемого остеосинтеза была применена у двух пострадавших с переломом плеча, у шести с переломом бедренной кости, у девяти детей с переломом большеберцовой кости. Дынные соотношения представлены на рисунке 2.



Рис.2 Локализация травм, подвергшихся оперативному лечению

Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез проведен у 17 подростков с диафизарными переломами трубчатых костей. При планировании и выборе метода остеосинтеза главным критерием для проведения БИОС явилось закрытие зон роста. Трое пациентов нуждались в открытой репозиции костных отломков ввиду выраженной интерпозиции мягких тканей (рисунок 3).



Рис.3 Вид репозиции

Результаты и обсуждение. Применив БИОС у детей, мы добились прочной фиксации отломков, с одновременной разгрузкой поврежденного сегмента и создали условия для оптимизации остеорепаративного процесса и восстановления функции конечности. В результате этого активизация пациентов осуществлялась на 2-3 сутки с момента операции. Внешняя иммобилизация после БИОС не потребовалась.

Заключение и выводы. Главным условием проведения операции блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза является закрытие зоны роста через которую проводится стержень. Методика блокируемого остеосинтеза имеет ряд преимуществ: стабильная фиксация, отсутствие внешней иммобилизации в послеоперационном периоде, малотравматичность. Это способствует раннему восстановлению функции конечности, ранней социальной и бытовой реинтеграции, сокращению длительности стационарного лечения и минимальному косметическому дефекту.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Апагуни А.Э., Арзуманов С.В., Воротников А.А., Ульянченко М.И. Анатомо-функциональные исходы оперативного лечения больных с переломами диафиза плечевой кости // Медицинский вестник Северного Кавказа, 2010. – Т. 20, № 4. – С. 32–35.
2. Виноградский А.Е., Челноков А.Н. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез в лечении переломов дистального отдела бедра // Травма. 2007. Т. 8, № 1. С. 93-97.
3. Гусейнов А.Г. Резервы повышения эффективности лечения диафизарных переломов голени на основе метода Илизарова // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2005. № 1. С. 11-15.
4. Интрамедуллярный блокирующий остеосинтез - современная методика, новые сложности, осложнения / Дергачев В.В., Александров А.Н., Ванхальский С.Б., Онацкий Ю.В., Котенко Р.С., Колесников А.М. // Травма. 2011. Т. 12, № 4. С. 20-23.
5. Русанов А.Г., Стадников В.В. Альтернативный вариант технологии чрескостного остеосинтеза переломов голени // Саратов. науч.-мед. журн. 2008. № 4(22). С. 88-29.
6. Технология лечения диафизарных переломов костей голени с учётом и биомеханическим влиянием фазы репаративного остеогенеза / А.П. Барабаш, А.Г. Русанов, Ю.А. Барабаш, Р.А. Алфимов // Саратов. науч.-мед. журн. 2010. Т. 6, № 4. С. 829-834.
7. Canale S.T., Beaty J.H. Campbell’s Operative Orthopaedics. – 12th ed.– Elsevier Mosby, 2013. – P. 2852–2862.
8. Castoldi F., Blonna D., Assom M. Simple and complex fractures of the humerus. – Springer, Italia, 2015. – P. 213–248.
9. Volgas D.A., Stannard J.P., Alonso J.E. Nonunions of the humerus // Clin Orthop Relat Res. – 2004. – № 419. – P. 46–50.

УДК 616.379-008.64

В.А. БИВАЛЬКЕВИЧ, А.Д. БЕЛОДУРИНА

ВЛИЯНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ТЕЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ И РАНЕВОЙ ПРОЦЕСС

Научный руководитель – д.м.н., доцент Н.А. Бархатова
Кафедра общей хирургии, Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Резюме: *представлены данные бактериологических исследований 314 пациентов с гнойно-некротическими ранами и системным воспалительным ответом, при анализе*

которых была установлена зависимость между различными факторами риска, микробным пейзажем раны и развитием системного ответа организма.

Ключевые слова: *сепсис, синдром системной воспалительной реакции, S. epidermidis.*

V. A. BIVALKEVICH, A. D. BELODURINA

INFLUENCE AGENTS PURULENT INFECTIONS ON THE COURSE OF SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE AND WOUND HEALING PROCESS

Scientific Advisor – Ph.D. in Medicine, Associate Professor N.A. Barkhatova
Department of General Surgery, South Ural state medical university, Chelyabinsk

Abstract: *The presented data bacteriological studies of 314 patients with purulent necrotic wounds and systemic inflammatory response, the analysis of which has been established relationship between the different risk factors, microbial landscape of wounds and the development of the system response.*

Keywords: *sepsis, syndrome of systemic inflammatory reaction, S. epidermidis.*

Актуальность. Среди хирургических болезней наиболее частыми являются гнойные заболевания мягких тканей, которые в большинстве случаев являются причиной сепсиса. Поэтому сепсис по-прежнему остаётся одной из наиболее значимых проблем современной медицины в силу сохранения неприемлемо высокой летальности. Частота сепсиса в развитых странах находится в пределах 200-275 человек на 100 000 населения в год [3,4]. Летальность, в зависимости от тяжести процесса, может достигать 50-80% и более. Высокий уровень летальности связан в большей степени с развитием полиорганной недостаточности, в основе которой лежит образование иммунных комплексов, цитокинов и токсинов микроорганизмов, которые приводят к необратимым морфофункциональным нарушениям тканей и органов [1,2]. Такой дисбаланс иммунных агентов некоторые исследователи объясняют появлением дисрегуляции иммунного ответа, вызванной развитием синдрома системной воспалительной реакции (ССВР).

Цель исследования. Провести комплексный анализ влияния микробного состава гнойно-некротического очага на характер и длительность течения ССВР и местных иммунно-воспалительных реакций организма.

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен анализ лечения гнойно-некротических ран мягких тканей 314 пациентов на базе гнойного отделения МАУЗ ГКБ №1 г. Челябинска. Пациенты были случайным образом выбраны и разделены на 2 группы в зависимости от длительности ССВР. I группу составили 62 (19,7%) пациента с

компенсированным ССВР, II – 252 (80,3%) с декомпенсированной формой ССВР. В каждой группе было сопоставимое соотношение женщин (I-45,2%; II-43,7%) – и мужчин (I-54,8%; II-56,6%) (p>0,05). Средний возраст в I группе составил 43±0,6 года, во II – 51±0,5 год (p<0,05). Средний койко-день у пациентов II группы (27±1,34) в 2,1 раза превышает тот же показатель у пациентов I группы (13±1,94) (p<0,05). В структуре I группы чаще встречаются гнойные отграниченные (30,6%) процессы, а в структуре II группы преобладали пациенты с гнойно-некротическими изменениями (35,5%) мягких тканей. У пациентов II группы наблюдалось большее количество случаев сахарного диабета II типа– 9,9% случаев, синдрома диабетической стопы – 7,5% случаев и хронической артериальной недостаточностью – 7,5%. Для статистической обработки данных были использованы χ^2 и критерий Стъюдента, при этом критический уровень значимости был принят менее 0,05. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ «Microsoft Office Excel 2010».

Результаты исследования. При проведении бактериологического контроля было установлено, что на 1-15 сутки происходит снижение количества пациентов с моно-инфекцией с 70% до 43,2% в первой группе и с 74,3% до 32,4% во второй группе, а также увеличение случаев микст-инфекции с 30% до 40,5% в первой группе и с 24,1% до 67,6% во второй (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика микробного состава гнойно-некротического очага

Сутки	Формы инфекции					
	Компенсированный ССВР			Декомпенсированный ССВР		
	Моно	Микст	Нет роста	Моно	Микст	Нет роста
Сутки	Формы инфекции					
1	2	3	4	5	6	7
1-3	70%	30%	-	74,3%	24,1%	1,6%
3-5	65%	35%	-	62,9%	35,5%	1,6%
5-10	60%	36,7%	3,3%	65,7%	33,9%	0,4%
10-15	43,2%	40,5%	16,3%	32,4%*	67,6%*	-
15-25	-	-	100%	43,6%	56,4%	-
25-40	-	-	-	77,6%	22,4%	-
40 и <	-	-	-	55,6%	44,4%	-

Примечание: * - p<0,05 – достоверное отличие показателей в группах.

	Компенсированный ССВР			Декомпенсированный ССВР		
	Моно	Микст	Нет роста	Моно	Микст	Нет роста
1-3	7,14%	-	-	2,74%*	-	-
3-5	12,82%	38,00%	-	0,64%*	17,24%*	-
5-10	16,60%	72,70%	-	8,00%*	54,21%*	-
10-15	75,00%	80,00%	-	57,50%*	61,20%*	-
15-25	-	-	-	63,90%	56,96%	-
25-40	-	-	-	48,00%	73,30%	-
40 и <	-	-	-	60,00%	75,00%	-

На 10-15 сутки происходит перераспределение представительства микроорганизмов: во II группе преобладает доля пациентов с микст-инфекцией (67,6%), в в I группе – количество пациентов с моно-инфекцией (43,2%). При этом были выявлены статистические различия по доле моно- и микст-инфекции между группами на 10-15 сутки ($p<0,05$). Исследования посевов показали прогрессивное увеличение представительства S. epidermidis в моно- и микст-инфекции в раневом отделяемом с 3-5 суток при компенсированной СВР, а при декомпенсированной форме такие изменения наблюдались лишь с 10-15 сутки. Статистически значимые различия по количеству S. epidermidis между группой I и II зафиксированы на протяжении 15 суток ($p<0,05$). Такие данные могут вызывать противоречивые суждения о роли данного вида микроорганизмов в течении ССВР. В ходе исследования была выявлена прямая зависимость между количеством S. epidermidis и длительностью течения стадий воспаления на различные сутки, что требует проведения дополнительных исследований (табл. 2).

Таблица 2

Содержание S. epidermidis в составе микробного пейзажа гнойно-некротического очага

Примечание: * - $p<0,05$ – достоверное отличие показателей в группах.

Данные цитологического исследования ран в I и II группах демонстрируют появление цитограмм 2 типа на 4±0,3 и 8±0,3 сутки, цитограмм 3 типа на 6,7±0,4 и 12,2±0,4 сутки, в которой наблюдается значимое уменьшение активности фагоцитоза (АФ) с 69,2% (I) до 54% (II) и фагоцитарного индекса (ФИ) с 2,9±0,1 (I) до 2,5±0,1 (II) микроорганизмов в клетке ($p<0,05$). Цитограммы 4 типа регистрировали на 11,7±0,4 (I) и 20,4±0,4* (II) сутки, с показателями АФ, равными 62,4%(I) и 59,3%(II), и уровнем ФИ – 1,8±0,1(I) до 2,2±0,1(II)* ($p^*<0,05$). Полученные результаты цитологического исследования ран указывают на то, что при декомпенсации ССВР длительность различных стадий воспалительного процесса у

пациентов с гнойно-некротическими ранами значительно увеличивается, а активность клеточного иммунитета снижается.

Заключение и выводы.

1. К факторами риска развития декомпенсированного системного ответа можно отнести наличие гнойно-некротических изменений, сахарный диабет, синдром диабетической стопы и возраст пациентов старше 45 лет.

2. Исследование микробного пейзажа показало прогрессивное увеличение доли моно-инфекции и снижение доли микст-инфекции в I группе и более раннее преобладание S. epidermidis в посевах из ран, чем у пациентов с клиникой сепсиса.

3. Продолжительное сохранение системного ответа организма неблагоприятно действует на течение раневого процесса, приводя к снижению активности и интенсивности фагоцитоза, позднему переходу фазы воспаления в фазу регенерации, что сопровождается увеличением сроков госпитализации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бархатова Н. А. Использование условий абактериальной среды в комплексном лечении генерализованных форм инфекции мягких тканей на фоне сахарного диабета //Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90. – №. 1. – С. 58-59.

2. Грувер К. П., Белобородов В. Б. Клиническое значение бактериемии у больных сепсисом //Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2011. – Т. 13. – №. 1. – С. 90-97.

3. Руднов В. А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению тяжелого сепсиса и септического шока в лечебно-профилактических организациях Санкт-Петербурга // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2016. – Т. 13. – №. 5. – С. 88-94.

4. Сепсис: клинико-патологоанатомические аспекты / под ред. В. С.Савельев – 2010. – М.:МИА – 357 с.

УДК 617.7

А.В. ГИЗЗАТОВ, Р.Р. ВАЛЕЕВА, К.А. ВОРОБЬЕВА, Г.А. ГАЛИЕВА, Р.Г. ИШМУРЗИНА, Р.Р. МИНЯЗЕВ

ВЛИЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОЕКТОРОВ С DLP И 3LCD ТЕХНОЛОГИЯМИ НА СОСТОЯНИЕ АХРОМАТИЧЕСКИХ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Б.М. Азнабаев

Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *в работе проведено исследование влияния зрительной нагрузки при использовании проекторов с DLP и 3LCD технологиями на состояние ахроматических полей зрения обучающихся разных возрастных групп в системе последипломного дополнительного образования. Выявлено, что применение проекционного оборудования с DLP технологией*

вызывает уменьшение средних значений ахроматических полей зрения в определенных секторах у испытуемых обеих групп, а при использовании проектора с 3LCD технологией сужение наблюдается только у испытуемых старшей возрастной группы (40-60 лет).

Ключевые слова: *поля зрения, периметрия, проектор, DLP технология, 3LCD технология, зрительная нагрузка.*

A.V. GIZZATOV, R.R. VALEYEVA, K.A. VOROB'YEVA, G.A. GALIYEVA, R.G. ISHMURZINA, R.R. MINYAZEV

INFLUENCE VISUAL LOAD WHEN USING THE PROJECTORS WITH DLP AND 3LCD TECHNOLOGY ON THE STATE OF VIEW FIELDS OF STUDYING

Scientific Advisor – Ph. D. in Medicine, Full professor B.M. Aznabaev
Departament of Ophtalmology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *in this paper a study of the visual impact of the load when using DLP projectors and 3LCD technology on the state of achromatic fields of view of students of different age groups in the system of continuous medical education. It is revealed that the use of projection equipment with DLP technology causes a decrease in the average values of achromatic visual fields in certain sectors in subjects of both groups, and when using a projector with 3LCD technology, narrowing is observed only in subjects of the older age group (40-60 years).*

Keywords: *field of view, perimetry, projector, DLP technology, 3LCD technology, visual load.*

Актуальность. В современной высшей школе лекционный материал при стационарном и дистанционном обучении базируется на использовании тематических презентаций, отображаемых на экран с помощью видеопроекторов [1]. Существующие на сегодняшний день проекторы передают изображение на экран при помощи различных технологий. Наиболее распространены следующие технологии: 3LCD - трёхматричная и DLP - одноматричная, отличающиеся специфическим воздействием проекционных технологий на зрительную систему и общую утомляемость обучающихся [2].

Цель исследования. Сравнительная оценка влияния зрительной нагрузки при использовании проекционного оборудования с 3LCD и DLP технологиями на состояние ахроматических полей зрения обследуемых разных возрастных групп.

Материал и методы. До начала проведения исследовательской работы полное офтальмологическое обследование (рефрактометрию, визометрию с максимальной

коррекцией, периметрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, проведение пробы Ширмера, исследование цветоощущения) прошли 20 человек – врачи, обучающиеся на курсе гигиены труда и профессиональных болезней Института дополнительного профессионального образования БГМУ в возрасте 25-62 лет, из них в процессе работы по разным причинам были исключены 4 человека. Всего от начала и до конца исследования под наблюдением находились 16 обследуемых на цикле повышения квалификации, из них 14 женщин (87,5%) и 2 мужчин (12,5%) в возрасте от 26 до 60 лет.

В исследование были включены практически здоровые лица без общей патологии и заболеваний органа зрения, аномалий рефракции средней и высокой степени. Все обучающиеся предварительно подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Обследуемые врачи по возрасту были разделены на 2 группы: в первую группу вошли лица 25 – 40 лет, во вторую – 40-60 лет. Обе группы в течение 4 академических часов с 5-ти минутными переменами каждые 45 минут воспринимали равноценный по сложности лекционный материал, сопровождающийся презентацией, содержащей как иллюстративный, так и таблично-текстовый материал.

В течение первой рабочей недели (5 дней) изображение проецировали на экран с помощью видеопроектора BENQ MX520 (однокристальная DLP технология). Затем, в течение следующей рабочей недели в аналогичном режиме представляли лекционный материал с мультимедиа сопровождением на проекторе Epson EB x18 (3LCD технология). Материал по курсу гигиены труда представлялся одним лектором, нагрузка на протяжении первой и второй рабочей недели была однородной по объему и смысловому содержанию.

Исследование ахроматических полей зрения осуществляли до лекции, сразу после нее в первый и последний день каждой рабочей недели у всех испытуемых одновременно.

Кинетическую периметрию проводили на периметре Ферстера. Для определения наружных границ поля зрения использовали белый объект диаметром 4 мм. Исследуемый сидел спиной к источнику света, подбородок и лоб размещал на специальной подставке и фиксировал одним глазом белую метку в центре дуги. Второй глаз пациента закрывали. Объект вели по дуге от периферии к центру со скоростью 2 см/с. Исследуемый сообщал о появлении объекта. Определение наружных границ ахроматических поля зрения проводили по 8 (через 45 °) меридианам.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics v.21., с применением стандартных методов описательной статистики с вычислением критерия достоверности, уровня значимости и анализом по t-критерию

Стьюдента. Так же использовали критерий равенства средних для связанных выборок при отсутствии предположения о равенстве дисперсий, что подтверждалось критерием Ливиня при уровне значимости p <0,05.

Результаты и обсуждение. Сопоставление усредненных показателей ахроматических полей зрения у испытуемых обеих экспериментальных групп до и после предъявляемой нагрузки представлено в таблицах 1-4.

Таблица 1

Поля зрения на белый цвет у I группы при использовании проектора DLP

Поля зрения, N=16	До (1-й день)	После (1-й день)	До (5-й день)	После (5-й день)
Верхнее	53,5±1,32	50,5±1,76	52,9±1,90	47,18±1,81*
Верхне-внутр	59,2±1,98	57,0±1,95	60,3±1,68	58,2±1,84
Внутреннее	61,1±3,01	61,0±2,11	58,9±1,98	59,0±2,16
Нижне-внутр	56,2±1,88	55,4±1,39	55,7±1,44	53,3±1,86
Нижнее	66,5±2,38	65,0±2,10	66,4±1,95	64,0±1,38
Нижне-наружн	75,6±3,03	77,5±2,65	75,2±2,16	73,0±2,20
Наружное	86,0±1,96	80,5±1,38*	88,1±2,17	82,9±2,05
Верхне-наружн	63,0±1,59	62,1±1,74	62,6±1,56	61,2±1,16

*В сравнении с исходными данными (в 9часов) в тот же день, p<0,05

Таблица 2

Поля зрения на белый цвет у I группы при использовании проектора 3LCD

Поля зрения, N=16	До (1-й день)	После (1-й день)	До (5-й день)	После (5-й день)
Верхнее	53,1±2,11	51,6±2,31	52,2±1,97	51,8±2,06
Верхне-внутр	56,6±2,14	55,0±1,28	54,9±1,86	54,1±1,88
Внутреннее	58,7±1,94	58,1±1,42	57,7±1,69	57,4±1,64
Нижне-внутр	55,5±1,80	55,1±1,79	53,4±1,55	55,0±1,94
Нижнее	62,4±2,18	62,5±2,06	63,4±2,43	62,1±1,69
Нижне-наруж	73,9±3,02	75,0±1,65	74,6±2,73	76,1±1,92
Наружное	87,1±2,01	83,9±2,44	88,3±1,67	84,7±2,10
Верхне-наруж	62,5±1,82	63,8±1,95	63,0±2,01	63,1±1,99

*В сравнении с исходными данными (в 9часов) в тот же день, p<0,05

Таблица 3

Поля зрения на белый цвет у II группы при использовании проектора DLP

Поля зрения, N=16	До (1-й день)	После (1-й день)	До (5-й день)	После (5-й день)
Верхнее	46,1±1,94	41,7±1,88*	46,9±2,02	42,1±1,74*
Верхне-внутр	52,7±1,37	50,1±1,85	52,1±1,64	49,5±1,88
Внутреннее	56,3±1,75	55,9±1,69	57,0±1,84	56,2±1,34
Нижне-внутр	53,1±2,14	52,4±1,70	54,1±2,33	54,2±2,11
Нижнее	64,1±1,62	62,6±2,49	63,8±2,18	62,0±1,68
Нижне-наруж	74,9±1,92	74,3±2,10	75,1±1,65	74,2±1,56
Наружное	79,3±2,15	76,7±1,84	80,4±2,74	74,2±1,48*
Верхне-наруж	56,2±2,24	55,1±2,16	56,1±1,98	53,4±2,20

*В сравнении с исходными данными (в 9часов) в тот же день, $p<0,05$

Таблица 4

Поля зрения на белый цвет у II группы при использовании проектора 3LCD

Поля зрения, N=16	До (1-й день)	После (1-й день)	До (5-й день)	После (5-й день)
Верхнее	46,1±1,59	45,5±1,83	46,7±1,52	42,0±1,57*
Верхне-внутр	53,0±1,84	52,2±1,55	52,8±2,06	51,1±1,49
Внутреннее	56,6±1,37	55,8±1,44	57,7±1,61	57,4±1,72
Нижне-внутр	54,2±2,07	52,0±1,92	53,5±1,94	51,9±1,64
Нижнее	64,2±1,75	61,8±1,47	63,1±1,77	62,5±2,18
Нижне-наружн	75,1±1,78	76,2±2,41	76,0±1,81	74,4±1,99
Наружное	82,8±1,68	76,0±1,28*	79,6±1,53	82,1±2,01
Верхне-наружн	57,0±1,95	56,2±1,81	55,7±1,75	56,3±1,39

*В сравнении с исходными данными (в 9часов) в тот же день, $p<0,05$

При использовании проектора DLP анализ результатов сравнения усредненных показателей полей зрения у испытуемых обеих экспериментальных групп было выявлено достоверное сужение верхнего поля зрения в первый и пятый день исследования, сочетающееся с сужением поля зрения с наружной стороны на пятый день во второй группе, сужение поля зрения снаружи в первый день у лиц первой группы. При использовании проектора 3LCD отмечалось достоверное сужение поля зрения снаружи в первый день и верхнего поля зрения на пятый день исследования во второй возрастной группе.

Заключение и выводы:

1. Зрительная нагрузка с использованием проекционного оборудования вызывает изменения ахроматических границ полей зрения.
2. При использовании проектора с DLP технологией при исследовании полей зрения у испытуемых обеих групп наблюдалось статистически достоверное уменьшение средних значений ахроматических полей зрения в определенных секторах. При использовании проектора 3LCD сужение наблюдалось только у испытуемых старшей возрастной группы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Влияние зрительной нагрузки на состояние зрительной сенсорной системы и психофизиологические показатели учащихся высшей школы / Е.Н. Сазонова, Л.П. Владимирова, О.В. Демидова, Н.С. Емельяненко, С.Ф. Калинина, Л.И. Плечева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – №1. – С. 89-91.
2. Догадова Л.П. Состояние органа зрения и диспансерное наблюдение студентов медицинского института // Физиология и патология механизмов адаптации органа зрения. Т. 1. – Владивосток, 1983.

УДК 612.843.7: 378.172: 681.775

М.Р. ТУРАЕВА, Н.Р. ХАСАНОВА, А.А. АЛИБАЕВА, Р.Т. САХИБГАРЕЕВА, А.М. ТУЛЯКОВА.

ВЛИЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОЕКЦИОННОГО ОБОРУДОВАНИЯ С DLP И 3LCD ТЕХНОЛОГИЯМИ НА КАЧЕСТВО ИЗОБРАЖЕНИЯ.

Научный руководитель – профессор, д.м.н. Б.М.Азнабаев
Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. *В работе проведено исследование влияния зрительной нагрузки при использовании проекторов с DLP и 3LCD технологиями на состояние качества изображения обучающихся разных возрастных групп в системе последипломного медицинского образования. Выявлено, что применение проекционного оборудования с DLP технологией по*

сравнению с 3LCD проектором вызывает более выраженные нарушения работы зрительной системы испытуемых. Обследуемые обеих возрастных групп отмечали изначальную разницу в качестве изображений, определяя качество при использовании проектора с технологией 3LCD как более яркое, насыщенное, четкое, не утомляющее глаз.

Ключевые слова: *качество изображения, проектор, DLP технология, 3LCD технология.*

M.R. Tureva, N.R. Khasanova, A.A.Alibaeva, R.T. Sahibgareeva, A.M. Tulykova.

INFLUENCEVISUALLOADWHENUSINGTHEPROJECTORWITHDLPAND 3LCDTECHNOLOGYON IMAGE QUALITY

Abstract: *In this paper a study of the visual impact of the load when using projectors with DLP and 3LCD technologies on the image quality state of students of different age groups in postgraduate medical education took place. It was found that the use of projection equipment with DLP technology is more pronounced disruption of the visual test systems. Revealed subjects of both age groups noted the original difference in image quality determining the quality when using projector and technology 3LCD as brighter, more intense, clearer, not tiring eye.*

Keywords: *image quality, projector, 3LCD technology, DLP technology,*

Актуальность. Современное образование немыслимо без широкого использования различных технических средств обучения и прежде всего – проекционных технологий, которые становятся неотъемлемым компонентом образовательного процесса в различных учебных заведениях от начальной до высшей школы. На сегодняшний день в образовании проявляются тенденции, позволяющие говорить о переходе системы обучения на качественно новый уровень.

Применения информационно-коммуникационных технологий в образовании, позволяет преподавателям внедрять в практику новые учебно-методические комплексы, направленные на активизацию образовательного процесса [1,2].

В современной высшей школе лекционный материал при стационарном и дистанционном обучении базируется на использовании тематических презентаций, отображаемых на экран с помощью видеопроекторов. Существующие на сегодняшний день проекторы передают изображение на экран при помощи различных технологий. Наиболее распространены следующие технологии: 3LCD-трёхматричная и DLP-одноматричная, отличающиеся специфическим воздействием проекционных технологий на зрительную

систему и общую утомляемость обучающихся. Однако влияние этих технологий на состояние зрительного анализатора и общую утомляемость обучающихся недостаточно изучено. Этой проблеме посвящены лишь единичные работы, в которых отражено влияние проекционных технологий только при однократном непродолжительном воздействии на организм обучающихся молодого возраста.

Цель исследования: изучить сравнительную гигиеническую оценку влияния зрительной (в том числе информационной) нагрузки при использовании проекционного оборудования с 3LCD и DLP технологиями на качество изображения.

Материалы и методы: в проведении исследовании участвовали врачи, обучающиеся на курсе гигиены труда и профессиональных болезней Института дополнительного профессионального образования БГМУ в возрасте 25-62 лет. Всего 16 обучающихся по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации были разделены по возрасту на 2 группы: в первую группу вошли лица 25-40 лет (8 человек, 16 глаз), во вторую – лица 40-60 лет (8 человек, 16 глаз). Обе группы в течение 4 академических часов с 5-ти минутными перерывами каждые 45 минут воспринимали равноценный по сложности лекционный материал, сопровождающийся презентацией, содержащей текст, таблицы и иллюстрации.

В течение первой рабочей недели (5 дней) изображение проецировали на экран с помощью видеопроектора BENQ MX520 (однокристальная DLP технология). Затем, в течение следующей рабочей недели в аналогичном режиме представляли лекционный материал с мультимедиа сопровождением на проекторе Epson E Bx18 (3LCD технология). Материал по курсу гигиены труда представлялся одним лектором, нагрузка на протяжении первой и второй рабочей недели была однородной по объему и смысловому содержанию.

Исследования качества изображения осуществляли до лекции, сразу после нее и через час в первый и последний день каждой рабочей недели у всех испытуемых одновременно.

Оценку качества изображения проводили с помощью Опросника оценки качества изображения [3]. Данный опросник построен по принципу семантического дифференциала. Испытуемые оценивают изображение при помощи 14 пар полярных характеристик, отображенных в форме шкал. В каждой паре необходимо выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает изображение, и отметить степень выраженности данной характеристики. Минимальной степени выраженности соответствует цифра «1», средней – «2», максимальной – «3»; в случае затруднения можно отметить «0». При субъективной оценке качества изображения максимальный указанный балл мог быть + 42.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics v.21., с применением стандартных методов описательной статистики с вычислением критерия достоверности, уровня значимости и анализом по t-критерию Стьюдента. Так же использовали критерий равенства средних для связанных выборок при отсутствии предположения о равенстве дисперсий, что подтверждалось критерием Ливиня при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: Оценка качества изображения, предъявляемого обучающимся, была осуществлена посредством ответов на вопросы соответствующего опросника. Результаты оценки представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Результаты опросника «Оценка качества изображения» при использовании проектора DLP, M±m

Показатель по группам, человек	I день исследования			V день исследования		
	До нагрузки, баллы	Сразу после нагрузки, баллы	Через час после нагрузки, баллы	До нагрузки, баллы	Сразу после нагрузки, баллы	Через час после нагрузки, баллы
I группа, N=8	21,78±2,60	19,33±3,68	19,44±3,91	23,06±1,80	21,22±2,74	21,18 ±0,41
II группа, N=8	20,89±2,32	18,2±23,06	17,73±2,44	20,78±2,60	19,00±2,41	18,67±2,88

Таблица 2

Результаты опросника «Оценка качества изображения» при использовании проектора 3LCD, M±m

Показатель по группам, человек	I день исследования			V день исследования		
	До нагрузки, баллы	Сразу после нагрузки, баллы	Через час после нагрузки, баллы	До нагрузки, баллы	Сразу после нагрузки, баллы	Через час после нагрузки, баллы
I группа, N=8	26,97±3,19	25,25±3,52	25,02±3,46	26,93±2,18	26,65±3,11	26,93±2,18
II группа,	23,33±3,16	17,20±4,11	21,11±3,72	24,90±2,96	23,40±3,44	20,60±4,09

N=8						

Обследуемые как I, так II возрастных групп отмечали изначальную разницу в качестве изображений, определяя качество при использовании проектора с технологией 3LCD как более яркое, насыщенное, четкое, не утомляющее глаз. Результаты опросника «Оценка качества изображения» определили тенденцию к более высоким оценкам изображения 3LCD проектора по большинству остальных показателей опросника. По средним баллам не выявлено статистически значимой разницы между данными до и после нагрузки при использовании проекторов обоих типов.

Заключение и выводы: При использовании проектора 3LCD обследуемые обеих групп отмечали изначальную разницу в качестве изображений, определяя качество при использовании проектора с технологией 3LCD как более яркое, насыщенное, четкое, не утомляющее для глаз. Проекционное оборудование с технологией 3LCD оказывает меньшее раздражающее влияние на зрительный анализатор по сравнению оборудованием с DLP технологией

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бент Б. Андресен. Мультимедиа в образовании: специализированный учебный курс / Бент Б. Андресен, Катя Ванден Бринк; авторизованный пер. с англ. 2-е изд., испр. и доп. М.: Дрофа. – 2007. – С. 31.

2. Чернухина, Н.В. Информационно-коммуникационные технологии в образовательном процессе вуза / Н.В. Чернухина // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2014. – № 30. – С. 51-55.

3. Lee, H. A quantitative measurement of LCD and PDP TVs for human visual preference and fatigue / H. Lee, K.-W. Whang // Displays. –2012. –Vol. 33. –P. 1-6.

УДК: 159.923.4

Р.Б. СУНАРГУЛОВ, А.П. СЫСОЕВА

ВЛИЯНИЕ ТИПОВ ТЕМПЕРАМЕНТА НА СУБЪЕКТИВНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ МЕТОДАМИ LASIK И FEMTOLASIK

Научный руководитель – д.м.н. Т.Р. Мухамадеев

Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Проанализированы субъективные ощущения пациентов после коррекции зрения методами LASIK и FemtoLASIK. До и после операции оценивали влияние типа темперамента на болевые ощущения.*

Ключевые слова: *темперамент, болевые ощущения, LASIK, FemtoLASIK.*

R.B. SUNARGULOV, A.P. SYSOEVA

INFLUENCE OF TYPES OF TEMPERAMENT ON SUBJECTIVE PATIENT SENSATION AT VISION CORRECTION BY LASIK AND FEMTOLASIK

Scientific Director – D.Sc. T.R. Mukhamadeev

Department of Ophthalmology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *Subjective sensations of patients after vision correction by LASIK and FemtoLASIK methods were analyzed. Before and after the surgery influence of the temperament type on pain sensations was evaluated.*

Key words: *temperament, LASIK, FemtoLASIK.*

Актуальность: При проведении большинства офтальмологических операций пациент находится в сознании. В некоторых случаях он испытывает неприятные ощущения в области глаза. Известно, что темперамент человека может влиять на ощущения и эмоции[3]. У сангвиников и флегматиков более высокий порог болевой чувствительности, в то время как холерики и меланхолики более подвержены психоэмоциональному дискомфорту[1]. Данные аспекты в совокупности влияют на удовлетворённость пациента проведённой операцией.

Цель исследования - проанализировать субъективные ощущения пациентов при проведении коррекции зрения методами LASIK и FemtoLASIK под эпибульбарной анестезией и изучить влияние типов темперамента на характер болевых ощущений.

Материалы и методы: В исследование были включены 39 человек (78 глаз): 17 (43,6%) женщины и 22 (56,4%) мужчин. Средний возраст составил 30±0,5 лет. Операции LASIK выполнены 25 пациентам, FemtoLASIK – 14. Операционные вмешательства проводились в Центре лазерного восстановления зрения (ЦЛВЗ) «OPTIMED» г. Уфы в период с ноября 2016 по январь 2017 года. Анонимное анкетирование проводилось до и после проведённых хирургических вмешательств. На первом этапе исследования (до операции) пациентам был предложен тест Айзенка [2] для определения типа темперамента. На втором этапе (в послеоперационный период) после контрольного осмотра спустя 24 часа пациенты в анкетной форме ответили на вопросы про интенсивность, характер и периодичность боли, а также на вопрос об общей удовлетворённости предоставленной медицинской услугой (рис. 1).

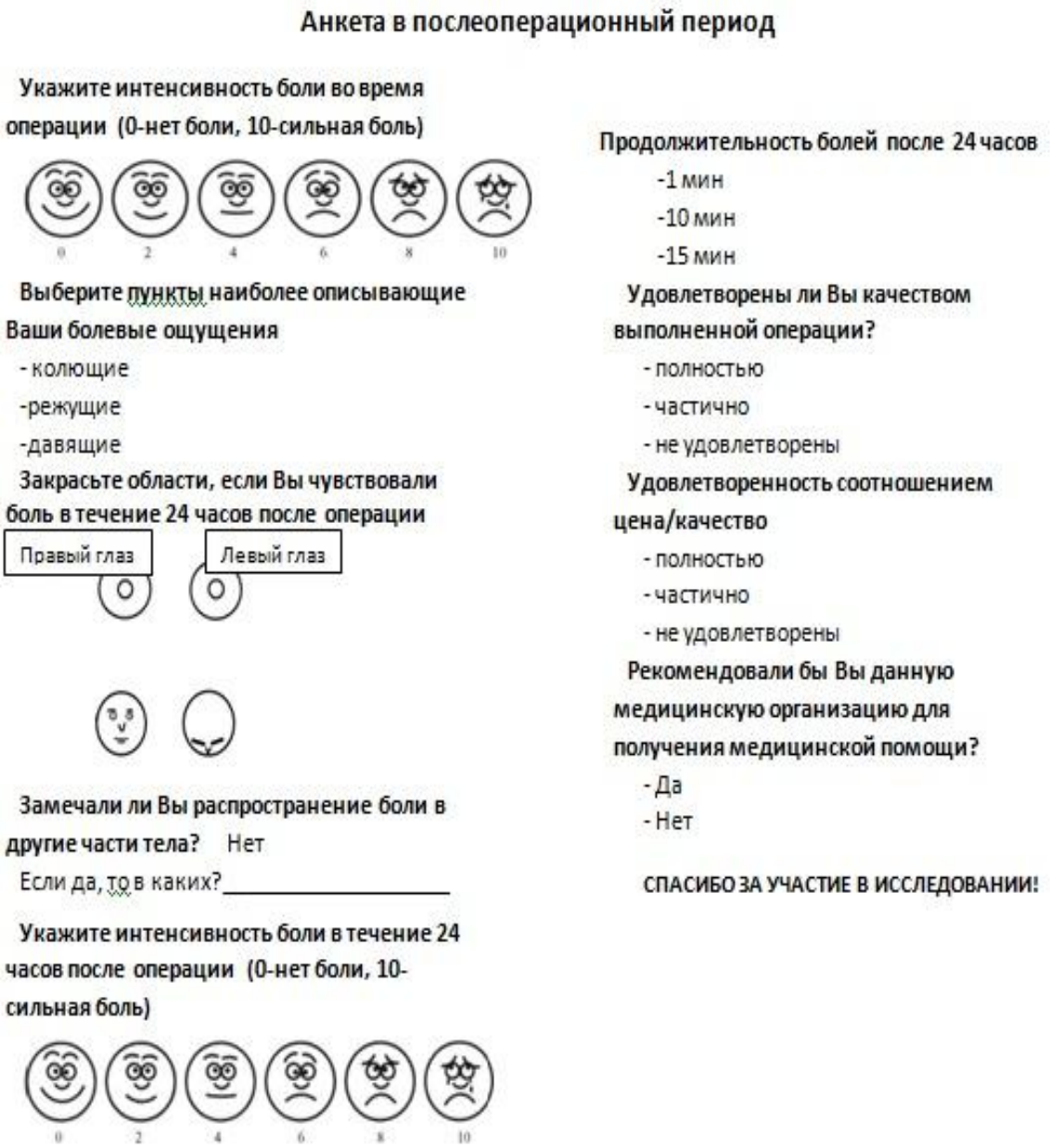


Рис. 1. Послеоперационная анкета

Результаты и обсуждение: Для более удобной обработки данных всех пациентов объединили в 4 группы по типу темперамента. По результатам анонимного анкетирования была составлена сводная таблица (табл. 1).

Таблица 1.

Полученные данные

Группы пациентов	Холерики	Флегматики	Меланхолики	Сангвиники	Всего

Количество пациентов	10	7	9	13	39
Пол: М Ж	 2 8	 6 1	 4 5	 10 3	 22 17
Средний возраст	29,3	33,4	30	27,5	30±0,5
Ощущали боль во время операции	2	3	6	6	17
Ощущали боль после операции	4	5	7	7	18

Во время операции 9 не испытывали болевых ощущений, 13 испытывали незначительную боль, 17 пациентов отметили выраженные болевые ощущения (6 меланхоликов, 6 сангвиников, 3 флегматика и 2 холерика).

Распространения болевых ощущений в другие анатомические области не было отмечено ни у одного пациента.

В первые сутки после операции 59% всех пациентов отметили неприятные ощущения в области оперированного глаза (меланхоликов-7, сангвиников-7, флегматиков-5, холериков-4). Общая неудовлетворённость от предоставленной медицинской услуги составила 18% или 7 пациентов, из них 4 меланхолика и 3 сангвиника.

Результаты исследования обобщены и представлены в итоговой таблице (табл.2)

Таблица 2.

Тип темперамента и характер болевых ощущений

Признак	Пациенты с выраженной болью	Пациенты с неприятными ощущениями после операции	Общая неудовлетворенность пациентов операцией
Флегматик	3	5	-
Сангвиник	6	7	3
Холерик	2	4	-
Меланхолик	6	7	4

Заключение и выводы: Наиболее благоприятно перенесли оперативное вмешательство флегматики и холерики. Низкий болевой порог у холериков по результатам исследования не был доказан. Меланхолики и сангвиники оказались наиболее подвержены физическому и психоэмоциональному дискомфорту. Исходя из полученных результатов, можно отметить, что восприимчивость пациентов к боли больше зависит от индивидуальных качеств и психоэмоциональной подготовки в дооперационном периоде, чем от типа темперамента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Основы общей психологии, Ефимова Н.С., Издательство: Москва: ИД «ФОРУМ»: ИНФРА-М, 2013. - 288 с.
2. A REVISED VERSION OF THE PSYCHOTICISM SCALE, S. B. G. EYSENCK, H. J. EYSENCK and PAUL BARRETT, London, England, Received 28 June 1984.
3. Temperament and Pain Response: A Review of the Literature. American Society for Pain Management Nursing, 2008. - 9 с.

УДК 617.54-089.85

Д.Р. ИРГАЛИНА

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ МИНИТОРАКОТОМИИ В НУЗ «ОКБ НА СТ. ОРЕНБУРГ» ОАО «РЖД»

Научный руководитель - к.м.н. ассистент А.В. Залошков

Кафедра общей хирургии,

Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

Резюме: *в статье рассмотрены возможности оптимизации миниторакотомных доступов. Установлена зависимость определения минидоступа от формы грудной клетки и локализации патологического очага. Выявлены преимущества минидоступов в грудной хирургии.*

Ключевые слова: *минидоступы в торакотомии, оптимизация минидоступов.*

D.R. IRGALINA

POSSIBILITIES OF OPTIMIZATION OF THE MINITHORACOTOMICAL ACCESSES NGHCI «DCH ON ST. ORENBURG» JSC «RR»

Scientific Advisor – Associate professor A.V. Zaloshkov

Department of General Surgery, Orenburg State Medical University, Orenburg

Abstract: *in the article, possibilities of optimization of the minithoracotomical access were considered. Dependence of minimal incision defining with the form of chest and pathological center localization have been established. Advantages of minimal incisions in the thoracic surgery are shown up.*

Key words: *minimal incisions in thoracotomy, optimization of minimal incisions.*

Актуальность. В последние годы все большее внимание торакальных хирургов привлекают высокотехнологичные малоинвазивные вмешательства [3,4]. Они применяются при различной легочно-плевральной патологии и имеют определенные преимущества, такие как, высокая диагностичность, малая операционная травма, позволяющая проводить раннюю активизацию пациента, достижение косметического эффекта, использование менее дорогостоящего оборудования и инструментария, а также укорочение сроков оперативного вмешательства и пребывания в стационаре, что несет в себе несомненный экономический эффект [1,2].

Цель работы. Топографо-анатомическое и клиническое обоснование наиболее оптимальных миниторакотомных доступов при различной локализации патологических процессов в легких и средостении.

Материалы и методы. Проанализированы компьютерные томограммы у 120 пациентов (74 мужчины и 46 женщин в возрасте от 20 до 74 лет) с различной формой грудной клетки. 77 пациентов с периферическими опухолевидными образованиями и буллами легких (56 мужчин и 21 женщина, в возрасте от 17 до 75 лет) по способу определения локализации и длины миниторакотомного доступа были разделены на две сравниваемые группы: основную (37 больных), где место торакотомии определяли на оптимальных компьютерно-томографических срезах, и сравниваемую (40 пациентов), где доступ осуществляли по классическим параметрам.

Результаты и обсуждение. Проведена анатомо-метрическая характеристика грудной клетки по томограммам, и выявлено, что наиболее тонкий слой мягких тканей – по срединно-ключичной линии; далее – он увеличивается к передне-подмышечной, средне-подмышечной и достигает максимума – к заднее-подмышечной линии. Данная тенденция характерна для всех типов грудной клетки и не зависит от пола и возраста. Эти исследования могут служить ориентиром для хирурга при планировании возможных операционных приемов.

Выявлены проекционные отношения ребер и межреберных промежутков с телами грудных позвонков. Отмечена значительная разница в проекционной анатомии у лиц с различными формами строения грудной клетки (таб.1).

Таблица 1.

Схема проекции ребер на тело грудного позвонка при различных формах грудной клетки.

Форма грудной клетки	Порядковый номер грудного позвонка	Средне-ключичная линия	Передняя подмышечная линия	Средняя подмышечная линия	Задняя подмышечная линия
Долихоморфная	N	-4	-3	-2	-1
Мезоморфная	N	-3 (-4)	-2 (-3)	-1 (-2)	-1 (-2)
Брахиморфная	N	-2 (-3)	-1 (-2)	-1 (-2)	0 (-1)

Отмечены результаты оперативных вмешательств на легких и средостении в клинике из миниторакотомных доступов. Сравнительный клинический анализ в различных группах

больных показал преимущества проведения предварительного расчета оптимизации миниторакотомии. Так, в основной группе не было необходимости расширения доступа из-за неудобства манипулирования, а его длина была сравнительно меньше при операциях на легких (4,8 ± 0,11 см) и средостении (4,8 ± 0,21 см), чем в группе сравнения (7,05 ± 0,19 см и 7,1 ± 0,2 см соответственно). Также сократилось время оперативного вмешательства на 13-14 минут. Болевой синдром был почти на 2 суток меньше пациентов основной группы, а соответственно и длительность применения анальгетиков. Необходимость применения наркотических анальгетиков в группе сравнения составила 60-66,7%, а в случае проведения оперативного вмешательства из оптимального минидоступа – 21,6-27,3%.

Заключение и выводы. Оптимизация миниторакотомного доступа состоит в его индивидуализации, в зависимости от пространственной локализации патологического очага в легком или средостении, индивидуальных особенностей грудной клетки и параметров операционной раны, что позволяет максимально минимизировать длину разреза и обеспечить его соответствие проекции патологического очага. Последующие оперативные вмешательства из оптимизированных минидоступов показали клиническую эффективность разработанной методики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамзон О.М. Роль мини-торакотомных доступов в грудной хирургии / О.М. Абрамзон, И.И. Каган, А.В. Залошков // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2012. – №1. – С.46 – 50.
2. Абрамзон О.М., Каган И.И., Лященко С.Н., Залошков А.В. Возможности оптимизации минидоступа в грудной хирургии // Креативная хирургия и онкология. – 2014. – №4. – С.10 – 13.
3. Абрамзон О.М., Залошков А.В., Скоробогатых Ю.И., Хотян А.Р., Ромашкин С.А. Миниторакотомные оперативные вмешательства. Актуальные направления современной кардио-торакальной хирургии // II международный кардиоторакальный конгресс. – Санкт-Петербург, 2012. – С.325 – 326.
4. Абрамзон О.М., Скоробогатых Ю.И., Хотян А.Р., Галимова С.Х., Жукова О.А., Ромашкин С.А., Залошков А.В. О малоинвазивных технологиях в торакальной хирургии // XI съезд хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С.13.

УДК 614.88

А.А.САФИНА, Л.А.ТИМАШЕВА

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Г.Н.Чингизова

Кафедра общей хирургии,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *На протяжении многих лет, а также в наше время санитарная авиация представляет собой эффективное и важное направление в неотложной помощи населению, так как она позволяет транспортировать тяжелобольных пациентов из труднодоступных районов быстрее, чем любой другой транспорт, а также оказывает своевременную высококвалифицированную помощь и позволяет предотвратить все возможные осложнения. Целью данного исследования явилось провести анализ деятельности службы санитарной авиации в республике Башкортостан, а также оценить ее значимость в современном мире. Исследование проводилось на базе ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, были использованы данные из архива за последние 3 года, проводилось интервьюирование с врачами санитарной авиации.*

Ключевые слова: *санитарная авиация, скорая специализированная медицинская помощь, медицинская помощь, первичная медико-санитарная медицинская помощь.*

A.A. SAFINA, L.A. TIMASHEVA

THE SANITARY AVIATION IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN.

Scientific Advisor – Associate professor G.N. Chingizova
Department of General Surgery, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *Over the years, as well as in our time, air ambulance is an effective and important direction in urgent assistance to the population, as it allows transporting seriously ill patients from remote areas faster than any other transport, and also provides timely, highly qualified assistance and allows Prevent all possible complications. The study was carried out on the basis of the SB RAS. G.G. Kuvatova, the data from the archive were used for the last 3 years, interviewing with the doctors of sanitary aviation was conducted. The main reasons for frequent calls to the districts are: lack of qualified personnel in the field; Lack of necessary supplies and tools, increasing complexity and severity of pathological conditions that arise in patients in the districts.*

Keywords: *sanitary aviation, emergency specialized medical care, conditions for rendering medical assistance, primary health care.*

Актуальность. На протяжении многих лет, а также в наше время санитарная авиация представляет собой эффективное и важное направление в неотложной помощи населению, так как она позволяет транспортировать тяжелобольных пациентов из труднодоступных

районов быстрее, чем любой другой транспорт, а также оказывает своевременную высококвалифицированную помощь и позволяет предотвратить все возможные осложнения. Дальнейшее совершенствование службы санитарной авиации для оказания экстренной медицинской помощи является одним из важных условий обеспечения этого процесса. Служба санитарной авиации (САС) в РФ существует уже более 70 лет. В РБ станция санитарной авиации официально была организована при Республиканской клинической больнице 23.03.1936 г. при активном участии врача П.С. Громова, однако деятельность велась с 1934 г. На протяжении 15 лет отделением санитарной авиации заведовала Лось Р.И., благодаря которой произошло становление службы экстренной и плановой консультативной медицинской помощи (ЭПКМП) [1]. В настоящее время к обслуживанию вызовов привлекаются около 260 консультантов по всем специальностям из республиканских и городских ЛПУ. При необходимости для выполнения заданий привлекаются специалисты ДРКБ, ГКБ №4, ГКБ №17 – хирурги, реаниматологи, инфекционисты, детские невропатологи, специалисты кардиоцентра и др. Диспетчерская служба САС работает круглосуточно. Связь осуществляется по телефону, радиостанции «Vertex VX3000L». Автотранспорт представлен 4-мя машинами, вылеты осуществляются с помощью двух самолетов АН-2 и вертолетов КА-26 и R-44 «Robinson». К обслуживанию вызовов привлекаются специалисты высокой квалификации: 43% имеют стаж свыше 15 лет, у 40% стаж работы 10-15 лет, до 10% больных обслужено работниками кафедр БГМУ.

Цель исследования. Целью данного исследования явилось провести анализ деятельности службы санитарной авиации в республике Башкортостан, а также оценить ее значимость в современном мире.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, были использованы данные из архива за последние 3 года, проводилось интервьюирование с врачами санитарной авиации.

Результаты и обсуждение. В результате исследования было выяснено общее количество выездов-вылетов: за 2014 год составило 1365, 2015 год-1341, 2016 год- 1301. Показатели отделения ЭПКНМП (данные за 2014-2016 годы) приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели отделения ЭПКНМП (данные за 2014-2016 гг.)

Показатели	2014 год	2015 год	2016 год

1. Кол-во больных, которым оказана помощь	992	974	956
2. Количество выезжавших врачей	1103	1074	999
3.Количество консультаций	1181	1104	1030
4. Количество операций	424	347	299
5. Количество манипуляций	283	313	325
6. Количество доставленных больных	135	119	121
7. Доставка крови (л)	122,160	86,266	98,411
8. Количество вылетов	38	32	29
Самолет АН-2	30	31	27
Вертолет Robinson R-44	8	1	2
9. Количество заданий, выполненных воздушным транспортом	45	52	36
10. Количество заданий, выполненных наземным транспортом	1320	1289	1265
11.Сумма расходов на полеты (в руб.)	6,0 млн.	6,0 млн.	6,0 млн.

В результате интервьюирования выяснено, что на круглосуточное дежурство поставлены специалисты хирургического профиля, следующих специальностей: травматолог – 1, торакальный хирург – 1, нейрохирург – 1, сосудистый хирург – 1, хирург – 2, реаниматолог – 2, реаниматолог акушерского дистанционного консультативного центра – 1, акушер-гинеколог – 1, эндоскопист – 1, и дежурства в дневное время следующих специалистов: кардиолог, невролог, уролог, врач функциональной диагностики, гнойный хирург. Также к выполнению заданий привлекаются челюстно-лицевые хирурги и токсикологи ГКБ №21, комбустиологи и ожоговые реаниматологи ГКБ №18, инфекционисты ИКБ № 4, офтальмологи НИИ глазных болезней.

Таблица 2.

Объем экстренной помощи по специальностям

Специалисты	Количество							
	Выездов		консультаций		Операций		Манипуляций	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Акушер-гинеколог	56	63	17	66	17	22	3	-
Ангиохирург	110	91	110	92	83	62	1	-
Врач ОФД	70	118	72	123	-	-	73	121
Врач трансплантолог	13	21	13	20	9	17	2	2
Врач УЗИ	3	3	3	3	-	-	3	3
Гастрохирург	108	70	112	72	65	47	5	4
Гастроэнтеролог	1	2	1	2	-	-	-	-
Гематолог	5	2	5	2	-	-	2	-
Гнойный хирург	35	51	37	50	23	33	1	2
Грудной хирург	48	39	50	38	20	19	6	3
Инфекционист	29	42	32	41	-	-	-	3
Кардиолог	8	8	8	8	-	-	-	-
Кардиохирург	12	8	12	8	5	3	-	2
Комбустиолог	39	15	44	15	6	3	22	3
ЛОР	5	4	5	4	1	2	2	1
Невролог	61	63	62	65	-	-	5	4
Нейрохирург	97	59	97	70	53	47	5	1
Нефролог	1	1	1	1	-	-	-	-
Ожоговый реаниматолог	17	6	17	6	-	-	13	6
Окулист	8	4	8	4	2	-	-	-
Пульмонолог	37	37	38	41	-	-	-	-
Реаниматолог	104	109	107	112	-	-	64	58
Судмедэксперт	2	1	2	1	-	-	-	-
Ревматолог	2	-	2	-	-	-	-	-
Токсиколог	3	3	5	4	-	-	-	-
Травматолог	62	42	69	44	58	35	-	-
Ч. Л. хирург	4	4	4	4	1	1	1	1
Уролог	2	8	2	8	1	1	-	2

Фтизиатр	-	2	-	2	-	-	-	-
Эндоскопист	109	106	109	108	3	4	105	103
Эндокринолог	5	3	5	3	-	-	-	-
Итого	1074	999	1104	1030	347	299	313	325

В структуре заболеваний, по поводу которых чаще выезжали специалисты, отмечены: острое нарушение мозгового кровообращения – 155 выездов, беременность, осложнения и гинекология – 106, травмы опорно-двигательного аппарата – 98, травма и болезнь сосудов – 95, черепно-мозговая травма – 62, болезни органов дыхания – 61, желудочно-кишечные кровотечения – 48, цирроз печени с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода – 53, ИБС, инфаркт миокарда – 32, болезни нервной системы – 26, перитониты – 22 и осложненные холециститы – 22 выезда. Основными причинами вызова специалистов по линии ЭПКНМП выделяются: недостаточный уровень квалификации врачей, отсутствие того или иного специалиста в районе, наличие тяжелых осложнений у больных, связанных с допущенными дефектами в обследовании и лечении, сложные в диагностическом отношении случаи, требующие обследования и лечения в условиях республиканских ЛПУ.

Заключение и выводы.

1. Основными причинами частых вызовов в районы являются: отсутствие квалифицированных кадров на местах; отсутствие необходимых расходных материалов и инструментария, возрастание сложности и тяжести патологических состояний, возникающих у больных в районах.
2. Наиболее часто вызовы совершаются по поводу следующих заболеваний: острое нарушение мозгового кровообращения, беременность, осложнения и гинекология, травмы опорно-двигательного аппарата, травма и болезнь сосудов.
3. Основная нагрузка в течение года приходилась на следующих специалистов: врачей ОФД, реаниматологов, эндоскопистов, ангиохирургов, гастрохирургов, акушер-гинекологов и неврологов.
4. За период 2014-2016гг. к выполнению заданий, поступивших в отделение, привлекалось до 110 врачей-консультантов по 24 специальностям из 6 ЛПУ г. Уфы.

Санитарная авиация играет важную роль в современной медицине и является необходимым методом оказания специализированной помощи районам и городам нашей республики, что диктует необходимость укрепления материально-технической базы этой службы и повышения квалификации специалистов, выезжающих по линии САС, так и медицинских работников, оказывающих помощь в районах и регионах РБ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдеев Р.Р., Муртазин З.Я., Мухамадиев Р.Г. История развития санитарной авиации в Республике Башкортостан //Актуальные вопросы оказания экстренной и плановой консультативной медицинской помощи. 2006. С.10-11.
2. Александрова О.Ю., Лебединец О.Н., Кременков А.Р., Рамненок Т.В. Классификация медицинской помощи – существующие проблемы, новые законодательные подходы // Здравоохранение и право. - 2011.- С. 22-26.
3. Приказ от 13 сентября 2013 г. N 2734-Д «Об утверждении перечней государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Республики Башкортостан в соответствии с уровнями трехуровневой системы организации медицинской помощи гражданам».
4. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год (Утв. Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2010 г. № 782).

УДК 617.542

Э.Ф. ЗАГИДУЛЛИН, Р.А. НАФИКОВА, Г.Р. ВАЛЕЕВА, Е.С. СЕМЕНОВА

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭМФИЗЕМЫ СРЕДОСТЕНИЯ

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.А. Гумеров
Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *эмфизема средостения – это скопление воздуха в клетчатке средостения. Наше сообщение основано на результатах лечения 11 детей с эмфиземой средостения (ЭС), находившихся в клинике детской хирургии на базе Республиканской детской клинической больницы. Возраст детей колебался от 1 до 13 лет. Мальчиков было 6, девочек – 5. Необходимость своевременной диагностики ЭС связано с тем, что данное состояния являются угрожающими для жизни, требующее в большинстве случаев хирургического лечения.*

Ключевые слова: *эмфизема средостения, подкожная эмфизема, детская хирургия, дети*

E.F. ZAGIDULLIN, R.A. NAFIKOVA, G.R. VALEEVA, E.S. SEMENOVA
THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF THE PNEUMOMEDIASTINUM

Scientific Advisor – Ph.D. in Medicine, Full professor A.A. Gumerov
Pediatric surgery department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *the pneumomediastinum and subcutaneous emphysema are collection of the air in the fat tissue. These are complications of the different diseases of the thoracic cavity which should compress organs and be life-threatening in some cases. A doctor must evaluate conditions of the patient instantly and choose way of treatment.*

Keywords: *pneumomediastinum, subcutaneous emphysema, pediatric surgery, children.*

Актуальность. Эмфизема средостения (ЭС) – тяжелое осложнение разнородной группы заболеваний, требующее в большинстве случаев хирургического лечения. Воздух при ЭС может распространяться в подкожно-жировом пространстве шеи, грудной клетки, живота, промежности, бедер. Как правило, ЭС имеет доброкачественное течение, но в некоторых случаях воздух может сдавливать крупные сосуды, нервы и камеры сердца, что приводит к их тампонаде и ведет к ухудшению состояния ребенка. Своевременная диагностика и начало лечения ЭС позволит избежать серьезных осложнений [1,2,3].

Цель исследования. Анализ результатов диагностики и лечения эмфиземы средостения у детей.

Материалы и методы. За последние 10 лет в клинике детской хирургии на базе Республиканской детской клинической больницы пролечено 11 детей с эмфиземой средостения (ЭС). Возраст детей был от 1 до 13 лет. Мальчиков было 6, девочек - 5. Пациенты были госпитализированы в стационар в период от 6 часов до 6 суток с момента ухудшения состояния. ЭС являлась осложнением течения заболеваний: деструктивной пневмонии (6), ранения трахеи (1), длительного нахождения дисковой батареи в пищеводе (1), перфорации пищевода при бужировании по поводу рубцового стеноза (2), трудной интубации (1). Механизм развития эмфиземы средостения – воздух проникает в клетчатку шеи, передней поверхности грудной клетки, живота и на промежность. Накопление воздуха в средостении, приводит к сдавлению полых вен на шее, правого предсердия, уменьшению легочной вентиляции. Ток крови замедляется венозный застой возникает в крупных венах и паренхиматозных органах. Это состояние называется тампонадой сердца или воздушным блоком (W.Pottes, 1959).

Результаты и обсуждение. Клинические проявления эмфиземы средостения зависят во многом от причины, вызвавшей ее, а также от возраста ребенка и выраженности внутригрудного напряжения. У 6 детей эмфизема средостения возникает на фоне деструктивной пневмонии, тяжесть состояния обусловлена не только скоплением воздуха в средостении, но и самим процессом в легких. Основными клиническими симптомами являются одышка, кашель, затрудненное дыхание, беспокойство; внешне: одутловатость шеи, лица, асимметрия грудной клетки; пальпаторно - подкожная крепитация. По мере ухудшения состояния, нарастает беспокойство ребенка, появляются бледность кожных покровов, холодный пот, одутловатость лица и верхней половины туловища. В области шеи и передней поверхности грудной стенки нередко можно обнаружить подкожную крепитацию, которая указывает на распространение воздуха из средостения. При аускультации тоны сердца резко приглушены. Перкуторно установить границы сердечной тупости из-за наличия воздуха в средостении обычно не удается. Рентгенологическое исследование имеет большое, а в начальных стадиях решающее диагностическое значение. На рентгенограммах листки медиастинальной плевры отделяются от клетчатки средостения полосками просветления. Сердце окаймляется полоской воздуха и создается впечатление, что оно «висит» в воздухе, это особенно хорошо видно на рентгенограммах в боковой проекции.

На рентгенограммах в боковой проекции четко определяется скопление воздуха в передних отделах средостения, органы средостения как бы отходят от грудины. У 3 детей при сочетании эмфиземы с пневмотораксом воздух отмечается и в плевральной полости, легкое коллабируется и средостение смещается в зависимости от выраженности пневмоторакса. На

компьютерной томограмме органов грудной полости: скопления воздуха вокруг органов средостения, в межмышечном пространстве, под кожей. Всем была проведена комплексная терапия, которая включала в себя антибиотикотерапию, инфузионную терапию, оперативное лечение, физиотерапевтические процедуры. Все пациенты оперированы в экстренном порядке. Операция – супраюгулярная медистинотомия проводилась под эндотрахеальным наркозом в экстренном порядке. Доступ – разрез на 2-3 см выше яремной вырезки длиной 2-3 см. С целью профилактики повреждения крупных сосудов грудной клетки, туннелизация переднего средостения проводится так, чтобы конец бранши соприкасался с задней стенкой грудины. Затем устанавливается резиновый дренаж с боковыми отверстиями в переднее средостение, подшивается не рассасывающимся шовным материалом (капрон, шелк), накладывается асептическая повязка.

Заключение и выводы. Таким образом, результаты лечения эмфиземы средостения зависят от своевременной диагностики и раннего выполнения оперативного лечения – дренирования средостения, комплексная терапия применяется для ликвидации воспалительного процесса в легких.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абакумов М. М., Шамба Х. Л., Даниелян Ш. Н. Клиника, диагностика и лечение спонтанной эмфиземы средостения (рус.) // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — М.: Медиа Сфера, 2010. — № 10. — С.17—21. — ISSN 0023-1207.

2. Погодина А. Н., Воскресенский О. В., Николаева Е. Б., Бармина Т. Г., Паршин В. В. Современные подходы к лечению спонтанного пневмоторакса и спонтанной эмфиземы средостения (рус.) // Атмосфера. Пульмонология и аллергология: статья в журнале — научная статья. — М.: Атмосфера, 2011. — № 1. — С.45—51. — ISSN 2071-8306.

3. Newcomb A. E., Clarke C. P. Spontaneous pneumomediastinum: a benign curiosity or a significant problem? (англ.) // Chest. — Соединенные Штаты Америки: American College of Chest Physicians, 2005. — Vol. 128, no. 5. — P. 3298—3302. — ISSN 0012-3692. — DOI:10.1378/chest.128.5.3298. — PMID 16304275

УДК 617-089; 616.12-089; 616.126.52-089; 616.126.42-089

К. И. ЗАВЬЯЛОВ[1], М.А. СУНГАТУЛЛИН[2], А.С. ОМЕЛЯНЕНКО[2]

ДИСФУНКЦИЯ ПРОТЕЗОВ КЛАПАНОВ СЕРДЦА И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ РЕПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Научный руководитель - д.м.н., профессор Р.К. Джорджикия
Кафедра хирургических болезней №2, Казанский государственный медицинский университет, г. Казань[1]
ГАУЗ МКДЦ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», г. Казань[2]

Резюме: *В статье проведен анализ причин дисфункции искусственных клапанов сердца и результаты их репротезирования. Группу исследования составили 44 пациента с ранее имплантированными механическими и биологическими клапанами сердца. Всем пациентам была проведена операция по реимплантации клапана сердца.*

Ключевые слова: *искусственный клапан сердца, кардиохирургия, повторные операции на сердце*

K.I. ZAVYALOV[1], M.A. SUNGATULLIN[2], A.S. OMELYANENKO[2]

DYSFUNCTION OF PROSTHETIC HEART VALVES

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor R.K. Dzhordzhykia
Department of surgical diseases №2, Kazan state medical university, Kazan[1]
Interregional clinical diagnostic center, Kazan[2]

Abstract: *In the article held analysis of dysfunction artificial heart valves causes and the results of their reputazione. The study group comprised 44 patients with previously implanted mechanical and biological heart valves. All patients underwent surgery for reimplantation of the heart valve.*

Keywords: *artificial heart valve, cardiac surgery, repeated heart surgery*

Актуальность. В последние годы наблюдается неуклонный рост числа пациентов с имплантированными искусственными клапанами сердца [1,5]. Функциональная состоятельность протеза (особенно механического) во многом зависит от адекватного ведения больных на протяжении всей жизни [4]. Несоблюдение этих условий приводит к дисфункции протеза и возникновению жизнеугрожающей ситуации [2,3].

Цель исследования. Провести анализ причин дисфункций ранее имплантированных клапанов сердца и результатов их репротезирования.

Материалы и методы. В ГАУЗ МКДЦ с 2006 по 2016 год у 44 больных было выполнено репротезирование клапанов сердца. Средний возраст пациентов составил 46,7±6,5 лет. Преобладали пациенты женского пола – 31 (70,5%). Репротезированию подверглись 32 пациента (72,7%) с механическими протезами и 12 – с биологическими (27,3%). Все

пациенты относились к III или IV ФК (NYHA). Показатель EuroScore II составил 15±5%. 29 пациентам (65,1%) из-за тяжести состояния операция выполнена по экстренным показаниям. Все операции выполнялись в условиях ИК и ФХКП.

Результаты и обсуждение. Анализ причин дисфункции протезов клапанов сердца выявил: тромбоз клапана в 29 случаях (65,9%), дегенеративные изменения – 8 (18,2%), парапротезные фистулы – 4 (9,1%), несоответствие диаметра протеза антропометрическим данным – 2 (4,5%), паннус – 1 (2,3%). В группе больных с механическими протезами дисфункция митрального клапана наблюдалась в 24 случаях (75%), в аортальной позиции – в 8 (25%).

Причинами дисфункции протезов в 24 (75%) случаях были тромботические массы на створках и каркасе протеза, что препятствовало работе механического клапана. Нарушения антикоагулянтного режима были обусловлены неадекватным контролем за МНО, самовольным прекращением приема антикоагулянтов, их отменой в связи с различными вмешательствами. Все пациенты обратились за помощью в неотложном порядке.

Сроки от момента первичной операции до тромбоза клапана составили от 1 года до 10 лет. В 4 (9,1%) случаях данной группы на фоне инфекционного эндокардита имело место развитие и нарастание парапротезной фистулы на сроках 1–3 года от первичной операции. В двух случаях наблюдалось повышение (с последующим нарастанием) градиентов на клапане в митральной и аортальной позиции на фоне «малого» диаметра клапана на сроках 3–6 лет. Развитие паннуса отмечено на сроке 8 лет. Репротезированию подвергались клапаны АКЧ-3, Эмикс-4, Карбоникс-4, Мединж-21.

В случаях с дисфункцией биологического протеза преобладали явления дегенерации и кальциноза створок биологического клапана у 11 пациентов (91,7%). Парапротезная фистула стала причиной реоперации в 1 случае (8,3%). Репротезированию аортального клапана подверглись 7 пациентов данной группы и по одному в митральной и трикуспидальной позиции. Вмешательства выполнялись на сроках от 6 дней до 11 лет. Эксплантировались биологические протезы: Биолаб – в 6 случаях, Carpentier — Edwards – 3, Sorin – 3.

Послеоперационная летальность составила 6,8% (три случая). Причиной смерти во всех случаях явилась острая сердечная недостаточность, обусловленная критическим предоперационным состоянием пациентов. У выживших больных устранение дисфункции протезов приводило к быстрому восстановлению функциональных показателей уже на госпитальном этапе послеоперационной реабилитации. Длительность операции в среднем составила 223,7 минуты (от 120 до 330 минут).

Обследование оперированных больных на сроках от 2-х до 10 лет после операции выявило нахождение 90 % больных в 1-2 ФК NYHA.

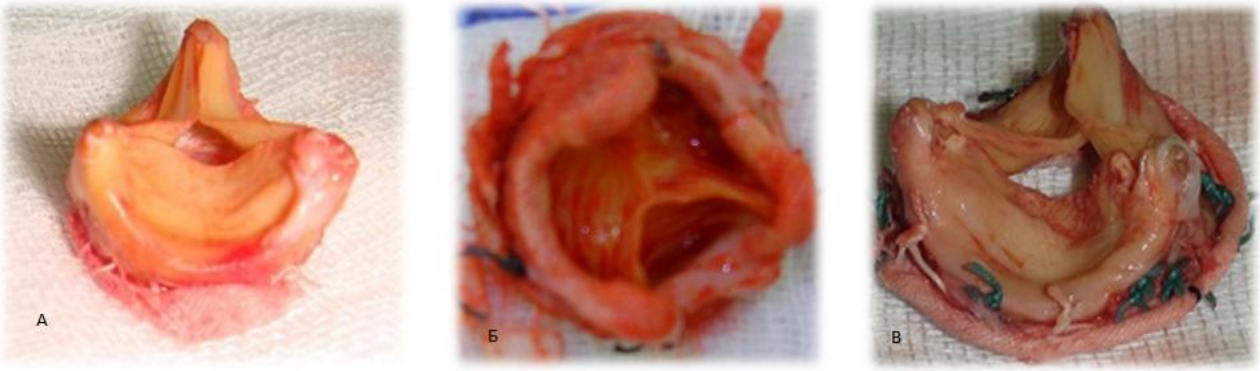


Рис. 1. Удаленный биологический клапан сердца: А – недостаточность клапана, Б – кальциноз створок клапана, В – стеноз клапана

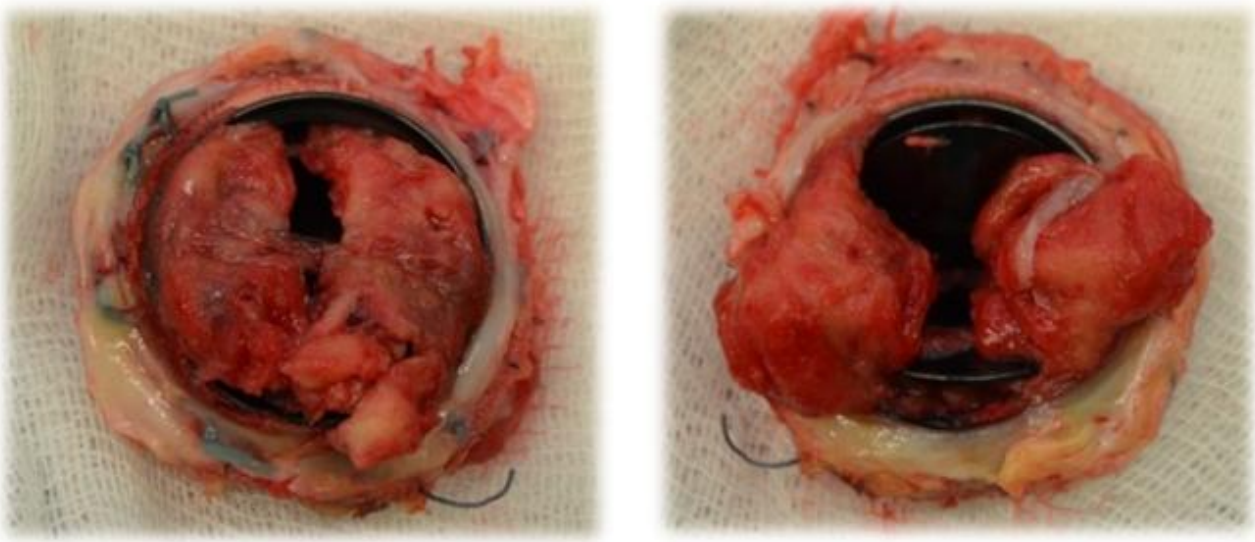


Рис. 2. Удаленный механический клапан сердца

Заключение и выводы. Основной причиной дисфункции механических клапанов сердца после операции является тромбоз протеза. Наиболее часто наблюдается тромбоз протеза в митральной позиции. Среди причин тромбоза важными являются неадекватный контроль МНО после операции, нерегулярный прием антикоагулянтов. Среди причин репротезирования биологических протезов преобладают явления дегенерации и кальциноза створок биологического клапана с развитием стеноза либо недостаточности. Высокая летальность у подобных пациентов связана с неотложностью оперативного лечения, наличием явлений острой сердечной недостаточности, развитием спаечного процесса в

полости перикарда и техническими сложностями визуализации камер сердца. Репротезирование клапанов сердца при их выраженной дисфункции является эффективным методом лечения данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Барбараш Л.С., Кокорин С.Г., Плотников Г.П., Шукевич Д.Л., Григорьев Е.В. Послеоперационные осложнения при репротезировании клапанов сердца. Сибирский медицинский журнал (г. Томск). - 2013. - Т. 28. - № 4. - С. 50-54.

2. Иванов В.А., Мьйо С.Х., Евсеев Е.П., Айдамиров Я.А. Повторные хирургические вмешательства на клапанах сердца у взрослых пациентов. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. - 2014. - Т. 7. - № 6. - С. 82-91.

3. Кокшина А.В., Хитрова М.Э., Колоскова Н.Н., Маленков Д.А., Косарева Т.И., Тетвадзе И.В., Берсенева М.И., Бокерия Л.А. Результаты протезирования митрального клапана у пациентов с гипертрофической обструктивной кардиомиопатией. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. - 2015. - Т. 16. - № S3. - С. 94.

4. Соболев Ю.А., Медведев А.П. Причины и результаты репротезирования клапанов при врожденных пороках сердца. Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. - 2015. - Т. 9. - № 3. - С. 23.

5. Шкет А.П., Островский Ю.П., Корпик О.С., Шумовец В.В. Оценка результатов операций репротезирования клапанов сердца. Кардиология в Беларуси. - 2011. - № 5. - С. 169.

УДК 617.753.3

Э.М. РАХИМОВА, М.М. ЗИЯТДИНОВА

ВЛИЯНИЕ ТЕМПОРАЛЬНОГО РАЗРЕЗА РОГОВИЦЫ 2,2 ММ ПРИ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИНДУЦИРОВАННОГО АСТИГМАТИЗМА

Научный руководитель – проф., д.м.н., Азнабаев Б.М.
Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. *Проведена оценка влияния темпорального разреза роговицы 2,2 мм на формирование индуцированного астигматизма. В большинстве случаев у больных регистрировался индуцированный астигматизм, не превышающий уровень физиологического: через 1 месяц после факоэмульсификации показатели индуцированного астигматизма превысили 1,0 D лишь в 15% случаев, через 3 месяца – в 9% случаев. Результаты исследования показали, что факоэмульсификация катаракты через темпоральный разрез роговицы длиной 2,2 мм может считаться астигматически нейтральной операцией.*

Ключевые слова: *факоэмульсификация, разрез 2,2 мм, индуцированный астигматизм.*

E.M. RAKHIMOVA, M.M. ZIYATDINOVA

INFLUENCE OF 2,2 MM TEMPORAL CORNEAL INCISION AT PHACOEMULSIFICATION ON INDUCED ASTIGMATISM FORMATION

Scientific Director – Prof., D.Sc. Aznabaev B.M.
Department of Ophthalmology, Bashkir State Medical University, Ufa

Resume. *Analysis of the influence of 2.2 mm temporal corneal incision on the induced astigmatism formation was performed. In most cases induced astigmatism did not exceed the level of physiological: 1 month after phacoemulsification the indicators of induced astigmatism exceeded 1,0 D only in 15% cases, after 3 months - in 9% cases. The results of the study showed that phacoemulsification through a 2.2 mm temporal corneal incision is an astigmatically neutral operation.*

Keywords: *phacoemulsification, 2,2 mm incision, induced astigmatism.*

Актуальность. Индуцированный астигматизм возникает в результате проведения операционных разрезов наружной оболочки глаза в корнеосклеральной и роговичной области. Одним из наиболее типичных видов этого астигматизма является индуцированный астигматизм, возникающий после экстракции катаракты [1]. Среди основных факторов,

влияющих на степень и вид индуцированного астигматизма, значительное место занимают длина, форма, профиль и топография разреза роговицы [2]. Тщательное планирование локализации разреза при проведении факоэмульсификации катаракты (ФЭК) является важным фактором, позволяющим минимизировать индуцированный астигматизм [3].

Цель исследования – оценить влияние темпорального разреза роговицы 2,2 мм на формирование индуцированного астигматизма.

Материалы и методы. В исследование вошли 33 пациента (33 глаз), из них 14 (42,4%) женщин и 19 (57,6%) мужчин в возрасте от 21 до 88 лет (средний возраст 70,16±11,7 лет). Всем пациентам за период с ноября 2015 г. по май 2016 г. была проведена ФЭК в Центре лазерного восстановления зрения «Оптимед» г. Уфа. Все операции были выполнены одним хирургом. Во всех случаях тоннельный разрез локализовался в меридиане 180^0, длина разреза роговицы составила 2,2 мм. Предоперационное и послеоперационное обследование через неделю, 1 и 3 месяца включали следующие методы исследования: визо-, пери-, авторефракто-, керато-, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, эхобиометрию.

Расчет индуцированного астигматизма проводился с учетом показателей кератометрии по методу Holladay-Cravy-Koch [4]. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программного пакета SPSS Statistics ver.22.

Результаты и обсуждение. Интра- и послеоперационных осложнений отмечено не было. Роговичный шов не был наложен ни в одном из случаев. Через неделю после проведения факоэмульсификации показатели индуцированного астигматизма, рассчитанные по методу Holladay-Cravy-Koch, были следующие: медиана составляла 0,73 D, 25-й процентиль равен 0,3 D, 75-й процентиль - 1,71 D.

Известно, что стабилизация индуцированного астигматизма после проведения ФЭК происходит со 2 недели послеоперационного периода. Поэтому некорректно судить о влиянии тоннельного разреза на формирование индуцированного астигматизма, опираясь только на недельный срок [5,6].

Таблица 1

Показатели индуцированного астигматизма после проведения факоэмульсификации через темпоральный разрез роговицы 2,2 мм

Показатели (D)		
	1 месяц	3 месяца
Медиана	0,49	0,42
Квартили		

25%	0,34	0,26
75%	0,7	0,71

При сравнении результатов через 1 и 3 месяца сроков после проведения ФЭК (Таблица 1) отмечено снижение индуцированного астигматизма, при этом различия статистически не достоверны (p=0,39).

Рассчитана процентная доля пациентов, у которых индуцированный астигматизм превышал уровень физиологического астигматизма через 1 и 3 месяца. Анализ полученных данных показал, что в подавляющем большинстве случаев у больных регистрировался индуцированный астигматизм до 1,0 D: через 1 месяц после проведения показатели индуцированного астигматизма превысили 1 D лишь в 15% (5 из 33 глаз) случаев, а через 3 месяца – в 9% (3 из 33 глаз).

Выводы.

Факоэмульсификация через темпоральный разрез роговицы длиной 2,2 мм может считаться астигматически нейтральной операцией. Через 1 и 3 месяца после ФЭК показатели индуцированного астигматизма в большинстве случаев (85-91%) не превышают уровень физиологического астигматизма.

ЛИТЕРАТУРА:

1.Радзиховский Б.Л. Астигматизм человеческого глаза. М.: Изд-во «Медицина», 1969. 196 с.

2. Катаракта. / З.Ф. Веселовская [и др.]. Киев: Книга плюс, 2002. 208 с.

3. Surgically induced astigmatism after phacoemulsification in eyes with mild to moderate corneal astigmatism: temporal versus on-axis clear corneal incisions / E. Borasio [at al.]. J. Cataract Refract. Surg., 2006. Vol. 32, P. 565-572.

4. Calculating the surgically inducted refractive change following ocular surgery / J.T. Holladay [et al.]. J. Cataract Refract. Surg., 1992. Vol.18, P. 429-443.

5. Astigmatism outcomes of horizontal temporal versus nasal clear corneal incision cataract surgery / I. S. Barequet [et al.]. J. Cataract Refract. Surg. 2004. Vol. 30, P. 418-423.

6. Astigmatic stabilization of 3.0 mm temporal clear corneal incision / S. Masket, G. Tennen. J. Cataract Refract. Surg. 1996. Vol.22, P. 1451-1455.

УДК 616.728.2-036.838:615.8:001.895

Е.С. КУЛАГИН, С.Ю. БОРИНСКИЙ

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОСТЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Научный руководитель — д. м. н., профессор А.В. Яшков

Кафедра медицинской реабилитации, спортивной медицины, физиотерапии и курортологии, Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Резюме: *остеоартроз является неизлечимым заболеванием, лечебные мероприятия могут уменьшить болевой синдром, улучшить функциональное состояние суставов, предотвратить развитие деформации суставов и дальнейшее разрушение суставного хряща, предупредить инвалидизацию и улучшить качество жизни больного. Для изучения эффективности лечебно-реабилитационных комплексов пациенты были разделены на две однородные группы: контрольная получала стандартные реабилитационные процедуры - ЛФК, массаж, электростимуляция, механотерапия. Группа сравнения дополнительно получала гравитационную терапию и сеансы волнового биомеханического массажа. Значительные позитивные изменения были выявлены у пациентов группы сравнения, получавшей сеансы волнового биомеханического массажа и гравитационную терапию. Положительный клинический эффект получен у подавляющего большинства больных, который выражался в быстром уменьшении отека и исчезновении болевого синдрома, отчетливом нарастании мышечной силы и устранении контрактуры в пораженном суставе.*

Ключевые слова: *остеоартроз, тазобедренный сустав, гравитационная терапия, прессотерапия.*

E.S. KULAGIN , S.U. BORINSKII

INNOVATIVE METHODS OF PHYSIOTHERAPY IN COMPLEX REHABILITATION OF HIP JOINT OSTEOARTHROSIS

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor A.V. Yashkov

Department of medical rehabilitation, sports medicine, physiotherapy and balneology, Samara state medical university, Samara

Abstract: *osteoarthritis is an incurable disease. Treatments can reduce pain, improve the function of the joints, prevent the development of joint deformation and further destruction of the articular cartilage, prevent disability and improve the quality of life of the patient. To study the efficiency of treatment and rehabilitation patients were divided into two similar efficiency groups: control group received standard rehabilitation treatment - exercise therapy, massage, electrical*

stimulation, hydrotherapy. The comparison group received additional gravitational therapy and session wave biomechanical massage. Significant positive changes were revealed in patients of the comparison group who received sessions of wave biomechanical and gravitational massage therapy. Positive clinical effect was achieved in the majority of cases, which was expressed in the rapid reduction of edema and the disappearance of pain, a distinct increase of muscle strength and elimination of contractures in the affected joint.

Key words: *osteoarthritis, hip joint, gravitational therapy, pressure therapy.*

Актуальность. Остеоартроз (ОА) - гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц. ОА вовлекает в патологический процесс в первую очередь крупные тазобедренные суставы и этим значительно ухудшает качество жизни больных, приводя к инвалидизации. Согласно последним эпидемиологическим исследованиям распространенность в популяции симптоматического ОА тазобедренного составляет 5–7%. В настоящее время распространенность данного заболевания неуклонно растет, что связано с увеличением продолжительности жизни населения и лиц с избыточной массой тела в возрасте 60 лет и старше [7].

Цель исследования. Повысить эффективности реабилитационных мероприятий у пациентов старших возрастных групп с остеоартрозом тазобедренного сустава с применением инновационных физиотерапевтических методик.

Основными задачами исследования было разработка для пациентов с остеоартрозом тазобедренных суставов нового патогенетически обоснованного лечебно-реабилитационного комплекса, включающего гравитационную терапию и волновой биомеханический массаж для нормализации объёмного кровотока в нижних конечностях, стимуляции репаративных процессов в костной и хрящевой ткани тазобедренного сустава [4,5,6].

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 589 пациентов с остеоартрозом тазобедренных суставов, которым проводили лечебно-реабилитационные мероприятия в условиях стационарного отделения медицинской реабилитации Клиник Самарского государственного медицинского университета. Из них мужчин – 256, женщин – 333. Средний возраст составил 67 лет.

Всем больным до и после лечения (3, 6 и 12 месяцев.) проводилось контрольное диагностическое обследование, которое включало: клинико-рентгенологическую оценку, лабораторную диагностику, электоромиографию, реовазографию.

Для изучения эффективности лечебно-реабилитационных комплексов пациенты были разделены на две однородные группы с примерно одинаковой тяжестью заболевания. При этом одна группа (сравнения) в количестве 256 человек получала стандартные реабилитационные процедуры (ЛФК, массаж, электростимуляция, механотерапия). Вторая (опытная группа), в количестве 333 человек, дополнительно получала гравитационную терапию и сеансы волнового биомеханического массажа [1,2,3]. Методика применения физических факторов предусматривала последовательное применение указанных процедур курсом по 10-12 процедур.

Результаты и обсуждение. Проведение лечебно-реабилитационных мероприятий выявило положительную динамику в клинической картине обеих групп пациентов. Однако, более значительные позитивные изменения были выявлены у пациентов опытной группы, получавшей сеансы волнового биомеханического массажа и гравитационную терапию. Клинические проявления выражались в уменьшении отёчности, болезненности (шкала ВАШ), увеличение объёма движений, более раннем улучшении биомеханики движений в поражённом суставе на стационарном этапе реабилитации. Данные рентгенографии (3 мес., 6 мес., 12 мес.) в опытной группе демонстрировали уменьшение деструктивный проявлений в костной, хрящевой и мышечной ткани в области тазобедренного сустава. В группе сравнения, у части больных, наблюдались признаки наличия зон деструктивных изменений костной и хрящевой ткани и оссификации мягких тканей в области сустава. Болевой синдром (шкала ВАШ) в сравнительной группе сохранялся умеренно выраженный – 2-4, в опытной группе – 0-2. Данные ЭМГ свидетельствовали о достоверно большой функциональной активности ягодичных групп мышц и мышечных групп бедра поражённой конечности у пациентов опытной группы. Данные реовазографии отражали значимое увеличение объёмной скорости кровотока в поражённой конечности по отношению к группе сравнения.

Оценка по тестовым шкалам Лекена и Харриса показала значительные улучшения в опытной группе по сравнению с до реабилитационным периодом и сравнительной группой. Лекена: 14-18 баллов до лечения, 8-10 баллов в сравнительной группе и 6-8 баллов в опытной. Харриса: 20-25 баллов до лечения, 55-70 баллов в сравнительной группе, 60-84 балла в опытной группе пациентов.

Заключение и выводы. Таким образом, предложенный лечебно-реабилитационный комплекс является достаточно эффективным на стационарном этапе реабилитации у больных остеоартрозом тазобедренного сустава. Комбинированное патогенетическое воздействие гравитационной терапии и волнового биомеханического массажа способствовало активизации регионарного кровотока, венозной циркуляции в зоне поражённого сустава и, как следствие, выраженному уменьшению клинических и функциональных проявлений остеоартроза тазобедренного сустава у пациентов старших возрастных групп. Это обеспечивало более раннее восстановление функции пораженной конечности и повышало качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Котельников Г.П., Яшков А.В. Гравитационная терапия. М.: Медицина, 2003. 244с.
2. Котельников Г.П. Экспериментальное обоснование гравитационной терапии. М.: Медицина, 2005. 280 с.
3. Котельников Г.П., Яшков А.В. Гравитационная терапия в коррекции нарушений репаративного остеогенеза: Монография. — Самара, 2000. 208с.
4. Савельев В.С., Савельев Б.С. Комплекс новых пневмобиомеханических средств, применяемях в медицинской реабилитации работников, имеющих значительные нагрузки и факторы риска. Методические рекомендации для врачей. С.: 2012, С.6.
5. Яшков А.В., Поляков В.А., Егорова Е.В., Богуславский Д.Г., Власова Т.В. «Применение комплекса лечебно-реабилитационного волнового массажа «БИОМ–ВОЛНА» у пациентов с двигательными нарушениями верхней конечности, вызванными острыми нарушением мозгового кровообращения. С.: 2016.
6. Яшков А.В., Боринский С.Ю., Кулагин Е.С. Реабилитация пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава с сопуствующими дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника // Организационные и клинические вопросы оказания помощи больным в травматологии и ортопедии. Воронеж: Издательско-полиграфический центр "Научная книга", 2016. С. 133-135.
7. Arden N., Nevitt M.C. Osteoarthrosis: epidemiology // Best Pract Res Clin. 2006. Vol. 20 (1). P. 3–25.

УДК 618.3-618.4

В.М.МОРОЗОВА, С.Р.САФИУЛЛИНА, А.К.ОСМАНОВИЧ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КАК МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Научный руководитель — д. м. н., профессор Хасанов А.Г.,
д.м.н., профессор Суфияров И.Ф., Журавлев И.А.
Кафедра хирургических болезней,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Приводятся результаты кесарево сечения как метод родоразрешения у 17 беременных с острым аппендицитом. При осложнении беременности развитием острого аппендицита при доношенном и почти доношенном плоде родоразрешение путем кесарево сечения является методом выбора. Наличие в арсенале современных антибактериальных препаратов позволяет успешно купировать воспалительные процессы со стороны брюшины.*

Ключевые слова: *острый аппендицит, беременность, кесарево сечение*

V.M.MOROZOVA, S.R.SAFIULLINA ,A.K.OSMANOVICH

CAESARIAN OPERATION AS A METHOD OF DELIVERY IN ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANT

Scientific Advisor — Ph.D. in Medicine, Full Professor A.G. Khasanov., Ph.D. in Medicine, Full Professor I.F. Sufiyarov., I.A. Zhuravlev.
Department of surgical diseases, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *Results of Caesarian operation as method of delivery from 17 pregnant women with acute appendicitis. When complications of pregnancy the development of acute appendicitis at term and near term the fetus delivery by cesarean section is the method of choice. The presence in the arsenal of modern antimicrobial drugs can successfully arrest the inflammatory process from the peritoneum.*

Keywords: *acute appendicitis, pregnancy, cesarean section*

Актуальность: Осложнение течения беременности развитием острого аппендицита создает сложную экстренную ситуацию от решения которой зависит судьба двух жизни. Относительно высокая летальность и перинатальные потери, безусловно, связаны с трудностями диагностики острой хирургической патологии на фоне беременности, атипичностью, многоликием клинической картины заболевания [1-5].Наиболее сложные диагностические и тактические задачи возникает при равитии острого аппендицита в III-триместре беременности, когда применение видеолапароскопии крайне затруднена или является спорным ,а ультразвуковая диагностика не всегда достаточно информативна [6]. Ряд авторов при ОА, особенно с деструктивными изменениями, во второй половине

беременности считают более целесообразным проводить нижнесрединную лапаротомию. В.Н. Серов и соавт. считают, что при наличии острого аппендицита абдоминальное родоразрешение может быть проведено только по жизненным показаниям (кровотечение при отслойке нормально расположенной или предлежании плаценты) [4].

Цель исследования: Оптимизация методов родоразрешения при сочетании беременности с острым аппендицитом в больших сроках гестации.

Материал и методы: В хирургическое и родильное отделения ГКБ№8 за период 2006-2015 годы госпитализированы 159 беременных по поводу острого аппендицита. Из них 73(45,9%) экстренно оперированы по поводу острого аппендицита. Среди них 13 (17,8%) женщин находились на первом , 34(46,6%) на втором и 26 (35,6%) женщин на третьем триместре беременности. Наиболее трудной задачей в диагностическом и тактическом плане являются беременные находящиеся в третьем триместре беременности . Дифференциальная диагностика между клиникой острого аппендицита и патологией обусловленной самой беременностью затруднена так как наиболее часто встречаемые симптомы острого аппендицита как повышение температуры тела, тошнота и рвота могут быть обусловлены гестозом , а появление боли может быть связано с угрозой прерывания беременности, что является причиной удлинения сроков динамического наблюдения. В среднем сроки дооперационного наблюдения у этих больных составили 12,7±3,1 час. В таких случаях диагностические и тактические вопросы решаются коллегиально путем организации консилиума в составе опытных врачей хирурга, акушер-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики и анестезиолога. У 12 беременных после консилиума врачей решено пролонгировать беременность и выполнить аппендэктомию. У 6 женщин при сроке беременности 28-31 недель выполнена лапароскопическаяаппендэктомия и у 6 беременных через разрез Волковича-Дьяконова. Терапию угрожающего выкидыша у всех беременных в III триместре после традиционной аппендэктомии через доступа по Волковичу-Дьяконова или с использованием лапароскопических технологий проводили с использованием внутривенных капельных иньекций 25% раствора сульфата и утрожестана в течении 6 - 7 дней. У 14 беременных родоразрешение выполнено путем кесарево сечения в нижнем сегменте и аппендэктомия. У всех женщин кому выполнено аппендэктомия и кесарево сечение срок гестации составило от 34до 38 недель.

Результаты и обсуждение: На наш взгляд, учитывая наличие объективных причин, ограничивающих применения высокоинформативных методов диагностики, каким является лапароскопии, при оценке клинической картины острого аппендицита необходимо учитывать результаты ультразвукового исследования. В нашем клиническом материале

применение УЗИ хотя не подтвердило наличие острого аппендицита из-за трудной визуализации органа, но дала возможность исключить патологию связанной самой беременностью т.е. бесспорным в плане дифференциальной диагностики. У всех 12 беременных оперированных с применением способов открытой или лапароскопической техники выявлены деструктивные формы воспаления. Интра- и послеоперационных осложнений не наблюдали. У 17 беременных ,которым предполагалась родоразрешение путем кесарево сечения и аппендэктомия у 14 женщин интраоперационно выявлены деструктивные формы аппендицита(у 11-флегмонозная ,у 3-х –гангренозный аппендицит).Только у одной беременной диагностирован катаральный аппендицит. В данном случае при дооперационном обследовании мы не могли исключить развитие острого аппендицита. Учитывая доношенность плода (37-недель) и малый срок до срочных родов решено выполнить нижнесрединную лапаротомию и кесарево сечение при подтверждении диагноза острого аппендицита и операцию аппендэктомию. При этом данный случай нельзя трактовать как диагностическая ошибка. Ведь такую форму острого аппендицита признают многие хирурги, тем более если учитывать фазность течения аппендицита эта начальная форма воспаления. В одном случае флегмонозный аппендицит развился на фоне тяжелой акушерской патологии. При сроке 37 недель беременности с дихориальной диамниотической двойни с центральным предлежанием и истинным приращением плаценты развился острый флегмонозный аппендицит. Больной выполнена срединная лапаротомия, кесарево сечение, экстирпация матки и аппендэктомия с благоприятным исходом. Этим женщинам операцию начинали с кесарева сечения, затем после ушивания матки производили аппендэктомию и дальнейшие манипуляции, связанные с лечением перитонита. При изучении ближайших результатов лечения беременных ,у которых операция аппендэктомия сопровождалась родоразрешением путем кесарево сечения серьезных осложнений не наблюдали. На наш взгляд такая тактика ,хотя расширяет показания для кесарево сечения, является вполне оправданной. В таких случаях выполнение аппендэктомии с применением локального доступа и пролонгирование беременности до срочных родов является спорным. Учитывая малые сроки до наступления срочных родов и неизбежность потужной деятельности при неокрепшем послеоперационном рубце после аппендэктомии возникают естественные вопросы и сомнения о целесообразности такой тактики. С другой стороны в условиях реального практического здравоохранения в настоящее время трудно найти врача акушер-гинеколога который профессионально умеет и имеет опыт наложения акушерских шипцов. Наличие послеоперационного шва после

выполненной аппендэктомии не всегда обеспечивает эффективность потужного периода даже после перинео- эпизотомии. С этой точки зрения такая максимальная активность в отношении родоразрешения является вполне оправданным с целью быстрого устранения существующей угрозы для плода и в последующем оптимальна для матери. При этом необходимо учесть что, родоразрешение путем кесарева сечения является в техническом плане хорошо отработанной и часто выполняемой операцией (до 30%) и не представляет больших затруднений. В 2-х случаях ввиду распространенного пельвеоперитонита с привлечением стенки матки выполнено кесарево сечение с последующей экстирпацией матки и аппендэктомия. В последующем проводилась комплексная терапия перитонита с благоприятным исходом.

Заключение и выводы:

1.При осложнении беременности развитием острого аппендицита при доношенном и почти доношенном плоде родоразрешение путем кесарево сечения является методом выбора.

2.Наличие в арсенале современных антибактериальных препаратов позволяет успешно купировать воспалительные процессы со стороны брюшины.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Доброквашин С.В., Измайлов А.Г., Волков Д.Е, Бердникова Е.А. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных //Практическая медицина.- 2010.- № 8.- С.32-36

2. Иванов Г.И. Беременность и острый аппендицит: Дис. д-ра мед. наук. -М. 1965.

3. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. М.: Медпрактика-М, 2002. 244 с.

4. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1997. 512 с.

5.Стрижаков А. Н. ,Черноусов А .Ф. ,Самойлова Ю. А. ,Рыбин М.В. Беременность и острый аппендицит. Издательский дом «Династия»,М.,2010, 159 с.

6.Хасанов А. Г., Журавлев И. А., Бадретдинова Ф. Ф., НуриеваА.Р., Мамедова О.М Беременность и острый аппендицит: фнерешенные и спорные аспекты проблемы (Обзор литературы) Научное обозрение 2016.-№1.- С.40-47

УДК 616-007

ТАЗТДИНОВА Л.И. , КАЛИНИНА А.Ю.

КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гумеров А.А.

Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Резюме: *представлены результаты собственных исследований архивных материалов 42 новорожденных девочек с кистами яичников за период с 2010 по 2016 год, находящихся в клинике детской хирургии БГМУ отделении новорожденных на базе ГБУЗ РДКБ г. Уфы. Проведен анализ результатов лапароскопического лечения кист яичников у новорожденных.*

Ключевые слова: *Киста яичников, новорожденные, лапароскопия.*

TAZTDINOVA L.I., KALININA A.U.

OVARIAN CYSTS IN NEWBORNS

Scientific Advisor - Ph.D. in Medicine, Full Professor Gumerov A. A.

Department of Pediatric Surgery with the course IDPO, Bashkir state medical University , Ufa.

Abstract: *the article presents the results of own research of archival materials 42 baby girls with ovarian cysts during the period from 2010 to 2016 in the clinic of pediatric surgery BSMU the neonatal unit on the basis of GBUZ RCCH Ufa. The analysis of results of laparoscopic treatment of ovarian cysts in newborns.*

Key words: *ovarian Cysts in neonates, laparoscopic treatment.*

Актуальность: лечение кист яичников новорожденных вызывает у врачей отпределенные трудности. Благоприятный результат лечения данной патологии зависит от ранней диагностики и своевременного комплексного лечения [1,2].

Цель исследования: анализ результатов лапароскопического лечения кист яичников у новорожденных.

Материалы и методы: наши исследования основаны на анализе результатов и лапароскопического лечения новорожденных девочек с кистами яичников в возрасте от 1 дня до 2,5 месяцев находившихся за период с 2010г. по 2016г. в клинике детской хирургии отделении новорожденных на базе ГБУЗ РДКБ .

Результаты и обсуждение: Из 42 наблюдавшихся девочек естественным путем родилось 35 девочек, путем кесарево сечения-7 девочек. Из них доношенными родились в срок(38-42 недели) - 37, недоношенными родились 5 девочек. Изучение частоты

возникновения кист яичников в зависимости от количества беременности показало, что в большинстве случаев девочки с данной патологии родились от первой беременности.

От первой беременности родилось (17) ,от второй беременности (11), от третьей беременности (4),от четвертой беременности (6), от пятой беременности (4).

Считается, что развитию кист способствуют патологическое течение беременности и высокое содержание хорионического гонадотропина в системе «мать— плод». У всех матерей были зарегистрированы от одного до нескольких хронических заболеваний: трихомонадный кольпит (4), бактериальный вагинит (1), носительство токсоплазмоза (1), носительство цитомегаловируса (2), носительство хламидий (1), носительство микоплазм (1), кандидозный вагинит (2), носительство гепатита В (1), хронический пиелонефрит (8), хронический отит (1), нефропатия (1). Также отмечены такие патологические состояния такие как маловодие(1), многоводие (3), гестоз (2), умеренная преэклампсия (1), рубец матки (2), водянка (4), плацентарная недостаточность (2), анемия (12).

Наиболее информативным и безопасным методом диагностики кист яичников у новорожденных является ультразвуковое исследование. В наших случаях наличие дополнительного кистозного образования яичника обнаружено антенатально у 40 девочек, из них в третьем триместре обнаружено у 38 девочек ,а во втором триместре у 2 девочек. У 2 девочек обнаружили кистозное образование яичника при проведении УЗИ после родов. У 28 девочек на УЗИ ОБП визуализируется жидкостное образование овальной формы с четкими неровными контурами неоднородной структуры с большим количеством взвеси внутри . У 14 девочек на УЗИ ОБП визуализируется жидкостное образование с ровными четкими контурами. Размеры овариальных кист от 2,7Х2,0 см до 9,2Х6,0см.

Состояние детей было расценено как удовлетворительное. Девочки развивались соответственно периоду новорожденности, болевой синдром отсутствовал, проходимость кишечника и мочевых путей не были нарушены.Показанием к операции явились большие размеры опухоли, наличие взвеси в жидкостном компоненте образования и дополнительных плотных эхотеней, отсутствие инволюции кист в процессе наблюдения . Все 42 девочки с овариальными кистами были прооперированы под эндотрахеальным наркозом лапароскопическим доступом. Лапароскопическая операция начинается с установки в нижней параумбиликальной точке 2,3мм (3,6мм) троакара для операционной видеосистемы (фирмы К.Storz). При помощи электронного инсуфлятора накладывается карбооксиперитонеум и давление в брюшной полости поддерживалось на уровне 4-5мм.рт.ст Далее устанавливались дополнительные 2,3мм (3,6мм) троакары для рабочих инструментов. При осмотре брюшной полсти и малого таза были выявлены кистозные образования

диаметром от 50,0 мм до 100,0 мм. У 32 из наблюдаемых выявлен перекрут кисты. Перекрут с асептическим некрозом был обнаружен у 28 девочек.В пяти случаях отшнуровавшаяся киста лежала в малом тазу. При перекруте ножки кисты без раскручивания накладывали эндозажим ниже места перекрута и в режиме биполярной коагуляции производили отсечение кисты. Путем расширения одного из дополнительных троакарных доступов для инструментов до 1,0–1,5 см киста извлекается из брюшной полости. Кисту пунктируют. Проводится аспирация содержимого. Аспирационная жидкость отправляется на гистологическое исследование. В 8 случаях из 42 произвели цистэктомию кисты. В 9 случаях произвели резекцию-иссечение поврежденных тканей яичника В остальных 25 случаях проводилась аднексэктомия. В связи с некрозом и полным перекрутом ножки кисты яичника, а также одной девочки проводилась в связи с большим размером. Послеоперационных период протекает без осложнений.

По нашим данным киста правого яичника отмечается у 20 девочек, киста левого яичника у 21 девочки ,а киста и правого и левого яичника встречается у одной девочки .Полный перекрут с асептическим некрозом был зарегистрирован у 28 девочек , у 5 из них произошло отшнуровование ,частичный перекрут был зарегистрирована у 4 девочек.

Содержимым кист, подвергшихся асептическому некрозу, была неоднородная темная, с включениями в виде хлопьев жидкость. В 4-х случаях полных перекрученных кист удалось сохранить яичник . В данных случаях была проведена Резекция.До операции изменения со стороны противоположного яичника(кистозные изменения) при УЗИ были выявлены только в 5 случаях. После операции состояние удовлетворительное. Осложнений нет.

В среднем -17 койко дней.

Заключение и выводы: Перинатальный УЗ-скрининг позволяет своевременно выявить кистозное образование, что способствует своевременному оперативному лечению. Лапароскопия является эффективным малоинвазивным методом лечения кист яичников у детей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Адамян Л.В. Подубный И.В., Глыбина Т.М.,Федорова Е.В. Лапароскопия при куистах яичника и брюшной полости у девочек.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007г.
2. Вольф А.С. ,Миттаг Ю.Э. Атлас детской и подростковой гинекологии - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004 г.

УДК 616.64-007

В.М. ЕГОРОВ

КЛИНИКА ПЕРСИСТЕНЦИИ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ У МАЛЬЧИКОВ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Научные руководители – д.м.н., профессор А.А. Гумеров, д.м.н., доцент С.Ю. Муслимова
Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО, Кафедра акушерства и гинекологии №1,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Резюме: *В статье проведен анализ 3 случаев персистенции мюллеровых протоков у мальчиков в возрасте 2, 4 и 5 лет. Во всех наблюдениях порок развития был выявлен, только при повторных лапароскопических операциях произведенных из-за неудачных попыток низведения яичка.*

Ключевые слова: *Синдром персистенции мюллеровых каналов.*

V.M. EGOROV

CLINICAL SYMPTOMS OF PERSISTENCE OF MULLERIAN DUCTS IN THE BOYS OF EARLY CHILDHOOD

Scientific Advisor - Ph.D. in Medicine, Full Professor A.A. Gumerov,
Associate professor, S.YU. Muslimova.
Pediatric Surgery with the course of IDPO ,Department of Obstetrics and Gynecology №1, Bashkir State Medical University, Ufa.

Abstract: *The article analyzes 3 cases of persistence Mullerian ducts in boys aged 2, 4,and 5 years. In all the observations, the developmental defect was revealed, only with repeated laparoscopic operations performed due to unsatisfactory results in the first studies of cryptorchism.*

Keywords: *Syndrome of the Mullerian channel persistence.*

Актуальность: синдром персистенции мюллеровых протоков (СПМП) у мальчиков является чрезвычайно редкой патологией [1, 5]. До последнего времени в литературе имелось всего 100 описаний данной патологии [1]. Синдром персистенция мюллерорвых протоков клинически характеризуется наличием матки, маточных труб, и влагалищного отростка урогенитально синуса у лиц мужского пола с кариотипом 46 XY [2,3,5] В связи с редкостью заболевания, отсутствуют алгоритмы диагностики и лечения [2]. Отмечая высокий процент органоуносящих операций при данной патологии у мальчиков,

большинство исследователей считают, что у пациентов с симптомом непальпируемого яичка необходимо проводить более тщательное обследование [3,4,5]. Подчеркивается высокая диагностическая информативность ультразвукового исследования органов малого таза и брюшной полости [1,5]. При лечении крипторхизма необходимо расширить показания для лапароскопии, которая, несомненно, поможет в диагностике не только СПМП, но и других вариантов нарушения формирования пола, а также позволит, обладая малой инвазивностью избежать неоправданной травматичной ревизии при атрофии яичка [1,3,5].

Цель исследования: выявить особенности клиники и причины диагностических ошибок при персистенции мюллеровых протоков у мальчиков раннего детского возраста.

Материалы и методы: объектом исследования явились 3 мальчика в возрасте 2, 4, 5 лет с персистенции мюллеровых протоков. Предметом исследования явились особенности клинических проявлений и причины диагностических ошибок. Нами было проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов, получивших лечение к Республиканской клинической больнице и Больнице скорой медицинской помощи г. Уфы за период 2012 -2016 гг

Результаты и обсуждения: Самый младший пациент впервые был госпитализирован в урологическое отделение в возрасте 2 лет с диагнозом крипторхизм для планового оперативного лечения. До этого его наблюдали в поликлинике по месту жительства. Ребенок родился от здоровых родителей, первой беременности и первых родов протекавшей без осложнений. Рос и развивался соответственно возрасту. Наружные половые органы у мальчика были сформированы правильно, по мужскому типу, кавернозные тела и головка полового члена развиты соответственно возрасту. Во время операции яичка в паховом канале не было обнаружено, в связи с чем ребенку была проведена лапароскопическая ревизия брюшной полости, при которой были выявлены матка, маточные трубы и гонады, расположенные у ампулярных концов маточных труб размерами справа 18х10х6 мм, слева 16х8х6 мм. Ребенок был выписан из стационара для дальнейшего обследования и определения кариотипа. Спустя полгода больному была выполнена лапароскопическая операция – удаление матки и фиксация яичек под кожей передней брюшной стенки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Второму пациенту в возрасте 3 лет была произведена операция низведения яичника, в послеоперационном периоде противоположное яичко ушло в брюшную полость. Ребенок был повторно госпитализирован и во время диагностической лапароскопии в брюшной полости были обнаружены матка и маточные трубы. Также как первом случае мальчик был

выпсан из стационара для обследования. Уже в возрасте 4 лет ему была произведена лапароскопическое удаление матки и фиксация яичек под кожей передней брюшной стенки.

В третьем случае ребенок поступил в детское хирургическое отделение в возрасте 5 лет по поводу двустороннего крипторхизма. Во время диагностической лапароскопии в брюшной полости были обнаружены матки и маточные трубы. Матка была удалена, но попытка низведения яичек окончилась неудачей, и яички были удалены. При гистологическом исследований обе гонады были гипоплазированы.

Заключение и выводы:

1. Анализ 3 наблюдений больных с персистенцией мюллеровых каналов демонстрирует необходимость тщательного обследования больных с крипторхизмом и синдромом непальпируемого яичка еще в младенческом возрасте.
2. Отсутствие знаний педиатров, детских хирургов и детских урологов о синдроме персистенции мюллеровых протоков приводит к поздней диагностике, напрасным операциям а зачастую к тяжелым органоуносящим операциям.

ЛИТЕРАТУРА:

1. АБ. Окулов, ВВ. Негмаджанов. Хирургические болезни репродуктивной системы и секстрансформационные операции. М.: 2000. С. 103-104.

2. ВБ Черных, Л.Ф. Курило. Синдром персистенции Мюллеровых протоков (обзор литературы) // Проблемы репродукции, №4, 2001. С. 20-24.

3. Farag T.I. Familial persistent Mullerian duct syndrome in Kuwait and neighboring populations. Am J Med Genet 1993; 47: 432-434.

4. Hutson J.M., Davidson P.M., Reece L., Baker M.L., Zhou B. Failure of gubernacular development in the persistent Mullerian duct syndrome allows herniation of the testes. Pediat Surg Int 1994; 9: 544-546.

5. Imbeaud S., Carre-Eusebe D., Rey R., Belville C., Josso N., Picard J.Y. Molecular genetics of the persistent Mullerian duct syndrome: a study of 19 families. Hum Mol Genet 1994; 3: 125-131.

УДК 616.366-003.7:616-089.163

Р.А. НИЗАМОВ

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель - д.м.н., профессор Ш.В. Тимербулатов

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *в статье описываются выявленные особенности клинических проявлений, биохимических и инструментальных показателей желчнокаменной болезнью у пациентов в предоперационном этапе.*

Ключевые слова: *желчнокаменная болезнь, инструментальные исследования в хирургии.*

R.A. NIZAMOV

CLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE DURING BEFORE SURGICAL TREATMENT

Scientific advisers – Ph. D. in Medicine, Full professor Sh.V. Timerbulatov
Department of surgery with the course of endoscopy IPE,
Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *this article is about clinical, instrumental and biochemical features of the patients with gallstone disease before surgical treatment.*

Key words: *gallstone disease, instrumental research in surgery.*

Актуальность. Среди заболеваний желчного пузыря лидирующее место принадлежит желчнокаменной болезни (ЖКБ, холелитиаз) - полиэтиологическое дистрофически-дисметаболическое заболевание гепатобилиарной системы с преимущественным формированием камней в желчном пузыре. Единственным способом лечения желчнокаменной болезни остается холецистэктомия, которая в настоящее время занимает 2-е место после аппендэктомии среди оперативных вмешательств [1,2].

Цель работы. Установить особенности клинической характеристики больных желчнокаменной болезнью на предоперационном этапе.

Материалы и методы. В исследование было включено 128 пациентов, поступивших в стационар с установленным первоначальным диагнозом желчно-каменная болезнь за период 2013-2015г. в больнице скорой медицинской помощи г. Уфы. Которым в последующем была произведена холецистэктомия. Средний возраст составил 47±2,1 лет, из них женщин 83 (64,8%) и мужчин 45 (35,2%). Со всеми пациентами проводилось информирование об их правах и достигалось их согласие на соответствующее лечение и обследование.

Критерии исключения из исследования: наличие тяжелой сопутствующей патологии (онкопатология, хронические заболевания в стадии декомпенсации, кардиохирургические вмешательства).

Диагноз желчнокаменной болезни верифицировался согласно МКБ 10 (К80) и по классификации ЖКБ принятой в 2002 году III Съездом научного общества гастроэнтерологов России.

Обследование проводилось до оперативного лечения (лапароскопической и минилапаротомной холецистэктомии).

Группой контроля были 25 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с группой обследованных больных.

Результаты и обсуждение. В клинической картине больных ЖКБ превалировали жалобы на ощущение чувства тяжести и распирания в области правого подреберья у 94 (73,44%), боли в эпигастральной области у 72 (56,25%); отрыжку воздухом у 32 (25,0%), неустойчивый стул у 37 (28,91%), изжога у 65 (50,78%), вздутие живота у 54 (42,19%), чувство горечи во рту у 87 (67,97%).

Частота факторов риска развития гепатобилиарной патологии у обследуемых лиц с ЖКБ показала, что избыточная масса тела была у 64 (50%); низкая физическая активность у 86 (67,19%); курение у 11 (8,59%); употребляли алкоголь 18 (14,06%).

Анализ биохимических показателей крови (уровень глобулинов; активность экскреторных ферментов: щелочной фосфатазы, 5-нуклеотидазы, лейцинаминопептидазы, b-глюкуронидазы, g-глутамилтранспептидазы) не выявил значимых различий с группой контроля и его уровень был в пределах физиологической погрешности.

По результатам ультразвукового исследования (УЗИ) у пациентов с ЖКБ исходно были выявлены различные формы желчного пузыря: в виде перегиба у 69 (53,91%), S-образный желчный пузырь у 7 (5,47 %) и овальной формы у 52 (40,63%). Длина желчного пузыря составила 68,4±1,5 мм, толщина стенки 4,5±0,5 мм. У 58 (45,31%) диаметр был более 15,0 мм, у 70 (54,69%) диаметр составлял от 3,0 мм до 15,0 мм; у 63 (49,22%) у пациентов с ЖКБ количество конкрементов было от 3 до 7, у 65 (50,78%) более 7; локализация у 88 (68,75%) была в области тела и дна пузыря, у 40 (31,25%) субтотально заполняли объем желчного пузыря. У лиц контрольной группы желчный пузырь был овальной формы у 24 (96%), S-образный у 1 (4%), длина и толщина стенок желчного пузыря были в пределах нормы.

Заключение и выводы. Таким образом, у больных ЖКБ имелись определенные клинико-инструментальные проявления заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Янин Е. Л. Современные подходы к лечению желчнокаменной болезни у больных с морбидным ожирением. Автореф. дисс. … д. м. н. Челябинск. 2014. 36 с.
2. Shabanzadeh DM, Sørensen LT, Jørgensen T. Determinants for gallstone formation - a new data cohort study and a systematic review with meta-analysis. // Scand J Gastroenterol. 2016 Oct;51(10):1239-48.

УДК 617-089.844

Т. Б. ЯНБЕКОВ, С. И. ГРЕБЕННИКОВ

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ И ШКАЛ ОЦЕНКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Научные руководители – д.м.н., доцент А. А. Астахов,

д.м.н., профессор Н. А. Бархатова
Кафедра анестезиологии и реанимации, Южно-уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Резюме: *в статье приведены результаты оценки болевого синдрома после хирургических операций по поводу заболеваний мочевыделительной системы. В исследовании принимали участие 55 пациентов эндоурологического отделения ФГБУЗ ОКБ №3 города Челябинск, которые были разделены на 2 группы, в зависимости от степени травматичности операций. Целью исследования было определение особенностей и успешности применения оценочных шкал Мак-Гилла и визуально-аналоговой шкалы. Как показали результаты, применение визуально-аналоговой шкалы позволяет объективно определить интенсивность послеоперационного болевого синдрома и является простым и удобным методом оценки боли для пациентов. В то же время опросник Мак-Гилла более сложный и неудобный для оценки степени выраженности боли у пациентов в раннем послеоперационном периоде, но он обладает неоспоримым преимуществом для использования в дифференциальной диагностике болевого синдрома.*

Ключевые слова: *визуально-аналоговая шкала, опросник Мак-Гилла, болевой синдром.*

T. B. YANBEKOV, S. I. GREBENNIKOV

THE CLINICAL ASPECTS OF THE APPLICATION OF VARIOUS METHODS AND SCALES OF ASSESSMENT OF PAIN SYNDROME IN SURGICAL PATHOLOGY

Scientific advisers - Ph. D. in Medicine, Associate Professor A. A. Astakhov,
Ph. D. in Medicine, Full professor N.A. Barhatova
Department of Anaesthesiology and Reanimatology,
South Ural State Medical University, Chelyabinsk

Abstract: *The article presents the results of a survey of pain syndrome after surgical operations on ultrasound therapy. In the 55 patients of the endourologic department of the Regional Clinic Hospital №3 in Chelyabinsk, which were divided into 2 groups, depending on the degree of traumatic operations. The aim of the studies was to determine the effectiveness of using the McGill scale and the visual analogue scale. As the results of application of visual analog cabinets, allowing to determine the potential effectiveness of postoperative pain syndrome, have shown, and this is a simple and convenient method for assessing pain for patients. At the same time, the McGill questionnaire is more complex and inconvenient for assessing the severity of pain in patients in the early postoperative period, but it has an undeniable advantage for use in the diagnostic diagnosis of pain.*

Keywords: *visual analogue scale, McGill questionnaire, pain syndrome.*

Актуальность. Хирургические вмешательства в урологии занимают неотъемлемое место в общей структуре оперативных вмешательств, выполняемых в различных медицинских учреждениях [3]. В современном формировании ее можно выделить две характерные черты. Во-первых, значительно возросла доля операций, выполняемых малоинвазивным доступом, с применением эндоскопической техники, позволяющей уменьшить их травматичность и снизить послеоперационную реабилитацию пациентов. Во-вторых, взгляды на операбельность пациентов стали более радикальными по отношению к злокачественным новообразованиям органов брюшной полости в их поздних стадиях [1]. Массивность повреждения тканей вызывает, соответственно, более выраженную воспалительную реакцию, тем самым, интенсивность послеоперационного болевого синдрома более выражена. Боль в послеоперационном периоде является пусковым механизмом для стресс-ответа, который, в свою очередь, активирует вегетативную нервную систему и вызывает функциональные расстройства органов и систем. Закономерным является вывод, что адекватное послеоперационное обезболивание способствует улучшению результатов хирургического лечения [2].

Цель исследования. Оценить практическое значение визуально-аналоговой шкалы и опросника Мак-Гилла для оценки степени выраженности послеоперационного болевого синдрома после операций по поводу заболеваний мочевыделительной системы.

Материалы и методы. Проанализирована эффективность применения шкалы и опросников для оценки имеющегося болевого синдрома после операций у 55 пациентов, получавших лечение в отделении урологии ФГБУЗ ОКБ №3 города Челябинска в период с октября 2016 по февраль 2017 года. Для оценки боли до и после обезболивания нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) или трамадолом была использована визуально-аналоговая шкала (ВАШ) и опросник Мак-Гилла, с целью рационального подбора вида анальгетика. Основываясь на степени травматичности оперативного вмешательства, больные были разделены на 2 группы: первая (38 пациентов) – малотравматичные операции (пункционная нефростомия, эндоскопическая нефролитотрипсия и т.д.) - (МО), вторая группа – 17 пациентов с травматичными операциями (нефрэктомии, трансуретральная резекция предстательной железы и т.д.) - (ТО). Возраст больных в обеих группах составил 48±0,8 (МО) и 59±2,3 (ТО) лет ($p<0,05$) .

Для объективизации проявлений послеоперационного болевого синдрома у всех больных использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) и опросник Мак-Гилла. В качестве инструмента для оценки выраженности боли с помощью шкалы ВАШ использовали отрезок линейки длиной 10 см. с нанесенными на нее цифрами от 0 до 10, что соответствовало изменению степени выраженности боли от ее отсутствия - (0), до нестерпимой - (10). Оценка боли проводилась по принятой стандартной методике (рис. 1).

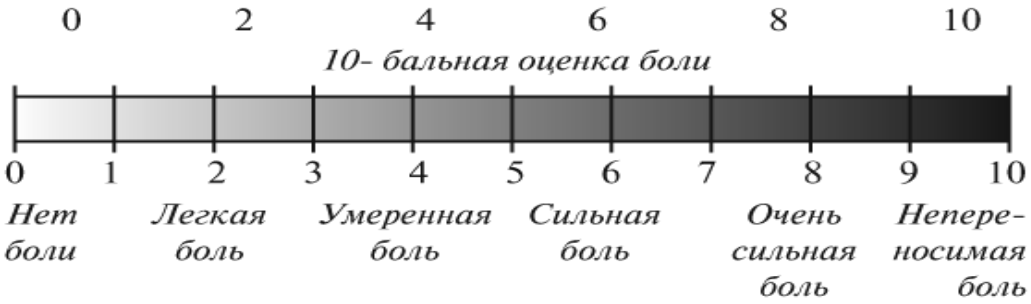


Рис. 1. Визуально-аналоговая шкала

Качественные характеристики послеоперационного болевого синдрома были получены при помощи ответа на вопросы опросника боли Мак-Гилла [4]. Опросник включает 102 дескриптора боли, которые распределялись по трем основным группам. 1) сенсорно-дискриминативные; 2) мотивационно-аффективные; 3) когнитивно-оценочные. Первая группа ассоциируется с характером болевых ощущений, вторая - с интенсивностью боли и третья - с продолжительностью боли. Дескрипторы первой группы распределены на 4 класса и 20 подклассов. Первый класс - дескрипторы сенсорных характеристик, второй класс - дескрипторы аффективных характеристик, третий класс - оценивающие, четвертый - смешанные сенсорно-аффективные дескрипторы. При последующем анализе учитывались число и ранговое положение выбранных дескрипторов по каждому классу [3]. Индекс боли определяли по количеству выбранных слов; кроме того, результаты можно проанализировать по каждой группе параметров (сенсорная, аффективная, оценочная и многоаспектная). Пациент отвечал на поставленные вопросы устно и ответы фиксировались в распечатанных протоколах исследователями. Оценку боли проводили в первые 30-45 минут после операции для определения ее степени выраженности и определения способа обезболивания. Повторную оценку боли проводили через 45-60 минут после введения обезболивающих средств. Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики и расчет критерия Стьюдента с уровнем значимости различий меньше 0,05.

Результаты и обсуждение. В первые сутки после операции 85% больных получали НПВС, а 15% пациентов использовали трамадол**.** На вторые сутки трамадол назначался 6% пациентов, а в 94% случаев использовали НПВС. С третьих суток все пациенты получали НПВС. При

оценке боли в раннем послеоперационном периоде с помощью опросника Мак-Гилла в первой группе пациенты отмечали более «мягкие» вербальные определения боли, которая чаще носила тупой, давящий или распирающий характер, а во второй группе боль была схватывающей, ломящей или проникающей. По аффективной субшкале: в первой группе боль преимущественно утомляла и обессиливала, в то время как во второй группе – изматывала, злила и носила характер боли-мучения [4]. Наиболее полные и адекватные ответы на вопросы опросника были получены у 47,4% больных (n=18) с малотравматичными, и у 23,5% пациентов (n=4) с травматичными операциями ($p<0,05$). При подсчете индекса боли с использованием опросника Мак-Гилла после малотравматичных операций он составил 13,7±1,2 баллов до обезболивания и 5,4±0,2 балла после введения анальгетика, а после травматичных операций индекс составил 26.3±1,5 балла до обезболивания и 9.4±1,1 балла после использования анальгетика ($p<0,05$). После достижения обезболивающего эффекта, доля пациентов, для которых опросник Мак-Гилла был понятен и они давали оценку по большинству параметров, составила 78,9 % (n=30) при малотравматичных операциях, а после травматичных операций - 52,9% (n=9) ($p<0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика оценочных шкал

Критерий оценки	Малотравматичные операции				Травматичные операции			
	До обезболивания		После обезболивания		До обезболивания		После обезболивания	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Оценка боли по шкале ВАШ								
Число пациентов	38	100%	38	100%	14	82.4%*	17	100%
Средний балл	3,4±0,2^0		1,9±0,1*^{0}		7,6±0,6		3,2±0,3*	
Оценка боли с помощью опросника Мак-Гилла								
% по Мак-Гиллу	18	47,4%	30	78,9%*	4	23,5%*	9	52,9%*
Индекс по Мак-Гиллу	13,7±1,2^0		5,4±0,2*^{0}		26.3±1,5		9.4±1,1*	

Примечание: * - $p< 0,05$ – достоверное отличие показателей в группах до и после операции,
^{0} - $p< 0,05$ – достоверное отличие показателей в группах до и после обезболивания при разных видах операций.

При оценке боли по шкале ВАШ при малотравматичных оперативных вмешательствах средний балл до обезболивания составил 3,4±0,2 балла, а после введения анальгетика -

1,9±0,1 балла, а при травматичных операциях средний балл составил до обезболивания 7,6±0,6 балла, а после - 3,2±0,3 балла ($p<0,05$). Данная шкала была более доступна и проста для оценки боли, и ее удалось использовать у 100% больных с малотравматичными и 82,4% пациентов с травматичными операциями ($p<0,05$).

При анализе выраженности болевого синдрома, который был объективизирован с помощью данных шкал и опросников при малотравматичных операциях показатели индекса боли (Мак-Гилл) и средний балл по шкале ВАШ отличались в 1,9 – 2,2 раза. После введения анальгетиков исходные показатели индексов боли снижались от исходного уровня в 1,7 раза, при этом полного купирования болевого синдрома не удалось достичь ни у одного больного в первые сутки после операции.

Заключение и выводы. 1. Использование в клинической практике шкалы ВАШ и опросника Мак-Гилла в послеоперационном периоде позволяет более адекватно оценить степень выраженности болевого синдрома и оптимально подобрать группу анальгетиков..

2. Визуальная аналоговая шкала наиболее простая для понимания и использования у пациентов различного возраста, ее применение не занимает много времени и эффективно для подбора анальгетика и оценки его эффекта.

3. Опросник Мак-Гилла при использовании в раннем послеоперационном периоде оказался менее эффективным из за сложности интерпертации и множества вариантов характеристики боли со стороны пациентов, что ограничило долю больных, у которых использовали данный опросник в 24-47% случаев.

4. Шкала ВАШ хорошо оценивает интенсивность боли и степень купирования болевого синдрома. Опросник Мак-Гилла в большей степени подходит для дифференциальной диагностики болевого синдрома, но менее применим в раннем послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Котаев, А.Ю. Принципы обезболивания в послеоперационном периоде // А.Ю. Котаев РМЖ.- 2004.- №7. С. 45.
2. Овечкин, А.М. Обезболивание и седация в послеоперационном периоде: реалии и возможности // Вестник интенсивной терапии.- 2001. - №4. С. 47-60.
3. Овечкин, А.М. Послеоперационное обезболивание: оптимизация подходов с точки зрения доказательной медицины / А.М. Овечкин // РМЖ. - 2006. - №12. С. 549.
4. Boureau F., Luu M., Doubrere J.F. Qualitative and quantitative study of a French pain McGill adapted questionnaire in experimental and clinical conditions // Pain. – 1984. – N 21, Suppl. 2. – P. 422.

УДК: 617-089.844:616.13-089:616.13.002.2

А. Г. РЫШКЕВИЧ, К. В. ПРОКОПЧИК

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ РОТАЦИОННО-АСПИРАЦИОННОЙ ТРОМБЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТА С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБАНГИИТОМ

Научный руководитель – к.м.н., доцент В. П. Василевский

1-я кафедра хирургических болезней, Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Резюме: *Осуществлялось изучение результатов лечения 26-летнего мужчины с болезнью Бюргера. В течение 3 лет пациент многократно госпитализировался в ангиохирургическое отделение Гродненской областной клинической больницы с проявлениями критической ишемии обеих нижних конечностей, хронической артериальной недостаточности 2Б – 4 стадии по классификации Фонтейна-Покровского. Было установлено, что ротационно-аспирационная тромбэктомия позволяет получить положительную непосредственную ангиографическую и клиническую динамику лечения критической ишемии нижних конечностей при облитерирующем тромбангиите.*

Ключевые слова: *эндоваскулярная хирургия, ротационно-аспирационная тромбэктомия, облитерирующий тромбангиит, болезнь Бюргера.*

A. H. RYSHKEVICH, K. V. PROKOPCHIK

CLINICAL RESULTS OF REVASCULARIZATION OF LOWER-LIMB ARTERIES BY ROTATIONAL ASPIRATION THROMBECTOMY IN PATIENT WITH AN TROMBOANGITIS OBLITERANS

Scientific Advisor – D.Sc. in Medicine, Associate professor V. P. Vasilevsky
1st Department of Surgical Diseases, Grodno State Medical University, Grodno

Abstract: *A study and estimation of the results of the treatment of a 26-year-old man with Buerger's disease (tromboangitis obliterans) was carried out. During the last 3 years the patient has been repeatedly hospitalized to the vascular surgery department of Grodno regional clinical hospital with the symptoms of critical ischemia of both legs and chronical arterial inefficiency of 2B – 4 stage according to Fontane-Pokrovsky's classification. It was found out that rotational aspiration trombectomy allows to get positive immediate angiographic and clinical results of the treatment of critical ischemia of lower limbs in the presence of tromboangitis obliterans.*

Keywords: *endovascular surgery, rotational aspiration trombectomy, tromboangitis obliterans, Buerger's disease.*

Актуальность. Вопрос хирургического лечения артериальной недостаточности воспалительной этиологии до сих пор является дискутабельным вопросом в сосудистой хирургии. Спектр выполняемых при тяжёлых ишемиях конечностей операций достаточно разнообразен: тромбэндартериэктомия, операции шунтирования, симпатэктомия, профундопластика [1, 2]. В последнее время стали популярны миниинвазивные

эндоваскулярные вмешательства (чрескожная баллонная ангиопластика, механическая и реолитическая тромбэктомии) [2, 3]. В зарубежной литературе описан единственный случай применения ротационно-аспирационного катетера с целью дезоблитерации сосудов у пациента с облитерирующим тромбангиитом. В публикациях отечественных авторов аналоги такой операции и вовсе не встречаются.

Цель исследования. Оценка целесообразности использования ротационно-аспирационной тромбэктомии при болезни Бюргера.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения хронической артериальной недостаточности 3 – 4 стадии по Фонтейну-Покровскому у мужчины, 26 лет. За последние 3 года пациент 15 раз был госпитализирован в ангиохирургический стационар Гродненской областной клинической больницы с типичными проявлениями критической ишемии нижних конечностей: похолодание, побледнение ног, жгучие боли в икроножных мышцах при ходьбе до 200 м, ночные боли и боли в покое, отсутствие пульсации магистральных артерий поражённых конечностей. В 2 случаях на стопе имелись трофические нарушения в виде язв и очагов коагуляционного некроза. В 8 из 15 случаев госпитализации на различных уровнях сосудистого русла выполнялась эндоваскулярная реваскуляризация методом чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики, единожды была применена реолитическая тромбэктомия.

Среди факторов риска имеется курение в течение длительного времени (10 лет). Прослеживается взаимосвязь между возникновением критической ишемии и обострениями хронического тонзиллита: в 5 случаях непосредственно перед очередной окклюзией пациент переносил гнойную ангину с высокой лихорадкой и яркими проявлениями интоксикации.

С целью уточнения уровня и протяжённости окклюзии во всех случаях выполнялось ангиографическое исследование артерий нижних конечностей.

Результаты и обсуждение. Ротационно-аспирационная тромбэктомия у пациента производилась 4 раза с интервалом в 2 - 3 месяца. Вмешательства выполнялись на базе отделения рентгенэндоваскулярной хирургии Гродненской областной клинической больницы. Каждая процедура проходила в несколько этапов. Первым моментом операций было проведение через зоны окклюзии 2 пассажей ротационно-аспирационным катетером, чем достигалось восстановление магистрального кровотока. Второй момент операций – баллонная ангиопластика, дополнявшаяся установкой периферического самораскрывающегося стента, с целью устранения участков критического стеноза. Затем ещё

1 пассаж ротационно-аспирационной тромбэктомии с целью эвакуации тромботического детрита.

Интервенции выполнялись в связи с тотальными окклюзиями на разных уровнях сосудистого русла: в первый раз – в дистальной трети левой поверхностной бедренной артерии (ПБА), во второй – в дистальной трети правой ПБА и проксимальной трети левой ПБА, в третий – в средней трети левой ПБА, в четвертый – снова в проксимальной трети левой ПБА. В результате интервенций во всех случаях был достигнут оптимальный результат: удовлетворительный магистральный кровоток с хорошим заполнением дистального артериального русла, ликвидация явлений критической ишемии.

Спустя полгода после последней операции вновь возникли проявления критической ишемии левой нижней конечности в виде уменьшения дистанции безболевой ходьбы до 10 м, интенсивных ишемических болей в икроножных мышцах в состоянии покоя. В области 4 и 5 пальцев левой стопы наблюдался очаг сухого некроза. Ангиографически визуализировалась тотальная окклюзия левой ПБА от устья до бифуркации берцовых артерий; на бедре слева контрастировалась богатая коллатеральная сеть, через которую отмечалось позднее заполнение берцовых артерий. Учитывая большую протяжённость окклюзии и наличие ишемической нейропатии малоберцового нерва было выполнено левостороннее общебедренно-заднебольшеберцовое шунтирование реверсированной аутовеной. Явления критической ишемии конечности были купированы, получен хороший магистральный кровоток, однако в связи с нарастанием болевого синдрома и глубокими необратимыми трофическими изменениями в области левой стопы возникла необходимость в осуществлении некрэктомии 4 и 5 пальцев стопы слева с резекцией головок плюсневых костей. Спустя 2 недели пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара.

В артериях правой нижней конечности гемодинамически значимых изменений в зоне ротационно-аспирационной тромбэктомии, проведённой 1,5 года назад, не выявлено.

Заключение и выводы. Положительные непосредственные ангиографические и клинические результаты применения ротационно-аспирационной тромбэктомии, а также сохранение ангиографического эффекта в отдалённом периоде позволяют рассматривать методику как перспективный и высокоэффективный способ реваскуляризации при болезни Бюргера.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Иоскевич, Н.Н. Хирургическое лечение хронических ишемий нижних конечностей при атеросклеротическом поражении бедренно-берцового сегмента/Н.Н.Иоскевич//Новости хирургии – 2007 – №3 – том 15 – стр. 107 – 117.

2. Aragón-Sánchez, J. Endovascular treatment is a hope for patient with Buerger's disease and foot ulcer: case report/ J.Aragón-Sánchez, M.Rabellino, J.Pulido-Duque, T.Zander, G.González, M.Maynar//International Journal of Lower Extremity Wounds – November 2012 – № 3 – p. 165 – 168.

3. Graziani, L. Clinical outcome after extended endovascular recanalization in Buerger's disease in 20 consecutive cases/ L.Graziani, L.Morelli, F.Parini, L.Franceschini, P.F.Spano, S.Calza, S.Sigala// Annals of Vascular Surgery Journal - April 2012 - Vol. 26, № 3 – p. 387 – 395.

4. Kilickesmez, O. Mechanical trombectomy with Rotarex system in Buerger's disease: case report/ O. Kilickesmez, L.Oguzkurt// Journal of clinical imaging science – March 2015 – Vol.14, №5 – p. 14 – 16.

УДК 616.314.7-008.1-08:[616.33:616.342]-002.44-002.7:579.835.12

Ю.А.КОРЧАГИНА, А.Б. РАБЦЕВИЧ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Научный руководитель – ассистент А. Р. Мусин

Кафедра хирургических болезней,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *в данной статье рассматривается проблема заболеваний пародонта, как причина язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострение. Проанализированы 67 поступивших больных за период 2016-2017гг. в Городской клинической больнице № 8, г. Уфы. Для комплексного лечения язвенной болезни и при воспалении пародонта необходимо провести лечение терапии первой линии совместно с Мексидолом*

Ключевые слова: *язва, пародонтит, Helicobacter pylori, Мексидол.*

Y.A. KORCHAGINA, A.B. RABTSEVICH

COMPREHENSIVE TREATMENT OF PARADONT DISEASES IN PATIENTS WITH STOMACH OF THE STOMACH AND TWELFTH DIAGNOSTIC.

Scientific Advisor - assistant A.R. Musin

Department of Surgical Diseases, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *In this article, the problem of periodontal diseases as a cause of peptic ulcer of the stomach and duodenal ulcer in the stage of exacerbation accompanied by gastroduodenal hemorrhages. Analyzed 67 received patients for the period 2016-2017 year, in the city clinical hospital №8 the city of Ufa. The necessity to use first line therapy together with Mexidol for complex treatment of peptic ulcer and periodontal inflammation was revealed and justified.*

Keyword: *ulcer, parodontitis, Helicobacter pylori, Mexidol.*

Актуальность. Одной из важнейших проблем современной медицины является заболевание пародонтом. Здоровье и жизнь людей во многом зависит от нормальной работы зубочелюстной системы человека[8]. Также как и язвенная болезнь во многом осложняет жизнь человека. Кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта являются хирургической патологией, летальность при которой на протяжении долгих лет остается довольно высокой.

Основной причиной возникновения язвенной болезни является: во – первых - наследственный фактор, во – вторых - влияние окружающей среды и Helicobacter pylori.

Специалисты рассматривают язвенную болезнь как заболевание целостного организма и первопричина – заболевание ротовой полости, которое на органическом или функциональном уровне ведет к заболеванию других отделов ЖКТ[7]. И многие ученые связывают воспаления пародонта с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки[2].

Целью настоящего исследования является связать заболевание пародонта с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, и тем самым найти комплексное лечения больных.

Материалы и методы. В ГКБ № 8 г Уфы. за период 2016-2017гг. было изучено 67 историй болезни поступивших пациентов лиц обоего пола (45-мужчин, 22 –женщины, диаграмма 1), в возрасте от 18-60 лет, страдающие язвенными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, и выявленного при стоматологическом осмотре явление хронического пародонтита. Критерии исключения из исследования: пациенты с зубочелюстными аномалиями и деформациями, протяженными дефектами зубных рядов и патологической стираемостью, ортодонтическими аппаратами; наличие осложнений язвенной болезни (перфорация); инфаркт миокарда,онкологические заболевания, нарушение мозгового кровообращения. Общее количество пациентов разделили на две группы:

1) лечение терапии первой линии + Мексидол (35 человек- 52 %)
2) терапия первой линии (32 человека- 48%)

Сравнительная характеристика приведена в таблице 1.



Рис.1 Распределение исследуемых по полу

Таблица 1

Сравнительные семидневные данные при лечении и обследовании пациентов с ЯБЖ и ЯБДК сопутствующий пародонтит

Обследования	Контр.(+ мексидол)	Основная
На ФГДС	Полная эпителизация или рубцевание язвы с краев на 7 сутки	Вялая эпителизация с краев язвы
Тест НР	+	+++
Стомат. статус: 1 день	Кровоточивость, гиперемия и отек десны, наличие пародонтального кармана	Кровоточивость, гиперемия и отек десны, наличие пародонтального кармана
3 день	Изменений нет	Изменений нет
5 день	Уменьшение кровоточивости отека десен	Изменений нет
7 день	Отсутствие симптомов	Уменьшение отека десен

Результаты и обсуждение. У 85% пациентов в контрольной группе на пятый день отмечается изменения стоматологический статуса, данные представлены в таблице 1 . На седьмой день видны значительные улучшения в состоянии пародонта, что свидетельствует о благоприятном действии препарата Мексидол. Сам препарат обладает антиоксидантным действием, повышает резистентность организма к воздействию различных повреждающих факторов, улучшает кровоснабжение и метаболические процессы в организме, за счет этого улучшается трофика и тенденция к регенерации клеток. Следовательно, рецидив язвы при использовании Мексидола снижается. По данным диаграммы 1 выявлено, что распространенность заболеваний язвенной болезни среди мужчин больше чем среди женщин.

Заключение и выводы.

1. Применение Мексидола в комплексном лечении повышает эффективность 7-дневной схемы эрадикационной терапии до 85% соответственно при желудочной и дуоденальной локализации язвы, способствует восстановлению количественной плотности клеток десны и желудка.
2. Распространенность язвенной болезнь и пародонтита среди мужчин оказалась выше.
3. Helicobacter pylori является универсальным маркером нарушенного биоценоза ротовой полости при воспалительных заболеваниях пародонта у пациентов с фоновой Helicobacter pylori-ассоциированной патологией.

Практические рекомендации:

1) Так как, высока частота воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с язвенной болезнью, рекомендуется включение в стандарты обследования пациентов с данной патологией консультация стоматолога.
2) Включение Мексидола в комплексную терапию лечения язвенной болезни, позволяет в более короткие сроки добиться эпителизации или рубцевания язвы.
3) Одновременно при лечении язвенной болезни рекомендовано использовать аппликации метронидазола («Метрогил-дента гель») по 30 минут, полоскание полости рта 0,05%-м раствором хлоргексидина биглюконата.
4) Врач-Стоматолог при оценке стоматологического статуса и при выявлении воспалительных заболеваний порадонта, может посоветовать пациенту обратиться к Врачу - гастроэнтерологу.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Боровский Е.В. 1986г , соавт. Езикян Т.И 1988г ,соавт Рубин В.П 1996г
2. Иванов В. С. Заболевания пародонта. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 300 с.
3. Ивашкин В.Т. Краткое руководство по гастроэнтерологии / В.Т. Ивашкин, Ф.И. Комаров, С.И. Раппопорт. - М., 2001. - 457 с.
4. Лепилин А. В., Осадчук М. А., Островская Л. Ю. // Рос. стомат. журн. — 2006. — № 2. — С. 27—29.
5. Мартышева Л.Н. Клинические аспекты хеликобак-териоза в сочетанной патологии О.Л. Арямкина, Л.Н. Мартышева, Т.Я. Тарарак // Вестник новых медицинских технологий. - 2007. - Т. XIV, № 3.- С. 111-113.
6. Осадчук М. А., Островская Л.Ю., Исламова Е. А. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета Выпуск№ 1 (29) / 2009г
7. Циммерман Я.С., Михалева Е.Н., 2000г; Васильев Ю.В., 2002г
8. Цепов Л.М., 2006; Loesche W., 2007г.
9. Bubenik G. A. // Dig. Dis. Sci. — 2002. — Vol. 47, №10. — P. 2336—2348.

УДК 616-001.17

П.Ю. СОЛДАТОВ[1], Ю.Р. САГАДАТОВА[1], В.А. САГАДЕЕВ[2], Г.Р.ВАЛЕЕВА[1]

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.А. Гумеров

[1] Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

[2] ГУЗ РБ Республиканская детская клиническая больница, г.Уфа

Резюме: *Химические ожоги пищевода являются одной из наиболее актуальных проблем хирургии детского возраста. До сих пор нет единого «золотого» стандарта оказания помощи детям с данной патологией. Произведен анализ результатов лечения 33 пациентов с химическими ожогами пищевода, пролеченных в клинике детской хирургии РДКБ г Уфы. Среди пострадавших преобладают дети младшей возрастной группы, нередко с сопутствующей неврологической патологией, мальчики преобладают над девочками. Самым частым агрессивным в наблюдении был кристаллический перманганат калия.*

Ключевые слова: *химический ожог пищевода, бужирование, дети, лечение.*

P.Y. SOLDATOV[1], Y.R. SAGADATOVA[1], V.A. SAGADEEV[2], G.R. VALEEVA[1]

COMPREHENSIVE TREATMENT OF CHEMICAL BURNS IN THE ESOPHAGE IN CHILDREN

Scientific Advisor – Ph.D. in Medicine, Full professor A.A. Gumerov

[1]Pediatric surgery department, Bashkir state medical university, Ufa

[2]Republican Children's Clinical Hospital, Ufa

Abstract: *Chemical burns of the esophagus are one of the most urgent problems of pediatric surgery. Until now, there is no single "golden" standard for helping children with this pathology. The analysis of the results of treatment of 33 patients with chemical burns of the esophagus, treated in the clinic of pediatric surgery of the Children's Clinical Hospital in Ufa, was made. Among the injured, the children of the younger age group predominate, often with concomitant neurological pathology, boys predominate over girls. The most frequent aggressive in observation was crystalline potassium permanganate.*

Key words: *chemical burn of esophagus, bougie, children, treatment.*

Актуальность. Ожоги пищевода представляют собой патологическое состояние, возникающее в результате случайного или преднамеренного приема внутрь различных химических веществ. Химические ожоги пищевода занимают лидирующее место среди всех заболеваний пищевода у детей. Среди детей наиболее часто встречается в возрасте 1-6 лет. Более 80% химических ожогов связано с приемом ядовитых веществ [2]. Степень выраженности ожогов, протяженность зависит от характера, объема и концентрации химического вещества, длительности воздействия реагента на слизистую оболочку пищевода, времени, прошедшего с момента воздействия травмирующего агента, а также от индивидуальных особенностей и частично от мер неотложной помощи в первые минуты после травмы. Частота послеожоговых осложнений по данным литературы составляет от 3-40%, которые включают в себя рубцовые сужения пищевода, ранние и поздние кровотечения, перфорацию пищевода. Летальность у детей с данной патологией по данным различных авторов составляет от 2 до 15% [1]. Нередко в исходе ребёнок становится инвалидом. В настоящее время не существует единого принципа лечения химических ожогов пищевода, который бы способствовал снижению таких грозных осложнений, как развитие рубцового стеноза пищевода. В лечении послеожоговых рубцовых стриктур пищевода основную роль играет бужирование [1, 3, 4].

Отсутствие единых подходов к лечению химических ожогов пищевода у детей,

профилактика возможных осложнений, в частности, рубцовых сужений пищевода, позволяет рассматривать данное заболевание, как одну из наиболее актуальных среди других заболеваний пищевода у детей [1, 3].

Цель исследования. Изучить структуру и результаты лечения детей с химическими ожогами пищевода, получавших лечение в РДКБ г.Уфы в период с 2014 до 2016 года.

Материалы и методы. За 2014-2016гг. в клинике детской хирургии РДКБ г. Уфа пролечено 33 ребёнка с химическими ожогами пищевода. Мальчиков было - 22 (66,7%), девочек - 11 (33,3%). Возраст больных колебался от 2 мес. до 13 лет; до 1 года – 2 детей (6,1%), 1-3 года – 24 (72,7%), 4-7 лет – 3 (9,1%), старше 7 лет - 4 (12,1%). Большинство поражений пищевода были вызваны перманганатом калия (42,4%), уксусной эссенцией (24,2%) и щелочью (18,1%). Срок поступления в стационар составлял от нескольких часов до 8 суток; до 1 суток – 26 детей (78,8%), 1-7 суток – 6 (18,2%), свыше 8 суток – 1 (3%).

Результаты и обсуждение. Всем детям была начата эмпирическая терапия, включавшая обезболивание, антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды, антибиотикотерапия, инфузионная терапия, облепиховое масло per os. В первые сутки наблюдения ребёнку разрешалось пить, грудным детям позволялся приём молока или смеси при условии отсутствия попёрхивания и/или рвоты. Всем детям для верификации диагноза выполнено эндоскопическое исследование – фиброэзофагогастродуоденоскопия. Срок проведения эндоскопического исследования от нескольких часов, обеспечивших «голодную паузу» до 12 суток; в первые сутки – 1 (3%), в срок 1-7 суток – 26 (78,8%), свыше 7 суток – 6 (18,2%). Наибольшее число исследований выполнено на 5-7 сутки – 17 детей (51,5%). Выбор срока зависел от выраженности клиники химического ожога и предполагаемого или известного поражающего агента. Выявленные степени ожога: 1 степень у 22 детей (66,7%), 2 степень – 8 (24,2%), 3 степень – 2 (6,1%), 4 степени – 1 ребенок (3%). 9 (27,3%) детям с ожогами 2-4 степени проведены повторные эндоскопические исследования в сроки до 21 суток для контроля лечения.

Заключение и выводы. Химические ожоги являются наиболее частой приобретённой патологией пищевода у детей. Основными поражающим веществом в нашем наблюдении явился кристаллический перманганат калия, хранившийся в доступных детям местах. В большинстве случаев поражение оказывается поверхностным и не несёт отдаленных последствий для ребёнка. В то же время, более редкие случаи глубоких поражений приводят к инвалидизации детей и длительному многоэтапному лечению. На современном этапе показано проведение эндоскопической верификации степени поражения в максимально короткие сроки, сообразно клинической картине, а также своевременное начало

профилактического бужирования пищевода при поражениях 2 -4 степени согласно схеме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бельмер [и др.] С.В./ Болезни пищевода у детей. – М. : ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2016, — 316 с.

2. Исакова Ю.Ф., Дронова А.Ф. / Детская хирургия : национальное руководство (ред.). – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2009. – 1168с.

3. Разумовский А.Ю. [и др.] Эволюция взглядов на хирургическое лечение детей с химическими ожогами пищевода. / Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2011 – №1 – с. 25.

4. Чун Х.Дж. [и др.]; пер. с англ. под ред. Палевской С.А. / Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта : атлас – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 480 с. : ил.

УДК 616-002.3:615.468:615.28]-092.9

С.И. ТИГАНОВ [1], А.Ю. ГРИГОРЬЯН [2], Е.С. МИШИНА [2]

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН КОМБИНАЦИЕЙ МИРАМИСТИНА С МЕТРОНИДАЗОЛОМ

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.И. Бежин, д.фарм.н.,
профессор Т.А. Панкрушева

[1] Отделение гнойной хирургии, Курская городская больница скорой медицинской помощи, г. Курск

[2] Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Резюме: *цель исследования - изучение процесса заживления экспериментальной раны при применении разработанной нами комбинации с мирамистином и метронидазолом в сравнительном аспекте с мазью «Левомеколь». Результаты. Данные микробиологического исследования подтвердили высокую эффективность разработанной нами комбинации в отношении микроорганизмов-возбудителей раневой инфекции. В результате*

планиметрического исследования было выявлено достоверное уменьшение площади ран в опытной группе по сравнению с контрольной. Таким образом, созданная нами комбинация с мирамистином и метронидазолом оказывает эффективное противомикробное действие в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, сокращает срок течения первой и второй фазы раневого процесса по сравнению с использованием стандартного средства.

Ключевые слова: *гнойная рана, лечение ран, мирамистин, метронидазол, мазь «Левомеколь».*

S.I. TIGANOV [1], A.YU. GRIGORYAN [2], E.S. MISHINA [2]

TREATMENT OF PURULENT WOUNDS BY COMBINATION OF MIRAMISTINUM AND METRONIDAZOLE

Scientific Advisor — MD, Professor A.I. Bezhin,
Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor T.A. Pankrusheva
[1] Department of purulent surgery, Kursk City Hospital ambulance, Kursk
[2] Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy,
Kursk State Medical University, Kursk

Abstract: *the aim - the study of the process of healing of experimental wounds in the application with combination of miramistinum and metronidazole in a comparative perspective with the ointment "Levomekol". Results. These microbiological studies have confirmed the high efficiency we have developed a combination on standard test strains of microorganisms-activators of wound infection. As a result planimetric study revealed a significant decrease in wound area in the treated group compared to controls. Conclusion. Thus, created by us a combination with miramistinum and metronidazole provides effective antimicrobial activity against gram-positive and gram-negative microorganisms, shortens the flow of the first and second phases of wound healing as compared to using standard agent.*

Keywords: *purulent wound, wound healing, miramistinum, metronidazole, ointment "Levomekol".*

Актуальность. По данным литературы гнойные осложнения в структуре хирургических заболеваний составляют 35-45%, а летальность достигает 25% [2]. Таким образом, острой проблемой хирургии в наше время является затруднение в лечении гнойных ран, что связано с распространенностью гнойно-воспалительных процессов мягких тканей различной этиологии, высокой смертностью, значительными материальными расходами на

лечение [1]. Способ лечения ран под повязкой остается на сегодняшний день основополагающим благодаря простоте его применения, доступности и экономической выгоде [5]. Однако растворы антисептиков при санации очага разводятся отделяемым из раны и теряют активность в течение 3-6 часов [1]. В связи с этим сохраняется потребность в разработке новых комбинаций с антисептиками иммобилизированными на основе, которая способна длительно высвобождать в рану активные компоненты, это продлевает их ранозаживляющую активность и сокращает частоту смены повязок.

Цель исследования. Изучение процесса заживления экспериментальной раны при применении разработанной нами комбинации с мирамистином и метронидазолом в сравнительном аспекте с мазью «Левомеколь».

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужила комбинация, состав которой разработан коллективом Курского государственного медицинского университета.

Состав 1: Раствор Мирамистина 0,01% - 100,0 грамм, Метронидазол – 1,0 грамм, Натриевая соль карбоксиметилцеллюлозы – 4,0 грамма (патент РФ № 2542376).

В экспериментах in vitro изучали противомикробную активность мази «Левомеколь» и изучаемого состава 1. Было выполнено по 6 одномоментных исследований методом стандартных дисков на плотных питательных средах с использованием тест-штаммов St. aureus ATCC 6538-P, Bac. cereus ATCC 10702, E. coli ATCC 25922, Proteus vulgaris и Pseudomonas aeruginosa ATCC 9027, Candida albicans ATCC 885-653.

Эксперименты in vivo производились на 120 белых крысах-самцах породы «Вистар». Эксперимент выполнен в соответствии с Европейской конвенцией о защите позвоночных животных. Экспериментальным животным воспроизводилась гнойная рана по методу П.И. Толстых [3]. Подопытные животные были разделены на 2 группы по 60 особей в каждой: в контрольной группе ежедневно производилась обработка ран с мазью «Левомеколь»; в опытной группе - составом 1. Перевязки производили один раз в день, ежедневно в течение 14 суток. При планиметрии раневого дефекта оценивались динамика уменьшения площади и скорости заживления по методике Л.Н. Поповой [4]. При морфометрическом исследовании микропрепаратов ран при увеличении х400, производили подсчет фибробластов, гранулоцитов, лимфоцитов и макрофагов до 100 клеток, полученные результаты отражали в процентах. Далее рассчитывали клеточный индекс (КИ) по формуле:

КИ=(Макрофаги+Фибробласты)/(Гранулоциты+Лимфоциты)

Протоколирование показателей и выведение из эксперимента животных осуществляли на 3-и, 5-е, 8-е,10-е сутки от начала лечения. Статистическую обработку проводили с использованием методов однофакторного дисперсионного анализа. Вычисляли средние величины количественных показателей (M) и среднюю ошибку средней (m). Распределение признаков определяли по критерию Шапиро-Уилка. Достоверность различий оценивали по критерию Ньюмена-Кейлса. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Спектр антимикробного действия препаратов в отношении вышеописанных тест-штаммов представлен на рисунке 1.

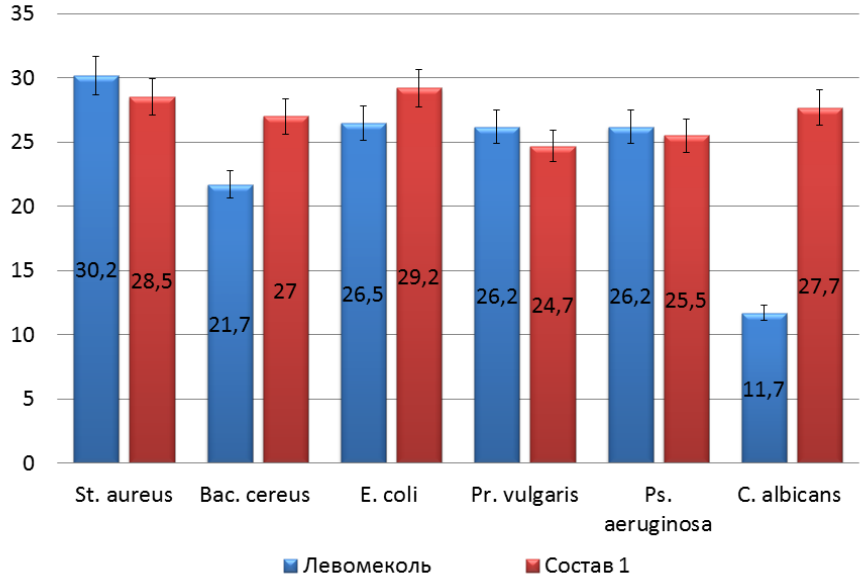


Рис. 1. Спектр антимикробного действия препаратов (в мм).

При оценке данных, представленных на рисунке 1, следует, что изготовленный нами состав 1 обладает довольно значительным противомикробным действием в отношении всех исследуемых тест-штаммов. При сопоставлении состав 1 статистически достоверно превосходил по зонам задержки роста мазь «Левомеколь» в отношении Bac. cereus ATCC 10702 и Candida albicans ATCC 885-653.

Изначальные экспериментальные раны у всех подопытных были сопоставимы по своей площади (252,4±4,85 мм^2). Полученные в ходе эксперимента результаты по планиметрическому методу отражены в таблице 1.

Таблица 1

Динамика площади и скорости заживления ран (M±m)

Группы	Показатель	Сроки наблюдения, сутки			
		3 (n=50)	5 (n=40)	10 (n=20)	15 (n=10)
Контроль	Процент уменьшения	21,2±4,84	44,9±3,52	78,4±3,07	88,9±2,13

ная	площади раны				
	Скорость заживления раны, %/сут.	10,5±0,51	12,0±0,69	10,1±0,54	2,0±0,12
Опытная	Процент уменьшения площади раны	30,9±4,36	52,5±3,39	88,9±2,29*	99,5±0,05*
	Скорость заживления раны, %/сут.	12,5±1,43	11,1±1,03	12,9±1,21*	1,4±0,30

Примечание: * - p≤0,05 при сопоставлении контрольной группы с опытной.

Статистически достоверные различия между опытной группой и контролем наблюдались, начиная с 10 суток эксперимента. Скорость заживления в опытной группе была устойчиво высокой на протяжении всего эксперимента, что указывает на активность разработанной комбинации в первую и вторую фазу раневого процесса.

С целью выявления различий в процессе репаративной регенерации в сопоставляемых группах нами были проведены морфометрические исследования микропрепаратов экспериментальных ран, результаты которых представлены в таблице 2.

Таблица 2

Динамика состава инфильтрата ран в процессе лечения (M±m) в % (n=10)

Показатели	Группы	Сроки лечения, сутки			
		3-и	5-е	8-е	10-е
Фибробласты	Контрольная	31,9±1,17	32,2±0,94	43,3±1,96	51,4±0,57
	Опытная	27,0±1,92	35,3±1,25	54,3±2,12*	65,1±2,07*
Макрофаги	Контрольная	20,6±1,51	21,4±1,26	18,4±1,51	14,7±1,64
	Опытная	23,1±1,66	18,5±1,35	14,6±1,58*	9,1±1,37*
Лимфоциты	Контрольная	17,5±1,27	19,1±2,13	16,5±2,42	15,4±1,58
	Опытная	24,8±2,25*	24,8±2,89	15,0±3,37	12,3±2,26
Гранулоциты	Контрольная	32,1±1,91	29,2±1,66	24,4±2,01	20,4±0,97
	Опытная	24,9±2,74*	21,4±1,26*	16,1±1,45*	13,5±1,27*
Клеточный индекс	Контрольная	1,06±0,034	1,10±0,027	1,51±0,041	1,85±0,027
	Опытная	1,01±0,014	1,16±0,021	2,22±0,025*	2,87±0,042*

Примечание: * - p≤0,05 при сопоставлении контрольной группы с опытной.

В процессе терапии во всех группах наблюдалось увеличение количества фибробластов по сравнению с макрофагами, лимфоцитами и гранулоцитами. С 8 суток наблюдения максимальные значения фибробластов были отмечены в опытной группе при

сопоставлении с контрольной. Кроме того, снижение количества макрофагов (по отношению к лимфоцитам) и одновременное увеличение числа лимфоцитов (над макрофагами) в опытной группе было отмечено на 3-5 сутки, а в контрольной - на 8-10 сутки. На 8-е сутки исследования клеточный индекс в опытной группе был 1,5 раза больше по сравнению с контрольной группой, а на 10-е сутки - в 1,6 раза. Положительное изменение клеточного индекса в опытной группе говорит о высокой регенераторной активности разработанной нами комбинации и о более ранней, по сравнению с контрольной группой, смене фаз раневого процесса.

Действие современных антисептических препаратов зависит от их способности уничтожать биопленку, которую образуют микроорганизмы. Одними из препаратов результативно разрушающим микробную биопленку являются миримистин и метронидазол. Таким образом, наши результаты планиметрических, микробиологических и гистологических исследований гнойно-воспалительного процесса мягких тканей подтверждают выраженный положительный эффект от терапии раны комбинацией с мирамистином и метронидазолом по сравнению с препаратом контрольной группы.

Заключение и выводы. Разработанная комбинация с мирамистином и метронидазолом обладает выраженным противовоспалительным и антимикробным действиями в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (St. aureus, Bac. cereus, E. coli, Pr. vulgaris, Ps. aeruginosa, C. albicans), ускоряет сроки заживления гнойных ран в 1,3 раза по сравнению с мазью «Левомеколь», сохраняет высокую скорость заживления на протяжении всего срока лечения. Способ приготовления предлагаемой комбинации оптимален для получения максимального терапевтического эффекта, прост и доступен для аптечных сетей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабушкина И.В. Наночастицы металлов в лечении экспериментальных гнойных ран. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7; №2. – С. 530–533.
2. Блатун Л.А. Местное медикаментозное лечение ран. // Хирургия. – 2011. - №4. – С. 51-59.
3. Суковатых Б.С., Бежин А.И., Панкрушева Т.А., Григорьян А.Ю., Жиляева Л.В. Лечение гнойных ран иммобилизированными формами антисептиков. // Врач. – 2016. - №3. – С. 16-20.
4. Суковатых Б.С., Бежин А.И., Панкрушева Т.А., Григорьян А.Ю., Иванов А.В. Оценка экспериментальной и клинической эффективности иммобилизированной формы

хлоргексидина в лечении гнойных ран. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2016. – Т. 175; №1. – С. 42-47.

5. Carlos J.S. D-Amino Acids Enhance the Activity of Antimicrobials against Biofilms of Clinical Wound Isolates of Staphylococcus aureus and Pseudomonas aeruginosa. // Antimicrob. Agents Chemother. – 2014. - №58. – С. 4353–4361.

УДК 617.55-007-089-036.65

О.Ю. ДОКУЧАЕВА

ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Научный руководитель - д.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии В.Г. Рудой

Кафедра госпитальной хирургии имени В.И. Булынина, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж,

Резюме: *Формирование центров амбулаторной хирургии со стационарами кратковременного круглосуточного пребывания при поликлиниках позволило в амбулаторно-поликлинических условиях выполнять различные оперативные вмешательства, которые ранее производили только в хирургических отделениях стационарных больниц. Среди всех вмешательств значительную часть составляют грыжесечения. Поэтому до настоящего времени остается актуальной проблема выбора оптимальных способов герниопластики, применяемых в центрах амбулаторной хирургии, при индивидуальном подходе к пациентам с грыжами различных размеров и локализаций.*

Ключевые слова: *центры амбулаторной хирургии, грыжесечения, рецидивы, операции, отсутствие внутрибольничной инфекции, полипропиленовая сетка.*

O.YU. DOKUCHAEVA

HERBAL TREATMENT IN THE CENTER OF AMBULATORY SURGERY

Scientific adviser - Ph. D. in Medicine, Associate professor of the department of hospital surgery VG. Ore

Department of Hospital Surgery named after V.I. Bulynina,

Voronezh State Medical University them. N.N. Burdenko, Voronezh

Abstract: *The formation of outpatient surgery centers with short-term 24-hour in-patient clinics in outpatient clinics allowed performing various surgical interventions in outpatient and outpatient settings, which had previously been performed only in the surgical departments of inpatient hospitals. Of all the interventions, a significant part is made of hernia. Therefore, up till now, the problem of choosing the optimal methods of hernioplasty used in outpatient surgery centers remains urgent, with an individual approach to patients with hernias of various sizes and localizations.*

Keywords: *outpatient surgery centers, hernia repair, re-cystic surgery, absence of nosocomial infection, poly-propylene mesh.*

Актуальность: Формирование центров амбулаторной хирургии со стационарами кратковременного круглосуточного пребывания (СККП) при поликлиниках позволило в амбулаторно-поликлинических условиях выполнять различные оперативные вмешательства, которые ранее производили только в хирургических отделениях стационарных больниц. [1] Среди этих вмешательств значительную часть составляют грыжесечения. Поэтому до настоящего времени остается актуальной проблема выбора оптимальных способов герниопластики, применяемых в центрах амбулаторной хирургии, при индивидуальном подходе к пациентам с грыжами различных размеров и локализаций. [3]

Цель исследования: Анализ работы центра амбулаторной хирургии на примере оперативного лечения грыж.

Материалы и методы: Стационар кратковременного круглосуточного пребывания в сроки от 1 до 3 суток при Воронежской городской клинической поликлинике № 7 (ВГКП № 7) функционирует с 2004 года и состоит из 2 операционных залов на 3 операционных стола, 2 предоперационных, перевязочной, процедурной, 5 палат на 10 коек, в состав которых входят 2 палаты интенсивной терапии с централизованной подводкой кислорода и оснащенные необходимым оборудованием для оказания реанимационной помощи. В качестве эндопротезов использовали сетки из полипропилена «Эсфил-Линтекс» и «Эндопрол-Волоть», легкие и средние, размерами от 6 х 11 см до 15 х 15 см. Хирургические вмешательства производили под спинальной или эпидуральной анестезией с нейролептанальгезией, а при грыжах больших размеров, рецидивных, послеоперационных применяли интубационный наркоз.

Результаты и обсуждения: в СККП центра амбулаторной хирургии ВГКП № 7 с 2004 г. по настоящее время выполнили 11676 операций по 7 специальностям. Из них 2258 оперативных вмешательств произвели по поводу грыж брюшной стенки: паховых – 1490

(66.0%), пупочных - 542 (24.0%), белой линии живота - 193 (8.5%), бедренных - 17 (0.8%), другой локализации - 16 (0.7%). Среди паховых грыж: косых – 688 (46.2%), прямых – 576 (38.7%), пахово-мошоночных – 106 (7.1%), рецидивных – 100 (6.7%), комбинированных – 20 (1.3%). Большинство – 1391 (61.6%) составили пациенты старших возрастных групп от 61 года и выше, а в группах работоспособного возраста от 21 до 60 лет – 867 (38.4%). Из них мужчин - 1671 (74.0%) и 587 (26.0%) женщин. За последнее время отмечено увеличение количества грыж белой линии живота, особенно сформировавшихся после различных лапароскопических операций.[3] При небольших грыжах этой локализации и прочном апоневрозе белой линии живота у 32 больных произвели простое ушивание «конец в конец» дефекта в апоневрозе, а при его истончении у 87 пациентов для пластики грыжевых ворот создавали дупликатуру апоневроза в продольном направлении.[2] У 74 пациентов с грыжами средних и больших размеров, с диастазом прямых мышц живота II-III степени, а также при послеоперационных грыжах выполнили преперитонеальную аллопластику с подшиванием сетчатого трансплантата к задней стенке сухожильного футляра прямых мышц живота, отступя 3-4 см от края листков рассеченного в продольном направлении апоневроза и сшиванием над сеткой этих апоневротических листков «край в край». [2,3] При пупочных грыжах с неширокими грыжевыми воротами, без диастаза прямых мышц живота и прочном апоневрозе в 37 случаях пластику выполнили по Мейо, а с диастазом прямых мышц живота I степени и истонченным апоневрозом в 275 – по Сапежко. При широких грыжевых воротах, диастазе прямых мышц живота II и III степени, послеоперационных грыжах произвели 230 преперитонеальных аллопластик. При этом в 127 случаях протезирующую пластику выполнили по оригинальной методике, при которой продольная дупликатура апоневроза была фиксирована по линии швов к сетке, размещенной предбрюшинно. При бедренных грыжах у 14 больных произвели герниопластику по Бассини, а у 3 пациентов с невправимой бедренной грыжей и с комбинацией бедренной и паховой грыж выполнили грыжесечение по Руджи – Парлавеччио. Из 1490 операций по поводу паховых грыж в 67 случаях пластику передней стенки пахового канала произвели по Жирару – Спасокукоцкому со швом Кимбаровского. Этот способ использовали при косых паховых грыжах у пациентов молодого возраста, с хорошо развитыми мышечно-апоневротическими слоями, прочной, нерастянутой поперечной фасцией, невысоким, щелевидно-овальной формы паховым промежутком и нерасширенным внутренним отверстием пахового канала. В остальных случаях при прямых и косых грыжах укрепляли заднюю стенку пахового канала с формированием глубокого пахового кольца. При этом пластику задней стенки с использованием мышечно-

апоневротических слоев в 82 случаях выполнили по Постемпскому, а в 1013 – с применением сетчатых трансплантатов по Лихтенштейну, из которых ненатяжной протезирующей пластике по Лихтенштейну отдавали предпочтение, как наиболее оптимальному способу для выполнения в амбулаторно-поликлинических условиях. [1,3]

С 2009 года при паховых грыжах у 328 пациентов произвели лапароскопическую герниопластику методом ТАРР. [2.3] Из них у 9 больных с рецидивными грыжами после ранее выполненных мышечно-апоневротических герниопластик различными способами, а у 61 пациента с двухсторонними паховыми грыжами лапароскопическая протезирующая герниопластика была произведена одномоментно с обеих сторон. [2] Рецидивы грыж после герниопластики по Сапежко возникли у 8 (2.9%) пациентов с пупочными грыжами и у 3 (3.4%) больных с грыжами белой линии живота после создания дупликатуры апоневроза. Рецидивы после преперитонеальной аллопластики выявлены у 7 (2.3%) пациентов, в основном, с послеоперационными грыжами белой линии живота. При паховых грыжах рецидивы возникли после грыжесечений по Жирару-Спасокукоцкому у 2 (3.0%) пациентов и у 1(1.2%) - по Постемпскому. После лапароскопической герниопластики рецидивы произошли у 6 (1.8%) больных.

Заключения и выводы: Результаты применения различных способов герниопластики позволяют сделать вывод о том, что в условиях СККП центра амбулаторной хирургии ВГКП №7 при грыжах брюшной стенки с расширенными грыжевыми воротами, рецидивных, послеоперационных наиболее предпочтительными являются способы герниопластики с использованием эндопротезов, особенно у пожилых людей с гипо- и атрофичными мышечно–апоневротическими слоями брюшной стенки, которых среди пациентов поликлиники большинство. Использование протезирующих пластик позволило выписывать этих больных на амбулаторное лечение на следующий день или через день после операции. Улучшение микроциркуляции тканей в результате раннего двигательного режима, отсутствие внутрибольничной инфекции в СККП центра амбулаторной хирургии ВГКП № 7 способствовали сокращению периода послеоперационной реабилитации, уменьшению количества осложнений, прежде всего, гнойно-воспалительных. Дифференцированный подход к хирургическому лечению грыж брюшной стенки в центре амбулаторной хирургии при ВГКП №7 с избирательным применением различных способов герниопластики позволил производить грыжесечения у большего количества больных при уменьшении послеоперационных осложнений и снижении материальных затрат.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Амбулаторная хирургия /Под ред. проф. А.Н.Бельских и проф. В.В.Воробьева.- Санкт-Петербург: Гиппократ, 2016.- 833 с.
2. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р. и др. Современные методы лечения брюшных грыж.- Киев: Здоровье, 2011.- 278 с.
3. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж.- М.: Медпрактика-М, 2003.- 228 с.

УДК: 617-089.844

Э.Р. АБДРШИНА, Е.Л.РАЙЗИХ

МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИО- И НЕЙРОПАТИИ

Научный руководитель – к.м.н., ассистент С.А. Швецов.
Кафедра общей хирургии,
Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

Резюме: *В процессе работы было обследовано тридцать человек с синдромом диабетической стопы, у которых наблюдались осложнения виде ангио - и нейропатий. Оба эти состояния развиваются на фоне сахарного диабета. Клиническая картина больных и симптомы, были выявлены с помощью инструментальных исследований, позволяющих диагностировать нарушения на ранних этапах.*

Ключевые слова: *Диабетическая ангиопатия, диабетическая нейропатия, синдром диабетической стопы.*

E.R.ABDRSHINA, E.L.RAYZIH

METHODS OF EARLY DIAGNOSTICS OF DIABETIC ANGIO- AND NEUROPATHY

Scientific Advisor - Ph.D. in Medicine, assistant S.A. Shvetsov
Department of General Surgery, Orenburg state medical university, Orenburg

Abstract: *In this paper, we have examined thirty people with diabetic foot syndrome, which experienced complications of angiopathy and neuropathy. Both these conditions develop against the background of diabetes mellitus. Clinical picture of patients and symptoms have been identified using instrumental studies to diagnose violations at early stage.*

Key words: *Diabetic angiopathy, diabetic neuropathy, diabetic foot syndrome.*

Актуальность. Сахарный диабет (СД) признан Всемирной организацией здравоохранения опаснейшим вызовом мировому сообществу вследствие угрожающих жизни осложнений: в том числе поражением сосудов и нервов нижних конечностей с последующими ампутациями. Поэтому ежегодно создаются такие новые методы исследования как: исследование проксимально-дистального градиента, кожно-пункционная биопсия, прижизненная конфокальная микроскопия роговицы [1].

Цель исследования. Выявление диабетической ангио- и нейропатии на ранних стадиях СД.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов с СД 1 и 2 типа с использованием анкет и специальных методов исследования в соответствии с указаниями, представленными в руководстве для врачей О.В. Удовиченко и Н.М. Грековой «Диабетическая стопа».

Результаты и обсуждение. Выявление и тяжесть поражений определяли по симптомам: парестезия (94%); онемение стоп (51%); деформация стоп и/или пальцев (50%), участки повышенного давления (53%), ночные и острые боли (53%), жжение (59%), ослабление ахиллового рефлекса (77%), ослабление пульсации на a.tibialis posterior и a. dorsalis pedis (70,5%), нарушение термочувствительности (58%), снижение вибрационной чувствительности (62%). Эти параметры оказались информативными в возникновении диабетических осложнений (язвы, некрозы, гнойные осложнения, гангрены и др).

Такие параметры как тактильная чувствительность, симптом Оппеля, отеки, пульсация на a.dorsalis pedis, вредные привычки и другие оказались неинформативными (менее 50%). Снижение температурной, болевой, вибрационной чувствительности, чувство онемения, покалывания или жжения в пальцах, боли в ночное время - признаки нейропатии. Слабая пульсация a. tibialis posterior (70,5%), холодные на ощупь конечности - признаки ангиопатии.

Снижение температурной, болевой, тактильной, вибрационной, проприоцептивной чувствительности, характерной для нейропатии, у больных проявляется не сразу. Они развиваются в зависимости от индивидуальных особенностей, продолжительности и тяжести течения СД.

Во время исследования все больные жаловались на онемение, ощущения «ползания мурашек» и боль. У пациентов была снижена тактильная, вибрационная и температурная чувствительность, ослаблены сухожильные рефлексы из-за снижения количества аксонов нервных волокон, дегенерации дендритов периферических симпатических нервных узлов [2],

с развитием различных деформаций стоп.

У двадцати одного пациента наблюдалась нейропатическая форма СДС, при которой наблюдалось снижение всех видов чувствительности, сохранялась пульсация на артериях стоп, отсутствовал болевой синдром, кожа обычной окраски и температура кожных покровов нормальная.

У трех пациентов - ангиопатическая форма СДС, с ярко выраженным болевым синдромом, бледными кожными покровами, снижением пульсации на артериях стоп, при сохранении всех видов чувствительности.

У шестерых пациентов выявлена третья стадия ДПН, сопровождающаяся язвами стоп и нетравматическими ампутациями пальцев.

Заключение и выводы. Таким образом, представленная методика анкетирования и инструментального исследования позволяет на ранних стадиях заболевания выявить ангио- и нейропатию.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алифирова В.М., Цыренжапова Р.Б., Столярова В.А. Современные подходы в ранней диагностике диабетической нейропатии.-М: Сибирский медицинский журнал, 2011-31-32с.
2. Грекова Н. М, Бордуновский В. Н., Гурьева И. В. Диабетическая стопа. - М.: Практическая медицина,2010- 12с.

УДК: 617.55-089.844-036.742-018-07.001.6

О.Ю. ДОКУЧАЕВА

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ С ПЛАСТИКОЙ СЕТКОЙ У КРЫС.

Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры общей хирургии П.И. Кошелев
Кафедра общей хирургии, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Резюме: *Грыжевая болезнь встречается у 4% населения России. Среди них паховые грыжи занимают по распространенности первое место и составляют около 3,8 млн. человек. Чаще всего паховые грыжи наблюдаются у мужчин. Рецидивы паховых грыж у мужчин встречаются от 11 до 35% по данным, приведенным В.В. Жебровским. Все способы пластики связаны с травмированием семенного канатика, что приводит к развитию хронической болевой реакции, формированию различных сером, рубцовых изменений семенного канатика.*

Ключевые слова: *грыжевая болезнь, мужчины, рецидивы, крысы, морфологические изменения, полипропиленовая сетка.*

O.YU. DOKUCHAEVA

MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE TISSUES OF THE INGUINAL CANAL AFTER HERNIA REPAIR WITH PLASTIC MESH IN RATS.

Scientific adviser - Doctor of Medical Science, Professor of the Department of General Surgery P.I. Koshelev
Department of General Surgery, Voronezh State Medical University them. N.N. Burdenko, Voronezh, Russia

Abstract: *Herniated disease occurs in 4% of the Russian population. Among them, inguinal hernia occupy the first place in the prevalence and make up about 3.8 million people. Most often inguinal hernia are observed in men. Recurrences of inguinal hernia in men occur from 11 to 35% according to the data given by V.V. Zhebrovsky All methods of plastics are associated with traumatization of the spermatic cord, which leads to the development of a chronic pain reaction, the formation of various gray, cicatricial changes in the spermatic cord.*

Keywords: *hernia, men, relapses, rats, morphological changes, polypropylene mesh.*

Актуальность. Грыжевая болезнь встречается у 4% населения России. Среди них паховые грыжи занимают по распространенности первое место и составляют около 3,8 млн. человек. Чаще всего паховые грыжи наблюдаются у мужчин.[4] Рецидивы паховых грыж у мужчин встречаются от 11 до 35% по данным, приведенным В.В. Жебровским.[1]. Многие исследователи указывают на наименьшее количество рецидивов при пластике пахового канала по способу Лихтенштейна [2]. Все способы пластики связаны с травмированием семенного канатика, что приводит к развитию хронической болевой реакции, формированию различных сером, рубцовых изменений семенного канатика [3].

Цель исследования: выявить морфологические изменения при пластике пахового канала сеткой с расположением семенного канатика на полипропиленовой сетке и на апоневрозе.

Материалы и методы. На базе экспериментальной лаборатории Областной клинической больницы №1 проведены исследования у 46 крыс (самцов). Они были разделены на 3 группы: первая группа(1), у которых при пластике задней стенки пахового канала использовалась полипропиленовая сетка, на которую укладывался семенной канатик; вторая группа(2) – полипропиленовая сетка укладывалась на брюшину, над которой ушивался апоневроз, семенной канатик, таким образом, располагался в подкожно-жировой клетчатке, третья группа(3) – семенной канатик не подвергался механическим повреждениям. В каждой группе (1,2,3) забирали материал для патолого-анатомического исследования на 7,30, 60 день после произведения пластики пахового канала, проверялась морфологическая реакция семенного канатика на имплантат, на мышцы и на апоневроз.

Результаты и обсуждения: для выяснения последовательности развития и характера тканевой реакции на имплантат животные выводились из опыта декапитацией под тиопенталовым наркозом.

На 7 день: семявыносящий проток имел слизистую, мышечную и адвентициальную оболочки. В окружающих тканях семявыносящего протока наблюдалось умеренно выраженное реактивное воспаление по типу серозно-фибринозного в независимости от метода пластики пахового канала.

На 30 день: в 1 группе – в поле контакта полипропиленовой сетки и семявыносящего протока наблюдалось скопление фибробластов, циркулирующих по ходу волокон имплантата, преобладание полиморфно-ядерных лейкоцитов. В мышечном массиве вокруг волокон находилось большое количество многоядерных гигантских макрофагов.

Во 2 группе – в окружающих тканях (апоневроз) наблюдалось скопление фибробластов и более выражена плотность клеточной инфильтрации с преобладанием лейкоцитов, стенка семявыносящего протока представлена тонкой прослойкой созревающей волокнистой соединительной ткани с диффузно очаговой воспалительной инфильтрацией, состоящей, преимущественно из клеток лимфоидного ряда, мелкими единичными сосудами. Нет многоядерных гигантских макрофагов. В мышечном массиве, элементы сетки окружены широкой зоной созревающей волокнистой соединительной ткани.

На 60 день: в 1 группе наблюдалась реакция хронического воспаления в области соприкосновения семенного канатика с полипропиленовой сеткой, перифокально – рост грануляционной ткани с многоядерными клетками «рассасывания» инородных тел. Во 2 группе – вокруг тканей семенного канатика имелась хорошо васкуляризированная волокнистая соединительная ткань без лимфоцитарной инфильтрации. Отсутствуют гигантские клетки инородных тел. В небольшом количестве – нейтрофилы и макрофаги.

У животных, у которых семенной канатик не подвергался механическому воздействию, обнаружена микроскопическая картина: семявыносящий проток имеет слизистую, мышечную, адвентициальную оболочки; эпителий слизистой – двухрядный, состоит из реснитчатых и вставочных клеток; мышечная – из наружного и внутреннего продольного и циркулирующего слоев; адвентициальная – в виде рыхлой неоформленной соединительной ткани. На 60 день после операции пластики пахового канала по Лихтенштейну – вокруг полипропиленовой сетки картина продуктивного воспаления, небольшой отек тканей, очаги грануляционной ткани; эпителий атрофирован, т.е. произошли морфологические изменения в стенках семявыносящего протока, лежащего на имплантированной сетке. Модификация способа Лихтенштейна – это изоляция семенного канатика от сетки, что и является основным отличием , и что дает основание к разработке нового метода пластики пахового канала: после удаления грыжевого мешка отсепаровывают от окружающих тканей семенной канатик, полипропиленовая сетка укладывается на заднюю

стенку пахового канала, затем над сеткой сшивается апоневроз «край в край» и семенной канатик ложится на апоневроз. Соприкосновение семенного канатика с сеткой должно быть только на месте выхода его из брюшной полости. Преимущества такого метода: нет натяжения тканей, укрепляется задняя стенка пахового канала, не травмируется семенной канатик.

Заключения и выводы. При проведении данных экспериментальных исследований выявлено, что

1. При пластике пахового канала по методу Лихтенштейна происходит склероз стромы с явлениями хронического воспаления и явлениями полнокровия, ростом грануляционной ткани с многоядерными клетками «рассасывания» инородных тел, следовательно, что и приводит в большем количестве к рецидивам.
2. Если полипропиленовая сетка укладывалась на брюшину, над которой ушивался апоневроз, то признаки воспаления оставались в незначительном количестве, что можно считать нормальной защитной реакцией организма на имплантат.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р. и др. Современные методы лечения брюшных грыж.- Киев: Здоровье, 2011.- 278 с.
2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. М.:ООО МИА, 2005. 384 .
3. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж.- М.: Медпрактика-М, 2003.- 228 с.
4. Мясников А.Д., Колесников С.А. Концепция аутогерниопластики в лечении наружных брюшных грыж //Анналы хирургии. -2000. – 4. – С.46-52

УДК 617.747-007.281-073.75

А.Р.БАГДАНУРОВА, А.И.ФАТИХОВА, В.А.МУХАМЕТЗЯНОВА

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ И МИКРОПЕРИМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МАКУЛЯРНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИРЕТИНАЛЬНЫМ ФИБРОЗОМ

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Т.И. Дибаев, к.м.н., ассистент А.А. Александров
Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Проведен анализ данных морфометрического и функционального состояния сетчатки макулярной зоны 36 пациентам с витреомакулярнымтракционным синдромом (ВМТС). Для эпиретинального фиброза на фоне ВМТС характерно статистически значимое снижение остроты зрения, увеличение макулярного объема, снижение среднего порога светочувствительности.*

Ключевые слова: *витреомакулярный тракционный синдром, макулярный отек, спектральная оптическая когерентная томография, фундус-микропериметрия.*

A.R. BAGDANUROVA, A.I. FATIKHOVA, V.A. MUHAMETZYANOVA

MORPHOMETRIC AND MICROPERIMETRIC PARAMETERS OF MACULAR ZONE IN PATIENTS WITH EPIRETINAL FIBROSIS

Scientific Advisor – D.Sc.in Medicine, Assistant T.I.Dibaev, D.Sc.in Medicine, Assistant A.A.Alexandrov
Chair of Ophthalmology with Postgraduate course, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *The morphometric and functional state of the retina of the macular zone was analyzed in 36 patients with vitreomacular traction syndrome (VMTS). Epiretinal fibrosis associated with VMTS is characterized by a statistically significant reduction in visual acuity, an increase in the macular volume, a decrease in the average threshold of photosensitivity.*

Keywords: *vitreomacular traction syndrome, macular edema, spectral optical coherence tomography, fundus Microperimetry.*

Актуальность. Эпиретинальные мембраны (ЭРМ) представляют собой продукт преретинальной пролиферации, которая возникает на поверхности внутренней пограничной мембраны сетчатки и ведет к сморщиванию и деформации сетчатки [1].

ЭРМ встречаются примерно у 6% пациентов старше 60 лет, частота распространения имеет тенденцию к увеличению с возрастом [6].

С внедрением в клиническую практику спектральной оптической когерентной томографии (СОКТ) произошел прорыв в понимании витреомакулярных взаимодействий, что позволило дифференцировать тракционные состояния, а также выявлять патологический процесс на самых ранних стадиях [2].

В большинстве случаев ЭРМ длительное время не вызывают нарушения структуры сетчатки [4]. Однако при прогрессировании процесса ЭРМ вызывают метаморфопсии, снижение остроты и затуманивание зрения. Это связывается с формированием складок сетчатки, эктопии fovea, макулярным отеком, наличием непрозрачной мембраны прямо над fovea. Клиническую симптоматику и прогноз зрительных функций определяют прочность фиксации и локализация эпиретинальных мембран [6].

Значение ОКТ велико для определения ЭРМ, ее сращений с сетчаткой, зон наибольшей и наименьшей толщины ЭРМ, границ ЭРМ, выявления интраретинальных полостей. Это может применяться для планирования безопасного удаления ЭРМ [1].

Цель исследования. Изучить показатели светочувствительности сетчатки и макулярного объема у пациентов с эпиретинальным фиброзом на фоне витреомакулярного тракционного синдрома.

Материалы и методы. Проведен анализ морфометрического и функционального состояния сетчатки макулярной зоны у 36 пациентов, обследованных в Центре лазерного восстановления зрения Optimed г. Уфа за период с июля по декабрь 2016 г. Всем пациентам выполняли комплексное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, тонометрию, рефрактометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, эхобиометрию, а также

спектральную оптическую когерентную томографию (СОКТ) макулярной зоны и фундус-микропериметрию. В основную группу (n=20) вошли пациенты с диагнозом «Витреомакулярный тракционный синдром. Эпиретинальный фиброз», в контрольную группу (n=16) - пациенты без офтальмопатологии. Критериями включения в основную группу было наличие у пациентов офтальмоскопически видимых эпиретинальных мембран, извитости ретинальных сосудов, а также наличие эпиретинальной мембраны и диффузного отека нейроэпителия макулярной зоны по данным ОКТ. Критериями исключения являлось наличие сопутствующей офтальмопатологии, в том числе помутнений хрусталика, глаукомы, диабетической ретинопатии, миопии высокой степени, воспалительных заболеваний глазного яблока, признаков возрастной макулярной дегенерациии других. Средний возраст пациентов составил в основной группе – 68,5±6,8, в контрольной 67,5±5,7 лет.

Оптическую когерентную томографию выполняли на аппарате Optovue Avanti XR (США), проводили сканирование в режимах кругового и линейного сканирования, а также в режиме RetinaMap с регистрацией показателя «макулярный объем» на участках диаметрами 1 мм и 3 мм (центр – фовеола). Все сканирования были выполнены одним исследователем, расчет показателей производился автоматически.

Фундус-микропериметрию проводили на приборе CenterVue MAIA (Италия) в режиме Expert Exam с измерением светочувствительности сетчатки в 36 точках. Изучали следующие параметры: процент сниженных порогов (Macular Integrity), средний порог светочувствительности (Average Threshold), устойчивость фиксации (Fixation Stability). Показатели сравнивали с возрастной нормой по следующей формуле: $\Delta N = N_{факт} - N_{норм}$, где $N_{факт}$ – это фактическое значение показателя у конкретного пациента, $N_{норм}$ – нормальное значение показателя в соответствии с нормативной базой данных в программном обеспечении прибора. Если значения показателя были ниже возрастной нормы, то ΔN был отрицательным, если выше – положительным.

Статистический анализ выполняли с применением программного пакета SPSS Statistics v.20. С учетом малых размеров выборок, для межгруппового сравнения показателей был выбран непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Средняя острота зрения пациентов в основной группе составила 0,66±0,19, в контрольной –0,85±0,16 (различия статистически значимы, $p<0,01$).

В качестве интегрального показателя светочувствительности сетчатки был выбран параметр Average Threshold (Средний порог светочувствительности), измеряемый в

децибелах (dB), отражающий минимальную силу светового импульса, которую пациент способен воспринимать конкретной зоной сетчатки во время фундус-микропериметрии.

Значения макулярного объема на участках диаметром 1 мм и 3 мм, средний порог светочувствительности, различия среднего порога светочувствительности с возрастной нормой представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели макулярного объема, светочувствительности сетчатки обследуемых пациентов

Параметр	Основная группа (n=20) (m±M)	Контрольная группа (n=16) (m±M)	P
Макулярный объем, мм^3 (1 mm)	0,33±0,06	0,20±0,02	<0,01
Макулярный объем, мм^3 (3 mm)	2,72±0,34	2,17±0,11	<0,01
Average Threshold, dB	22,66±2,33	26,59±1,69	<0,01
Δ Average Threshold, dB	-2,13±2,24	1,78±1,6	<0,01

Как видно из таблицы 1 для эпиретинального фиброза на фоне витремакулярного тракционного синдрома было характерно статистически значимое увеличение макулярного объема на участках диаметром 1 мм и 3 мм, связанное с диффузным отеком нейроэпителия, вызванным тангенциальной тракцией со стороны эпиретинальных мембран.

Анализ значений среднего порога светочувствительности показал, что в основной группе в 90% случаев (18 из 20) данный параметр был ниже возрастной нормы, о чем также свидетельствует отрицательное значение Δ Average Threshold. В контрольной группе средний порог светочувствительности в 82,4% случаев (14 из 17) соответствовал возрастной норме или же был выше неё, при этом оставшиеся 3 случая демонстрировали относительно незначительное снижение (от –0,3 до –1,3 дБ). Межгрупповое сравнение по Манну-Уитни показало наличие статистически значимых различий (рис.1).

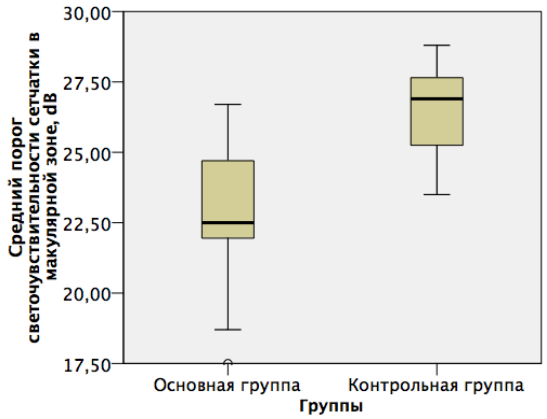


Рис. 1. Значения среднего порога светочувствительности сетчатки в макулярной зоне у пациентов основной и контрольной групп по данным фундус-микропериметрии, M [25; 75].

Заключение и выводы. Эпиретинальный фиброз на фоне витреомакулярного тракционного синдрома характеризуется развитием комплексных морфометрических и функциональных изменений в виде увеличения макулярного объема, снижения остроты зрения и среднего порога светочувствительности сетчатки.

Спектральная оптическая когерентная томография высокого разрешения и фундус-микропериметрия играют важную роль в первичном выявлении и последующем динамическом наблюдении пациентов с эпиретинальным фиброзом на фоне витреомакулярного тракционного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Азнабаев, Б.М. Оптическая когерентная томография + ангиография глаза/ Б.М.Азнабаев, Т.Р.Мухамадеев, Т.И.Дибаев. – М.: Август Борг, 2015. – 248 с.
2. Ламброзо, Б. Оптическая когерентная томография сетчатки. Метод анализа и интерпретации / Б. Ламброзо, М. Рисполи. – М.: Апрель, 2012. – 83 с.
3. Тахчиди, Х.П. «Невидимые» причины идиопатических макулярных разрывов (обзор литературы) / Х.П. Тахчиди, В.Д. Захаров, П.В. Лыскин, О.Л. Лозинская // Офтальмохирургия. – 2009. – №1. – С. 21-23
4. Шкворченко, Д.О. Современные аспекты диагностики и лечения витреомакулярного тракционного синдрома (обзор литературы) / Д.О. Шкворченко, В.Д. Захаров, А.В. Русановская, К.С Норман, Е.В. Белоусова, С.А. Какунина // Вестник ОГУ. – 2013. – №4 (153). – С. 303-305.

5. Sandali O., Basli E., Borderie V. et al.Recurrence of an idiopathic vasocentricepiretinal membrane: clinical and surgical particularities // J. Fr. Ophthalmol.– 2012.– Vol. 35.– P. 48.e1-48.e5.
6. Shas H.R., Mavrofrides E.S., Rogers A.H., et al. Vitreoretinal interface disorders/ Optical Coherence Tomography of Ocular Diseases. Third Edition. - Slack, 2013. – P.69-110

УДК 617.5

Д.Д.ГАФУРОВА, С.С.ЖУКОВ.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ФАСЦИИТА.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Хасанов А.Г.
Кафедра хирургических болезней,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Резюме: *мы располагаем данными об опыте лечения 8 больных с некротическим фасциитом, которые находились на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии ГКБ №8 г.Уфы. У исследуемых больных выявлены сопутствующие заболевания: сахарный диабет (3), наркомания (3), гепатит В,С (2) и у всех при поступлении наблюдались общие признаки интоксикации в виде высокой лихорадки с ознобом, тошнота, рвота, тахикардия, тахипноэ, психомоторное возбуждение. При идентификации возбудителя микробный спектр состоял в 6 случаях из разных микробных ассоциаций, а в 2 случаях из одного*

Streptococcus pyogenes. При гистологическом изучении биоптата выявлена лейкоцитарная инфильтрация, очаговый некроз фасции и окружающих тканей, микрососудистые тромбозы. У 2 пациентов развился «синдром стрептококкового токсического шока» с летальным исходом в течении 2- суток.

Ключевые слова: *некротический фасциит, стрептококковый септический шок, Streptococcus pyogenes, смешанная микробная ассоциация, антибиотикотерапия, некрэктомия.*

D.D. GAFUROVA, S.S. ZHUKOV.

SOME ASPECTS OF PATHOGENESIS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NECROTIZING FASCIITIS.

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor A.G. Khasanov.
The Department of Surgical Diseases Bashkir state medical University, Ufa.

Abstract: *We have data about the experience of treating eight patients with necrotizing fasciitis who were treated at the department of contaminated surgery GKB number 8 Ufa. All patients had concomitant diseases: diabetes mellitus (3), drug addiction (3), hepatitis B and C (2) and all general admission observed signs of intoxication in the form of high fever with chills, nausea, vomiting, tachycardia, tachypnea, psychomotor agitation. When identifying the pathogen, the microbial spectrum consisted of 6 cases from different microbial associations, and in 2 cases from one Streptococcus pyogenes. With histological examination of the biopsy, leukocyte infiltration, focal necrosis of the fascia and surrounding tissues, microvascular thrombosis was revealed. In 2 patients, a "streptococcal toxic shock syndrome" developed with a lethal outcome within 2 days.*

Keywords: *necrotizing fasciitis, streptococcal septic shock, Streptococcus pyogenes, mixed microbial association, antibiotic therapy, necrectomy.*

Актуальность: некротический фасциит (НФ) — это опасное для жизни инфекционное заболевание мягких тканей III уровня в соответствии с анатомической классификацией Ahrenholz, характеризующееся быстро прогрессирующим некрозом поверхностной фасции и прилегающих тканей, сопровождающейся эндотоксемией с исходом в тяжелый сепсис и полиорганную недостаточность [6]. Часто вызывается грамположительными бактериями Streptococcus pyogenes или смешанной аэробной и анаэробной микрофлорой. По факту некротизирующий фасцит является одной из форм инфекционной гангрены, которая быстро прогрессирует с поражением кожи, подкожной

клетчатки и поверхностной фасции. Считается, что источником инфицирования являются поврежденная кожа (ссадины, тупые травмы, ожоги, потертости), а также гнойные органные заболевания. Болезнь встречается достаточно редко — с 1883 г. медицинская литература зафиксировала около 500 случаев некротического фасциита, однако в последнее время частота заболевания увеличилась (статистика показывает частоту в 4 случая НФ на 10000 человек, при 33% смертности заболевших). Таким образом, данная тематика является актуальной в настоящее время.

Цель исследования: изучить гистологическую картину пораженных частей тела, методы диагностики и лечения некротического фасциита.

Материалы и методы: гистологические, морфометрические, анализ истории болезни, статистических данных.

База исследования: МЗ РБ ГБУЗ РБ ГКБ № 8 города Уфа.

Результаты и обсуждение:

Диагностика НФ трудна, во-первых, из-за отсутствия специфических симптомов, во--вторых, вследствие недостаточно полной информированности врачей об этом заболевании. Симптомы стрептококковой инфекции начинаются с лихорадки и интенсивной местной боли. Guiliano с соавт. выделяет 2 формы некротизирующего фасциита [10]: инфекции с наличием бета-гемолитического стрептококка группы А (Streptococcus pyogenes) и смешанные инфекции анаэробов и факультативных анаэробных бактерий (Escherischia coli, Citrobakter freundii, Klebsiella pneumonia, Enterobakter cloacae, Serratia marcescens, Proteus mirabilis) [3,4,8].

При первом варианте некротического фасциита высок риск развития синдрома стрептококкового септического шока. Streptococcus pyogenes вследствие выделения экзотоксина приводит к выраженной эндотоксемии, исходом которого может быть тяжелый сепсис и полиорганная недостаточность (стрептококковый септический шок, (ССТШ) [14] клиническими признаками которого служат местные боли, систолическое давление < 90 мм рт.ст., развившийся респираторный дистресс-синдром, генерализованная эритема. [11]. Лабораторные тесты, подтверждающие наличие ССТШ, включают: выделение стрептококков группы А, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (до 50% юных форм), азотемию, гипокалиемию, гипоальбуминемию, тромбоцитопению (тромбоциты < 100×10^9/л.), гематурию, почечную недостаточность (креатинин > 180 мкмоль/л.).

К факторам риска развития НФ относятся: ослабление иммунитета (местное или общее), детской или пожилой возраст, избыточная масса тела, лица, страдающие диабетом,

заболеваниями периферических сосудов, а также лица, которым недавно проводилась кортикостероидная иммуносупрессивная терапия или хирургические операции; наркомания и хронический алкоголизм, иммунодефицитные состояния.

Основой патогенеза некротизирующего фасцита является обтурационный тромбоз микроциркуляторного русла кожи и подлежащих тканей, чем объясняется прогрессирование некроза поверхностной фасции, захватывающий регион соответствующей зоне микроциркуляторного кровообращения. При этом морфологические изменения в фасциальных образованиях изначально носят гангренозный характер, и его распространение происходит на основе зонального нарушения кровообращения фасций. Приведем данные об опыте лечения 8 больных с некротическим фасциитом: больные были госпитализированы в экстренном порядке через 2 суток с начала заболевания с предварительными диагнозами «начинающаяся флегмона (3 чел.) и рожистое воспаление (5 чел). У троих больных процесс локализовался на нижней конечности, у двоих на верхней конечности. Возраст больных колебался от 20 до 75 лет, мужчин было 5, женщин — 3. У всех больных выявлены сопутствующие заболевания: сахарный диабет (3), наркомания (3), гепатит В, С (2). При поступлении все больные жаловались на интенсивные боли в области повреждения, интенсивность которой примерно через 2 суток значительно стихала. При осмотре определяется припухлость; эритема красного, далее - синюшного цвета, отек тканей и кожные высыпания в виде булл, наполненных серозно-геморрагической жидкостью. Внешне местные проявления заболевания напоминают эритематозно-буллезную формы рожи (в 4 наблюдениях врачи приемного отделения и скорой помощи их принимали за рожу) -однако, видимые участки гиперемии при некротическом фасциите значительно меньшей интенсивности, чем при роже. У 3-х больных развитие заболевания была связано с внутрикожным введением наркотических препаратов. У всех больных при поступлении наблюдались общие признаки интоксикации в виде высокой лихорадки с ознобом, тошнота, рвота, тахикардия(130 уд/мин), тахипноэ (ЧД-22 в минуту), психомоторное возбуждение. Вопреки адекватной антибиотикотерапии в высоких дозах, проводимая антибактериальная терапия в течении 1-х суток без эффекта наблюдалось ухудшение общего состояния больных, наблюдалось диффузное распространение инфекции. С подозрением на развитие некротического фасциита определены показания к хирургической ревизии, больные были переведены в отделение интенсивной терапии и реанимации. При рассечении мягких тканей обнаруживается довольно характерная патоморфологическая картина: поверхностная фасция утолщена, в процесс вовлечена и подкожная клетчатка, последняя отечная сероватого цвета легко отделяется от поверхностной фасции. Гнойного содержимого в обычном понимании

нет, имеет место скудное количество экссудата грязно-зеленого или коричневого цвета с глыбками жира диффузно пропитывающий дряблую белесоватую фасцию без признаков гнойного расплавления. При вскрытии и некрэктомии кровотечение чаще отсутствует, что свидетельствует о тромбозе сосудов и является важным диагностическим и прогностическим признаком. Используя диагностические критерии J. Fisher и соавт. [9], развившиеся патологические изменения были расценены как некротический фасциит. При идентификации возбудителя микробный спектр состоял в 6 случаях из разных микробных ассоциаций, а в 2 случаях из одного Streptococcus pyogenes. При смешанных инфекциях обнаруживались Escherischia coli, Proteus mirabilis, Enterobacter, Campilobacter, Stapylococcus aureus, Bacteroides fragilis. При гистологическом изучении биоптата определяется лейкоцитарная инфильтрация, очаговый некроз фасции и окружающих тканей, а также микрососудистые тромбозы.

У 2 пациентов развился «синдром стрептококкового токсического шока» с летальным исходом в течении 2-х суток. Плохой прогноз, как и необходимость немедленного, радикального хирургического лечения, считаются в литературе бесспорными [l, 2] и должны быть по времени исполнения экстренными, а по характеру "агрессивными" [11, 7, 8]. Основной целью хирургического вмешательства является иссечение всех некротизированных тканей, следствием которого будет являться снижение микробной обсемененности. Иссечение инфицированных некротизированных тканей до чистых, здоровых фасций показано всегда, чтобы остановить инфекционный процесс. По мнению многих авторов только быстрая радикальная некрэктомия может снизить летальность у этих пациентов [7]. Согласно данным этих авторов летальность у пациентов, у которых было допущено промедление с хирургическим лечением, составила 38%, в то время как, у пациентов, подвергшихся немедленной некрэктомии – 4,2%. В случаях некротизирующего фасциита без хирургической интервенции летальность составила 100% . При этом принципиально не должны применяться так называемые лампасные разрезы, которые сами по себе абсолютно неэффективны по причине их паллиативного характера [Broll [6]. После санации гнойно--некротических зон производят тщательное промывание ран антисептиками и рану рыхло тампонируют марлевыми салфетками, смоченными антисептическим раствором. Первую перевязку делают под наркозом через 12—24 ч с целью ревизии раны, а при необходимости и повторной некрэктомии, цель которой - снижение высокого риска развития тяжелого сепсиса. Исходя из приведенных данных, трудно переоценить роль антибиотикотерапии в лечении НФ, однако выбор стартового антибиотика является сложной задачей. С учетом, что при НФ

чаще всего обнаруживается S.pyogenes и S.aureus и высокую чувствительности стрептококков к В-лактамным антибиотикам стандартной терапией стрептококкового НФ является применение пенициллина (12 млн ЕД внутривенно через 4 ч) или клиндамицина (1,2 г внутривенно через 6 ч). Кроме того, рекомендуется использование цефтриаксона, а при смешанной микрофлоре — клиндамицина, обладающего способностью подавлять токсинообразование у стрептококков. Существенным фактором, благоприятно влияющим на выживаемость, является более короткий интервал до постановки диагноза в комбинации с немедленной некрэктомией..

Таким образом, **в заключении** следует отметить, что некротический фасциит является тяжелым заболеванием мягких тканей. Из-за своей редкой встречаемости, низкой информированности врачей своевременная диагностика представляет большие затруднения. Основным методом лечения данного заболевания является ранняя радикальная некроэктомия на фоне интенсивной антибактериальной терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1.М. В. Гринев О. А. Будько К. М. Гринев. Некротизирующий фасциит: патофизиологические и клинические аспекты проблемы Хирургия 2006; 5: с.31-37

2. Измайлов Г.А. Прогрессирующий некроз кожи. Хирургия 1985; 5: 57—61.

3. Кованов В.В., Аникина Т.И. Хирургическая анатомия фасций и клетчаточных пространств. М: Медицина 1967; 30—34.

4. Руднов В.А., Гельфанд Б.Р., Алферов А.В. и др. Применение активированного протеина С при тяжелом сепсисе и септическом шоке: опыт Российских клиник. Consilium medicum 2004; 6: 6: 424—427.

5. Broll R, Eckmann C, Kujath P, Bruch HP Streptococcal toxic shock-like syndrome. Chirurg 1998: 69: 806-810

6. Ahrenholz D.H. Necrotizing fasciitis and other infectionsa. lntensive care Medicine. 2nd. J.M. Rippe, R.S. Irwin, J.S. Alpert, M.P. Fink eds. Boston 1991; 1344-1349.

7.Dalal M., Sterne J., Murray D.S. Streptococcal myositis. Br J PIastic Surgery 2003; 54: 4: 424-429.

8. Fink A., De Luca I. Necrotizing fasciitis: Pathophysiology and Treatment. Dermatology Nursing 2002; 14: 324—327.

9. Fisher I.R., Conway M.I., Sakeshita R.T. et al. Necrotizing fasciitis — importance of roentaenographic studies for soft tissue gas. JANA 1979; 241: 803—806.

10. Giuliano A, Lewis F, Hadley K, Blaisdell F (1979) Bacteriology of necrotizing fasciitis. Am J Surg 134: 53-59.
11. Gregoro P., Aliffi A., Bollo M., Ilvangas S. Necrotizing fasciitis: case reports review of the literature. Infez Med 1999; 7: 3: 177—186.
12. Kaul R, McGeer A, Low D, Green K (1997) Population based surveillance for group A Streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognostic indicators, and microbiologic analysis of seventy seven cases. Am J Med 103:18-21.
13. McHenry C, Piotrowski J, Petrinick D, Malangoni M (1995) Determinants for mortality for necrotizing soft tissue infections. Ann Surg 221: 558-562.
14. Wilson B. Necrotizing fasciitis. Am Surg 1952; 18: 416—431.

УДК 616.379

НИГЬМАТЗЯНОВА Р.А., ШАКИРОВА И.Р., САФИУЛЛИН С.Р.
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ГКБ №8.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Шайбаков Д.Г.
Кафедра общей хирургии,
Башкирский государственный медицинский университет г. Уфа

Резюме: *нами был проведен ретроспективный анализ истории стационарных больных ГКБ №8 г. Уфы с различными осложнениями сахарного диабета, которые находились на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии за период с 2010 по 2016 год. Всего выявлено больных с различными осложнениями сахарного диабета – 495 больных. Непосредственно с СДС и его осложнениями - 190 больных. Была анализирована стратегия лечения больных СДС, показания к малым и большим ампутациям.*

Ключевые слова: *сахарный диабет, диабетическая стопа, ампутация.*

R. A. NIGMATZYANOVA, I. R. SHAKIROVA, S.R. SAFIULLIN

SOME QUESTIONS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME ON MATERIALS GKB №8.

Scientific Advisor - Shaibakov D.G.

The department of General Surgery, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: *we conducted a retrospective analysis of the history of patients GKB №8 of the city of Ufa with various complications of diabetes who were hospitalized in purulent surgery Department for the period from 2010 to 2016. All identified patients with different complications of diabetes– 495 patients. Directly from SDS and its complications - 190 patients. Was analyzed the strategy of treatment of patients with diabetic foot, indications for small and large amputations.*

Keywords: *diabetes mellitus, diabetic foot, amputation.*

Актуальность: Под «синдромом диабетической стопы» (СДС) понимают инфекцию, язву и/или деструкцию глубоких тканей, связанную с неврологическими нарушениями и снижением периферического и магистрального кровотока в артериях нижних конечностей, обусловленных сахарным диабетом. [1987г. Женева].

Данный недуг по литературным данным развертывается у 4—10 % от общего числа пациентов с сахарным диабетом (СД). По данным экспертов 40 – 70 % всех нетравматических ампутаций в мире производится больным с синдромом диабетической стопы. В течение первых 5 лет после ампутации умирает около 80% больных, перенесших высокую ампутацию. Большая социальная важность сахарного диабета состоит в том, что он приводит к ранней инвалидности. При этом риск развития инфаркта миокарда возрастает в 2 раза, почечная недостаточность в 17 раз, а гангрены нижних конечностей – в 20 раз. [3]

Эпидемиологические исследования показали, что 6 – 30 % больных диабетом после первой ампутации, в последующем подвергаются ампутации контралатеральной конечности в течение 1–3 лет, а через 5 лет – 28–51 %. Также увеличивается цена лечения и реабилитации больных в 3 раза. Совершенствование тактики диагностики, диспансеризации, лечения больных, допускает уменьшить частоту ампутации на 43-85 %. [1]

Примерно 40-50% больных сахарным диабетом относятся к группе риска. Критериями включения больного в группу риска служат:

- явления периферической нейропатии,
- исчезновение пульса на артериях стоп,

- искажение формы стопы,
- выраженные ороговение стопы,
- наличие язв, гнойников,
- ампутации в истории болезни. [4]

Для классификации осложнений при сахарном диабете, отечественный ученый Вагнер в 1979г. составил таблицу по объему и локализации поражения тканей, сопоставив их по степеням.

Таблица 1

Степень выраженности поражения тканей при СДС (по Вагнеру 1979г.)

Степень	Характеристика
0	Сухость кожи, клювовидная деформация пальцев, остеопороз.
1	Поверхностный язвенный дефект без признаков инфицирования
2	Глубокая инфицированная язва без вовлечения костной ткани.
3	Глубокая инфицированная язва с вовлечения костной ткани, абсцесс, флегмона.
4	Гангрена дистальной части стопы
5	Гангрена всей стопы

Цель исследования: оптимизация методов лечения больных с диабетической стопой.

Материал и методы: истории болезни, статистический анализ данных поступления и обращения пациентов с травмами в ГКБ №8.

Результаты и обсуждение: Под наблюдением врачей в ГКБ №8 с 2010 по 2016 года в отделении гнойной хирурги находились 540 больных с различными осложнениями сахарного диабета, среди которых оказались наиболее тяжелые случаи с патологий СДС и его осложнениями - 190 больных. [5]

Таблица 2

Распределение больных по возрасту поражения СД

Возраст	Пол		Всего	
	Мужчины	Женщины	Абс.	%

21-30	1	4	5	2,6
31-40	3	5	8	4,2
41-50	11	17	28	14,7
51-60	23	29	52	27,4
61-70	28	26	54	28,4
71-80	11	29	40	21,0
81 и Старше	1	2	3	1,7
Всего:	78	1 12	190	100,0

Как видно из таблицы №2, к СД склонны чаще женщины преклонного возраста инсулиннезависимой формы со средней степенью тяжести, продолжительностью болезни более 5 лет. Среди больных, прибывших на стационарное лечение с различными формами СД, многие доставлены в срочном порядке с тяжелыми гнойно-некротическими осложнениями стопы и голени. [5]

При лечении больных с СДС применяется следующая тактика:

1) Консервативное лечение включает в себя основные (обязательные для всех больных) и дополнительные (применяемые по показаниям) мероприятия.

Основные: профилактика полинейропатии (контролирование глюкозы, давления, гиперлипидемии) подиатрический уход за стопой, обучение больного и родных; разгрузка стопы.

Дополнительные: антимикробная терапия; лечение нейропатии и ангиопатии; лечебная разгрузка и иммобилизация стопы.

2) Хирургическое лечение составляют высокие ампутации при гнойно-некротических поражениях стопы и малые в виде ампутации и экзартикуляции пальцев, также в плановом порядке производятся некрэктомии и пластические вмешательства.

По таблице №3 можно сделать заключение в том, что число малых ампутаций в хирургическом отделении ГКБ №8 составляет 26,8% от общего числа прооперированных, когда как высокие ампутации - 28,7%. [5]

Таблица 3

Объем оперативного пособия и исходы

Объем хирургического вмешательства	Количество оперированных больных	Летальные исходы

Некрэктомии, вскрытия	48 (44,4%).	2 (1,8%)
Малые ампутации	29 (26,8%)	1 (0,9%)
Высокие ампутации	31 (28,7%)	6 (5,6%)
ИТОГО	108 (100%)	9 (8,3%)

Заключение и выводы:

Таким образом, сделанный нами анализ данного материала приводит к следующим выводам:

1. Количество больных с осложнениями СДС увеличивается из года в год.
2. Дифференцированный подход в диагностике и тактике при различных формах ДС позволит уменьшить число ампутаций конечностей более чем в 2 раза;
3. Сейчас весь мир борется за снижение числа и уровня ампутаций. Встала необходимость бороться за жизнь каждого больного, с сохранением каждой ноги.
4. Первичная ампутация должна быть сделана только при условии, когда возможность реваскуляризации с помощью оперативных методов исключена.
5. Необходимо создание высокотехнологичных «Центров диабетической стопы».
6. Обеспечение больных ортотехникой, при которой количество ампутации снижается почти на 1/3. [2]

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гурьева И.В., Кузина И.В., Воронин А.В. и др. Синдром диабетической стопы. Методические рекомендации. Москва, 2000
2. Диабетическая нейропатия / Сергей Викторович Котов, Ариан Павлович Калинин, Ирина Геннадьевна Рудакова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 439 с.: рис. – Библиогр.: с. 438
3. Клинически и экспериментальная хирургия. Комплексное хирургическое лечение диабетической стопы, Шайбаков Д.Г., Карамова Р.Ф., Хасанов А.Г., Нигматзянов С.С., Шамсиев Р.Э. [Электронный ресурс]/ Кафедра хирургических болезней ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Уфа, 2011.
4. Митиш В.А., Ерошкин И.А., Ерошенко А.В. и др. Гнойно-некротические поражения нейроишемической формы синдрома диабетической стопы. Новые возможности комплексного хирургического лечения // Эндокринная хирургия. - 2008. - № 1.

5. Сахарный диабет и его осложнения [Текст]: рук. / М. В. Шестакова [и др.]; Минздравсоцразвития РФ, Федеральное агенство по здравсоцразвитию, ФГУ ЭНЦ Росмедтехнологий. - М.: Перспектива, 2007. - 48 с. : ил.

УДК 616.4

Е.С.СЕМЕНОВА, Р.А.НАФИКОВА

НЕПАРАЗИТАРНЫЕ КИСТЫ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.А. Гумеров
Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. *Представлены результаты собственного исследования архивных материалов историй болезни 21 ребенка, находившихся на лечении с диагнозом непаразитарная киста селезенки в клинике детской хирургии РДКБ за последние 10 лет. Проведен анализ методов лечения, а так же осложнения в отдаленном периоде.*

Ключевые слова. *Селезенка, непаразитарная киста, рецидив, катамнез*

E.S.SEMYONOVA, R.A.NAFIKOVA

NON PARASITIC CYST OF SPLEEN IN CHILDREN

Scientific Advisor – Ph.D. in Medicine, Full professor A.A. Gumerov
Department of Pediatric Surgery with the course IDPO, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: we retrospectively reviewed 21 children who were treated with non parasitic cyst of spleen in Republican children's hospital last 10 years. We analyzed methods of treatment and complications in remote period.

Keywords: the spleen, non parasitic cyst, relapse, catamnesis

Актуальность: Непаразитарные кисты селезенки (НКС) относятся к группе редко встречающихся заболеваний и составляют 0,5-2% от всех ее заболеваний [1].

Цель исследования: анализ результатов лечения детей с непаразитарными кистами селезёнки.

Материалы и методы: ретроспективный анализ историй болезни 21 ребёнка, находившихся на лечении в клинике детской хирургии на базе Республиканской детской клинической больницы (РДКБ) за последние 10 лет, с диагнозом непаразитарная киста селезёнки.

Результаты и обсуждение: Возраст больных колебался от 4 до 16 лет. Мальчиков было 10, а девочек-11. Наиболее часто поступали дети в возрасте 13-16 лет (9) , в возрасте 9-12лет на втором месте (8), меньше всего находилось на лечении детей в возрасте 4-8 лет (4).

Основной жалобой при поступлении была периодическая боль в левом подреберье, нередко возникающая при физических нагрузках (12), 1 ребенок обращался с повышением температуры тела до 38^{o} (причиной повышения температуры была дисметаболическая нефропатия), 1-поступил экстренно с клиникой острого живота, а у 7 детей заболевание протекало бессимптомно.

При осмотре, наблюдалась ассиметрия живот, болезненность при пальпации в левой подреберной области, у 1 ребенка отмечалось увеличение селезенки (+2см от края реберной дуги).

Всем детям была произведено ультразвуковое исследование, на котором киста визуализировалась, как образование с четкими контурами, без кровотока с наличием гипоэхогенного содержимого. По локализации чаще всего кисты располагались в верхней трети селезенки (13), на втором месте в воротах селезенки (4), на третьем в средней трети (3), и в одном случае наблюдалось расположение кисты в нижнем полюсе селезенки. Самая маленькая по размеру была диаметром 40мм, а самая большая 142мм.





Рис.1. УЗИ картина кисты селезенки Рис.2. УЗИ картина кисты селезенки

Всем детям была показана плановая операция- резекция кисты. Под эндотрахеальным наркозом, миниинвазивным доступом произведена диагностическая лапароскопия для определения обьема операции, в 3 случаях удаление кисты эндохирургически представляло сложности (расположение в воротах селезенки, или под диафрагмой и невозможностью «добраться до кисты», а так же расположение кисты в толще паренхимы селезенки, занимая ее 2/3), в связи с чем была произведена конверсия, операционный доступ по Рио-Бранку.

Эндоскопически произведена пункция кисты эндоиглой с последующей аспирацией содержимого вакуум-аспиратором. Второй этап- иссечение оболочки кисты с резекцией крыши последней. Завершающий этап операции -обработка внутренней полости кисты раствором перекиси водорода и йодом, в некоторых случаях была произведена коагуляция.

Послеоперационный период гладкий, осложнений не наблюдалось. Дренажная трубка снята на 3-4 сутки.

При изучении отдаленных результатов лечения было обнаружено 3 случая рецидива.

Таблица 1.

Отдаленные результаты лечения. Рецидив.

№/ пол	Операция	Гистология	Период обнаружения рецидива
1 жен	Лапароскопическая резекция кисты	истинная	2 года
2 жен	Лапаротомия (киста в воротах селезенки)	истинная	1 год

3 жен	Лапароскопическая пункция (стенка-ткань селезенки)	истинная	**1** год

Заключение и выводы:

Непаразитарная киста селезенки встречается редко и не имеет патогномоничных симптомов. Ведущую роль в ранней диагностике кист селезенки играет УЗи и КТ.

Основным методом лечения является органосохраняющая операция лапарокопическим доступом, позволяющая получить хорошие результаты.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н. «Эндоскопическая хирургия в педиатрии», ГЭОТАР -медиа, 2016г

УДК 616-089

Ю.Р. ГАЙСИНА, Д. Ф. НУРТДИНОВА

О ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАВОРОТА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Научный руководитель — д. м. н., профессор М. А. Нуртдинов

Кафедра хирургических болезней,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *цель исследования - изучить возможности использования лазерной допплеровской флоуметрии и лапароскопической визуальной оценке жизнеспособности кишки при завороте. Результаты: с целью исследования возможностей визуальной оценки жизнеспособности кишки при лапароскопии нами изучались показатели микроциркуляции в*

основной (22 больных) группе в динамике - до разворота и после разворота кишки. Достоверными были отличия в показателях микроциркуляции (перфузионная единица), коэффициенте вариации, частоте флаксмоций, амплитуде флаксмоций (Av), сосудистом тонусе. Не достоверными были отличия в показателях эффективности микроциркуляции.

Ключевые слова: *заворот органов брюшной полости, лазерная доплеровская флоуметрия, лапароскопия.*

J.R. GAYSINA, D.F. NURTDINOVA

ABOUT LAPAROSCOPIC DIAGNOSIS OF TWISTING OF THE ABDOMINAL CAVITY

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor M.A. Nurtdinov
The chair of surgical diseases, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *design of investigation is exploring possibilitys of visual evaluation intestine's vitality. Object of investigation: Intervention group: 8 patients who were operated laparoscopically. Control group: 12 patients who were operated by abdominal operation. Results: We investigated laparoscopically microcirculation in intervention and control groups in dynamics - before and after operations of elimination of volvulus. Were valid differences in microcirculation (perfusion unit), coefficient of variation, flaksmotsy frequency, amplitude of flaksmotsy (Av), vascular tone. Were doubtful differences in terms of the effectiveness of microcirculation. Microcirculation was investigated after distortion. The investigation showed the preservation of microcirculation's contravention in the control group. Thus investigation of microcirculation patients with volvulus by laser Doppler flowmetry together with domestic analyzer capillary blood LAKK-01 is an important component of the diagnostic, allowing to define leading pathogenetic mechanisms of contraventions.*

Актуальность: Среди заболеваний органов брюшной полости, требующих экстренного хирургического вмешательства, завороты органов брюшной полости занимают скромное место. Однако знание этой патологии в практике хирургии позволяет оптимизировать диагностику, совершенствовать проблемы хирургического лечения. Хирургами давно доказано, что подвижность органов брюшной полости обуславливает возможность заворотов. За последние годы, как в отечественной, так и в иностранной литературе появилось очень много обзоров, посвященных заворотам органов брюшной полости. В отечественной литературе первый случай заворота представил известный профессор-хирург Николай Петрович Тринклер. В тоже время работ посвященных лапароскопической диагностике и исследованию микроциркуляции заворотов крайне мало.

Цель исследования. Изучить возможности использования лазерной допплеровской флоуметрии и лапароскопической визуальной оценке жизнеспособности кишки при завороте.

Материалы и методы. 22 больных основной группы, оперированных лапароскопически и у которых был применен разработанный нами алгоритм диагностики и лазерная допплеровская флоуметрия. 12 пациентов составили группу сравнения, оперированных лапароскопически, но у которых не использовался алгоритм. Больным проводилось традиционное обследование, дополненное лазерной доплеровской флоуметрии с использованием отечественного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-01. Статистический анализ проводили в среде Statistica 12 Trial, с вычислением критерия Chi-square с поправкой Йетса.

Результаты и обсуждения. В процессе проведения диагностики жизнеспособности кишки визуальная оценка является субъективной, связанной с индивидуальными особенностями цветовосприятия. Ситуация усугубляется в процессе лапароскопической диагностики, когда многое зависит от настройки видеокамеры и монитора. С учетом вышеизложенного с целью повышения эффективности дифференциальной диагностики заворотов, нами был разработан лечебно-диагностический алгоритм (рис.1).

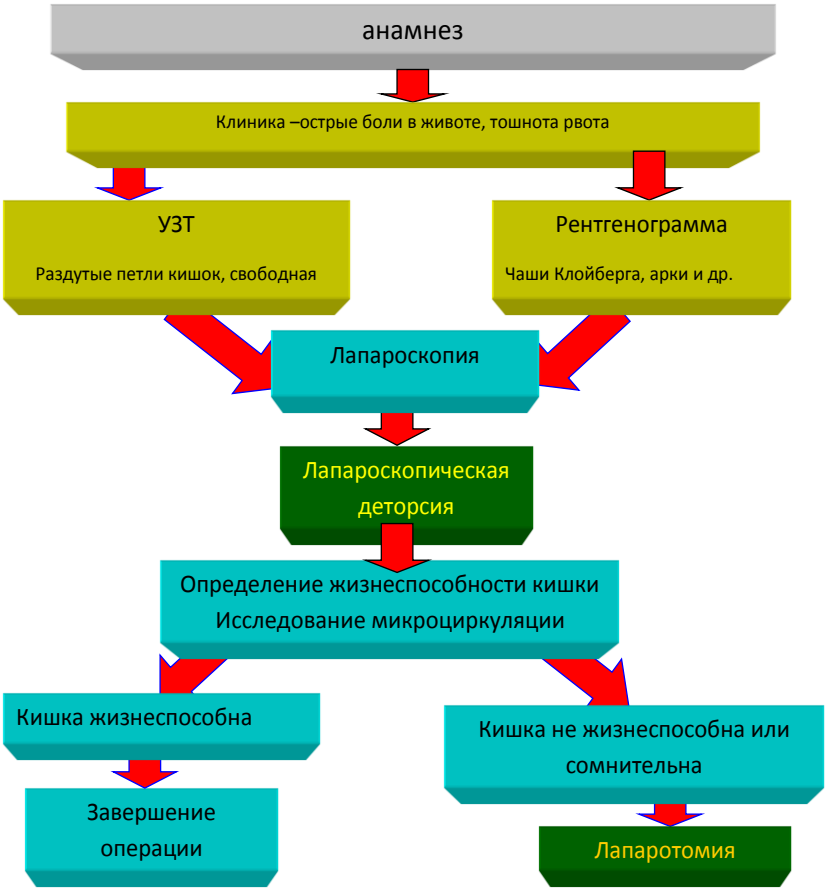


Рис.1.Лечебно - диагностический алгоритм при заворотах органов брюшной полости.

Был предложен алгоритм, который заключается в следующем. При наличии подозрения на заворот:

1. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.
2. Вторым - ультразвуковое исследование, здесь выявляется синдром кишечной недостаточности. И вопрос решается в пользу заворота. При завороте - выявляются характерные признаки синдрома кишечной недостаточности: - увеличение всех размеров органа, снижение в той или иной степени интенсивности эхосигналов (эхоплотности), отражаемых стенкой кишки. Ультразвуковая эхоструктура в большинстве случаев отличается негомогенностью содержимого, сочетанием участков со сниженной и повышенной эхоплотностью, различающихся по степени интенсивности отражаемого эхосигнала. Контуры стенки кишки размытые, чему способствует снижение отражающей способности воспаленной стенки.
3. В случае невозможности выполнения или сомнений в УЗИ выполняется проба Напалкова.
4. Следующий этап диагностическая лапароскопия, при выявлении заворота – деторсия кишки

5. При сомнениях в жизнеспособности выполняем доплеровскую флоуметрию для исследования микроциркуляции.

6. В случае нежизнеспособности кишки - переходим на лапаротомию

Исследования показали, что информативность УЗТ в большинстве случаев превышает информативность рентгенографии, при достаточной квалификации врача - УЗТ.

С целью повышения эффективности лапароскопической диагностики заворотов уточнены лапароскопические критерии данного заболевания, которые заключается в следующем. По нашему мнению, существуют 6 основных лапароскопических признаков присущих завороту: 1) расширение кишечных петель; 2) наличие жидкости в брюшной полости, 3) субстрат заворота; 4) недостаточность кровообращения стенки кишки, 5) моторно - эвакуаторные нарушения, 6) синдром нарушения всасывания.

В то же время, 4-й критерий – «недостаточность кровообращения стенки кишки» является в значительной мере субъективным. В этой связи, с целью исследования возможностей визуальной оценки жизнеспособности кишки при лапароскопии нами изучались показатели микроциркуляции в основной (22 больных) группе в динамике - до разворота и после разворота кишки путем лазерной доплеровской флоуметрии с использованием отечественного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-01 который является доступным неинвазивным методом контроля за состоянием микроциркуляции кишечной стенки. По нашему мнению, показатели микроциркуляции являются критериями позволяющими определить жизнеспособность органа. Клинические исследования состояния микроциркуляции кишки (тонкой и сигмовидной) показали, что заворот сопровождается глубокими нарушениями микроциркуляторного звена (табл.1).Так же установлено, что в основной группе микроциркуляция стенки кишки до деторсии пострадала не значительно.

Таблица 1

Характеристика микроциркуляции кишки в основной группе до деторсии и после.

Параметры	До деторсии (22 больных)	После деторсии (22 пациентов)
Показатель микроциркуляции (перфузионные единицы).	2,1□0,2	5,4□1,2*
Коэффициент вариации **(Kv)**	12,2□0,3	25,4□14,1
Частота флаксмоций **(Fv)**	1,3□0,1	1,9□0,1*
Амплитуда флаксмоций **(Av)**	0,40□0,02	0,79□0,01*
Сосудистый тонус (условные единицы) **Ст**	1,1□0,2	2,6□0,1*
Эффективность микроциркуляции (условные единицы) **ЭМ**	0,50□0,09	1,11□0,01

Примечание: где - * - p<0,05

Таким образом, изучение состояния микроциркуляции на основании ЛДФ-грамм и амплитудно-частотного спектра у больных с заворотами тонкой и сигмовидной кишки, является существенным компонентом диагностики, позволяющим определить ведущие патогенетические механизмы нарушений.

В основной группе (22 человека) конверсия и резекция кишки произведена у 5 (22,7%) больных, в контрольной (12 пациентов) - у 4 (33,3%) больных (Chi-square p= ,2505, Yates corrected Chi-square p= ,4905).

Заключение и выводы. Таким образом, благодаря использованию разработанных лапароскопических критериев и изучению состояния микроциркуляции на основании ЛДФ-грамм и амплитудно-частотного спектра у больных с заворотами тонкой и сигмовидной кишки, удалось повысить эффективность диагностики заворотов и повысить достоверность оценки жизнеспособности кишки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бородинов В. П. Острая странгуляционная толстокишечная непроходимость (заворот) в раннем периоде после кесарева сечения // Вестник хирургии им. И. И. Грекова: Научно-практический журнал. - СПб.: Эскулап, 2001. -Том160, N6. -. 85-86. Borodinov V. P. Acute strangulation colonic obstruction (volvulus) in the early period after cesarean // Journal of Surgery. 2001. 160, N: 85-86

2. Бохан К. Л. Завороты большого сальника // Анналы хирургии: Научно-практический журнал. -М.: Медицина, 2004. -N2. -. 14-19. Bohan K. L. Greater omentum volvulus // Annals of Surgery. 2004. 2: 14-19. Bohan K. L. Greater omentum volvulus // Annals of Surgery. 2004. 2: 14-19.
3. Козлов В.И., Л.В. Кореи Л.В., Соколов В.Г. Анализ коллективных процессов в системе микроциркуляции методом лазерной допплеровской флоуметрии // Физиология человека. - 1998 - № 4. - С. 89-101. Kozlov V.I., L.V. Korei L.V., Sokolov V.G. Analysis of collective processes in the microcirculation by laser Doppler flowmetry // Human Physiology. – 1998. 4: 89-101. .
4. Кургузов О. П., Козлов С.В. Заворот желчного пузыря // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова: Научно-практический журнал. -М.: Медиа Сфера, 2004. -N3. -. 80-85. Kurguzov O. P., Kozlov S.V. Inversion gallbladder // Khirurgia.2004; 3: 80-85
5. Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Бадретдинов А.Ф. Видеолапароскопия в комплексном лечении спаечной болезни брюшины//Эндоскопическая хирургия, Т.14., №1.-22-25

УДК 616-036.866

А.И. АХТЯМОВА, Г.Ю.БОРИСОВ, Д.Ф. НУРТДИНОВА, А.Д. МУСТАФИН О ПАТОГЕНЕЗЕ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Научный руководитель - д.м.н., проф. М.А. Нуртдинов
Кафедра хирургических болезней,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *целью данной работы послужило изучение ранних послеоперационных осложнений после хирургического лечения язвенной болезни. Результаты исследований показали, что у 95-96,5 % больных в валике язвы и воспаленных зонах слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки могут длительно сохраняться аэробные и анаэробные микроорганизмы. Основной удельный вес среди них составляют стрептококки и стафилококки, а также грибы рода Candida.*

Ключевые слова: *язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки.*

A.I. AKHTYAMOVA, G.Y. BORISOV, D. F. NURTDINOVA, A.D. MUSTAFIN ON THE PATHOGENESIS OF EARLY POST-OPERATIVE COPMPLICATION AFTER SURGICAL TREATMENT OF ULCER DISEASE

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor M.A. Nurtdinov
Chair of Surgical Diseases, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *the purpose of this work was the study of early postoperative complications after surgical treatment of peptic ulcer. The results of the research showed that 95-96.5% of patients with ulcers and inflamed zones of the stomach and duodenal mucosa can retain aerobic and anaerobic microorganisms for a long time. The main proportion among them are streptococci and staphylococci, as well as fungi of the genus Candida.*

Keywords: *Ulcus gastrica, ulcus duodeni.*

Актуальность. Проблема язвенной болезни остается одной из наиболее актуальных в современной хирургии и гастроэнтерологии, что вызвано большой распространенностью заболевания, хроническим рецидивирующим течением, приводящим к значительному снижению и потере трудоспособности [1].

Известно, что каждый год трудоспособность теряют 77,9% мужчин и 82% женщин, которые находятся на диспансерном наблюдении по поводу язвенной болезни, при этом 1/3 больных пользуются листками нетрудоспособности повторно, а у 17% возникают осложнения- пенетрация, кровотечение, пилоростеноз, перфорация и малигнизация [3].

Одним из частых осложнений после операции являются механические и динамические нарушения моторно-эвакуаторной функции анастомозов, которые встречаются в среднем у 30% и более оперированных больных [3].

Цель исследования. Изучить ранние послеоперационные осложнения после хирургического лечения язвенной болезни.

Материалы и методы. Работа основана на результатах обследования и лечения 26 больных с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении на базе городской клинической больницы №13 г. Уфы в 2014 - 2017 гг.

Возраст больных варьировал от 16 до 76 лет, а средний – 46 лет. Среди больных было 5 женщин (19%) и 21 мужчин (81%).

Основную часть составили пациенты с длительным анамнезом - от 5 до 10 лет – 14 (54%), а больных с непродолжительным - до 1 года и до 3 лет - было, соответственно, 4 (15%) и 3 (11%). Наследственная предрасположенность (болезнь близких родственников) выявлена у 5 (19%) пациентов.

При оценке клинического течения учитывались частота и характер осложнений заболевания. Осложненные формы ЯБДПК наблюдались у 22 оперированных больных. У 3 пациентов выявлены пенетрирующие дуоденальные язвы. Перфорация язвы наблюдалась у 3 больных, которые были оперированы в экстренном порядке. У 3 пациентов имели место дуоденальные кровотечения, в том числе у 1 - анамнестическое, а у 3 - при поступлении в клинику. Пилоробульбарный стеноз выявлен у 3, в том числе у 1- компенсированный, у 1- субкомпенсированный, у 1- декомпенсированный. Рубцовоязвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, была выявлена у 5. У 5 обратившихся в больницу рубцовоязвенная деформация сопровождалась выраженными моторно - эвакуаторными расстройствами, подтвержденными данными рентгенологического и реоплетизмо-графического исследований.

При проведении микробиологических исследований руководствовались Приказом №535 от 22.04.85 "Об унификации микробиологических методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений" [2].

Материалом для исследования послужили биоптаты из слизистой желудка и желудочные смывы. Количество микроорганизмов определяется из расчета в 1 г или в 1 мл исследуемого материала. При использовании бактериологического метода применялось

доращивание микроорганизмов на питательных средах и их идентификация до вида. Далее проводилась стандартизация энакулята по Мак-Фарленду, и энакулят раскапывался электронными дозаторами в соответствующие стрипы (24 часовые или 4-5 часовые). Инкубация проводилась при температуре 37 градусов, после чего микроорганизмы идентифицировали до вида.

Результаты и обсуждение. У всех 26 больных до операции определялось микробиологическое состояние методом посева на питательные среды. При этом выявились различия микрофлоры в зависимости от локализации язвенного процесса. Видовой состав микробов представлен в таблице 1.

Таблица 1

Состав микрофлоры больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от локализации язвы до операции

Виды бактерий	Локализация язвы	
	Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки
St.faecalis	37	47
St.anaerobicus	27	37
St.lactis	7	-
St.sanguis	5	5
St.salivarius	3	15
St.hominis	2	3
Staphyl.aureus	6	16
Staphyl.epidermidis	2	13
Bac.mesentericus	2	1
Bacterium lactis	2	4
Sarcinia ventriculi.	1	2
Bacter. Melaninogenicus	2	2
Coryn.pseudodiphtheriae	3	5
Escherichia coli	4	13
Candida albicans	13	8

Таким образом, при ЯБЖ в 90,0-96,5% случаев персистируют аэробные и анаэробные микроорганизмы. Основной удельный вес среди них занимают гноеродные стрепто - и

стафилококки, а также грибы Candida albicans. При ЯБДПК так же основное место среди бактерий занимали гноеродные кокки, грибы Candida albicans и кишечные палочки, количество которых больше, чем при язве желудка. Из 181 штамма на долю стрепто - и стафилококков приходится 141, т.е. 78 %. Палочковидные бактерии пораженных участков слизистой встречались в единичных случаях.

Кроме того, изучалась мукозная микрофлора на 7-10 сутки после операции. Частота моторно-эвакуаторных нарушений (МЭН) прямо коррелировала с характером и обсемененностью слизистой оболочки желудка до операции. Причем тяжесть МЭН носила характер прямой зависимости от частоты обнаружения патогенных микроорганизмов.

Таблица 2

Состав микрофлоры больных до операции и на 5-е сутки после оперативного лечения

Виды бактерий	До операции	Анастомозит			Атония	Отек
		1ст	2ст	3 ст.		
St.sanguis	5	6	8	11	9	6
St.salivarius	15	17	19	24	18	16
St.hominis	3	3	5	8	6	4
Staphyl. aureus	16	17	21	26	19	16
Staphyl.epidermidis	13	10	11	12	10	9
Bac.mesentericus	1	-	1	2	1	-
Bacterium lactis	4	0	1	2	1	0
Sarcinia ventriculi.	2	1	0	0	0	1
Coryn.pseudodiphtheriae	5	2	1	0	0	1
Escherichia coli	13	17	22	28	20	19
Candida albicans	8	12	14	25	20	21

Результаты исследований, изложенные выше в таблице, показали, что у 95-96,5 % больных в валике язвы и воспаленных зонах слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки могут длительно сохраняться аэробные и анаэробные микроорганизмы. Основной удельный вес среди них составляют стрептококки и стафилококки, а также грибы рода Candida.

Заключение и выводы. При довольно широком применении в последние годы различных вариантов хирургического лечения, доктора добиваются значительного уменьшения секреции желудка и понижения кислотности. Изменение pH желудочного сока приводит хронизации процесса, путем персистирования мукозных бактерий. В то же время, при обширной резекции желудка вместе с удаленной его частью удаляется и находившаяся там мукозная микрофлора. При многих видах оперативного вмешательства бактерии продолжают размножаться в слизистой и после операции. Это обстоятельство заставляет разрабатывать новые методы предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода. Несомненно, лишь то, что слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки надо санировать, то есть освобождать от мукозных микроорганизмов, особенно гноеродных кокков, дабы предотвратить случаи рецедивов.

Все это диктует необходимость включения в комплексное лечение язвенной болезни антибактериальных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Галимов О.В., Шамсутдинов А.Р., Нуртдинов М.А., Дмитриев Д.М., Галимова Е.С., Нигматуллин Р.Т., Шумкин А.М., Муслимов С.А., Зарипов Ш.А. Способ лечения гастродуоденальных язв, осложненных рубцово-язвенным стенозом верхних отделов желудочно-кишечного тракта - патент на изобретение RUS 2189822 10.04.2000.

2. Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Гололобов Г.Ю. О прогнозировании осложнений язвенной болезни на основе искусственных нейронных сетей. Анналы хирургии. 2016. Т. 21. № 4. С. 231-234.

УДК 614.8:617.36:616-053.2

К.И. ЛУКМАНОВА, М.М. НАСИБУЛЛИН, Н.К. ЛАДАНОВ

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ (КАРТА МАРШРУТИЗАЦИИ)

Научный руководитель — ассистент Н.В.Афанасьева

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *в Российской Федерации детский дорожно-транспортный травматизм характеризуется высокой смертностью и тяжёлыми последствиями.*

Ключевые слова: *сочетанная травма; травма, полученная в ДТП; дорожная карта маршрутизации; этапы оказания медицинской помощи детям.*

K.I. LUKMANOVA, M.M. NASIBULLIN, N.K LADANOV

RENDERING OF SPECIALIZED MEDICAL AID TO CHILDREN IN ROAD ACCIDENT(ROUTE MAP)

Scientific Advisor — assistant N. V. Afanasyeva

Traumatology and orthopedics with the course of IDPO, Bashkir state medical university, Ufa

Abstrac: *in the Russian Federation, children's road traffic injuries is characterized by high mortality and severe consequences.*

Keyword*: Combined trauma; injury received in an accident; Roadmap routing; stages of care.*

Актуальность. Дорожно-транспортный травматизм является глобальной проблемой (Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма, ВОЗ – 2004г, 2008г). В России вопросы дорожно-транспортной безопасности стоят особенно остро, в связи с валообразным нарастанием парка автотранспорта, огромной общественной потребности в нем, при неудовлетворительной дорожной инфраструктуре. Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) – вторая по значимости причина смерти среди молодых людей в возрасте от 5-29 лет. Смертность от ДТП в 12 раз выше, чем у других лиц, получивших травму. Пострадавшие вследствие ДТП в 7 раз чаще нуждаются в госпитализации и в 6 раз чаще становятся инвалидами (в том числе дети). В России смертность от ДТП составляет 14,0 на 100 пострадавших в ДТП, что в 5-7 раз больше, чем в развитых странах.

Детский дорожно-транспортный травматизм является составляющей общей проблемы дорожно-транспортных происшествий. Однако возрастные и морфо-функциональные особенности детей, ответ организма ребенка на травму и методология оказания этапной медицинской помощи явились основанием для выделения детского дорожно-транспортного травматизма в отдельный раздел медицины. Смертность детей при дорожно – транспортных происшествиях является одной из составляющих общей детской смертности и влияет на демографическое и экономическое состояние страны. Несмотря на совершенствование качества оказания медицинской помощи, технической оснащенности карет скорой помощи, детская смертность при ДТП продолжает возрастать.

Цель исследования. Разработать доктрину оказания специализированной помощи детям при ДТП на основании характера ДТП, тяжести состояния больного, включающего алгоритм оказания медицинской помощи от места происшествия до полной реабилитации.

Материалы и методы. На основе механизма повреждения были выделены 3 группы вариантов транспортных происшествий. 1) травма в автомобиле (дети пассажиры); 2) сбитые автомобилем; 3) ДТП с участием двухколестных транспортных средств (попавшие в ДТП велосипедисты и мотоциклисты, а также дети, сбитые мотоциклом).

Результаты и обсуждение. В анализ включены истории болезни пострадавших, имевших документальное подтверждение факта получения транспортной травмы:

Таблица 1

Структура повреждений органов и систем при разных механизмах травмы

Характер травмы	Травмы в автомобиле (пассажиры)	Травмы вне автомобиля (пешеходы)	ДТП с участием двухколесных средств (велосипедисты)
Изолированная травма головы	25	48	4
Изолированная травма внутренних органов туловища	6	22	2
Верхних конечностей	5	16	5
Нижних конечностей	6	39	5

Ролевое участие фигурантов дорожно-транспортного события предопределяет картину и характер повреждений, прямо зависящие от механогенеза и позиционирования в этом происшествии. Расположение пострадавшего в момент удара, как правило, приводит к характерным повреждениям: разработана маршрутная карта оказания помощи пострадавшим в ДТП, призванная сопровождать пациента с места происшествия до окончательной социальной и бытовой реинтеграции. Данная схема облегчает системную диагностику повреждений у жертв дорожно-транспортного происшествия.
Предложенная доктрина оказания помощи пострадавшим в ДТП предполагает принятие лечебно-тактических решений лицом первого контакта, что чрезвычайно важно для эффективности всех последующих этапов. Врач (фельдшер) станции скорой медицинской помощи имеет соответствующее оснащение, права и знания для экстренной помощи, и в то же время видит на месте происшествия все элементы транспортного конфликта, позволяющие объективно оценить механогенез краш-события. Ответственное лицо, призванное принять незамедлительное решение, в первую очередь должно оценить ситуацию, количество пострадавших и специфическую деформацию кузова автомобиля. Это позволяет более объективно представить глубину повреждений у всех пострадавших. Диагностическая настороженность облегчает осмотр по органам и системам. Простая и последовательная схема легко вкладывается в акт протоколирования места происшествия, что обрамляет не только медицинские, но и правовые, и экспертные стороны этого вида сложной деятельности. По схеме медработник I контакта (как правило, сотрудник скорой помощи) первым вносит индикацию повреждений, полученных жертвой ДТП, отмечает механизм травмы и имеющиеся деформации кузова транспортного средства, а также всего спектра комплекса повреждений организма по органам и системам.
Активная работа по переоснащению машин скорой помощи, наращиванию числа специализированных педиатрических и реанимационных бригад, обучению специалистов, проводимое руководством станции скорой и неотложной медицинской помощи и наша работа по взаимодействию с врачами и администрацией скорой помощи, внедрение алгоритмов оказания помощи детям на догоспитальном этапе привели к значительному повышению качества лечения. Наилучшие результаты отмечены в работе специализированных бригад, особенно в части проведения инфузионной терапии и респираторной поддержки. Определенный прогресс в работе, хотя и в меньшей степени, чем у специализированных бригад, отмечается и у врачей линейных бригад.Следующим важным вопросом является преемственность в оказании помощи между догоспитальным и

госпитальным этапами, которая определяется в заблаговременном оповещении о состоянии пострадавшего для незамедлительной подготовки бригады стационара к проведению неотложных мероприятий. Усиление системы преемственности было обеспечено, также, за счет разработки нами для бригад скорой медицинской помощи специальной формы регистрации динамического наблюдения за пострадавшим ребенком в период его транспортировки - «Карта транспортировки тяжелого больного», которая отражает не только общие сведения, проведенные диагностические и первичные лечебные мероприятия, но и динамику состояния и лечения ребенка на до госпитальном этапе. Особенно важным в данной карте мы считаем акцент на возрастания ответственности медицинского персонала при передачи ребенка от одного звена к другому (например, скорая помощь – стационар или неспециализированный стационар – скорая помощь – специализированный стационар), так как в каждом случае описывается состояние с объективными параметрами жизнедеятельности на каждом этапе передачи ребенка с подписями передавшего и принявшего специалиста. Один экземпляр остается у бригады скорой помощи, а второй вкладывается в медицинскую карту стационарного больного. НА втором этапе оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП врач-специалист травмоцентра или крупного стационара получает исходные характеристики краш-события наряду с оценкой по всем органам и системам, проводит углубленную и расширенную диагностику и оценку всех инсуфициентных элементов в соответствии с механогенезом полученных повреждений. На этом этапе представляется возможность полноценной и окончательной диагностики всего спектра полученных увечий в объеме, а также патогенетической оценки наиболее вероятных осложнений, включая поздний период травматической болезни.На третьем этапе оказания помощи врач – реабилитолог получает полную картину повреждений, осложнений и реабилитационных ожиданий (прогноз).Реабилитационные ожидания зачастую не соответствуют изначальному прогнозу, что большинство авторов склонны объяснять синдромом взаимного отягощения повреждений. Ретроспективный анализ и углубленные обследования позволили установить, что большая часть неоправданных ожиданий сопряжена с неполноценной и недостаточной диагностикой всей гаммы полученных в ДТП повреждений. Упрощенная схема мониторирования бытовой, социальной, профессиональной реинтеграции пострадавшего в ДТП обретает объективную картину и раскрывает степень утраты бытовых, социальных и профессиональных навыков, которые ложатся в основу правовых и медицинских рекомендаций и экспертизы качества лечения. Ведение карты позволяет упорядочить оказание медицинской помощи, снизить количество осложнений,

раскрыть глубину характера повреждений за счет объемного представления структуры повреждений на всех этапах медицинской помощи, а также облегчает мониторирование эффективности лечения, реабилитации и социальной адаптации пациента.

Заключение и выводы. Высокая частота различного рода осложнений, инвалидизация и высокие параметры летальности, даже при своевременном эффективном оказании помощи раненым на ранних фазах оказания помощи, потребовали усовершенствования медицинской помощи не только на всех этапах, но и вплоть до социально-бытовой и профессиональной реинтеграции. Одним из эффективных инструментов снижения диагностических ошибок и осложнений у жертв ДТП может быть использование инструмента единой доктрины и четкой маршрутизации дорожной карты. Схема маршрутизации позволяет учесть все возможные повреждения при травме, полученной в ДТП, учитывая характер повреждений, а также обеспечивает оказание пострадавшим медицинской помощи на всех этапах: способствует установлению преемственности между службой скорой медицинской помощи, лечением в стационаре, долечиванием и реабилитацией пациента на амбулаторном этапе (вплоть до выхода на работу). Дорожная карта маршрутизации пострадавшего в ДТП позволяет провести мониторинг состояния и оказания помощи пациенту на всех этапах восстановления после полученной травмы. Эта технология унифицирует и упрощает проведение экспертизы качества оказания медицинской помощи, организационные и правовые стороны этого социально-значимого события.

ЛИТЕРАТУРА:

1. В.В. Агаджанян. Политравма. Лечение детей .Новосибирск: Наука, 2014. – 244 с.

2. С.Ф.Багненко, проф. В.В.Стожарова, проф. А.Г.Мирошниченко. Организация и оказание скорой медицинской помощи пострадавшими в дорожно-транспортных происшествиях, СПб, 2011. -400с.

3. С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллина. Скорая медицинская помощь. Москва ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 888 с

4. Баиндурашвили А.Г. Оказание первой доврачебной помощи детям при дорожно-транспортных происшествиях, СПб., 2007. – С. 24

5. Минасов Б.Ш.. Первая помощь при дорожно-транспортных происшествиях.– Уфа, 2012 – 52с.

6. Синица, Н.С. Сравнительная оценка хирургического лечения переломов длинных трубчатых костей у детей при политравме . Политравма. – 2015. – № 4. – С. 33-36.

7. В.А.Соколов. Дорожно-транспортные травмы. Руководство для врачей. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -176с.

УДК 617 – 089.844

В.В. КАТАЕВ, А.Р. ГИЛЕМХАНОВ, А.М. АХМАДУЛЛИН, И.М. ГИЛЕМХАНОВА, А.Р. САХАУТДИНОВ

ОПЫТ КЛИНИКИ БГМУ В ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Научный руководитель - д.м.н., профессор В.Ш. Ишметов

Кафедра Госпитальной хирургии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Резюме: *в данной работе нами было проанализировано 149 пациентов, поступивших в Клинику БГМУ в период с 2007 по 2017 год. Основную группу исследования составили 83(55,7%) пациента, которым было проведено хирургическое лечение аневризмы брюшной аорты двумя способами: открытым и эндоваскулярным. Также данная группа пациентов была проанализирована по следующим показателям: пол, возрастные группы, тип лечения и вид госпитализации.*

Ключевые слова: *Клиника БГМУ, аневризма аорты, хирургическое лечение.*

V.V. KATAEV, A.R. GILEMHANOV, A.M. AHMADULLIN, I.M. GILEMKHANOVA, A.R. SAKHAUTDINOV

EXPERIENCE OF THE BSMU CLINIC IN THE TREATMENT OF AN ANEURYSM OF THE ABDOMINAL AORTA

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor V.S. Ishmetov

Department of Hospital surgery, Bashkir state medical university, Ufa.

Abstract: *the study is analyzed 149 patient in BSMU Clinic between 2007 and 2017 years. The basis group of study was 83 (55,7%) patient, who has surgical treatment of abdominal aortic aneurysms in two ways: open surgery and endovascular surgery. This group of patients was also analyzed for the following parameters: gender, age groups, type of treatment and type of hospitalization.*

Keywords: *BSMU Clinic, Aneurism Aortae, Surgery.*

Актуальность. Аневризма аорты – одно из самых распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы, которое опасно не только инвалидизирующими

осложнениями, но и летальным исходом. В настоящее время заболевание развивается примерно у 1,4-8,2% пациентов в возрасте от 50 до 79 лет, что соответствует 3,0 случаям на 100 000 женщин и 117,2 случаям на 100 000 мужчин [2]. За развитие данной патологии отвечают такие факторы, как: наследственность, пол, возраст, образ жизни, сопутствующие заболевания (ИБС, ГБ, СД), инфекционные процессы, травмы.

Цель исследования. Целью работы является анализ и оценка опыта лечения аневризм аорты в Клинике БГМУ с 2007 по 2017год.

Материалы и методы. В период с 2007 года по 2017 в Клинике БГМУ по поводу аневризмы аорты получало лечение 149 человек. Анализ всех пациентов проводился по следующим критериям: пол, возраст, тип проведенного лечения, вид госпитализации.

Результаты и обсуждение. Аневризма аорты – мешковидное выпячивание стенки, а самыми грозными осложнениями являются разрыв стенки, массивное кровотечение и геморрагический шок. Нарушение целостности стенки – неминуемый исход заболевания, которое прогрессирует на фоне гипертонической болезни, атеросклеротического поражения или дегенеративных изменений стенки сосуда. Одной из главных особенностей данного заболевания – бессимптомное течение: больной может не предъявлять никаких жалоб, а диагностировать аневризму аорты могут на плановых медосмотрах или при обследованиях и операциях по другому поводу.

Лечение аневризмы аорты возможно только хирургическим методом, консервативное лечение данной патологии невозможно. С 1951 года «золотым стандартом» лечения аневризмы аорты является метод, предложенный Charles Dubost (Франция): через лапаротомический разрез получают доступ к аорте, затем иссекают пораженный участок сосуда и заменяют его синтетическим протезом. Данная процедура требует остановки кровотока в аорте, общего наркоза, пребывания пациента в реанимации для наблюдения за состоянием организма, продолжительного пребывания в стационаре (5-7 дней). Еще одним методом лечения аневризм является эндоваскулярное протезирование (протезирование внутри сосуда) – метод, предложенный Parody H. который заключается в установке специального стента через небольшой разрез на внутренней поверхности бедра [1]. Данный метод отличается малой инвазивностью, может проводиться под местной анестезией, укороченным пребыванием стационаре (1-3 дня).

На данный момент в Клинике БГМУ операции по поводу аневризмы аорты проводится двумя методами: открытым и эндоваскулярным. Нами была проведена обработка данных по данным операциям в период с 2007 года по 2017 год.

Всего за данный период было госпитализировано 149 пациентов, из которых мужчин – 138 (93%), женщин – 11 (7%). Данные цифры подтверждают тот факт, что аневризмой брюшной аорты подвержены в основном мужчины. Рис.1



Рис. 1. Половая принадлежность пациентов

Также был проведен анализ пациентов по возрастным группам, который показал, что наибольшее количество пациентов приходится на возрастную группу – 60-79 лет, что также подтверждает, что возраст – один из факторов развития данной патологии. Рис.2

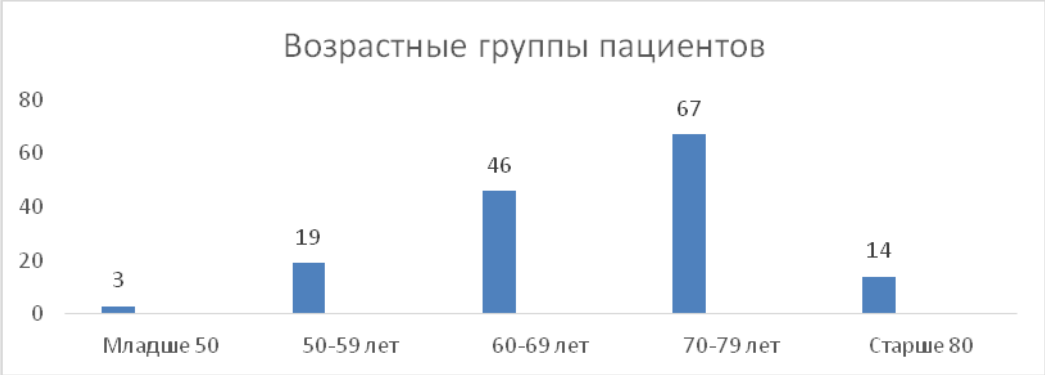


Рис. 2. Возрастные группы пациентов

Из всех 149 пациентов большинство было оперировано открытым доступом – 70 человек, эндоваскулярное лечение проведено 13. Из диаграммы видно, что с появлением в 2012г. Рентгенсосудистого отделения в Клинике БГМУ, начал применяться метод эндоваскулярного лечения аневризм аорты. Рис.3



Рис. 3. Типы проведенного лечения

Виды госпитализации могут отличаться при данной патологии. Экстренная операция необходима, когда произошел разрыв аневризмы. В данном случае имеется большой риск осложнений, так как операция проходит в экстренном порядке, чтобы сохранить жизнь пациента. При плановой госпитализации врач может оценить все риски и тщательно подготовить пациента к оперативному вмешательству. Из 149 пациентов, поступивших в Клинику БГМУ: 98 (66%) – планово, 51 (34%) – экстренно.

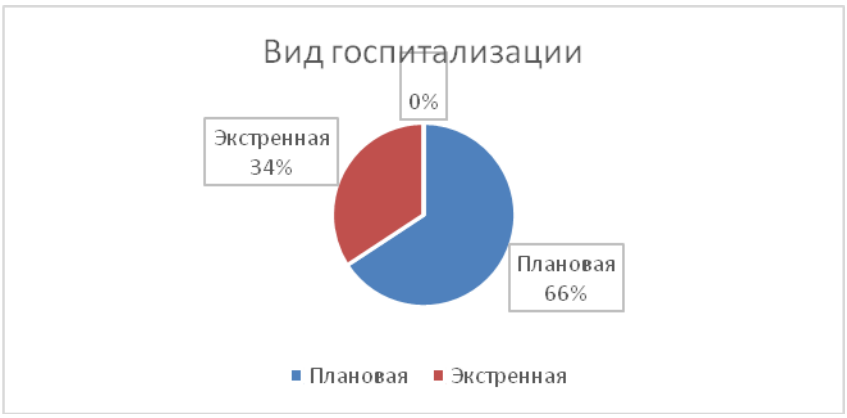


Рис. 4. Вид госпитализации

Заключение и выводы. В результате обработки данных всех 149 пациентов, получавших лечение в Клинике БГМУ по поводу аневризмы аорты, нами были получены следующие цифры:

1) мужчин – 138 (93%), женщин – 11 (7%),
2) наибольшее количество пациентов приходится на возрастную группу – 60-79 лет,
3) большинство было оперировано открытым доступом – 70 человек, эндоваскулярное лечение проведено 13,
4) виды госпитализации: 98 (66%) – планово, 51 (34%) – экстренно.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белов Ю.В., Посудневский В.И., Шабалин А.Я. Современные взгляды на хирургическое лечение аневризм брюшной аорты. Диагностика и лечение аневризм брюшной аорты: Сб. Научных работ под редакцией И.И. Сухарева. Майкоп. 1992.
2. Бокерия Л.А., Алекян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации – 2014 год // НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2015.

УДК 616.62.008-05-32

Д.О. ШМАТОК, Н.А. БЕЛЯЕВА, Е.В. БЛИНОВА, А.Г. ГУЛИЕВ, И.А. ИГУМЕНОВ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЭНУРЕЗА

Научный руководитель - д.м.н., профессор Е.В. Блинова
Кафедра факультетской хирургии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, г. Саранск

Резюме: *в настоящем исследовании был проведен сравнительный анализ клинического применения биологической обратной связи у детей с нарушением мочеиспускания различного генеза. Пациентов с ночным энурезом, с дневным недержанием мочи и после хирургического лечения спинномозговых грыж с нарушением функции тазовых органов обучались методике статического и динамического напряжения мышц тазового дна в больнице, после чего маленькие пациенты занимались самостоятельно в домашних условиях в течении 6 месяцев. На основании проведенных исследований отмечалась положительная динамика в первой группе, тогда как во второй была необходима коррекция программы тренировок и повторный курс лечения, у детей после хирургического лечения спинномозговых грыж происходило повышение внутрипузырного давления, в связи с этим лечение необходимо было прекратить.*

Ключевые слова: *метод биологической обратной связи, энурез, спинномозговая грыжа.*

D.O. SHMATOK, N.A. BELYAEVA, E.V. BLINOV, A.G. GULIYEV, I.A. IGUMENOV EXPERIENCE OF CLINICAL APPLICATION OF BIOFEEDBACK IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH DIFFERENT TYPES OF ENURESIS

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor E.V. Blinova
Department of faculty surgery, Ogarev Mordovia State University, Saransk

Abstract: *in this study, an analysis comparing the clinical application of the biological feedback of children with urination disorders of different genesis had been carried out. All the patients were divided into 3 groups: patients with bedwetting, patients with daily urinary inconcistence and patients after surgical treatment of spinal hernia with pelvic dysfunction who were educated in methods for static and dynamic stresses in hospital, after that they practiced it at home during 6 months. Based on the research, there has been positive trend in the first group, subsequent treatment was not required, while in the second group the adjustment to the training*

programs and a refresher course of treatment were necessary. There was an increase of intravesical pressure of children after surgical treatment of spinal hernia, in that connection it was essential to stop the medical treatment.

Key words: *biological feedback method, spinal hernia, enuresis.*

Актуальность. Расстройства мочеиспускания остаются одной из актуальных и окончательно не решенных проблем в педиатрии [3, 9]. Недержание мочи – патология, которая не угрожает жизни больного, но является, несомненно, социально значимой, приводящей к более или менее выраженному ограничению психической и физической активности пациента, затрудняющей его социальную адаптацию в обществе, что приводит к проблемам в общении со сверстниками, отставании в учебе, конфликтным ситуациям в семье. В подавляющем большинстве случаев нарушения мочеиспускания обусловлены не аномалиями строения мочевыводящих путей и анатомическими дефектами в нервной системе, а задержкой созревания высших центров вегетативной регуляции нижнего отдела мочевого тракта, в связи с чем приходится прибегать к фармакотерапии. Родители, как правило, отказываются давать ребенку фармакологические препараты, ввиду их значительных побочных эффектов. Мы посчитали актуальным перевести трудоемкое лечение в видеоигру, основанную на принципе биологической обратной связи, в результате которой маленький пациент будет самостоятельно себя излечивать, не создавая проблем родителям [4]. Биологическая обратная связь – современный высокоэффективный немедикаментозный метод, основанный на повышении тонуса мышц тазового дна и развитие сильного рефлекторного сокращения в ответ на внезапное повышение внутрибрюшного давления, что лежит в основе физиологического акта мочеиспускания.

Цель исследования. Разработка и исследование нового метода лечения энурезов у детей, основанного на методе БОС-терапии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 пациентов в возрасте от 5-15 лет, которые были разделены на группы. Всем пациентам проведены урофлоуметрия до и после лечения, цистометрия и внутриуретральный профиль [8].

В первую (n=35) вошли пациенты с ночным энурезом. Все дети данной группы были старше 5 лет, имели нормальные типы урофлоумерических кривых, норморефлекторный адаптированный мочевой пузырь по данным уродинамического обследования [2]. Средняя

частота эпизодов ночного энуреза по данным дневников мочеиспускания до лечения составляла 12-25 в месяц.

Во вторую (n=15) пациенты с дневным, стрессовым недержанием мочи. У пациентов преобладали жалобы на дневное недержание мочи, все дети были школьного возраста. Данные пациенты тренировались в режиме динамического напряжения, с постепенным увеличением времени тренировки до 20 минут.

В третью группу изначально были отобраны 10 пациентов (n=10) с оперированными спинномозговыми грыжами, spina bifida. У данных пациентов по данным ФИМП регистрировался арефлекторный мочевой пузырь с различными вариантами внутрипузырной гипертензии.

Уродинамические исследования и тренировки проводились с использованием уродинамического оборудования Solar uno (США) [1].

На первом занятии дети обучались методике, проводились пробы статического и динамического напряжения. Всем пациентам проведено 12 занятий с постепенным увеличением времени с 5 до 20 минут. После обучения дети самостоятельно занимались в домашних условиях в течении 3-6 месяцев. Эффект от проводимой терапии оценивался по дневнику мочеиспусканий и субъективной оценки улучшения качества жизни пациентов старше 8 лет, и родителей детей в возрасте 5-8 лет.

Результаты и обсуждение. Эффект от проводимой терапии детей с нарушением мочеиспускания был различный. Нами было выявлено, что у детей первой группы через 6 месяцев тренировок отмечалась положительная динамика. Это проявлялось в значимом уменьшение эпизодов ночного энуреза [5,6]. Так у 70% пациентов не было зарегистрировано ни одного случая, 15% пациентов -1 эпизода ночного энуреза в месяц и лишь 15% пациентов имели кратковременный эффект до 1-2 месяцев, что связываем с прекращением самостоятельных занятий дома, которые были рекомендованы всем пациентам данной группы. Однако после повторного обучения данной категории детей положительная динамика возобновилась.

Во второй группе отмечался положительный эффект до трех месяцев. В дальнейшем пациенты обращались с жалобами на возобновление эпизодов недержания мочи. После повторного курса 7-9 занятий отмечалась положительная динамика в течении 4-9 месяцев.

У пациентов третьей группы после первого курса положительной динамики от БОС-терапии не отмечалось. При проведении повторного курса всем детям одновременно с тренировкой произведена регистрация внутрипузырного давления. У всех пациентов

отмечалось значительное увеличение внутрипузырного давления до 50-60 мм водного столба, в связи с чем данная терапия была отменена.

Заключение и выводы.

1. У пациентов с дневным недержанием мочи отмечался кратковременный положительный эффект, что потребовало повторного проведения тренировок, которые значительно улучшали состояние пациентов в 80% случаев.

2. Применение БОС-терапии у детей, после хирургического лечения спинномозговых грыж, с нарушением функций тазовых органов, приводило к повышению внутрипузырного давления, что являлось основанием для отмены данных методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамова А. А. Метод диагностики парадоксального движения тазового дна у больных с микционными дисфункциями / А. А. Абрамова, А.И. Гуревич, Л. Б. Меновщикова // Детская хирургия. – Пермский медицинский журнал. – 2012. - №5. – С. 37-41.
2. Абрамович Э.Е. Раннее выявление энуреза у детей / Э. Е. Абрамович // Педиатрия. - 1999. - №4. – С. 94–95.
3. Аляев Ю.Г. Расстройства мочеиспускания/ Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, З.К Гаджиева. Москва - 2006. – С. 9-15.
4. Аполихин О.И. Применение метода биологической обратной связи при стрессовом недержании мочи у женщин / О.И. Аполихин, В.В. Ромих, Л.Ю. Кукушкина, Е.С. Коршунова, А.В. Захарченко // Экспериментальная и клиническая урология. Москва. - 2010. - № 4. - С. 50-53
5. Балева Л.С. Алгоритм диагностики и лечения первичного ночного энуреза у детей / Л.С. Балева, И.В.Казанская, Н.А. Коровина//Вопросы современной педиатрии. – 2005. - №3. – С. 66-70
6. Брязгунов И.П. Ночной энурез у детей и подростков / И.П. Брязгунов. М.: МЕДПРАКТИКА, 2006. - 76 с.
7. Бадяева С. А. Применение метода биологической обратной связи в лечение детей с нарушениями мочеиспускания / С. А. Бадяева, О. Б. Кольбе, Н. И. Кузнецова и др // РМЖ, 2006. - №12. – С. 909.

8. Вишневский Е.Л. Урофлоуметрия / Е. Л. Вишневский // М. – Издательство «Печатный город». – С. 204-220.
9. И.В Казанская, Т.В. Отпущенникова Энурез: классификация, причины, диагностика и лечение.// Вопросы современной педиатрии, т.2, №6, С.58-66
10. Лечение первичного ночного энуреза у детей с позиций доказательной медицины. Методическое пособие для врачей педиатрических специальностей. Союз педиатров России, Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка М. 2002; 27

УДК 617-089.844

М. Р. ГАРИПОВ, Н. А. ТАРАСОВ, Л. П. ЧЕБАЕВА, Р. Р. ГАРИПОВ, А. А. МАХМУТЬЯНОВА.

ОПЫТ D3 ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Научные руководители – к. м. н., доцент Аюпов Р. Т., к. м. н., доцент Феоктистов Д. В.
Кафедра онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИДПО, кафедра госпитальной хирургии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Резюме: *В статье проанализированы непосредственные результаты хирургического лечения рака правой половины ободочной кишки в объеме правосторонней гемиколэктомии с лимфодиссекцией D3 в условиях республиканского клинического онкологического диспансера.*

Ключевые слова: *колоректальный рак, рак ободочной кишки, правосторонняя гемиколэктомия, хирургическое лечение.*

M. R. GARIPOV, N. A. TARASOV, L. P. CHEBAEVA, R. R. GARIPOV, A. A. MAKHMUTYANOVA.

D3 LYMPHODISSECTION EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF RIGHT COLON CANCER

Scientific Advisor – Ph. D., assistant professor Ayupov R. T., Ph. D.,
assistant professor Feoktistov D. V.
Department of Oncology with courses of oncology and pathological anatomy of IPE, Department of Hospital Surgery, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *The article analyzed immediate results of surgical treatment of right colon cancer within right hemicolectomy D3 lymphodissection in Republican clinical oncology dispensary.*

Keywords: *colorectal cancer, right hemicolectomy, surgical treatment.*

Актуальность. В последние годы отмечается неуклонный рост онкологической заболеваемости. К 2020 г. ожидаемое количество вновь выявленных онкологических больных составит 15 млн в год и количество смертей от рака возрастет до 12 млн [1]. Прирост

заболевших РОК в России с 2003 по 2008 г. составил 11,6 % у мужчин и 13,4 % у женщин, раком прямой кишки — 8 % и 5 % соответственно. На сегодняшний день колоректальный рак твердо занимает 2-е место среди всех онкологических заболеваний [2].

Операция остается ведущим и наиболее эффективным методом лечения рака ободочной кишки (РОК). Радикальное хирургическое вмешательство предусматривает удаление первичной опухоли в пределах здоровых тканей одним блоком с регионарными лимфатическими узлами (ЛУ), локализующимися по ходу сосудов, питающих те или иные отделы ободочной кишки. В таких ЛУ могут быть метастазы. В связи с этим при локализации первичной опухоли в правой половине ободочной кишки выполняется правосторонняя гемиколэктомия. В 2008 году доктор W. Hohenberger и др. сформулировали новую концепцию хирургического лечения ободочной кишки, включающую в себя следующие компоненты: полную мезоколонэктомию (CME – complete mesocolic excision), раннее лигирование лимфоваскулярной ножки и лимфодиссекцию в объеме D3 [4].

Техника полной мезоколонэктомии (CME – complete mesocolic excision), с ранним лигированием лимфоваскулярной ножки и лимфодиссекцией в объеме D3 снижает частоту местного рецидива до 3-4 %, увеличивает общую 5-летнюю выживаемость до 90%. По мнению многих авторов, расширение объема лимфодиссекции приводит к увеличению количества интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, что является сдерживающим фактором для широкого практического внедрения данного метода[3].

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов при раке правой половины ободочной кишки в объеме правосторонней гемиколэктомии с D3 лимфодиссекцией в условиях Республиканского клинического онкологического диспансера. Оценить возможность внедрения методики в практику деятельности хирургического отделения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 59 пациентов с наличием злокачественной патологии правых отделов ободочной кишки, которым была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с соблюдением техники полной мезоколонэктомии (CME – complete mesocolic excision), ранним лигированием лимфоваскулярной ножки и лимфодиссекцией в объеме D3. Все пациенты были пролечены в условиях хирургического отделения №3 РКОД в 2016 году. Из них 48 (81,3%) пациентов были прооперированы открытым способом и 11 (18,7%) пациентов были оперированы лапароскопически. Мужчин в группе – 30 (50,8%), женщин – 29 (49,2%). В основном оперированы пациенты со II стадией заболевания – 39 (66%), с III стадией

заболевания оперировано 20 (34%) пациентов. Все операций завершились формированием илеотрансверзоанастомоза.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу, ИМТ, возрасту, стадии заболевания и методике операции.

Показатели	Открытая операция (n=48)	Лапароскопическая операция (n=11)
Пол м/ж	25/23	5/6
Возраст (средний)	59,7	62,4
ИМТ (средний)	32	29
II стадия заболевания	31(52,5%)	8(13,6%)
III стадия заболевания	17(28,8%)	3(5,1%)

Таблица 2

Локализация рака правой половины ободочной кишки у пациентов, перенесших хирургическое лечение.

Локализация	Открытая операция (n=48)	Лапароскопическая операция(n=11)
Слепая кишка	14(29,2%)	4(36,4%)
Восходящая часть ободочной кишки	16(33,3%)	2(18,1%)
Печеночный изгиб	11(23,0%)	3(27,4%)
Поперечная ободочная кишки	7(14,5%)	2(18,1%)

Результаты и обсуждение. Длительность операции в среднем составила 145,2±28,6 минут. Медиана объема кровопотери была равна 120 мл. Длительность нахождения в стационаре после операции была меньше у пациентов, перенесших операцию лапароскопическим способом (6,2±1,8 и 8,4±6,2). В раннем послеоперационном периоде возникло два осложнения, из них в одном случае несостоятельность межкишечного анастомоза, потребовавшее проведение релапаротомии, в другом - развился сепсис на фоне распада опухоли, приведший к летальному исходу. Эти пациенты были оперированы открытым способом.

Таблица 3

Непосредственные результаты хирургического лечения.

Показатели	Открытая операция (n=48)	Лапароскопическая операция (n=48)
Время операции, мин.	124±28	167±37
Кровопотеря, мл.	258	138
Длительность послеоперационного периода, койко-дни.	8,4±6,2	6,2±1,8
Ранние послеоперационные осложнения	2	0

Число удаленных лимфоузлов было сопоставимо в обеих группах и составило в среднем 18,4±2,4. В процессе морфологического исследования удаленных лифоузлов у 20 пациентов обнаружены изменения метастатического характера. В дальнейшем этим пациентам потребовалась адъювантная полихимиотерапия.

Заключение и выводы: Расширенная лимфодиссекция в объеме D3 при раке правой половины ободочной кишки является возможным и безопасным методом в случае выполнения как лапароскопических, так и открытых вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, т. 21, № 2 (80) (прил.1), 2010.

2. Карачун А. М., Петров А. С., Самсонов Д. В. «Практическая онкология», Т13 - №4, стр 261-268, 2012 год.

3. Половинкин В. В., Прынь П. С. «Колопроктология», стр 83, 2011 г.

4. Sener Stephen F., Grey Nathan. The global burden of cancer. J Surg Oncol 2005;92(1):1–3.

УДК 616.133.33-004.6

М.Ш. КАШАЕВ, А.Ф. НУРИМАНШИН, И.Р. КАРИМОВ, БАЙБОРДИН С.В.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Научный руководитель-д.м.н., профессор Р.Р. Богданов

Башкирский Государственный Медицинский Университет, Уфа

Резюме: *в данной статье представлены результаты ведения 169 пациентов в период с января 2016 года по март 2017 года с атеросклерозом сонных артерий после эверсионной каротидной эндартерэктомии.*

Ключевые слова: *атеросклероз, эверсионная каротидная эндартерэктомия, артериальная гипертензия.*

M.SH. KASHAEV, A.F. NURIMANSHIN, I.R. KARIMOV, BAIBORDIN S.V.

FEATURES OF TREATMENT OF PATIENT WITH ATHEROSCLEROSIS OF CAROTID ARTERIES

Scientific adviser-MD, professor R.R. Bogdanov
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *In this article presents results of treatment 169 patients during the period from January 2016 to March 2017 with atherosclerosis of carotid arteries after the eversion carotid endarterectomy.*

Keywords: *atherosclerosis, eversion carotid endarterectomy, arterial hypertension.*

Актуальность: Атеросклероз – болезнь века, как прошлого, так и нынешнего. Атеросклероз сосудов дуги аорты, особенно бифуркации общей сонной артерии, является ведущей причиной такой распространенной катастрофы как инсульт. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), к которым и относится инсульт, занимают второе место среди причин смертности, инвалидизации и снижения социальной активности перенесших его пациентов [1]. Ежегодно в мире диагностируется от 5 до 6 миллионов инсультов, количество ишемических инсультов в России ежегодно 400-450 тысяч и более [2].

Хирургическое лечение больных, страдающих стенозирующими и деформирующими поражениями экстракраниальных отделов ВСА, на сегодняшний день является самым эффективным методом профилактики первичного и вторичного ишемического инсульта (международные рандомизированные исследования NASCET 1991, ECST 1991, ACAS 1995) [3], с 50х годов XX века применяется каротидная эндартерэктомия.

Однако эффективность и профилактический характер операции, нивелируются тяжелыми осложнениями, сопровождающими это хирургическое вмешательство, среди которых является пери- и послеоперационный инсульт, острый инфаркт миокарда, послеоперационные когнитивные дисфункции (ПОКД).

Цель исследования: Профилактика осложнений при каротидной эндартерэктомии, обусловленных гипер- или гипоперфузией головного мозга, сердечной патологией. Нами предложена схема ведения таких больных в до-, интра- и раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы: В исследование были включены 169 пациентов (146 мужчин и 23 женщины) в возрасте от 55 до 81 лет (68,0 ± 11,7 года в среднем), находившиеся на лечении в отделении сосудистой хирургии Клиники Башкирского Государственного Медицинского Университета, которым была произведена эверсионная каротидная эндартерэктомия (КЭ).

Среди оперированных больных в анамнезе ишемический инсульт перенесли 27 пациентов (16 %), транзиторные ишемические атаки отмечены у 52 пациентов (31 %).

Из 169 больных 149 (88%) имели сопутствующую терапевтическую патологию, в том числе у 128 (76 %) больных было подтверждено наличие сопутствующей ишемической болезни сердца, 34 (20 %) пациента ранее перенесли инфаркт миокарда, у 142 (84 %) пациентов выявлено сочетание с гипертонической болезнью, сахарный диабет был диагностирован у 20 (12%) больных.

Показаниями к оперативному лечению были: а) односторонний стеноз внутренней сонной артерии (ВСА) более 70 % - у 88 чел (52 %); б) двусторонний стеноз более 50 % - у 41 (24 %) пациентов; в) стеноз ВСА любой степени при наличии деструкции бляшки - у 26 (16 %) чел.; г) стеноз ипсилатеральной ВСА более 50 % с контрлатеральной окклюзией - у 14 (8 %) больных;

Проводился подробный анализ жалоб, самыми частыми жалобами были головная боль (n =115, 68%), головокружение (n =122, 72%) , шум в голове или ушах (n=94, 56%), нарушение памяти и внимания (n=128, 76%), пошатывание при ходьбе (n=115, 68%), онемение частей тела (n =74, 44%)

Обследование нейрокогнитивного статуса проводили путем тестирования, которое включало краткую шкалу оценки психического статуса Mini Mental State Examination (MMSE), с помощью Монреальской шкалы, или МоСА-теста, а психоэмоциональные расстройства выявлены при применении госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (Hospital Anxieti and Depression Scale (HADS) за 12 часов до хирургического вмешательства, через 24 часа после оперативного вмешательства и перед выпиской.

За сутки до операции и после операции в течение 7 дней контролировался уровень артериального давления. До операции всем больным назначалась базовая терапия. В нее входили: статины (аторвастатин в дозе 20 мг в сутки), ацетилсалициловая кислота (100 мг в

сутки), по показаниям - бета-адреноблокаторы (бисопролол 2,5 – 10 мг в сутки). На догоспитальном этапе большинству пациентов - 128 (76%) - были назначены ингибиторы АПФ (эналаприл до 40 мг/сут), бета-адреноблокаторы - 81 (48%) больным (бисопролол до 10 мг в сутки), 41 (24%) пациент получали тиазидовые диуретики (гипотиазид - 25 мг в сутки, индапамид (1,5 мг в сутки) – 20 (12%) пациентов.

Наша клиника располагает опытом проведения вариантом ингаляционной анестезии на основе севофлюрана и тотальной внутривенной анестезии (ТВВА) на основе пропофола с фентанилом.

Интраоперационный мониторинг включал:

-Гарвардский стандарт (ЭКГ, АД, ЧСС, SpO2 **,** t, мониторинг состава дыхательной смеси).

- нейромониторинг: церебральная оксиметрия (ЦО) осуществлялось аппаратом INVOS 3100 фирмы SOMANETICS США.

Всем больным выполнялась эверсионная каротидная эндартерэктомия, в 15 случаях применялся внутрипросветный временный шунт ввиду наличия стеноза ипсилатеральной ВСА более 50 % с контрлатеральной окклюзией.

Интраоперационно применялась методика «управляемой артериальной гипертензии»- повышение АД на 20-30% от исходных значений с помощью инфузионной нагрузки и применения микродоз вазопрессоров (мезатон, дофамин), была применена у 68% пациентов, которые имели удовлетворительную толерантность головного мозга к ишемии.

После окончания операции при стабильных показателях гемодинамики и восстановления сознания, мышечного тонуса в конечностях 121 (72%) пациент были экстубированы и транспортированы в отделение реанимации, 47 (28%) транспортированы в отделение реанимации на продленную ИВЛ в связи с замедленным пробуждением.

В отделении реанимации проводилось мониторирование артериального давления, пульсоксиметрия, ЭКГ, а также контроль неврологического статуса. С целью профилактики опасных осложнений, таких как, синдрома гиперперфузии головного мозга и кардиальных осложнений, проводилась комплексная комбинированная антигипертензивная терапия (нимотоп в дозе 1 мг/кг/сут; магния сульфат; больные получали антигипертензивные препараты, применяемые в предоперационном периоде). В отделении реанимации пациенты находились в течение суток при благоприятном течении послеоперационного периода.

Результаты и обсуждения: Все анализируемые пациенты были прооперированы.

У 3 (1,8 %) пациентов в послеоперационном периоде развился инсульт по ишемическому типу в бассейне средней мозговой артерии. На фоне ноотропной терапии неврологический дефицит регрессировал на 3-7 сутки.

Кардиальные осложнения развились у 7 (4,1%), из них у 6 (3,5%) имела место ишемия миокарда, которая была купирована соответствующей терапией. У 1 (0,6%) пациента в раннем послеоперационном периоде развился острый крупноочаговый инфаркт миокарда, который оказался летальным.

У 6 (3,5%) пациентов в раннем послеоперационном периоде возник делирий по гиперактивному типу, который был купирован медикаментозной седацией, эти пациенты переведены из реанимации в отделение сосудистой хирургии на 3-4 сутки.

У 1 (0,6%) пациента зафиксирован случай повреждения ветви n. vagus (возвратный гортанный нерв)- парез голосовой складки на стороне поражения. Восстановление голоса на 3 сутки лечения и наблюдения. У 3 (1,7%) пациентов выявлено повреждение n. hypoglossus – девиация языка в сторону поражения, дизартрия. Регресс на 2-4 сутки.

В раннем послеоперационном периоде отмечена положительная динамика в виде уменьшения жалоб пациентов: головная боль (n =115 68% до n=61 36%), головокружение (n =122, 72% до 54 n=32%),) , шум в голове или ушах (n=94, 56% до n=47 28%), пошатывание при ходьбе (n=115, 68% до n=47 28%) онемение частей тела (n =74, 44% до n=61 36%)

Тестирование за 12 часов до операции, в раннем послеоперационном периоде (24 часа) и перед выпиской после операции не вызвало сложности. Из исследования были исключены 13 пациентов: 5 пациентов отказались от тестирования в раннем послеоперационном периоде на фоне выраженных симптомов депрессии, 3 - вследствие развившегося ишемического инсульта в раннем послеоперационном периоде, 4 – из-за повреждения n. vagus и n. hypoglossus, 1 - из-за развития инфаркта миокарда. 6 пациентов, у которых развился делирий, были опрошены после стабилизации состояния. Анализируя результаты тестирования отмечено снижение показателей тестирования по MMSE и MoCa тесту у 105 (67%) в раннем послеоперационном периоде (средний балл 24). У всех пациентов со снижением когнитивной функции в первые сутки после операции была зафиксирована субклинически и клинически выраженная депрессия (шкала HADS). Средний балл в предоперационном периоде по шкалам MMSE и MoCa тесту составил 26, а перед выпиской 28 баллов.

При сравнении АД до и после оперативного вмешательства отмечается устойчивая стабилизация АД, возникшая после операции на 2-7 сутки, при этом изменения касались не только систолического АД (с 147±13,2 до 134 ±11,2 мм.рт.ст.), так и диастолического АД (с 86 ±9,4 до 75±8,3 мм.рт.ст.) В связи со стабилизацией АД проводилась коррекция поддерживающей дозы антигипертензивных препаратов.

Заключение и выводы:

1. Эффективность и профилактический характер каротидной эндартерэктомии нивелируются тяжелыми осложнениями, сопровождающими это хирургическое вмешательство, среди которых имеют место пери- и послеоперационный инсульт, острый инфаркт миокарда, послеоперационные когнитивные дисфункции (ПОКД).
2. Несмотря на то, что каротидная эндартерэктомия выполняется с целью профилактики повторного инсульта, она имеет и лечебный эффект, улучшая неврологический и общесоматический статус пациентов уже в ближайшем послеоперационном периоде.
3. У пациентов с гемодинамически значимым атеросклеротическим стенозом каротидной бифуркации формируется особый вид симптоматической артериальной гипертонии – цереброваскулярная и поэтому у таких пациентов необходимо рассмотреть вопрос о возможности и целесообразности выполнения операции каротидной эндартерэктомии как с целью профилактики ишемического инсульта, так и с целью радикального лечения симптоматической цереброваскулярной артериальной гипертонии.

Таким образом, предложенная нами схема до- и интраоперационного ведения, а также ведения больного в раннем послеоперационном периоде приближается к оптимальной, позволяет достичь хороших результатов проведения картидной эндартерэктомии и минимизировать риск сосудистых, неврологических и кардиальных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сосудистая хирургия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ЭОТАР-Медиа, 2014.-464 с.
2. Скворцова В.М. Ишемический инсульт: патогенез ишемии, терапевтические подходы. //Неврологический журнал, 2001. №3. С.4-10.
3. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий. – М., 2013 http://www.angiolsurgery.org/recommendations/2013/ recommendations_brachiocephalic.pdf

УДК 616.71-001.59-089

М.В. СЕМЕНТЕЕВА, В.Е. ГОНЧАРОВА, И.И. КАЛМЫКОВ

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПСЕВДОАРТРОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА НЕСРАЩЕНИЯ

Научный руководитель – Р.С. Репин

Кафедра травматологии и ортопедии, Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

Резюме: *В рамках данной работы проведен ретроспективный сравнительный анализ результатов оперативного лечения ложных суставов: декортикации кости и пластики костным аутотрансплантатом. Определены показания в зависимости от вида псевдоартроза, эффективность и осложнения данных методов операции. Пластика костным аутотрансплантатом выполнялась в большинстве случаев в связи с наличием дефекта кости, при атрофическом и инфицированном псевдоартрозах. Методом выбора при нормопластическом псевдоартрозе являлась костная декортикация. Оба метода использовались при гипертрофическом ложном суставе. Наиболее часто встречаемым является ложный сустав костей голени.*

Ключевые слова: *псевдоартроз, костная декортикация и аутопластика.*

M.V. SEMENTEEVA, V.E. GONCHAROVA, I.I. KALMYKOV

EVALUATION OF THE SURGICAL METHOTDS FOR TREATMENT OF PSEUDOARTHROSIS IN DEPENDIG OF NON-REDUCTION KIND

Scientific Advisor – R.S. Repin

Department of traumatology and orthopaedic, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk

Abstract: *Within the framework of this research was performed a retrospective comparative analysis of the operative treatment results of pseudoarthrosis: bone decortication and autologus bone graft. Indications are determined depending on the type of pseudoarthrosis, efficacy and complications of these surgical methods. Autologus bone graft was performed in the most cases of connection with the presence of a bone defect, with atrophic and infected pseudoarthrosis. For normoplastic pseudoarthrosis was choose bone decortication. Both methods were used in the hypertrophic pseudoarthrosis. The most encountered is the pseudoarthrosis of the shin bones.*

Keywords: *pseudoarthrosis, bone decortication and graft.*

Актуальность. В современном обществе количество травм непрерывно растет. С увеличением кинетической энергии травм, несмотря на использование самых разнообразных

методов консервативного и оперативного лечения переломов, заметно возрастает процент несращений переломов и образования ложных суставов. Это связано со значительным разрушением органов и тканей, вызванных травмой и уменьшением регенеративной и репаративной способностей организма, а также с депрессией иммунной системы [3]. По литературным данным нарушение остеорепарации в виде ложных суставов и дефектов костей в структуре ортопедической патологии составляют 16,7—57,6%. Несращения, ложные суставы длинных трубчатых костей, дефекты костной ткани достигают 39,3 % из осложнений консервативного или оперативных методов лечения. Известна зависимость тяжести, а соответственно, и число осложнений и последствий, в том числе ложных суставов, от механизма травмы. В последнее время отмечается рост числа травм в исходе воздействия большой кинетической энергии (дорожно-транспортных, огнестрельных), приводящих к росту инвалидности. В связи с этим, для снижения тяжести социальных последствий травм важное значение приобретает специализированная помощь пострадавшим, внедрение новых технологий диагностики и лечения, как на этапе первичной помощи, так и на этапе лечения последствий [4]. Развитие псевдоартрозов тесно связано с недостаточностью регионарного кровообращения, возникающего вследствие окклюзий сосудистой сети поврежденного сегмента. Артериальная и венозная недостаточности вызывают нарушение микроциркуляции. В результате развившейся гипоксии угнетаются процессы регенерации в области перелома кости. Вполне возможно, что репаративные процессы нарушаются в результате перераспределения крови в экстремальных условиях травмы, особенно при обильной кровопотере с развитием локальной гипоксии костной ткани. Диагностика сосудистых нарушений и вида псевдоартроза позволяют рассчитывать на выбор наиболее адекватного способа хирургического лечения в зависимости от характера нарушений в зоне ложного сустава с применением оптимальных оперативных вмешательств [2]. Чаще всего методом оперативного лечения является костная пластика: декортикация или пластика костным аутотрансплантатом [5]. Индивидуальный характер нарушений в зоне ложного сустава требует изучения морфологических изменений и выявления признаков различных видов несращения кости, что позволяет определять выбор и объем оперативно-восстановительных мероприятий [1].

Цель исследования. Определить показания и эффективность методов оперативного вмешательства декортикации и пластики костным аутотрансплантатом при псевдоартрозе.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ результатов оперативного лечения 50 больных травматологического отделения ГНОКБ с ложными суставами костей опорно-двигательного аппарата, возникших в результате различных повреждений (открытые и закрытые переломы, размозжения), осложнений и ошибок в процессе лечения повреждений в период за 2014-2016 гг. (22% – лица женского пола, 78% – мужского, в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст 44,7±0,3 года). Определялись показания к операции конкретным методом, эффективность, длительность операции, осложнения. Статистическая обработка данных осуществлялась методом χ2-Пирсона с помощью программы Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования было выделено две группы: в 1-ю группу включены пациенты, которым проведен синтез с костной декортикациией (31 человек – 62%), во 2-ю – пациенты с пластикой костным аутотрансплантатом (19 человек – 38%). В структуре заболеваемости травматологического отделения за 2014-2016 года выявлено 58 случаев неконсолидированных переломов, 27 – атрофических псевдоартроза, 12 – гипертрофических и 11 – нормотрофических. Пластика костным аутотрансплантатом выполнялась в большинстве случаев в связи с наличием дефекта кости, при атрофическом и инфицированном (единичный случай) псевдоартрозах. При нормотрофическом псевдоартрозе в связи с нанесением дополнительной травмы больному данный метод не показан. Методом выбора при нормопластическом псевдоартрозе являлась костная декортикация. Оба метода использовались при гипертрофическом ложном суставе (по 25%). Наиболее часто встречаемым является ложный сустав костей голени (15 случаев псевдоартроза большеберцовой кости и 5 – обеих костей голени), на втором месте – псевдоартроз плечевой кости (13 случаев), по 7 случаев ложных суставов бедренной и локтевой костей, по 1 случаю псевдоартроза надколенника, ключицы и ладьевидной кости кисти. Лечение неконсолидированных переломов проводилось синтезом с костной декортикацией или внеочаговым чрескостным компрессионно-дистракционным остеосинтезом аппаратом Илизарова. При анализе ближайших результатов лечения выявлено, что хороший результат получен у 96,4±0,8% в 1-й группе, во 2-й – 97,8±1,1% больных. Статистически значимых различий между результатами и эффективностью примененных методов лечения псевдоартроза в обеих группах не выявлено ($p>0,05$). Что свидетельствует о верности выбора метода оперативного вмешательства в зависимости от клинической формы ложного сустава. Длительность и травматичность операции влияют на течение послеоперационного периода (интенсивность болевого синдрома и частоту развития осложнений). Хирургическое лечение псевдоартроза включает в себя множество процедур, целью которых является улучшение состояния, уменьшение периода иммобилизации,

снижение частоты осложнений, особенно рецидивов [7]. Чем более выражено нарушение кровообращения, тем медленнее протекает процесс консолидации, чаще возникают отрицательные результаты и тем больше показана костная аутопластика в различных вариантах. При этом установлено, что костный аутотранстплантат должен перекрывать зону склероза не менее чем на 2 см, в противном случае рассасывание трансплантата происходит раньше, чем сращение [4].

Заключение и выводы. Формирование ложных суставов связано с разнообразием нарушений репаративных процессов, протекающих в области патологического очага: в поврежденной кости и параоссальных мягких тканях одновременно развиваются острые травматические, ишемические, дисциркуляторные и воспалительные изменения. Определяя вид ложного сустава и оценивая состояние кровообращения в зоне несращения кости, можно выбрать наиболее эффективный метод лечения для достижения желаемого результата.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бауэр И.В. Научное обоснование и разработка современных методов диагностики и хирургического лечения псевдоартрозов (клинико-морфологическое исследование) [Текст]: Автореф… дис. д-ра. мед. наук. (14.00.22) – Новосибирск, 2007. – 256 с. [Электронный ресурс]. URL: http://medical-diss.com/medicina/nauchnoe-obosnovanie-i-razrabotka-sovremennyh-metodov-diagnostiki-i-hirurgicheskogo-lecheniya-psevdoartrozov#ixzz4Zxh4DMbu (дата обращения: 28.01.2017);

2. Бауэр, И.В., Казарезов, М.В., Величко и др. Повышение эффективности реабилитации инвалидов с псевдоартрозами при выборе обоснованного оперативного стандарта в зависимости от вида несращения [Текст] / Бауэр, И.В., Казарезов, М.В., Величко, А.Я., Королева, А.М., Рыбалко, И.В., Жиленко, В.Ю., Граница, Д.О. // Сетевое издание «Медицина и образование в Сибири». – 2010 г. – № 5. [Электронный ресурс]. URL: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=451 (дата обращения: 12.02.2017);

3. Гайдуков В.Е. Хирургическое лечение несросшихся переломов и ложных суставов длинных трубчатых костей с использованием богатой тромбоцитами аутоплазмы [Текст]: Автореф… дис. канд. мед. наук. (14.00.27) – Воронеж, 2009. – 89 с. [Электронный ресурс]. URL: http://www.dissercat.com/content/khirurgicheskoe-lechenie-nesrosshikhsya-perelomov-i-lozhnykh-sustavov-dlinnykh-trubchatykh-k (дата обращения: 02.02.2017);

4. Жураев И.Г., Абдурахмонов У.А., Гафуров Ф.А. [и др.] ЛЕЧЕНИЕ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ПСЕВДОАРТРОЗОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ //

Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. XXX междунар. науч.-практ. конф. № 4(30). – Новосибирск: СибАК, 2014. [Электронный ресурс]. URL: https://sibac.info/conf/med/xxx/37743 (дата обращения: 14.02.2017);

5. Ложный сустав (псевдоартроз): Фундамед – знания студентам медикам, 2013. [Электронный ресурс]. URL: http://fundamed.ru/travma/75-logniy-sustav-pseudoartroz.html (дата обращения: 20.01.2017);

6. C Vlad, I Georgescu, TS Gavriliu, DI Hodorogea, T El Nayef, D Dan Burnei's procedure in the treatment of long bone pseudarthrosis in patients having osteogenesis imperfecta or congenital pseudarthrosis of tibia – preliminary report J Med Life. 2012 Jun 12; 5(2): 215–221. Published online 2012 Jun 18. PMCID: PMC3391886

УДК 616-001.17:616-036.111

А.С. ТИХОНОВ, Р.Р. МУЛЮКОВА

ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК И ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Научный руководитель – д.м.н., профессор И.И. Лутфарахманов

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *целью работы была оценка развития острого повреждения почек как изолированной или мультиорганной дисфункции и взаимосвязь с летальностью у пациентов с тяжелой термической травмой. Тип исследования: ретроспективное, обсервационное, одноцентровое, типа случай-контроль. Объем выборки: 698 клинических случаев. Выявлено, что острое повреждение почек у пациентов с тяжелой термической травмой развивается на догоспитальном этапе и увеличивает риск гибели и сроки лечения в отделении интенсивной терапии. Особенностью формирования синдрома мультиорганной дисфункции при термической травме является то, что первым и наиболее часто поражаемым органом являются почки.*

Ключевые слова: *ожоги, термическая травма, почечная дисфункция*

A.S. TIKHONOV, R.R. MULYUKOVA

EVALUATION OF THE DEVELOPMENT OF ACUTE KIDNEY INJURY AND RELATIONSHIP WITH MORTALITY IN PATIENTS WITH SEVERE BURNS

Scientific Advisor – PhD, MD, Professor I.I. Lutfarakhmanov

Department of of Anaesthesiology and Reanimatology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *the purpose of this study was assessment of the development of acute kidney injury as a single or multi-organ dysfunction, as well as the relationship with mortality in patients with severe burns. A retrospective, observational, single-center, case-control study included 698 patients.The results of the study showed, that acute kidney injury in patients with severe burns develops at the prehospital stage and increases the risk of death and length of stay in the ICU. The peculiarity of the formation of the multi-organ dysafunction syndrome in thermal injury is the fact that the first and most frequently affected organ are the kidneys.*

Keywords: *burns, thermal injury, renal dysfunction*

Актуальность. Острое повреждение почек (ОПП) – широко распространенное и угрожающее жизни расстройство здоровья, которое, несмотря на совершенствование медицинских технологий, зачастую трудно и несвоевременно диагностируется и является причиной неблагоприятных исходов, в том числе летальных. ОПП – понятие, вошедшее в медицинский лексикон сравнительно недавно и повсеместно заменившее известный термин – острая почечная недостаточность (ОПН)[7]. ОПП встречается у 3-7% госпитализированных пациентов и 20-30% пациентов отделения интенсивной терапии (ОИТ). Смертность от ОПП составляет от 10% до 80%[1].

Любое острое изменение функции почек часто свидетельствует о тяжелом системном нарушении и является предиктором неблагоприятного прогноза. Отсутствие специфических клинических признаков на ранней стадии ОПП, бурное течение воспалительного процесса и неразработанность эффективных алгоритмов прогнозирования способствуют запоздалой диагностике этого осложнения на госпитальном этапе. Риск возрастает при воздействии факторов, которые вызывают ОПП, или в присутствии факторов, повышающих предрасположенность к ОПП[8]. При наличии тяжелой термической травмы у пациентов предикторами ОПП являются дегидратация, миоглобинемия, разрушение эритроцитов с массовым высвобождением гемоглобина в системный кровоток, наличие синдрома системного воспалительного ответа.

Цель работы. Оценка развития острого повреждения почек как изолированной или мультиорганной дисфункции и взаимосвязь с летальностью у пациентов с тяжелой термической травмой.

Материал и методы. Тип исследования: ретроспективное, обсервационное, одноцентровое, типа случай-контроль. Объем выборки составил 698 клинических случаев. Сроки сбора данных: с 01 января 2007 г. по 30 ноября 2016 г. Критерии включения: термическая травма с индексом Франка 30-180 ед.; возраст пациентов от 18 до 80 лет. Критерии исключения: пациенты, поступившие из ожогового (хирургического) отделения спустя 10 суток с момента травмы, термоингаляционное повреждение.

Конечные точки исследования: развитие острого почечного повреждения у пациентов с тяжелой термической травмой; гибель больного; длительность лечения в ОИТ.

Степень выраженности нарушения функции почек определяли на основе The Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group [4]. Тяжесть термической травмы оценивали по индексу Франка. Сепсис диагностировали по Критерии Surviving Sepsis Campaign - 2012 [5]. Наличие органной дисфункции определяли по A. Baue с соавторами [2].

Выборка включала 488 (69,9%) пациентов мужского пола и 210 (30,1%) женского, соотношение М/Ж=2,32/1. Средний возраст пациентов составил 44±15 лет, в том числе 51±17 лет у женщин и 41±14 лет у мужчин. Средний показатель индекса Франка находился на уровне 69±35 ед., в том числе у мужчин 71±35 ед. и у женщин 65±34 ед. Летальность составила 22,6% (158/698), основной причиной гибели пациентов являлось развитие полиорганной дисфункции – 63,3% (100/158) случаев. У 36,7% (58/158) больных летальный исход был ассоциирован с сепсисом.

Относительную силу взаимосвязи между предикторами (факторами риска) и зависимой переменной определяли как отношение шансов (ОШ) с помощью логистического регрессионного анализа. Для статистического анализа применяли компьютерные программы: MedCalc (v 7.1; MedCalc Software, Belgium) и Excell for Windows.

Результаты и обсуждение. Частота развития системных осложнений у пациентов с тяжелой термической травмой составляла 42,1% (294/698): 19,9% (139/698) осложнений приходилось на системные осложнения в структуре мультиорганной дисфункции и 22,2% (155/698) осложнений на изолированную дисфункцию одного органа. Острое почечное повреждение занимало лидирующую позицию 42%(123/294).

При анализе структуры мультиорганной дисфункции ведущей патологией так же являлось острое поражение почек с частотой встречаемости 54% (75/139). Среди изолированных осложнений, не являющихся компонентом мультиорганной дисфункции, острое поражение почек встречалось с частотой 20% (31/155).

Нами было выявлено, что почечная дисфункция наблюдалась с момента поступления пациентов и возможность ее развития и прогрессирования сохранялась вплоть до 5 суток с момента получения травмы.

При развитии полиорганной недостаточности средний срок нахождения больного в отделении реанимации составил 11,6 суток с медианой 9,0. Средняя продолжительность нахождения умерших пациентов в ОИТ составила 7,25 дней с медианой 4,0; у выживших те же показатели составили 7,55 дней с медианой 5,0.

Методом логистического регрессионного анализа нами было определено отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ) гибели пациентов при развитии системных осложнений термической травмы (Рис. 1). Полученные результаты свидетельствуют о том, что все системные осложнения достоверно влияли на гибель пациентов, в частности, ОПП почти в 12 раз увеличивала вероятность смерти.

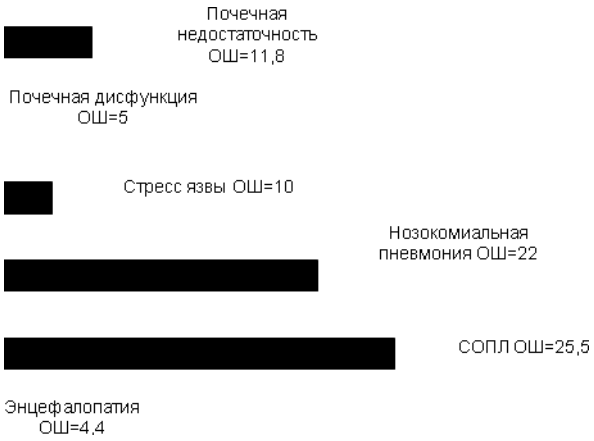


Рис. 1. Влияние развившихся системных осложнений на смерть пациентов.

Примечание: СОПЛ - синдром острого повреждения легких.

Анализ воздействия отдельных синдромов в составе мультиорганной или изолированной дисфункции, на длительность лечения пациентов в ОИТ позволил установить, что достоверное влияние на длительность лечения пациентов более 5 суток (разделение по медиане) являлось ОПП (ОШ=4,4).

Заключение и выводы. Исходя из проведенного исследования можно сделать следующее заключение: не смотря на современный подход к лечению пациентов с тяжелой термической травмой, острое повреждение почек является частым и одним из ранних осложнений, проявляемый на догоспитальном этапе, а так же достоверно увеличивающим летальность и пребывание пациентов в ОИТ. Возникает вопрос о контроле предикторов данного осложнения (поддержка адекватного АД, своевременная гемодилюция, определение миоглобина в сыворотке крови, гемоглобина в моче), а так же корригирование лабораторных показателей, диуреза и скорости клубочковой фильтрации.

1. Острое повреждение почек, развивающееся у пациентов с тяжелой термической травмой, проявляется еще на догоспитальном этапе, увеличивает риск гибели и сроки лечения в ОИТ.
2. Особенностью формирования синдрома мультиорганной дисфункции при термической травме является тот факт, что первым и наиболее часто поражаемым органом являются почки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Иванов Д. Д. Острое повреждение почек // МНС. 2012. №3 (42) С.16-19.

2. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение: Практ. Рук. Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда М – ООО «Медицинское информационное агенство» - 2010 – 352

3. Спиридонова Т.Г. Полиорганная недостаточность у обожженных. //Автореферат диссертации доктора медицинских наук.- М.- 2007.- 55с.

4. Bellomo R., Ronco C., Kellum J.A. and the ADQI workgroup. Acute renal failure – definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information thechnology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Initiative (ADQI) Group. //Crit. Care – 2004.- N.8.- R.204-212.

5. Dellinger R.P., Levy M.M., Rhodes A, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. Crit. Care Med. 2013: 41; 580-637

6. Hack C.E., Zeerleder S. The endothelium in sepsis: Sours of and a target for inflammation Crit Care Med, 2001. Vol.29 (Suppl). P. S21-S27.

7. Hoste EA, Clermont G, Kersten A et al. RIFLE criteria for acute kidney injury are associated with hospital mortality in critically ill patients: a cohort analysis. Crit Care 2006;10(3): R73

8. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury Kidney International supplements Volume 2/issue 1/ March 2012

УДК 616.348-002.44 - 089

Ю.Р. САГАДАТОВА, Р.Р. АЛИБАЕВА

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕТОВ, ПОЛУЧИВШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Научный руководитель - д.м.н, профессор А.А. Ибатуллин
Кафедра факультесткой хирургии с курсом колопроктологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В данной статье рассматриваются результаты оперативного лечения 40 больных язвенным колитом, находящихся на лечении в отделении колопроктолии с 2013-2015гг в ГКБ №21 г. Уфы. Средний возраст оперированных — 38, 7 лет. В общей структуре заболеваемости преобладают мужчины. Больные были разделены на две группы. Первой группе больных проводилось оперативное лечение лапараскопическим доступом - 13 больных, остальным 27 больным проведено оперативное лечение открытым доступом. Из первой группы больных выписались с улучшением 13 (100%) больных, а из второй - 26 (96,3%). Летальность во второй группе — 1 (3,7%), что связано с развитием осложнений.*

Ключевые слова: *лапараскопия, язвенный колит, заболеваемость.*

Y. R. Sagadatova, R. R. Alibaeva

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WHO RECEIVED OPERATIVE TREATMENT FOR ULCERATIVE COLITIS

Scientific Advisor - Ph. D. in Medicine, Full professor A. A. Ibatullin
Chair of faculty surgery with the course of Coloproctology, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: *this article discusses the results of surgical treatment of patients with ulcerative colitis undergoing treatment in the Department coloproctol from 2013-2015 at city clinical hospital No. 21 of Ufa. The average age of the operated — 38, 7 years. In the General morbidity structure is dominated by men. Patients were divided into two groups. The first group of patients were performed surgical treatment laparoscopic access 13 patients, the rest 27 patients underwent surgical treatment of open access. From the first group patients were discharged with improvement in 13 (100%) patients, and from the second - 26 (96,3%). Mortality in the second group — 1 (3,7%), which is associated with the development of complications.*

Keywords: *laparoscopy, ulcerative colitis, morbidity.*

Актуальность. По данным международного комитета исследований заболеваемость язвенным колитом в последние годы имеет тенденцию к быстрому росту во всех странах

[1,2]. В лечении язвенного колита основным является консервативное, но в случаях ее неэффективности и развитии осложнений прибегают к оперативному лечению. Язвенный колит относится к числу заболеваний с наиболее высокой частотой развития осложнений и стойкой инвалидизацией больного [3]. Болезнь чаще поражает лица трудоспособного возраста. Смертность от воспалительных заболеваний кишечника, в том числе и от язвенного колита, составляет 6 случаев на 1 млн населения, а в России — 17 случаев на 1 млн населения [1,3,4]. Язвенный колит остается актуальной проблемой, поскольку его этиология неизвестна, а специфическое лечение в настоящее время отсутствует.

Цель исследования. Провести анализ данных пациентов, получавших оперативное лечение по поводу язвенного колита в отделениях колопроктологии в ГКБ№21 г. Уфы за 2013-2015гг.

Материалы и методы. Проведен анализ данных историй болезней 40 пациентов, получавших оперативное лечение по поводу язвенного колита в отделениях колопроктологии в ГКБ№21 г. Уфы за 2013-2015гг. Доля мужчин составило — 25 (62,5%), женщин — 15 (37,5%). Средний возраст больных — 38,7 лет. За 2013 год прооперировано 4 , за 2014 год -14, за 2015 год - 22 больных. Первой группе больных проводилось оперативное лечение лапараскопическим доступом - 13 больных, остальным 27 больным проведено оперативное лечение открытым доступом.

Результаты и обсуждение. Хирургическое лечение включало в себя несколько этапов лечения: 1 этап — тотальная колэктомия с одноствольной илеостомой по Бруку, 2 этап — проктэктомия с илеоанальным резервуарным анастомозом с выведением петлевой илеостомы по Торнболлу, 3 этап — закрытие илеостомы. Из первой группы больных выписались с улучшением 13 (100%) больных, а из второй - 26 (96,3%). Летальность во второй группе — 1 (3,7%), что связано с развитием осложнений. 9 больных (22,5%) поступили на повторное **лечение в зависимости от стадии заболевания.**

Заключение и выводы.

21. Количество больных с язвенным колитом с каждым годом увеличивается.
22. В структуре заболеваемости язвенным колитом количество пациентов мужского пола преобладают над женским.
23. Из первой группы больных выписались с улучшением 13 (100%) больных, а из второй - 26 (96,3%).

ЛИТЕРАТУРА:

9. Воробьев, Г.И. Воспалительные заболевания кишечника /Г.И. Воробьев. — Москва: Миклош, 2008. — 400с.
10. Комаров, Ф.И. Неспецефический язвенный колит /Ф.И. Комаров, А.М. Осадчук, М.А. Осадчук, И.М. Кветной. — Москва: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2008. — 256с.
11. Лоранская, И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь крона) /И.Д. Лоранская, И.Л. Халиф. — Москва: Миклош, 2004. — 88с.
12. Румянцев, В.Г. Язвенный колит : руководство для врачей /В.Г. Румянцев. — Москва: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2009. — 424с.
13. Язвенный колит: учебное пособие / сост.: А.А. Ибатуллин, Л.Р Аитова, М.В. Тимербулатов, Ф.М Гайнутдинов. - Уфа: Изд-вво «Здравоохранение Башкортостана», 2015. - 56 с.

УДК [616.34-006.6] - 007.272 -089

Ю.Р. САГАДАТОВА, Р.Р. АЛИБАЕВА

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА, ВЫЗВАННОГО ОПУХОЛЕВЫМ ПРОЦЕССОМ

Научный руководитель - д.м.н, профессор А.А. Ибатуллин
Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В статье представлены результаты оперативного лечения 47 больных, получавших лечение в отделениях колопроктологии в ГКБ №21 г. Уфы за 2013 — 2015гг. Было проведено оперативное вмешательство больным в возрасте от 36 до 91 лет. Больные были разделены на две группы: первой группе проводилось оперативное вмешательство традиционным способом — 40 (85,1 %), второй группе проводилось лапараскопическая операция— 7 (14, 9 %). В результате проведенного исследования выявлено, что в обеих группах преобладали больные больные с опухолью сигмовидной кишки: в первой группе — 11 (27,5 %), во второй — 4 (57,1 %) . В первой группе 90 % больных выписались с улучшением, в 10 % наблюдался летальный исход. Из второй группы 100% больных выписались с улучшением. Основными причинами смерти являлись развитие полиорганной недостаточности, диффузный или местный перитонит.*

Ключевые слова: *непроходимость, рак, лапараскопия.*

Y. R. SAGADATOVA, R. R. ALIBAEVA

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY NEOPLASTIC PROCESS

Scientific Advisor - Ph. D. in Medicine, Full professor A. A. Ibatullin
Chair of faculty surgery with the course of Coloproctology, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: *the article presents results of surgical treatment of 47 patients receiving treatment in the Department of Coloproctology at city clinical hospital No. 21 of Ufa for 2013-2015. Was performed surgery patients aged 36 to 91 years. Patients were divided into two groups: the first group underwent surgery in the traditional way — 40 (85,1 %), the second group underwent laparoscopic surgery— 7 (14, 9 %). The result of the study revealed that both groups had a preponderance of patients patients with a tumor of the sigmoid colon: first group — 11 (27,5 %), the second — 4 (57,1 %) . In the first group 90% patients were discharged with improvement, 10 %*

had lethal outcome. From the second group 100% of patients were discharged with improvement. The main causes of death were development of multiple organ failure, diffuse or local peritonitis.

Keywords: *obstruction, cancer, laparoscopy.*

Актуальность. Рак толстой кишки занимает третье место в структуре онкологических заболеваний [1]. Причинами поздней диагностики в большинстве случаев является длительное бессимптомное течение, неспецифичность симптомов заболевания. Поэтому многие больные поступают в стационар по поводу различных осложнений основного заболевания, в частности, с кишечной непроходимостью. По данным разных авторов, в структуре онкологической заболеваемости почти во всех экономически развитых странах рак толстой кишки занимает 9-18% [1,2]. Своевременная диагностика и проведение оперативного вмешательства улучшает прогноз заболевания и результаты хирургического лечения [3,4]. Однако, частота послеоперационных вмешательств довольно высока 8-10% , а летальность составляет 14% [2,3,4]. Большая частота осложнений, высокие показатели послеоперационной летальности позволяет рассматривать данное заболевание, как актуальную патологию.

Цель исследования. Провести анализ данных больных, получавших оперативное лечение по поводу кишечной непроходимости опухолевого генеза в отделениях колопроктологии в ГКБ№21 г. Уфы за 2013-2015гг. Оценить эффективность лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 49 больных с раком толстой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, получившие оперативное лечение на базе ГКБ №21 г. Уфы. Распределение по полу составило: 21 женщин и 26 мужчин; возраст больных, получивших оперативное лечение от 36 до 91 лет. Средний возраст составил 68,6 лет. Больные были разделены на две группы: первой группе проводилось оперативное вмешательство традиционным способом — 40 (85,1 %), второй группе проводилось лапараскопическая операция— 7 (14, 9 %).

Результаты и обсуждение. В обеих группах преобладали больные с опухолью сигмовидной кишки: в первой группе — 11 (27,5 %), во второй — 4 (57,1 %) , тем самым доказывая утверждение о преимущественном поражение левых отделов опухолью. Диагноз кишечной непроходимости ставился на основании данных клинико-лабораторных, результатов рентгенологических, эндоскопических и ультразвуковых исследований. В первой группе преобладали больные с острой кишечной непроходимостью, а во второй — с частичной кишечной непроходимостью. Диагноз рак ставился на основании международной классификации стадии злокачественных новообразований. Невзирая на осложнение

злокачественного новообразования в виде непроходимости различной степени, ставшей причиной госпитализации больных, у значительного количества выявлена запущенная стадия заболевания. Распределение больных по стадиям заболевания представлено в Таблице 1.

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от стадии заболевания.

T	Первая группа(n=40)			Вторая группа (n=7)		
	%	N	M	%	N	M
1	0			0		
2	0			0		
3	51,20%	63,10%	57,90%	28,60%	0	0
4	48,70%	52,60%	47,3	71,40%	80,00%	80,00%

Вид, объем и характер оперативного вмешательства был основан на общем состоянии больных, стадии злокачественного новообразования, видом острой кишечной непроходимости, наличием осложнений. Хирургическое лечение заключалось в радикальном, то есть полном удалении всех объемных образований в 19 (40,4%) случаях. В остальных случаях 28 (59,5%) проводилось паллиативное лечение, целью которого не является полное удаление опухоли, а облегчение состояния больного. При запущенных стадиях заболевания среди тех, у кого имелись отдаленные метастазы, в наибольшем количестве зарегистрировано метастазирование в печень, затем канцероматоз с асцитом, а также множественное метастазирование.

В первой группе 90 % больных выписались с улучшением, в 10 % наблюдался летальный исход. 1 (2, 6 %) больному из первой группы была произведена повторная операция в связи развитием осложнений. В зависимости от характера осложнений, общего состояния больного было выполнено одно или две повторные операции. Из второй группы 100% больных выписались с улучшением. Основными причинами смерти являлись развитие полиорганной недостаточности, диффузный или местный перитонит.

Заключение и выводы. Таким образом, на основании приведенных выше данных можно утверждать, что наиболее часто злокачественное новообразование поражает сигмовидную кишку, вызывая разную степень непроходимости кишечника. Выявлено, что опухоль чаще поражает мужчин. Кишечная непроходимость может возникнуть на любом этапе формирования новообразования, однако в большей степени она возникает в терминальной стадии опухолевого процесса в виду отсутствия специфических симптомов заболевания, о

чем свидетельствуют данные о стадии заболевания. Хирургическое лечение больных включало в себя как радикальное, так и паллиативное лечение. По результатам комплексного лечения в первой группе зарегистрировано 10 % летальности, что связано с развитием осложнений в виде полиорганной недостаточности и развития местного или диффузного перитонита. Своевременная диагностика и оперативное вмешательство снижает уровень послеоперационных осложнений, уменьшает уровень летальности при данном заболевании.
На основании представленных утверждений можно сделать выводы, что данная проблема острой кишечной непроходимости опухолевого генеза является актуальной и требует дальнейшего углубленного изучения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дуданов. И.П., Шаршавицкий Г.А., Ванюкова В.О. И др. Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости на почве рака толстой кишки / Матер. VШ Всерос. Конф. Общ хирургов с международным участием, посвящ. 95-летию СамГМУ , совм с Пленумом проблемн. Комисси «Инфекция в хирургии» Межвед.науч.совета по хирургии МЗ РФ и РАМН: Электронный документ. Самара, 2014. С 61-64.
2. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия пер. с англ. Под ред. Ю.А. Шелыгина, С.Е. Урядова. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ, Лаборатория знаний, 2011, - 751 с.
3. Ковалев А.И., Мороз О.В., Петров Д.Ю. Диагностика и хирургическое лечение опухолевых заболеваний толстой кишки, осложненных непроходимостью / Матер. VШ Всерос. Конф. Общ хирургов с международным участием, посвящ. 95-летию СамГМУ , совм с Пленумом проблемн. Комисси «Инфекция в хирургии» Межвед.науч.совета по хирургии МЗ РФ и РАМН: Электронный документ. Самара, 2014. С 73-74.
4. Кочергаев. О.В., Копалин А.А., Дразнин В.И и др. Особенности хирургической тактики у больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза / Матер. VШ Всерос. Конф. Общ хирургов с международным участием, посвящ. 95-летию СамГМУ , совм с Пленумом проблемн. Комисси «Инфекция в хирургии» Межвед.науч.совета по хирургии МЗ РФ и РАМН: Электронный документ. Самара, 2014. С 84-86
5. Непроходимость кишечника: Руководство для врачей / Под ред. А.П. Радзиховского — К.: Феникс, 2012.-504 с, илл.

УДК 617-089.844

Р. Р. САГИТДИНОВ, Р. Р. САЙФУЛЛИН, Д.М. МИНИГАЛИН, В.В. КАТАЕВ ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ ПО ГАЛИМОВУ

Научный руководитель – д. м. н., профессор О.В. Галимов

Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В статье описан первый опыт применения способа хирургического лечения избыточной массы тела и ожирения по Галимову. Результаты лечения позволяют судить о достаточно высоких анатомических и функциональных результатах. Однако необходимо дальнейшее наблюдение пациентов для оценки отдаленных результатов лечения.*

Ключевые слова: *хирургия ожирения, проблема ожирения, метаболическая хирургия, бариатрические операции, гастропликация.*

R. R. SAGITDINOV, R. R. SAIFULLIN, D.M. MINIGALIN, V.V.KATAEV FIRST RESULTS OF THE APPLICATION OF THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF EXCESSIVE BODY WEIGHT AND OBESITY ON GALIMOV

Scientific Advisor – Ph. D in Medicine, Full professor O. V. Galimov

Department of surgical diseases and new technologies with a course of additional vocational education, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *The article describes the first experience of application of the method of surgical treatment of overweight and obesity according to Galimov. The results of treatment allow us to judge quite high anatomical and functional results. However, further monitoring is necessary patients to assess long-term results of treatment.*

Keywords: *obesity surgery, obesity, metabolic surgery, bariatric surgery, gastroplication.*

Актуальность: В настоящее время общепризнан тот факт, что проблема ожирения вышла за рамки медицины и давно приобрела социальный характер. Сегодня это одно из самых распространенных заболеваний.

По различным данным во всем мире насчитывается около 250 млн. больных, страдающих ожирением, что составляет около 7% всего взрослого населения планеты. Ожирение признано ВОЗ хронической неинфекционной «эпидемией» нашего времени. В

индустриально развитых странах у 10-33,3% населения имеется избыточная масса тела [1,2,4].

По данным J. Kuczmarski и соавт., в США морбидным ожирением страдают 2% мужчин и 6% женщин. За период между 1960 и 1991 г. количество больных ожирением увеличилось с 24,3% до 33,3%. В Канаде 12 % населения больны ожирением, в Европе в середине 80-х годов прошлого века распространенность ожирения составила от 10% в Германии до 32% в Италии [5]

В России и странах СНГ ожирением различной степени страдают около 26,5% взрослого населения, в том числе 6% - крайними степенями ожирения. Экспертами ВОЗ предполагается двукратное увеличение количества лиц с ожирением к 2025 г. по сравнению с 2000 г., составляя 45-50 % населения США, 30-40% — в Австралии, Англии и более 20% - в Бразилии [1,2,4].

Хорошо известно, что ожирение сопровождается развитием артериальной гипертензии (гипертоническая болезнь), атеросклероза, ишемической болезни, гиповентиляции, сердечной и легочной недостаточности, бронхиальной астмы, варикозной болезни, дегенеративными изменениями суставов и позвоночника, рефлюкс-эзофагитом, дисфункцией яичников, сахарным диабетом II типа, повышением в несколько раз риска развития онкологических заболеваний (рак эндометрия, молочных желез, прямой кишки).

Морбидное ожирение является одной из причин ранней инвалидизации. Риск смерти у больных крайней степенью ожирения в молодом и зрелом возрасте в 6-12 раз превышает таковой у их сверстников с нормальной массой тела, поэтому ожирение нельзя рассматривать как косметическое неудобство.

Морбидное ожирение сопровождается вторично обусловленными метаболическими нарушениями — так называемым метаболическим синдромом, характеризующимся сочетанием артериальной гипертензии, абдоминального (андроидного или центрального) ожирения, дислипидемии, гиперхолестеринемии, тканевой инсулинорезистентности, гиперинсулинемии, нарушением толерантности к глюкозе и/или инсулиннезависимого сахарного диабета.

Метаболический синдром и его составляющие требуют проведения многоэтапной пожизненной терапии с назначением большого числа лекарственных препаратов при обязательном условии коррекции нарушений углеводного и липидного обмена.

С учетом значимости данной проблемы врачами разных специальностей было предложено множество способов лечения патологического ожирения. Каждый метод имеет

свои преимущества и недостатки, а также свои показания и противопоказания к применению [1-4].

Цель исследования: Улучшить результаты бариатрических вмешательств путем внедрения нового способа хирургического лечения больных с морбидным ожирением.

Материалы и методы: На базе хирургического отделения 2 Клиники БГМУ с сентября 2016 по декабрь 2016 года 3 пациентам с морбидным ожирением было проведено хирургическое лечение с применением способа хирургического лечения избыточной массы тела и ожирения по Галимову. Пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании, утвержденное этическим комитетом ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ. Все пациенты были подвергнуты комплексному клиническому обследованию, включавшему сбор анамнеза и инструментальное обследование.

Результаты и обсуждение:

Разработан способ хирургического лечения морбидного ожирения, который заключается в следующем. Выполняют лапароскопию. Если выполняется открытая операция (что менее предпочтительно) - верхнесрединную лапаротомию. В желудок устанавливают желудочный зонд. Мобилизуют желудок вдоль большой кривизны до области пищеводно-желудочного перехода. С помощью специальных лапароскопических инструментов хирург захватывает большую кривизну зажимом и сворачивает стенку желудка в трубочку в виде «рулета». После этого осуществляется фиксация непрерывным швом сформированной желудочной трубки на калибровочном желудочном зонде, при этом объем просвета сформированного желудка составляет 50 мл.

После наложения швов зонд удаляется и выполняется контрольное эндоскопическое исследование. Инструменты извлекают, лапароскопические (лапаротомную) рану ушивают.

Пример. Пациент 1. Больной Ю., 35 лет (ист.б-ниN 7838), поступил в клинику в с жалобами на избыточную массу тела (145кг при росте 172см ИМТ=49.01), гипертонию АД 190\80 мм рт.ст.), снижение трудоспособности. Консервативная терапия безуспешна. Больному выполнена лапароскопия. В желудок установлен толстый желудочный зонд. Мобилизован желудок вдоль большой кривизны до области пищеводно-желудочного перехода. С помощью специальных лапароскопических инструментов захвачена большая кривизна желудка зажимом и свернута стенка желудка в трубочку в виде «рулета». После этого осуществлена фиксация непрерывным швом сформированной желудочной трубки на калибровочном желудочном зонде, при этом объем просвета сформированного желудка составил 50 мл. После наложения швов зонд удален и выполнено контрольное эндоскопическое исследование. Длительность операции

составила 1 час 30 мин. Послеоперационное лечение гладкое, выписан из стационара на 7-е сутки. Пациент осмотрен через 6 месяцев, после операции - похудел на 18 кг, жалоб не предъявляет, при контрольном инструментальном обследовании (рентгеноскопия, фиброэндоскопия) каких - либо отклонений от нормы не выявлено. Трудоспособность восстановлена полностью.

Способ применен в клинической практике у 3 больных морбидным ожирением. Во всех случаях не отмечено каких-либо интраоперационных осложнений. Послеоперационное течение гладкое. Достигнуто стойкое снижение массы тела (таб. 1).

Таблица 1

Потеря массы тела у пациентов после применения способа хирургического лечения избыточной массы тела и ожирения по Галимову

	Длительность операции	Индекс массы тела	Потеря массы тела через 6 мес.
Пациент 1	90 мин	49.01	18 кг.
Пациент 2	110 мин	50.78	14 кг.
Пациент 3	95 мин	54.08	через 4 мес – 10 кг.

Заключение и выводы: Таким образом, при оценке результатов применения способа хирургического лечения избыточной массы тела и ожирения по Галимову была подтверждена достаточно высокая эффективность и безопасность данной операции. Однако необходимо дальнейшее наблюдение пациентов для оценки отдаленных результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Анищенко В.В., Семёнов С.А., Хальзов А.В. Выбор метода операции при ожирении. Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2012; 7 (1): 130–131.
2. Галимов О.В., Ханов В.О., Габдулсабирова З.Р. [и др.] Оценка результатов хирургических вмешательств и качества жизни, после перенесенных операций по поводу морбидного ожирения //Медицинский вестник Башкортостана.- №6.- Том 5.- 2010.- С. 11-15.
3. Галимов О.В., Ханов В.О., Габдулсабирова З.Р. Результаты хирургических операций и качества жизни пациентов после различных вариантов бариартрических вмешательств // Креативная хирургия и онкология.-№1.-2011.- С. 39-44.
4. Яшков Ю.И. Хирургия ожирения: современное состояние и перспективы // Ожирение и метаболизм №2, - 2005. С. 11–16.

5. Kuczmarski, J.R. The national health and nutrition examination surveys. 19 601 991 / J.R. Kuczmarski, M.K. Flegal, C.M. Stefphen, J.L. Clifford // JAMA. 1994. -Vol. 272. — P. 205.

УДК 616.688-007.59

С-М.С. БАЦАЕВ, С.В. КЛЯВИН, Ш.Ф. ШАРИПОВ, Р.Р. ЯНИАХМЕТОВ, Р.М. ШИГАПОВ

ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА

Научный руководитель — д. м. н., профессор А.А. Гумеров
Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *изучены истории болезней 35 пациентов с перекрутом яичка. Перекрут яичка составляет 7-30 % от всех причин синдрома «отечной мошонки», наиболее часто встречается у мальчиков в период полового созревания с одинаковой частотой обеих локализаций. Некроз яичка наблюдался в 13 (37%) случаях, 7 из которых приходился на долю новорожденных, а 6 – на мальчиков от 10 до 16 лет. Время наступления необратимых процессов в яичке зависит не только от срока заболевания, но и от степени перекрута. Так, некроз яичка при перекруте на 720 ^{0} наступил спустя 12 часов, на 360 ^{0} – после 24 часов. Все дети с синдромом «отечной мошонки» нуждаются в экстренном оперативном лечении в течение первых 12 часов.*

Ключевые слова: *перекрут яичка, осложнения, дети, лечение*

S-M.S. BATSAEV, S.V. KLYAVIN, SH.F. SHARIPOV, R.R. YANIAKHMETOV, R.M. SHIGAPOV

TORSION OF THE TESTIS

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor A.A. Gumerov
Department of Pediatric Surgery with the course IDPO, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *studied the histories of diseases of 35 patients with torsion of the testicle. Testicular torsion accounting for 7-30% of all causes of the acute scrotum is most common in boys during puberty with the same frequency of both localizations. Necrosis of the testicle was observed in 13 (37%) cases, 7 of which fell to the share of newborns, and 6 - to boys from 10 to 16 years. The time of onset of irreversible processes in the testicle depends not only on the duration of the disease, but also on the degree of torsion. So, necrosis of the testicle when twisted at 720 ^{0} occurred after 12 hours, at 360 ^{0} after 24 hours. All children with acute scrotum need urgent surgical treatment within the first 12 hours.*

Keywords: *testicular torsion, complications, children, treatment*

Актуальность. Перекрут яичка (ПЯ) – заболевание, требующее экстренного оперативного вмешательства, составляя 7-30 % от всех причин синдрома «отечной мошонки» (СОМ) [1,4]. Нередко наблюдаются диагностические и тактические ошибки, способствующие поздней диагностике. Длительные периоды перекрута (среднее время перекрута 70 часов) с последующей орхэктомией сопровождаются снижением фертильности [2,3].

Цель работы. Изучение результатов диагностики и лечения детей с перекрутом яичка.

Материал и методы. Анализ результатов диагностики и лечения 35 пациентов с ПЯ в возрасте от 1 дня до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета на базе Республиканской детской клинической больницы (РДКБ) г. Уфы с июля 2015 по январь 2017г.

Результаты и обсуждение. В урологическое отделение РДКБ г. Уфы в течение 1,5 лет поступило 138 детей с СОМ, из них 35 (25%) детей с ПЯ, в том числе и новорожденные. Как видно на таблице 1, ПЯ у мальчиков наиболее часто встречается в период полового созревания с одинаковой частотой обеих локализаций.

Таблица 1.

Частота и локализация ПЯ в разных возрастных группах

	новорожденные	от 2 мес. до 1 г.	от 1 г. до 10 л.	старше 10 л.
Правосторонний	4		6	8
Левосторонний	3	2	3	8
Двусторонний	1			
Всего (n=35)	8 (22.9%)	2 (5.7%)	9 (25.7%)	16 (45.7%)

Больше половины детей поступили в клинику в течение первых суток от начала заболевания. 8 (23%) детей – спустя более 72 часов, а самый большой срок госпитализации составил 23 сутки с момента появления первых жалоб! (Рис.1)

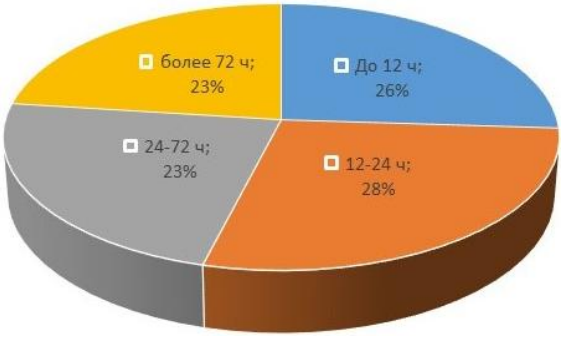


Рис.1. Сроки поступления в стационар (n=35)

6 (17%) из них направлены из центральных районных больниц (ЦРБ). При ретроспективном анализе выяснилось, что причиной столь позднего обращения в нашу клинику явилось в основном назначение хирургом по месту жительства консервативного лечения по поводу острого орхоэпидидимита (табл.2).

Таблица 2

Причины позднего обращения

		Невнимательность родителей	Скрытие ребенком
Количество детей (n=8)	5 (62.5%)	1 (12.5%)	2 (25%)

Общее состояние при поступлении средней тяжести у 11 (31%) больных, удовлетворительное – у 24 (69%). Жалобы на боль в области мошонки на заинтересованной стороне, отек – у 33 (94 %) детей, гиперемия только у 20 (57%). При пальпации уплотнение семенного канатика, подтянутое яичко определялось у 27 (77%) детей. Лихорадкой сопровождалось только 4 (11%) случая.

УЗИ с допплерографией при поступлении сделано только 6 (17%) больным. В 2 (33.4%) случаях кровоток перекрученного яичка был усилен (срок заболевания – 2-3 часа), в 1 (16.7%) случае – обеднен. У 2 детей, поступивших спустя более 72 часов с начала заболевания, кровоток не определялся.

Среднее время с момента поступления до экстренной операции – ревизии мошонки, составило 1 час 40 минут. Интраоперационно: некроз яичка наблюдался в 13 (37%) случаях, 7 (54%) из которых приходятся на долю новорожденных, а 6 (46%) – на мальчиков от 10 до 16 лет. Соответственно проведено: орхэктомий – 13, деторсий (с согреванием яичка теплым физ. раствором и блокадой семенного канатика) – 22.

Из 13 детей, которым проведена орхэктомия, 1 новорожденный ребенок из г. Уфы, остальные 12 поступили из районов. В зависимости от срока заболевания некроз яичка наблюдался: от 12 до 24 часов – 1, от 24 до 72 часов – 6, более 72 часов – 6 случаях. А в зависимости от угла заворота: 360^0 – 10, 720^0 – 3.

Как видно из таблицы 3, время наступления необратимых процессов в яичке зависит не только от срока заболевания, но и от степени перекрута.

Таблица 3

Некроз: степень перекрута – срок заболевания

	12-24	24-72	> 72
180	0	0	0
270	0	0	0
360	0	5	5
720	1	1	1

Так, некроз яичка при перекруте на 720^0 наступил в течение первых суток, на 360^0 – после 24 часов.

В послеоперационном периоде все дети получали противовоспалительную, антибактериальную, антигистаминную терапию. Средняя продолжительность госпитализации после деторсии составила 3.7 КД, после орхэктомии – 8 КД.

Заключение и выводы.

1. Все дети с СОМ нуждаются в экстренном оперативном лечении в течение первых 12 часов, в связи с невозможностью точной диагностики заболевания, приведшего к данному синдрому, и высоким риском пропустить самое грозное из них – перекрут яичка (25%).
2. Яичко претерпевает необратимые изменения в течение 1-3 суток, в зависимости от степени перекрута, следовательно, ранняя диагностика и операция позволяют избежать осложнений (вторичного изменения яичка, некроза).
3. При УЗИ с допплерографией кровоток в яичке в первые часы может быть нормальным и даже усиленным, поэтому в первую очередь необходимо основываться на клинические симптомы.
4. Причиной, приведшей к некрозу яичка, в 30% случаев стало назначение консервативного лечения, и в той же процентной доле – невнимательность родителей, что говорит о необходимости систематического проведения просветительской работы как среди медицинских работников, так и родителей в виде лекций, методических пособий, информационных стендов и буклетов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Григорьева М.В., Гасанова Э.Н., Саруханян О.О., Туманова М.В., Батунина И.В. Перекрут яичка у детей. Сборник материалов XVIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» 2015, 332

2. Давидов М.И., Дябкина О.В. Острые заболевания органов мошонки нетравматического генеза у детей школьного возраста. Медицинский альманах 2016; 2 (42):87-90

3. Visser AJ, Heyns CF. Testicular function after torsion of the spermatic cord. BJU Int 2003; 92 (3):200–3.

4. Makela E, Lahdes-Vasama T, Rajacorpi H, Wikstrom S. A 19-year review of pediatric patients with acute scrotum. Sean J Surg 2007; 96 (1): 62-6

УДК 617.713-089.843-053.2

В.В. САВИЧ

ПРИМЕНЕНИЕ КЕРАТОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПАТОЛОГИИ РОГОВИЦЫ

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.Ф.Иванова
Кафедра глазных болезней, Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме: *в статье приведен анализ кератопластик у 31 ребенка с тяжелой патологией роговицы, по результатам которого кератопластика является эффективным методом лечения тяжелых поражений роговицы, позволяет сохранить глаз как орган, восстановить его анатомию и топографию, повысить остроту зрения, доступна для выполнения необходимых последующих оптических вмешательств и должна чаще применяться в детской офтальмологии.*

Ключевые слова: *кератопластика, деструкция, перфорация, трансплантат, язва.*

V.V. SAVICH

APPLICATION OF KERATOPLASTICS CHILDREN WITH HEAVY PATHOLOGY HORNS

Scientific Adviser – Ph. C. in Medicine, associate professor V.F. Ivanova
Department of eye diseases, Belarusian state medical University, Minsk

Abstract: *the article analyzes keratoplastics in 31 children with severe corneal pathology, according to which keratoplastica is an effective method for treating severe corneal lesions, allows preserving the eye as an organ, restoring its anatomy and topography, increasing visual acuity, is available for necessary subsequent optical interventions and should be used more often in pediatric ophthalmology.*

Keywords: *keratoplastic, destruction, perforation, transplantat, ulcer.*

Актуальность. У детей при заболеваниях глаз часто встречаются поражения роговицы, проблема которых заключается в тяжести процесса, сложности лечения, многообразии клинических исходов, трудности реабилитации с учетом детского возраста. Тяжелая патология роговицы может приводить к снижению зрения вплоть до полной слепоты, и даже к потере глазного яблока. В большинстве таких случаев восстановление зрения, а иногда и сохранение глазного яблока, требует кератопластики (КП).

Цель исследования. Оценить результаты различных методов КП при тяжелой патологии роговицы у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 31 ребенка с тяжелой патологией роговицы, которым произведена КП в Республиканском детском офтальмологическом центре 4-й ГДКБ г. Минска; изучены характер и тяжесть патологии роговицы, методы выполненных КП и их результаты, острота зрения до и после КП в сроки наблюдения от 3-х месяцев до 3-х лет.

Результаты и обсуждение. Возраст детей, которым производилась КП, – от 8 месяцев до 17 лет. Острота зрения до операции не превышала 0-движения руки у лица. Все операции выполнялись под интубационным наркозом. Донорский материал - роговица трупного глаза взрослого человека, неконсервированная и консервированная во влажной камере; в трех случаях использовались аллопланты для КП (из-за отсутствия донорского материала).

Лечебная поверхностная послойная кератопластика выполнена 13 детям.

У 6 детей имелись нейротрофические стерильные язвы роговицы с классической биомикроскопической картиной – язва овальной формы, расположенная эксцентрично, несколько книзу, с приподнятыми краями. В ходе операции выскабливали нездоровый эпителий вокруг язвы, затем образованную раневую поверхность покрывали послойным роговичным трансплантатом со склеральными ушками, которые фиксировали к эписклере в области лимба и тщательно покрывали конъюктивой. 2-м пациентам со стерильной язвой и лагофтальмом с целью улучшения заживления язвы дополнительно к поверхностной послойной КП произведена частичная тарзорафия. Рассасывание или удаление роговой части трансплантата было в течение 3 недель-1 месяца. Лечебный эффект достигнут - у всех 6 пациентов произошла полная эпителизация.

У 5-х детей лечебная поверхностная послойная КП произведена при деструкции роговицы, развившейся вследствие рецидивирующих торпидных кератитов. У всех 5-ти пациентов воспалительный процесс купирован; у 2-х детей острота зрения восстановлена до 0,2-0,3; у 3-х - от 0,02 до 0,04 (одному из них впоследствии произведена сквозная КП).

У мальчика 8 месяцев с врожденной патологией глаз (склерокорнеа обоих глаз, тотальный дермоид роговицы левого глаза) в ходе операции удален тотальный дермоид роговицы, иссечены нездоровые ткани до появления роговичной ткани, на которую произведена послойная КП. Роговичный трансплантат через 12 месяцев полупрозрачен, острота зрения левого глаза – движение руки у лица (до операции зрение отсутствовало).

Девочке с торпидным герпетическим кератитом, осложненным перфорацией роговицы, из-за отсутствия донорского материала послойная КП выполнена 2-мя аллоплантами - перфорация роговицы закрыта, глаз сохранен (в последующем выполнена сквозная КП).

Сквозная КП произведена 18 детям.

У 10 детей реконструктивная сквозная КП (в том числе в 2-х случаях аллоплантами) выполнялась по поводу поствоспалительных бельм и стафилом роговицы. В 6-ти случаях производилась рекератопластика (3 после послойной и 3 после сквозной КП). В ходе операции разделяли передние и задние синехии, восстанавливали переднюю камеру (ПК), производили ревизию угла ПК, внутренний циклодиализ, фильтрующую иридэктомию; у девочки 8 лет был удален мутный набухающий хрусталик. У 8 детей из 10 трансплантат прижился прозрачно (компактный, однородный, неотечный, четко просматриваются все подлежащие структуры глаза), у 1 – полупрозрачно и у 1 – трансплантат мутный (подлежащие структуры глаза не просматриваются). У детей с прозрачным приживлением трансплантата острота зрения восстановилась от 0,01 до 0,8, у девочки 15 лет с полупрозрачным трансплантатом Vis = 0,01 из-за глубокой амблиопии.

У девочки 14 лет реконструктивная сквозная КП произведена при гнойной язве роговицы, развившейся в результате нарушения режима ношения контактных линз и осложнившейся перфорацией роговицы; трансплантат прижился прозрачно, острота зрения прооперированного глаза восстановилась до 0,8.

У 4-х детей реконструктивная сквозная КП произведена по поводу тяжелой эпителиально-эндотелиальной дистрофии роговицы, развившейся вследствие проникающего ранения (рубец роговицы), артифакии, контузии тяжелой степени с гематокорнеа и гемофтальмом, врожденной дистрофии роговицы. У 2-х пациентов трансплантат прижился прозрачно и острота зрения восстановлена до 0,01 и 0,08; у 2-х детей - трансплантат полупрозрачен с остротой зрения - счет пальцев.

По результатам 15 вышеуказанных реконструктивных сквозных КП прозрачное приживление трансплантата и восстановление остроты зрения достигнуто у 11 детей – 73,3% (период наблюдения – от 3-х месяцев до 3-х лет).

У 3-х детей при гнойной язве с расплавлением роговицы вследствие инфекционного кератита сквозная КП производилась как альтернатива энуклеации. Воспалительный процесс был осложнен гнойным иридоциклитом, десцеметоцеле, перфорацией роговицы, помутнением хрусталика, вторичной гипертензией. В ходе операции удаляли гнойный экссудат из ПК, восстанавливали ПК, производили внутренний циклодиализ, у 2-х детей произведена фильтрующая иридэктомия. 2-м детям выполнена сквозная субтотальная КП, 1 пациенту -

грибовидная КП (сквозной трансплантат 6 мм и послойный 8 мм). Органосохранный эффект получен у всех пациентов.

Заключение и выводы. По данным проведенного исследования применение КП у детей эффективно, так как лечебная поверхностная послойная КП при стерильных язвах и при язвах с инфильтрацией роговицы без ее перфорации позволила блокировать течение деструктивного процесса, реконструктивная сквозная КП в 73,3% случаев позволила восстановить зрение, даже при особо тяжелой патологии роговицы КП позволила сохранить глаз.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вериго Е.Н., Гундорова Р.А., Иванова В.Ф. Лечение рубцовой деформации переднего отрезка глазного яблока методом кератотомии с заместительной керато- и склеропластикой // Офтальмология. 2009. №2. С. 24-27.

2. Иванова В.Ф. Аллокератопластика у больных с острыми воспалительными деструктивными заболеваниями роговицы // Актуальные проблемы биологии и медицины (Сборник научных трудов). Минск. 1996. Т. 3. С. 549-551.

3. Катаргина Л.А., Плескова А.В. Биологические и функциональные результаты сквозной кератопластики у детей // Вестник ОГУ. 2008. №12. С. 111-114.

4. Плескова А.В., Хватова А.В. Современное состояние проблемы кератопластики у детей // Вестник офтальмологии. 1998. №1. С. 52-56.

УДК 617-089.844

А.Ф. НИЗАЕВ, А.В. МУХАМЕТЬЯНОВ

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЙ И БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Научный руководитель — д. м. н., профессор Б.Ш. Минасов

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Целью нашей работы было сравнение отдаленных результатов лечения переломов дистального отдела плечевой кости у детей при остеосинтезе с использованием металлоконструкций и биодеградируемых материалов. В ходе исследования выявлено, что оперативное лечение данных переломов с фиксацией костных фрагментов биодеградируемыми материалами более предпочтительно, чем традиционный остеосинтез спицами Киршнера.*

Ключевые слова: *головчатое возвышение, медиальный надмыщелок, остеосинтез, биодеградируемые импланты.*

A.F. NIZAEV, A.V. MUKHAMETYANOV

THE USE OF METAL AND BIODEGRADABLE MATERIALS FOR FRACTURES OF THE DISTAL HUMERUS

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor B.S. Minasov

Department of traumatology and orthopedics with the course of IAPE,

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *The aim of our work was to compare long-term results of treatment of fractures of the distal humerus in children with osteosynthesis with the use of metal and biodegradable materials. It was found that operative treatment of these fractures with fixation of bone fragments biodegradable materials are more preferable than traditional osteosynthesis spokes of Kirchner.*

Keywords: *capitate exaltation, the medial epicondyle, osteosynthesis, biodegradable implants.*

Актуальность. По данным литературы, у детей переломы дистального отдела плечевой кости составляют от 16,2% до 17,4% всех переломов.

Цель исследования: сравнить результаты лечения переломов дистального отдела плечевой кости у детей при остеосинтезе с использованием металлоконструкций и биодеградируемых материалов.

Материалы и методы. Нами проведено обследование и лечение 19 детей в возрасте от 3 до 15 лет с переломами структур дистального отдела плечевой кости: головчатого возвышения (9 случаев) и медиального надмыщелка (10 случаев). Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от используемого материала при оперативном вмешательстве. I группа – 10 детей, подвергшихся традиционному остеосинтезу с использованием металлоконструкций, II группа – 9 детей, которым был произведен остеосинтез с фиксацией биодеградируемыми винтами. Отдаленные результаты оценивались по модифицированной шкале балльной оценки функции локтевого сустава. Анализированы архивные данные историй болезней, лабораторных и инструментальных исследований, данных анкет и тестов.

Результаты и обсуждение. При анализе архивных данных было выявлено, что время пребывания пациентов в стационаре у I группы больше, чем у II группы, в среднем на 4 дня и время операции – больше на 35 минут. В I группе койко-дни и время операции рассчитывались с учетом повторной госпитализации для снятия металлоконструкций (в среднем через 3,5 мес.), тогда как II гр. в повторной госпитализации и операции не нуждалась. Анализ отдаленных результатов лечения проведен через 1, 3, 6, 12 и 24 месяцев после операции, в ходе которого средний балл I группы составил 67 (легкое ограничение: затруднение при выполнении только тяжелой физической работы, связанной с функцией локтевого сустава, остальные виды деятельности не ограничены), что на 10 баллов меньше, чем у II группы – 77 баллов (отсутствие ограничений в локтевом суставе).

Таблица 1

Общая длительность госпитализации *				
	< 10 дней	10-14 дней	> 14 дней	Ср. время
I гр.	1	5	4	14 к/д
II гр.	3	6	0	10 к/д

Длительность госпитализации пациентов при переломах дистального отдела плечевой кости в отделении травматологии и ортопедии РДКБ.

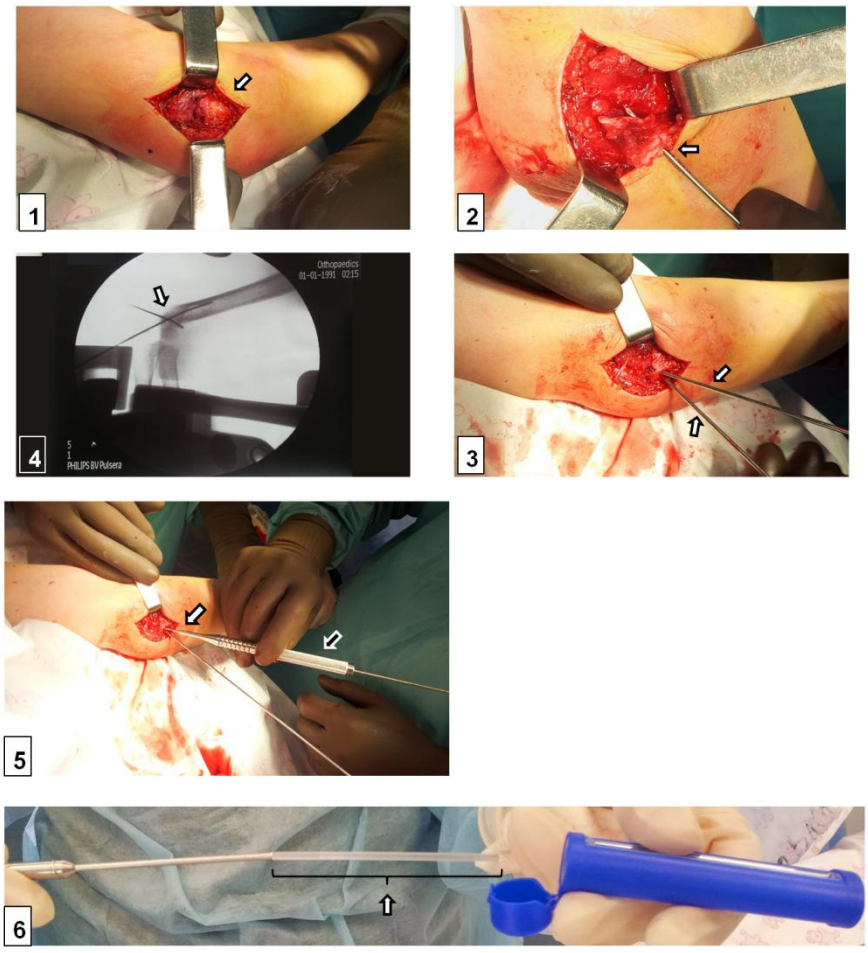
Таблица 2

Продолжительность оперативных вмешательств*					
	< 40 мин.	40-70 мин.	71-100 мин.	> 100 мин.	Ср. время
I гр.	0	2	5	3	91 мин.
II гр.	2	5	2	0	56 мин.

Продолжительность оперативных вмешательств при лечении пациентов с переломами дистального отдела плечевой кости в отделении травматологии и ортопедии РДКБ.



Рис.1. Рентгенограмма левого локтевого сустава в прямой и боковой проекциях при переломе медиального надмыщелка плечевой кости



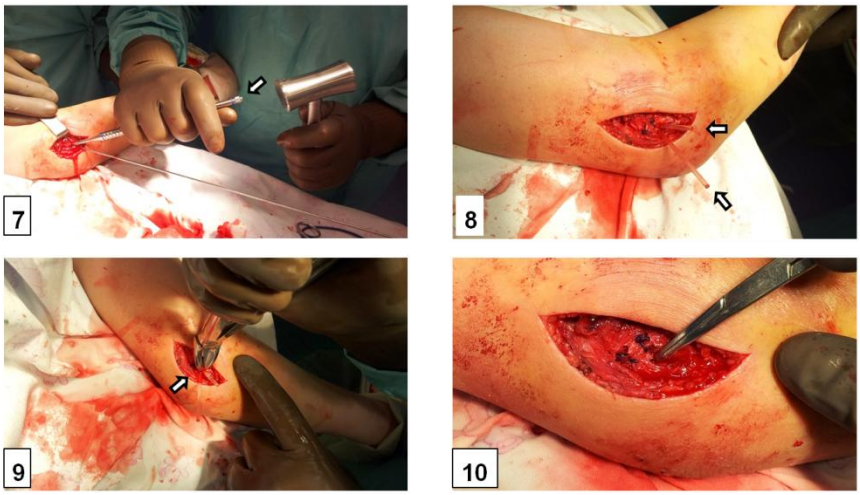


Рис.2 1-10 этапы операции остеосинтеза биодеградируемыми штифтами при переломе медиального надмыщелка левой плечевой кости

Заключение и выводы. Несомненными достоинствами биодеградируемых материалов для фиксации костных фрагментов являются: отсутствие необходимости в удалении фиксаторов, погружной тип использования, сокращение сроков стационарного лечения, уменьшения стресса детей и их родителей, связанного с госпитализацией. Этот метод лечения переломов имеет явные преимущества перед традиционным и должен найти широкое применение в детской практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов, 3-е изд. М. Медицина, 1979, 568 с.
2. Котельников Г.П., Миронов С.П. Травматология: национальное руководство / под ред. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 808 с.
3. Науменко Л.Ю., Носивец Д.С. Функциональные результаты консервативных и хирургических способов лечения переломов дистального метаэпифиза плечевой кости / Днепропетровск, Украина, 2010.
4. Шапиро М.С. Диагностика и лечения переломов костей локтевого сустава у детей // Материалы конференции «Актуальные вопросы лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы» Москва -1990-с. 54-60.

УДК 616.37-002.4-089-074

Н.С. ГУСЕВ, Д.Б. ДЕМИН, М.С. ФУНЫГИН

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДНК-СЕКВЕНИРОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА ПАНКРЕОНЕКРОЗА.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Д.Б. Демин
Кафедра факультетской хирургии, Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

Резюме: *цель работы - провести микробный анализ выпота, полученного у больного с панкреонекрозом интраоперационно, в ходе лапароскопического дренирования брюшной полости. Бактериологическое исследование показало отсутствие роста микроорганизмов. Однако, по результатам метагеномного исследования были получены следующие результаты - Acinetobacter baumannii, Acinetobacter gerneri, Staphylococcus fleurettii. Уже на первые сутки заболевания, в стадию стерильного панкреонекроза, в выпоте имеются различные микроорганизмы, которые, несомненно, несут определенную роль в патогенезе пенкреонекроза.*

Ключевые слова: *метагеномный анализ, инфицированный панкреонекроз, летальность.*

N.S. GUSEV, D.B. DEMIN, M.S. FUNIGIN

THE APPLICATION OF THE METHOD OF DNA SEQUENCING IN THE STUDY OF THE PATHOGENESIS OF PANCREATIC NECROSIS.

Scientific Advisor – Ph.D. in Medicine, Full professor D.B. Demin
the Department of faculty surgery, Orenburg State Medical University, Orenburg

Abstract: *the aim of this work is to carry out microbial analysis of effusion obtained from a patient with necrotizing pancreatitis intraoperatively during laparoscopic drainage of the abdominal cavity. Bacteriological examination showed the absence of microbial growth. However, the results of metagenomic studies yielded the following results Acinetobacter baumannii, Acinetobacter gerneri, Staphylococcus fleurettii. Already on the first day of the disease, the stage of sterile pancreatic necrosis, effusion, there are various microorganisms, which, of course, have some role in the pathogenesis of pancreatic necrosis.*

Keywords: *metagenomic analysis, infected pancreatic necrosis, mortality.*

Актуальность: в последнее время все больше клиницистов и ученых уделяют особое внимание проблеме острого панкреатита. Такое внимание определяется повсеместным ростом заболеваемости острым панкреатитом и увеличением удельного веса его деструктивных форм, сложностью диагностики, увеличением числа осложнений,

отсутствием единой, стандартизованной стратегии и тактики лечения и, конечно, высокой летальность по данным различных авторов достигающей 20-25%, а при наиболее тяжелых и распространенных формах панкреонекроза - 50-80%[1,2,3,4,5,]. Увеличивается и число деструктивных форм заболевания, которые составляют 20-44% среди больных острым панкреатитом. При этом у 40-70% больных происходит инфицирование некротических очагов[6]. При этом, летальность в условиях инфицированного панкреонекроза составляет 80-90%[2,7,8]. Таким образом, острый панкреатит занимает 2-е место среди острой хирургической патологии органов брюшной полости, опережая острый холецистит, но уступая острому аппендициту. Как видно из приведенных данных, проблема инфицированного панкреонекроза сохраняет актуальность за счет высокой летальности.

На сегодняшний день нет однозначных данных о микробном пейзаже инфицированного панкреонекроза. Это зависит от многих причин, во – первых, это технические погрешности в ходе проведения бактериологического исследования, во-вторых, технические погрешности в ходе забора материала. Так же, авторы считают, что бактериологическое исследование недостаточно объективно и не учитывает весь микробный пейзаж. Не все микроорганизмы возможно идентифицировать и высеять в условиях бактериологической лаборатории. Кроме того, нет данных о проведении вирусологических исследований биологического материала, взятого у больных с инфицированным панкреонекрозом, хотя известно, что вирусы способны вызывать острый панкреатит. В зарубежной литературе имеются данные о проведении серологического исследования сыворотки крови у пациентов с острым панкреатитом, у 51.2% и 90,9% был выявлен вирус Коксаки[9]. Кроме того, имеются данные о выявлении у пациентов с острым панкреатитом вируса Эпштейна-Барр[10]. Так же, в литературе имеются данные о роли микроорганизмов в развитии инфицированного панкреонекроза на 2-3 недели течения заболевания, когда возникает феномен транслокации. В литературе нет убедительных данных о роли микрофлоры в развитии панкреонекроза ранее 2 недели заболевания.

Цель исследования. Провести микробный анализ выпота, полученного у больного с панкреонекрозом интраоперационно, в ходе лапароскопического дренирования сальниковой сумки.

Материалы и методы. Парапанкреатический выпот взят у пациента Б., 86 лет, который поступил в экстренном порядке в хирургическое отделение ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова 06.12.15г. в 07.30 ч., через 5 часов от начала заболевания с жалобами на боли в животе, тошноту. Боли стали беспокоить после погрешности в диете. При поступлении выполнено УЗИ органов брюшной полости: хронический калькулезный холецистит.

Диффузные изменения печени, поджелудочной железы (панкреатит). Диастаза мочи при поступлении – 209 ед/л, амилаза составила – 989 ед/л. Так же наблюдался небольшой лейкоцитоз. Пациенту назначена была массивная инфузионная, спазмолитическая терапия. С течением времени состояние пациента ухудшилось, боли стали интенсивнее, появились симптомы раздражения брюшины. По данным лабораторных методов исследования: амилаза – 1878 ед/л, диастаза мочи – 2772 ед/л. По данным УЗИ имеется свободная жидкость в брюшной полости. Выставлены показания к операции. 07.12.15г. пациенту проведена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Интраоперационно был взят пасев парапанкреатического выпота, а так же взят материал для проведения метагеномного анализа. У пациента был диагностирован острый геморрагический панкреонекроз. Бактериологическое исследование проводилось на базе бактериологической лаборатории ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова с использованием специальных питательных сред. Метагеномный анализ проводился на базе Института клеточного и внутриклеточного симбиоза УроРАН г. Оренбурга, при помощи ДНК-секвенатора MySeq («Illumina», США). Необходимо осветить принцип метагеномики. Суть метода заключается в следующем: анализ проводиться в 3 этапа. На первом этапе производиться фрагментирование анализируемой ДНК с помощью ультразвука или других методов с последующим присоединением к полученным ДНК-фрагментам олигонуклеотидных адаптеров с известной последовательностью. Адаптеры необходимы для дальнейшей амплификации фрагментов ДНК. На втором этапе предполагается проведение амплификации каждого из этих фрагментов с помощью полимеразной цепной реакции(ПЦР), но не просто в смеси, а физически изолированно друг от друга. В нашем случае на платформе «Illumina» это достигается тем, что на поверхности чипа кластерно иммобилизуется праймер. Одиночная молекула ДНК-фрагмента с присоединенными адаптерами при денатурации попадает на один из кластеров и связывается с праймером. В результате ПЦР каждый из кластеров содержит иммобилизованные копии фрагмента. На третьем этапе происходит непосредственно секвенирование. ДНК-полимераза встраивает один из 4 dNTP, меченный флуорофором, в исследуемый фрагмент ДНК. Далее при помощи CCD камер происходит считывание флуоресценции. После этого, при помощи реагентов смываются флуоресцентные метки в результате чего цикл считывания повторяют[3, 6] . Полученную последовательность нуклеотидов идентифицируют в библиотеке генов.

Результаты исследования: бактериологическое исследование, проведенное на базе больницы им. Н.И. Пирогова, показало отсутствие роста микроорганизмов. Однако по результатам метагеномного были получены следующие результаты.

Основным выявленным таксономическим уровнем стало царство бактерии. в числе которых наиболее часто встречались следующие филумы: Proteobacteria, Firmicutes. Из них Proteobacteria является самой известной и многочисленной группой бактерий. В эту группу входят как патогенные для организма человека микроорганизмы, так и условно-патогенные. Группа Firmicutes – группа бактерий, представители которой являются условно-патогенной флорой человека, а так же широко используются в промышленности для процессов брожения. Из этих достаточно больших по численности филумов можно выделить несколько родов, которые наиболее часто встречались в результате исследования: Acinetobacter, Staphylococcus, Bacillus и Streptococcus. Из них Acinetobacter - род грамотрицательных бактерий из семейства Moraxellaceae, являются строгими аэробами. Бактерии данного рода широко повсеместно распространены и являются условно-патогенной флорой для организма человека, преимущественно заселяют кожный покров. Род Staphylococcus - неподвижные грамположительные кокки, являются факультативными анаэробами. Это достаточно распространенная группа микроорганизмов во внешней среде, являются представителями нормальной микрофлоры человека, заселяют преимущественно кожный покров, ротоглотку, носоглотку. Род Bacillus - род грамположительных палочковидных бактерий, образующих внутриклеточные споры, большинство бактерий этого рода являются аэробами или факультативными анаэробами. Широко распространены в природе, а именном в почве. Являются представителями нормальной микрофлоры организма человека. И, наконец, род Streptococcus - шаровидные или овоидные аспорогенные грамположительные хемоорганотрофные факультативно-анаэробных бактерий из семейства Streptococcaceae. Достаточно широко распространены в организме человека, а именно, способны заселять ротоглотку, носоглотку, дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, в частности толстый кишечник. Из всех представленных родов микроорганизмов можно выделить несколько видов - Acinetobacter baumannii, Acinetobacter gerneri, Staphylococcus fleurettii. Встречались наиболее часто и обладают всеми основными свойствами, характерными для своего вида, кроме того, они являются представителями условно-патогенной флоры человека.

Заключение и выводы.

1. Традиционный бактериологический метод исследования при изучении парапанкреатического выпота является малоинформативным.
2. Уже на первые сутки заболевания, в стадию стерильного панкреонекроза, в выпоте имеются различные микроорганизмы, которые, несомненно, несут определенную роль в патогенезе пенкреонекроза.

3. Различные микроорганизмы, выявленные в парапанкреатическом выпоте в дальнейшем могут быть источником полиинфекции.

4. Впервые проведено исследование парапанкреатического выпота с помощью метагеномного анализа.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бежин А.И., Трошина С.А. // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". 2016. № 1. С. 12-20.

2. Литвин А.А., Лызиков А.Н. Профилактика инфекционных осложнений тяжелого острого панкреатита, 2011.

3. Марданов А. В., Бабыкин М. М., Белецкий А. В., Григорьев А. И., Зинченко В. В., Кадников В. В., Кирпичников М. П., Мазур А. М., Недолужко А. В., Новикова Н. Д., Прохорчук Е. Б., Равин Н. В., Скрябин К. Г., Шестаков С. В.
Метагеномный анализ динамики изменений состава микробиома кишечника участников эксперимента «МАРС-500», имитирующего длительный космический полет. Москва, 2012.

4. Макаров В.В. // Ветеринария сегодня. 2014. С. 15-17.Набиева Ж.Г., Гараев Ю.А. // Московский хирургический журнал. 2011. № 5. С. 61-66.

5 Павликова Е.Ю. // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России. 2010. Т. 1. № 10. С. 8..

6. Ребриков Д.В. и др. // NGS: высокопроизводительное секвенирование.2014. №10.С. 5-20.

7. Саганов В.П., Хитрихеев В.Е., Гунзынов Г.Д., Очиров В.С., Улан-Удэ, 2011.

8. Шелест П.В., Миронов В.И. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2007. Т. 73. № 6. С. 5-9.

9. Aurelie R.Veronique R.Jean-Paul C. Epstein—Barr virus infection with acute pancreatitis. 2007.

УДК 617.583

В. Н. ТАРАКАНОВ, В. А. ЗВЕРЬКОВА

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЕКАЮЩЕГО ОСТЕОХОНДРИТА МЫЩЕЛКОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Научный руководитель - к.м.н., доцент С.И. Третьяк

Кафедра травматологии и ортопедии, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Резюме: *Впервые рассекающий остеохондрит был описан как появление внутрисуставных тел нетравматического происхождения с соответствующей клинической*

картиной. Несмотря на многочисленные исследования и клинические случаи по-прежнему нет четкого понимания этиологии, патогенеза или лечения данного заболевания.

Ключевые слова: *рассекающий остеохондрит, артроскопия, внутрисуставные тела, микрофрактуринг.*

V. N. TARAKANOV, V. A. ZVERKOVA

PRINCIPLES OF SURGICAL TREATMENT OF OSTEOCHONDRITIS DISSECANS OF THE FEMORAL CONDYLES

Scientific Advisior – C. M. S. Associate Professor S.I. Tratyak
Department of Traumatology and Orthopedics, Belarusian state medical university, Minsk, Republic of Belarus

Abstract. *For the first time osteochondritis dissecans has been described as the emergence of intra-articular loose bodies of nontraumatic origin with the appropriate clinical picture. Despite numerous studies and clinical cases are still no clear understanding of the etiology, pathogenesis and treatment of this disease.*

Keywords: *osteochondritis dissecans, arthroscopy, intra-articular bodies, microfracture surgery.*

Актуальность. Впервые рассекающий остеохондрит был описан как заболевание, возникающее в результате появления внутрисуставных хрящевых тел нетравматического происхождения с соответствующей клинической картиной [7,8]. Несмотря на многочисленные исследования, по-прежнему нет четкого понимания этиологии, патогенеза или лечения данного заболевания, что обуславливает актуальность нашего исследования [2,5].

Цель исследования. Выявить наиболее эффективные стратегии хирургического лечения рассекающего остеохондрита мыщелков бедренной кости.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 68 карт пациентов с диагнозом рассекающий остеохондрит, прошедших лечение на базе учреждения здравоохранения “6-ая Городская клиническая больница” города Минска с 2010 по 2017 год.

Результаты и обсуждение. По данным, полученным в ходе исследования, в учреждении здравоохранения “6-ая Городская клиническая больница” с 2010 по 2017 год лечение получили 68 пациентов в возрасте от 9 до 61 года [1]. Средний возраст пациентов

составил – 26 лет (23 года у женщин, 27 лет у мужчин). Пик заболеваемости приходится на возраст с 10 до 19 лет (31 пациент), мода – 12 лет (9 пациентов).

Число пациентов до 18 лет – 28 (41,2%), из них 67,9 % – мужского пола, 32,1% – женского пола. Среди взрослых пациентов число мужчин также преобладало – 30 (75%) и 10 (25%) соответственно.

Помимо включенных в исследование пациентов, было выявлено 8 случаев, когда по данным МРТ диагностики [4], диагноз не подтвердился (5 случаев повреждения внутреннего мениска, 1 хондрома, 1 хондроматоз и 1 реактивный артрит области коленного сустава). Также за годы наблюдения был выявлен 1 случай рассекающего остеохондрита таранной кости.

По поводу данного заболевания было проведено 49 оперативных вмешательств:

1. Артроскопия с остеохондроперфорацией – 18 операций (36,7%).

2. Артроскопическое удаление внутрисуставного тела – 16 операций (32,7%).

3. Артроскопия с последующей абразивной хондропластикой – 7 операций (14,3%).

3. Артроскопия + Микрофрактуринг – 3 операции (6,1%).

4. Диагностическая артроскопия – 3 (6,1%).

5. Другие виды оперативных вмешательств – 2 (4,1%).

Заключение и выводы:

1. Основными методами лечения являются артроскопическая остеохондроперфорация и артроскопическое удаление фрагментов суставного хряща.

2. Метод микрофрактуринга на данный момент применяется мало, однако имеет большие перспективы для клинического применения, что подтверждается литературными данными [3,6].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Болезнь Кенига коленного сустава у детей: клиника, диагностика, лечение / М. А. Герасименко [и др.] // Медицинский журнал. - 2007. - № 2. - С. 28-30.

2. Aichroth P. Osteochondritis dissecans of the knee. A clinical survey. J Bone Joint Surg Br. 1971; №53:440–447.

3. Cahill BR. Osteochondritis dissecans of the knee: treatment of juvenile and adult forms. J Am Acad Orthop Surg. 1995; №3:237–247.

4. De Smet AA, Ilahi OA, Graf BK. Reassessment of the MR criteria for stability of osteochondritis dissecans in the knee and ankle. Skeletal Radiol. 1996; №25:159–163.

5. Fairbanks H. Osteo-chondritis dissecans. Br J Surg. 1933; №21:67– 82.

6. Kocher MS, Tucker R, Ganley TJ, Flynn JM. Management of osteochondritis dissecans of the knee: current concepts review. Am J Sports Med. 2006; №34:1181–1191.

7. Konig F. Ueber freie korper in den gelenken. Dtsch Z Chir. 1887; №27:90–109.

8. Paget J. On the production of some of the loose bodies in joints. St Bartholomew's Hospital Reports. 1870; №6:1–4.

УДК 616.33/.342-002.44-06-005.1-089.168.7-07-084

А.А. ТАВАКАЛОВ, И.Р. РАХИМОВА

ПРОГНОЗ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

Научный руководитель – д.м.н., профессор И.Ф. Суфияров
Кафедра хирургических болезней, ГКБ № 8,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Несмотря на современные методы и совершенствование средств лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, в том числе использование эндоскопических методов остановки кровотечений, уровень летальности остается высоким и составляет от 10-14% до 30%. До 42% в структуре гастродуодельных кровотечений это лица пожилого и старческого возраста.*
Важно отметить ,что до 20% больных поступают позже 24 часов от начала заболевания, что отягощает дальнейшее течение заболевания.
В настоящее время в хирургии нет единого мнения в прогнозе риска рецидива гастродуоденальных кровотечений, которые могли бы определить дальнейшие тактическое решение хирурга, хотя именно рецидив кровотечений прогностически является наиболее неблагоприятным.
Существуют различные подходы к хирургическому лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений: активная, активно-выжидательная и выжидательная тактика.
На сегодняшний день одной из актуальных проблем хирургической гастроэнтерологии является поиск оптимальных методов прогноза рецидива кровотечений ,разработка методов профилактики и способов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Ключевые слова: *язва,кровотечение ,желудок,12 п.кишка ,форрест ,эндоскопия.*

A. A. TAVAKALOV, I. R. RAKHIMOV

PREDICTION OF RELAPSE OF GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING.

Scientific supervisor – MD, Professor I. F. Sufiyarov
Department of surgical diseases, clinical hospital No. 8, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract. *in Spite of modern methods and improved means of treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding, including the use of endoscopic methods to stop bleeding, the mortality level remains high and ranges from 10-14% to 30%. Up to 42% in the structure of gastroduodenal bleeding is the persons of elderly and senile age.*

It is important to note that up to 20% of patients are received after 24 hours from the onset of the disease, which further aggravates the disease.
Currently in surgery there is no consensus in the prediction of risk of recurrence of gastroduodenal bleeding, which could determine further tactical decision of the surgeon, though it is recurrence of bleeding is the most prognostically unfavorable.
There are different approaches to surgical treatment of gastroduodenal ulcer bleeding: active and expectant and expectant management.
Today one of the urgent problems of surgical gastroenterology is the search for the optimal methods of prediction of recurrence of bleeding ,development of methods of prevention and methods of surgical treatment of gastroduodenal ulcer bleeding.

Keywords: *ulcer,bleeding ,stomach,intestine 12 p., Forrest ,endoscopy.*

Актуальность: Поиск оптимальных методов прогноза рецидива кровотечения, разработка методов профилактики и разработка способов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, являются на сегодняшний день актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии.

Цель исследования: разработка прогностического алгоритма для выявления рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений для их профилактики в условиях хирургического стационара.

Мы проанализировали 180 историй болезни больных с желудочно-кишечными кровотечениями, поступившими в хирургических стационар ГБУЗ РБ ГКБ №8 за период с 2012-2016гг.

Были выделены формы источника гастродуоденальных кровотечений: язвенная болезнь 12п.к -34%, эрозивный гастрит, бульбит -13,75% , хроническая язва желудка – 17,4% , эрозивный эзофагит – 10,78 % , ВРВ пишевода – 9,61 % , острая язва желудка -6,86% , множественные язвы желудка – 4,3% , оперированный желудок 3,3 % .

После проведенного анализа выявлено, что основными причинами желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК), являются язвенная болезнь желудка (22,5%) и 12 перстной кишки (26%). Для введения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями нами создан алгоритм оценки вероятности развития рецидива кровотечения. Проведен анализ клинических, лабораторных данных и составлена прогностическая карта показаний для консервативного лечения и сроков оперативного вмешательства при гастродуоденальных кровотечениях.

Материал и методы: Работа основана на анализе 110 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений в ГКБ № 8 за период 2013 - 2016 гг. Возраст пациентов был от 22 до 83 лет, средний возраст 38,1±15,1 лет. Мужчин - 70 (64%), женщин было 40 (36 %) (соотношение 1,6 : 1). По нозологическому признаку пациенты распределились следующим образом, которое представлено в таблице № 2.

Таблица 2

Виды язвенных гастродуоденальных кровотечений

Причина кровотечения	Количество больных	
	Абс.	%
Язвенная болезнь 12 п. к-ки	46	41,8
Хроническая язва желудка	23	20,9
Острая язва желудка	19	17,2
Множественные язвы желудка	13	11,8
Пептическая язва анастомоза	9	8,3

При поступлении в стационар пациентам производилось эндоскопическое исследование. По степени устойчивости гемостаза пациенты распределились следующим образом: со степенью устойчивости гемостаза F II - 77 (70%). F III - 20 (18%), F I - 13 (12%). Эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза имели 19 (41,3%) пациентов с язвой желудка и 21 (44%) - с язвой двенадцатиперстной кишки. Для воздействия на источник кровотечения через эндоскоп применяли термические, инъекционные, аппликационные, механические методы гемостаза. Выбор метода гемостаза осуществлялся в соответствии с характеристиками источника язвенного кровотечения.

Результаты и обсуждение: Для прогноза рецидива кровотечения нами был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК).Данный индекс получают путем умножения величины шокового индекса (ШИ) на балл эндоскопической оценки по Форрест (Ф) и балл размера язвы (Р): ИРК = ШИ*Ф*Р.

Для определения величины кровопотери используем шоковый индекс Альговера.

Оценка язвенного кровотечения по Форрест ранжирована по баллам следующим образом: Ф1а – 5, Ф1в – 2, Ф2а – 3, Ф2в – 2, Ф2 с - 1. Размер язвы определялся эндоскопической линейкой вовремя гастродуоденоскопии и ранжируется по мм: до 5 мм – 1 балл, от 5 до 14

мм – 2 балла, от 15 до 24 мм – 3 балла, 25 мм и более – 4 балла. При умножении каждого признака выявляется целостная картина рецидива кровотечения. Также нами введены 2 балла за локализацию язвы в опасных зонах (язва по малой кривизне желудка, язва по задней стенке луковицы 12 перстной кишки). При увеличении ИРК увеличивается риск рецидива кровотечения. Если балл ИРК 2 и менее вероятность рецидива кровотечения составляет 4,5%, 2-8 балла - 18%, 8-13 балла – 27%, 13-19 – 70-80% и при 20 и выше рецидив кровотечения отмечается у всех больных (100%). Срок действия прогноза - в первые 7 суток с момента поступления больного в стационар.

Для определения тактики введения больного производилась ориентировочная оценка риска рецидива кровотечения у конкретного больного с учетом клинической картины. При сумме баллов ИРК от 1 до 12 производилось консервативное лечение, от 13 до 16 баллов велось динамическое наблюдение, показания к оперативному лечению выставлялись при сумме баллов 17 и более.

При лечении язвенных кровотечений необходимо решить организационные вопросы, требующие согласованных действий хирурга,эндоскописта, реаниматолога-анестезиолога и терапевта в лечебном процессе.

Главным опорным пунктом является выявление необходимости экстренной операции. Если она необходима сравнивается риск экстренной операции .

Если она необходимо сравнивается риск экстренной операции и медикаментозного лечения. Если риск экстренной операции превышает риск медикаментозного лечения, то принимается решение о выжидательной тактике. Можно выделить две основные группы больных : с неблагоприятным прогнозом рецидива кровотечения и те ,у которых вероятность рецидива кровотечения невелика. Это определяет сроки оперативного вмешательства. Необходимо понимать что главной целью операции в первую очередь является остановка кровотечения и спасение жизни больного, а потом излечение его от язвенной болезни. Наиболее эффективными методами при кровоточащих дуоденальных и пилороантральных язвах ,являются операции иссечения язвы с пилоропластикой и ваготомией.

Одним из основных критериев в хирургическом лечении острых гастродуоденальных кровотечений являются показатели общей летальности (табл. 3).

Таблица 3

Результаты лечения больных с язвенными кровотечениями.

Группа	Оперативное лечение	Эндоскопический гемостаз	Консерв. терапия	Летальность	
				Абс.	%
Основная n = 87	12	57	18	2	2,3
Контрольная n = 73	16	44	13	3	4,1

Заключение и выводы:

1.Оптимальная тактика введения больных с ЖКК определяется тяжестью состояния, вида эндоскопического гемостаза и прогнозом рецидива кровотечения в первые часы поступления больного в хирургический стационар.

2. Хирургическое вмешательство выполняется по строгим показаниям при неэффективности эндоскопического гемостаза, а также при высоком риске рецидива кровотечения (ИРК более 17 баллов).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. М: Медицина 1982; 224.

2. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова, 2009, №2, с. 32-34.

3. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. Хирургия 2005; №1, с. 58—64.

УДК 616.35:616.995.121

М.И. ЛУКМАНОВ

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Научный руководитель - д.м.н., профессор М.А. Нартайлаков
Кафедра общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *цель настоящей работы: провести анализ гена цитохрома Р450 CYP1A2*1F у больных эхинококкозом печени. Материалом для исследования служили образцы ДНК, выделенные из лейкоцитов крови больных эхинококкозом печени, обратившихся на оперативное лечение в республиканскую клиническую больницу. Проведен анализ гена цитохрома у 27 больных с первичным эхинококкозом печени и у 11 больных с рецидивом эхинококкоза печени. Выявлено, что генотип «быстрого» метаболайзера альбендазол-сульфоксида в 3,5 раза чаще, чем «медленного» встречался у больных с рецидивом и в 1,3 раза чаще у больных с первичным эхинококкозом. Значит, тестирование генов метаболизма альбендазола у больных эхинококкозом позволит прогнозировать слабую эффективность химиотерапии альбендазолом и соответственно – высокий риск развития рецидива.*

Ключевые слова: *Цистный эхинококкоз, полиморфизм гена CYP1A2 *1F(163A/C)*

M.I. LUKMANOV

PREVENTION OF RECURRENCE OF HYDATID CYST OF THE LIVER

Scientific Advisor - Ph. D. in Medicine, Full professor M.A. Nartajlakov
Department of general surgery, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *the aim of this work: to analyze the gene of the cytochrome P450 CYP1A2*1F in patients with liver echinococcosis. Material for the study were DNA samples isolated from blood leukocytes of patients with hepatic echinococcosis who applied for surgical treatment in Republican clinical hospital. The analysis of the cytochrome gene in 27 patients with primary echinococcosis of the liver and in 11 patients with recurrent echinococcosis of the liver. It is revealed that the genotype "fast" metabolizer albendazole-sulfoxide 3.5 times more often than "slow" met in patients with recurrent and 1.3 times more often in patients with primary echinococcosis. So, testing the genes of metabolism of albendazole in patients with echinococcosis can predict ineffective chemotherapy with albendazole and accordingly – high risk of relapse.*

Keywords: *cystic hydatid disease; polymorphism *1F(163A/C) of CYP1A2 gene*

Актуальность. Эхинококкоз – паразитарное заболевание, вызываемое личинкой ленточного червя Echinococcus granulosus. Эпидемиологическая значимость эхинококкоза определяется широким распространением, тяжелым течением, нередкими случаями множественного и сочетанного поражения органов, приводящим к длительной потере трудоспособности и инвалидизации. По данным доклада Федеральной службы Роспотребнадзора от 2016 года эхинококкоз встречается в 63 субъектах из 66 и за последние два с половиной десятилетия в России возросла заболеваемость в три раза. Превышает среднероссийский уровень заболеваемости Чукотский в 14 раз, Ямало-ненецкий в 9 раз, Северокавказский в 7 раз и Башкортостан в 4 раза.

Первым обратил внимание на проблему эхинококкоза в Башкортостане ветеринарный врач Г.И. Гурин. В 1900 г. Гурин, анализируя ветеринарные отчеты установил, что домашний скот инвазирован в среднем на 7%, а в 1954 году Х.В. Аюпов, проводя аналогичные исследования, установил поражение скота уже на 17%. В 2010г. пораженность скота в ряде районов повысилась до 40% и более.

Эпидемиологическая ситуация также имела неблагоприятную тенденцию. В 1934г., по данным К.В. Мраморнова, заболеваемость эхинококкозом населения республики составляла около 11 больных на 100 тыс. В 1944-1975 гг. эхинококкоз был диагностирован у 235 жителей 43 (из 54) районов и 12 (из 17) городов, и по данным С.М. Валиуллина в 70-х годах большинство среди больных эхинококкозом составляли жители районов Предуралья [1]. В последние десятилетия эхинококкоз более интенсивно распространяется в Южном Зауралье.

Из органов человека по пораженности эхинококкозом на первом месте стоит печень. Более часто наблюдается поражение правой доли печени (32 - 58%), а чаще всего VI–VII сегментов [1]. Изолированное поражение печени диагностировали более чем в половине случаев, реже – сочетанное. Чаще отмечается поражение печени и легких. Солитарное поражение печени наблюдается у 33-70% больных, множественное – 9-22%. Однако эти показатели значительно отличаются у разных авторов.

Это тяжелое заболевание нередко (в 5-33% случаев) осложняется развитием рецидивных кист даже после операции, проведенной с применением современной высококвалифицированной хирургической помощи. Поэтому по рекомендации ВОЗ, для снижения опасности развития вторичного эхинококкоза, необходимо назначение альбендазола до операции, а также в течение 2 последующих лет. Это положение закреплено и в резолюции конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ в 2014 г. С момента внедрения химиотерапии в комплекс послеоперационной реабилитации частота рецидивов эхинококкоза существенно сократилась. Основной механизм действия

албендазола обусловлен разрушением белка - тубулина и последующей деструкцией мышечных и кишечных клеток гельминтов. Эксперименты показали, что в дозе 10 мг/кг в течение недели этот препарат эффективно подавляет рост кисты. Обычно больным рекомендуют принимать альбендазол по схеме, предложенной Horton (1989) и одобренной ВОЗ: по 10-15 мг/кг веса в сутки в три курса лечения по 28 дней с перерывами на 14 дней. В такой дозе препарат не оказывал токсического влияния на печень у взрослых пациентов.

Однако, химиотерапия альбендазолом не всегда успешна. Как показывают обзоры литературы, химиотерапия эффективна в 10-58% случаев, приводит к улучшению - у 10-51% и неэффективна – у 13-37% пациентов. Предполагают, что эффективность альбендазола зависит от возраста и конституции больного, локализации и фазы жизнедеятельности эхинококковых пузырей.

В настоящее время еще нет единства во мнениях о суточной дозе, схеме и длительности лечения альбендазолом. При приеме внутрь альбендазол плохо абсорбируется из ЖКТ (менее 5%), в неизмененном виде не определяется в плазме, так как быстро превращается в печени в первичный метаболит - альбендазола сульфоксид, обладающий антигельминтной активностью.

Цель исследования. Провести анализ гена цитохрома Р450 CYP1A2*1F у больных эхинококкозом печени.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили образцы ДНК, выделенные из лейкоцитов крови больных эхинококкозом печени, обратившихся на лечение в РКБ [2]. Исследовали полиморфизм гена полиморфизм гена *CYP1A2* *1F(163A/C) методом ПЦР-ПДРФ анализа (полиморфизма длин рестрикционных фрагментов продуктов полимеразной цепной реакции синтеза ДНК) в стандартных условиях по ранее описанной методике [3,4]. Метод основан на том, что при обнаружении на электрофореграмме фрагментов ДНК (продуктов ПЦР) размером 265 пн диагностировали у пациента генотип АА. При выявлении фрагментов ДНК длиной 265, 211 и 54 пн – соответственно генотип АС; и при обнаружении фрагментов ДНК размерами 211 и 54 пн - генотип СС [3,4,5].

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием статистических программ Microsoft Excel v.2000. Достоверность различий определялась с помощью формулы t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Альбендазол-сульфоксид под дествием ферментов, наиболее значимые среди них микросомальные цитохромы Р450, превращается в

альбендазол-сульфон - не обладающий противогельминтым действием [4,5]. Альбендазол-сульфоксид метаболизируется в альбендазол-сульфон в течение 6-12 час в зависимости от активности ферментов. Гены, кодирующие синтез цитохромов Р450, имеют несколько полиморфных аллелей, которые определяют их ферментативную активность. В зависимости от влияния на метаболизм лекарства, эти аллели, подразделяются на «быстрых», «промежуточных» и «медленных» метаболайзеров. Наличие «быстрого» аллеля в генотипе человека приводит к повышению активности цитохрома и соответственно ускорению биотрансформации альбендазол-сульфоксида в альбендазол-сульфон. Вследствие этого – альбендазол в общепринятой дозе имеет слабый терапевтический эффект [4,5].

В биотрансформации альбендазол-сульфоксида в альбендазол-сульфон участвует цитохром Р450 CYP1A2. Ген, кодирующий этот цитохром имеет полиморфные варианты, один из которых наиболее изучен - *CYP1A2* *1F(163A/C). *CYP1A2**1F(163A/C) формирует следующие генотипы: АА - «быстрого» метаболайзера альбендазол-сульфоксида (при котором альбендазол будет оказывать непродолжительное терапевтическое действие), АС - «промежуточного», СС - «медленного».

Нами проведен анализ гена цитохрома у 27 больных с первичным эхинококкозом печени и у 11 больных с рецидивом эхинококкоза печени. Среди них обнаружен генотип АА – у 11 (40,7%) пациентов с первичным и у 7 (63,6%) с рецидивом; генотип АС – у 8 (29,6%) с первичным и 2 (18,2%) с рецидивом; СС – у 8 (29,6%) с первичным и у 2 (18,2%) с рецидивом. Всем им была проведена химиопрофилактика альбендазолом рецидива эхинококкоза.

Таким образом, генотип «быстрого» метаболайзера альбендазол-сульфоксида в 3,5 раза чаще, чем «медленного» встречался у больных с рецидивом и в 1,3 раза чаще у больных с первичным эхинококкозом.

Заключение и выводы. Тестирование генов метаболизма альбендазола у больных эхинококкозом позволит прогнозировать слабую эффективность химиотерапии альбендазолом и соответственно – высокий риск развития рецидива. Лицам с генотипом «быстрого» метаболайзера необходимо рекомендовать чаще проходить обследование с ультразвуковым и серологическим контролем.

ЛИТЕРАТУРА:

1. М.А. Нартайлаков, В.В. Плечев, Д.Р. Мушарапов, Г.И. Лукманова. Эхинококкоз печени. - Уфа, 2006. – 104 с.

2. Ed. J.M. Walker. The isolation of high molecular weight eucariotic DNA. Methods in Molecular

Biology // New York, London. - 1984; 2:31-34.

3. Sachsa C, Bhambra U, Smith G et al. Polymorphisms in the cytochrome P450 CYP1A2 gene in colorectal cancer patients and controls: allele frequencies, linkage diequilibrium and influence on caffeine metabolism // British journal of clinical pharmacology. - 2003; 55(1):68-76.

4. Sotelo J, Jung H. Pharmacokinetic optimisation of the treatment of neurocysticercosis // Clinical Pharmacokinetics. - 1998; 34(6):503-15.

5. Lima RM, Ferreira MAD, Ponte Carvalho TM de J et al. Albendazole-praziquantel interaction in healthy volunteers: kinetic disposition, metabolism and enantioselectivity // British journal of clinical pharmacology. - 2011; 71(4): 528–535.

УДК 617.7-76

А.В. АКБАРОВА

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА "СУХОГО ГЛАЗА" СРЕДИ СТУДЕНТОВ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ МЯГКИМИ КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ

Научный руководитель - доц., к.м.н. С.Р. Авхадеева
Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО
Башкирский Государственный Медицинский Университет, г. Уфа

Резюме: *в статье представлены результаты online-анкетирования студентов Башкирского Государственного Медицинского Университета. В опросе приняло участие 108 человек. В ходе исследования выявлено, что синдром «сухого глаза» встречается у 25% студентов, пользующихся контактными линзами, наиболее часто при использовании линз с графиком замены один раз в месяц (44,4%).*

Ключевые слова: *острота зрения, миопия, гиперметропия, синдром «сухого глаза».*

A.V. AKBAROVA

PREVALENCE OF THE SYNDROME OF “DRY EYE” AMONG STUDENTS OF THE BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY WHO USE SOFT CONTACT LENSES

Scientific Advisor - Ph. D. S.R. Avkhadeeva
Department of Ophthalmology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. *the article presents the results of an online survey of students of Bashkir State Medical University. The survey polled 108 people. The study revealed that the syndrome of "dry eye" is found in 25% of the students who use contact lenses, most often with the use of lenses with a replacement schedule of once a month (44,4%).*

Key words: *visual acuity, myopia, hypermetropia, “dry eye” syndrome.*

Актуальность. Аномалии рефракции зрения являются одной из основных причин нарушения зрения [6]. Количество пациентов с аметропией неуклонно растет с каждым годом, на миопию приходится подавляющее большинство случаев. Миопия выявляется у 28,4-35 % населения земного шара, а в нашей стране составляет 60% всех рефракционных нарушений зрения [1,4,7]. Гиперметропия в структуре рефракционной патологии составляет 29-29%. Одним из методов коррекции нарушений зрения является ношение мягких контактных линз (МКЛ). Широкое использование МКЛ для коррекции аномалий рефракции позволило выявить и ряд серьезных проблем, связанных с систематическим их использованием. Одним из них является синдром «сухого глаза» (ССГ), его симптомы все

чаще выявляются у молодых людей, являющихся основными пользователями контактных линз. Всё чаще встречаются "глазной офисный" и "глазной мониторный" синдромы, которые возникают из-за воздействия на глаза кондиционированного воздуха, электромагнитных лучей и др. [2,8]. Линзы находятся в непосредственном контакте с поверхностью роговицы, вследствие чего прекорнеальная слезная пленка теряет свою стабильность, и возникают симптомы синдрома “сухого глаза” [3,9,10]. Также ношение контактных линз снижает уровень слезопродукции [5]. Увеличивается распространенность нарушений зрения среди студентов, орган зрения которых претерпевает значительную нагрузку в связи с длительной работой с гаджетами. Научный и практический интерес представляет изучение данной категории пациентов, так как большая часть студенческой молодежи использует коррекцию мягкими контактными линзами и предъявляет жалобы, связанные с напряжением аккомодации и проявлениями ССГ.

Цель исследования. Анализ распространенности синдрома сухого глаза среди студентов БГМУ, использующих мягкие контактные линзы для коррекции аметропии.

Материалы и методы. На базе Башкирского Государственного Медицинского Университета (БГМУ) было проведено online - анкетирование 108 студентов, из них 15 студентов (13,9%) мужского пола и 93 студентов (86,1%) женского пола. Для изучения распространенности синдрома “сухого глаза” среди студентов использовалась анкета-опросник, в которую были включены вопросы, связанные с определением остроты зрения, рефракции, методами коррекции нарушений зрения, а также вопросы, связанные с типами контактных линз, наличием или отсутствием неприятных ощущений от ношения линз и методами лечения сухости глаз.

Математическая и статистическая обработка количественных данных проведена с использованием Excel, Statistica 6,0.

Результаты и обсуждение. Наиболее активными респондентами в результате анкетирования оказались студенты 3-4 курсов 48 чел (44,4% опрошенных), на 1-2 курсе опрошено 38 чел (35,2%), на 5 курсе и старше 22 чел (20,4%).

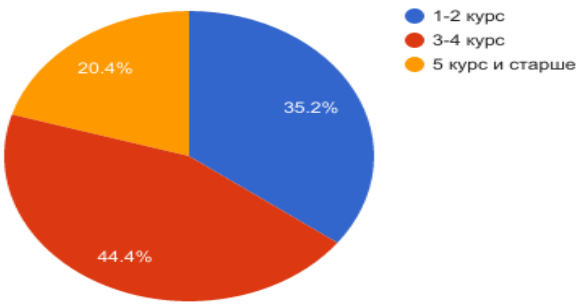


Рис.1. Структура распределения анкетированных студентов БГМУ в зависимости от курса обучения.

Анализ результатов выявил нарушение остроты зрения у 62 студентов, из них с остротой зрения 0,8-1,0 - 18 чел (29%), 0,5-0,7- 7 чел (11,3%), 0,2-0,4- 16 чел (25,8%), 0,1 и менее - 21 чел (33,9%), свою остроту зрения не знают 46 чел (42,6%). Миопия выявлена у 90 анкетированных, из них с миопией слабой степени - 35 чел (38,9%), средней степени- 47 чел (52,2%) и высокой степени- 8 чел (8,9%). Гиперметропия обнаружена у 5 студентов (4,6%). Корректируют нарушение остроты зрения 94 студента. Для коррекции миопии в 91,1% случаев студенты используют контактные линзы и 8,9% очковую коррекцию. При гиперметропии 60% студентов носят контактные линзы и 40% пользуются очками.

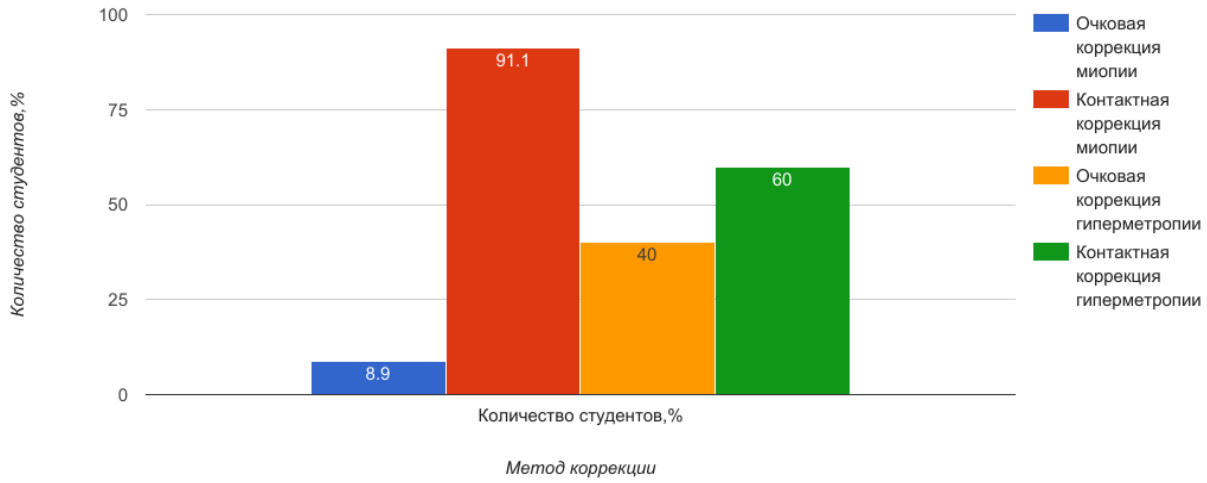


Рис.2. Распределение различных методов коррекции миопии и гиперметропии среди анкетированных студентов БГМУ, %.

Большинство студентов используют линзы в течение 3-4 лет - 53 чел (63,1%), 1-2 года - 17 чел (20,2%), 6 мес- 8 чел (9,5%), 3 месяца- 6 чел(7,2%). Респонденты наиболее часто используют линзы с графиком замены раз в месяц (41,7%) и раз в 2 недели (31%). 21,3% студентов меняют линзы раз в 3 месяца и лишь 6% студентов пользуются линзами однодневного пользования. Жалобы, характерные для ССГ наиболее распространены среди студентов, меняющих линзы 1 раз в месяц - 16 чел (45,7%). При использовании линз на 2 недели и на 3 месяца неприятные ощущения возникают реже - по 5 чел (27,8% и 20,8% соответственно). Однодневные контактные линзы вызывают дискомфорт лишь у 1 чел, что составляет 20% ($p<0,05$). Неприятные ощущения, связанные с ССГ возникли у студентов в основном через 1 год после начала ношения МКЛ (44,3% опрошенных), у 32,7% через 1-3 месяца, и у 23% меньше чем, через 1 месяц после начала ношения МКЛ. Из 27 студентов с характерными жалобами ССГ к врачу обратились 12 чел (44,4%), из них 9 студентов выполняют назначения врача. Основным методом лечения симптомов ССГ являются капли, их применяют 17 опрошенных (63%), остальные 10 студентов находятся без лечения. Удовлетворены применяемыми лекарственными средствами для лечения ССГ 82,4% студентов и не отмечают улучшения от используемых лекарственных средств 17,6% анкетированных ($p<0,01$).

Заключение и выводы. В результате проведенного online-анкетирования было выявлено 95 студентов (88%) с нарушением остроты зрения, из них 90 студентов (94,7%) с миопией и 5 студентов (5,3%) с гиперметропией. Студенты БГМУ для коррекции миопии в 91,1% случаев используют контактные линзы и в 8,9% случаев очковую коррекцию. Гиперметропию корригируют в 60% случаев с помощью линз и в 40% случаев студенты носят очки. Наиболее часто студенты используют линзы с графиком замены раз в месяц (41,7%) и раз в 2 недели (31%). Жалобы на ССГ предъявляют 25% опрошенных, они наиболее распространены среди студентов с графиком замены 1 раз в месяц (45,7%) и возникли в основном через 1 год после начала ношения линз (44,3%).

С характерными жалобами на ССГ к врачу обратились 44% студентов, из них лишь 75% выполняют назначения врача.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Апрелев, А.Е. Особенности влияния микроэлементов на состояние органа зрения у студентов / А.Е. Апрелев [и др] // Медицинский вестник Башкортостана. Том 11, №1(61), 2016. - С.155

2. Бржеский, В.В. Синдром «сухого глаза» у людей молодого возраста: нерешенная проблема современности /В.В. Бржевский // Современная оптометрия. 2007. № 2 (2). – С. 38–43.

3. Бржеский, В.В. Синдром «сухого глаза» / В.В. Бржевский, Е.Е. Сомов СПб.: «Аполлон», 1998. - С. 96

4. Егорова, А.В. Алгоритм терапии приобретенной миопии: методические указания/ А.В. Егорова - Ижевск, 2016. - С.38

5. Емелина, В.Г. Возможности ранней диагностики и прогноза развития «сухого глаза» при контактной коррекции зрения / В.Г. Емелина [и др.] // Всероссийская научно–практическая конференция «Новые технологии в лечении заболеваний роговицы» (М., 25–26 июня 2004 г.). «Федоровские чтения – 2004» Сборник науч. статей. - С. 679–684.

6. Кузнецова, Н.В. Причины развития близорукости и её лечение / М.В. Кузнецова - МЕД пресс - информ, Казань, 2005. - С.154-156

7. Лимбман, Е.С. Инвалидность вследствие нарушения зрения в России / Е.С. Лимбман, Д.П. Рязанов // Федоровские чтения - 2014: тез. доклад - М., 2014.- С.162-163

8. Растон, Д. Компьютеры, комфорт и контактные линзы. / Д. Растон // Вестник оптометрии. 2007. № 1. - С. 22–26.

9. Jason, J. Mechanism of contact lens – related dry eye /J. Jason, J.J. Nichols // Contact Lens Shectrum. 2007. Special edition. - P. 14–20.

10. Nichols, J.J. L.T. Tear film, contact lens, and patient – related factors associated with contact lens–related dry eye / J.J. Nichols, L,T,Sinnot // Invest. Opthalmol.Vis. Sci. 2006. Vol. 47. - P. 1319–1328.

УДК 617-089.844

Ш.В. ТИМЕРБУЛАТОВ, Р.Р. АБСАТАРОВ
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА В КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА УФЫ

Научный руководитель - д.м.н., профессор В.М. Тимербулатов
Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарозамещающих технологий ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *в статье приведен редкий клинический случай кишечной непроходимости у взрослого пациента по причине тонко-толстокишечной инвагинации.*

Ключевые слова: *инвагинация кишечника, редкие формы острой кишечной непроходимости*

SH.V. TIMERBULATOV, R.R. ABSATAROV
A RARE CASE OF INTESTINAL OBSTRUCTION IN AN ADULT PATIENT IN A CLINICAL HOSPITAL IN UFA

Scientific Advisor - Ph. D. in Medicine, Full professor V.M. Timerbulatov
Department of Surgery with courses of endoscopy and stationary substitution technologies of IPFE,
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *the rare case history of small bowel introsusception at elderly patient is given in this article. Themethods of diagnosis of this pathology are described.*

Keywords: *invagination of the intestine, a rare form of acute intestinal obstruction*

Актуальность. Инвагинация – это телескопическое внедрение одного участка кишечной трубки в просвет другого. Образование инвагината происходит вследствие нарушения моторной функции и нарушения координации различных отделов кишки. В детском возрасте инвагинация сопровождается триадой симптомов: схваткообразные боли, рвота, стул с кровью [1, 2].

У взрослых пациентов инвагинация кишечника наблюдается достаточно редко, встречаемость составляет 2–3 случая на 100 тыс. населения, и часто не рассматривается в дифференциальной диагностике взрослых больных с неясными абдоминальными жалобами. Классическая триада симптомов, описанная в клинической картине инвагинации кишечника у больных детского возраста, у взрослых практически не встречается. Таким образом, это обуславливает значительные трудности диагностики с еще большей задержкой перед началом лечения.

Цель исследования: проанализировать литературу по актуальной проблеме кишечной непроходимости у взрослых, по причине инвагинации кишечника, встречающейся в практике ургентного хирурга. Провести анализ клинического случая.

Материалы и методы. Работа основана на анализе литературы по данному вопросу, а также приведен разбор клинического случая.

Результаты и обсуждение. В отличие от детей, 90 % взрослых больных с инвагинацией имеют органическую патологию. Следовательно, существует явная необходимость выявить причины инвагинации у взрослых пациентов и обеспечить выбор оптимального хирургического лечения. Во взрослом возрасте инвагинация больше встречается у лиц мужского пола, практически 65 % пациентов [2, 3, 6].

Инструментальная диагностика инвагинации кишечника по данным рентгенологического, ультразвукового методов исследования и компьютерной томографии основывается на выявлении признаков высокой или низкой тонкокишечной непроходимости в сочетании с типичными признаками инвагинации: «гиперэхогенный центр»; слабовыраженная или отсутствующая концентричность слоев в кишечном конгломерате; нечеткость, размытость контуров и наличие жидкости между цилиндрами инвагината.Следует отметить, что ультразвуковое исследование и КТ органов брюшной полости имеют равнозначную чувствительность при диагностике инвагинации [4, 5, 6].

Лечение инвагинации у взрослых хирургическое. Операцией выбора при вторичных инвагинациях является дезинвагинация (при возможности ее выполнения), оценка жизнеспособности сегмента кишки и адгезиолизис.

Клинический случай.

Больной Т.,27 лет поступил 27.02.2017г. во 2-е хирургическое отделение ГБУЗ БСМП г. Уфы с жалобами на боли во всех отделах живота (больше по левому флангу), тошноту, рвоту, слабость, головокружение, сухость во рту.

Из анамнеза: болеет с декабря 2016 года, когда появились первые приступы инвагинации. Прошел курс лечения в городской больнице, консультирован колопроктологом. В январе от предложенной операции воздержался. Было рекомендовано дообследование по поводу врожденного порока сердца. С 18.02.17 по 26.02.17 находился в ЦРБ с диагнозом: Хроническая толсто-толстокишечная инвагинация, часто рецидивирующая форма в стадии обострения. Соп.: Врожденный порок сердца, тетрада Фалло, ХСН 2Б, ФК 3, откуда был направлен в кардиодиспансер на консультацию. Появились боли в животе, был переведен в БСМП.

Проведено обследование.

Рентгенография ОБП: пневматизация кишечника, единичные чаши Клойбера.Консультирован кардиологом: Врожденный порок сердца, тетрада Фалло.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства:реактивные изменения паренхимы печени. Спленомегалия. Признаки кишечной непроходимости (инвагинация кишечника?).
В отделении проводилась инфузионная, спазмолитическая терапия, многократные очистительные клизмы. Состояние оставалось без динамики, задержка отхождения газов, сохраняется болевой синдром.

Послеоперационный диагноз: Инвагинация тонкой кишки? Соп.: Врожденный порок сердца, тетрада Фалло.

27.02.2017 выполнено экстренное оперативное вмешательство - лапаротомия: в брюшной полости выпота нет. Петли тонкой кишки увеличены в диаметре до 3 см. Ободочная кишка до дистальной части сигмовидной кишки плотная, в просвете пальпируется подвздошная кишка. С техническими трудностями произведено расправление инвагината. Расправленная кишка жизнеспособна, перистальтика сохранена. Брыжейка тонкой кишки патологически удлинена. В области купола слепой кишки участки с налетом фибрина, с мелкоточечными кровоизлияниями. Прочей патологии не выявлено. Слепая кишка фиксирована к париетальной брюшине в правой подвздошной области узловыми викриловыми швами 3.0. Через отдельный прокол брюшной стенки в левой подвздошной области произведено дренирование малого таза. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

Клинический диагноз: Тонко-толстокишечная инвагинация. Соп.: Цекуммобиле. Врожденный порок сердца, тетрада Фалло.

Послеоперационный период протекал без особенностей, рана зажила первичным натяжением. На 11-е сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение и выводы. Инвагинация кишечника у взрослых является редкой патологией, вызывающей острую кишечную непроходимость. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография органов брюшной полости являются наиболее чувствительными методами диагностики кишечной инвагинации. Инвагинация относится к неотложным состояниям, требующим экстренного хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Григорьев Н.С., Сидоренко А.Б. Липома сигмовидной кишки, как причина толсто-тонкокишечной инвагинации. Анналы хирургии. 2015; 4: 53-55.

2. Лебедев, А.П. Инвагинациикишечника.Минск, 1969: 168.

3. Marinis A., YiallourouA., SamanidesL. Intussusception of the bowel in adults: a review. World J Gastroenterol. 2009; 15(4): 407-411.

4. Merlin A.,SoyerP., Boudiaf M. Chronic intestinal pseudo-obstruction in adult patients: multidetector row helical CT features. Eur.Radiol. 2008; 18(8): 1587-1595.

5. Moreno E.A.,CickmanP., Azar R. Intestinal intussusception in adults: Tomographic findings and report of two cases.Acta.Gastroenterol.Latinoam. 2013; 43(2): 126-129.

6. Ongom, P.A.,Kijjambu S.C. Adult intussusception: a continuously unveiling clinical complex illustrating both acute (emergency) and chronic disease management. OA Em. Med. 2013; 1(1): 3.

УДК: 617.753.2: 617.741-089.843-76

Г.М. ИДРИСОВА

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АСФЕРИЧЕСКИХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ «ZEISS CT ASPHINA 409 MV»

Научный руководитель – д.м.н., Т.Р. Мухамадеев

Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, ЗАО «Оптимедсервис» г. Уфа

Резюме: *проведена оценка результатов ультразвуковой факоэмульсификации с имплантацией асферических интраокулярных линз (ИОЛ) «Zeiss CT Asphina 409 MV». Получены высокие рефракционные результаты, к месяцу рефракция цели (Em±0,5 дптр) достигнута в 96,7 % случаев, некоррегированная острота зрения (НКОЗ) составила в среднем 0,67±0,34.*

Ключевые слова: *катаракта, факоэмульсификация, интраокулярная линза, рефракция цели, сферическая аберрация.*

G.M. IDRISOVA

FIRST EXPERIENCE OF ASPHERIC INTRAOCULAR LENS "ZEISS CT ASPHINA MV 409" IMPLANTATION

Scientific Director – D.Sc. T.R. Mukhamadeev

Department of Ophthalmology, Bashkir State Medical University, CJSC "Optimedservice", Ufa

Abstract: *the results of ultrasonic phacoemulsification and aspheric intraocular lenses (IOL) "Zeiss CT Asphina the MV 409" implantation were estimated. High refractive results were obtained. One month after surgery, target refraction ± 0.5 D was achieved in 96.7% of cases, postoperative average uncorrected visual acuity (UCVA) was 0.67±0.34.*

Keywords: *cataract, phacoemulsification, intraocular lens, target refraction, spherical aberration.*

Актуальность. Одной из основных задач хирургии катаракты на сегодняшний день является разработка и использование усовершенствованных интраокулярных линз (ИОЛ) с оптимизированными оптическими свойствами [1]. Как известно, качество изображения, проецируемое на сетчатку, может несколько ухудшаться за счет наличия аберраций в оптической системе глаза [2,6,7]. Из всех видов аберраций сферическая является наиболее существенной и в большинстве случаев единственной практически значимой для оптической

системы глаза [4]. В связи с этим в последние годы все большую популярность приобретают ИОЛ с асферической поверхностью, уменьшающие положительные аберрации роговицы и за счет этого повышающие качество зрения [2,4,6,7].

Цель исследования. Оценить результаты ультразвуковой факоэмульсификации с имплантацией асферических ИОЛ «Zeiss CT Asphina 409 MV».

Материалы и методы. В исследование были включены 28 человек (30 глаз): 23 (82,1%) женщины и 5 (17,9%) мужчин. Возраст варьировал от 56 до 88 лет, средний возраст составил 72±7,3 года. Всем пациентам была проведена ультразвуковая факоэмульсификация с имплантацией асферических ИОЛ «Zeiss CT Asphina 409 MV», из них 9 пациентам (10 глаз) операция была проведена с фемтосекудным сопровождением. Операционные вмешательства проводились в Центре лазерного восстановления зрения (ЦЛВЗ) «OPTIMED» г. Уфы в период с августа по ноябрь 2016 года. Показаниями для проведения ультразвуковой факоэмульсификации служили возрастная (2 глаза) и осложненная катаракты (28 глаз). Сопутствующими заболеваниями глазного яблока у пациентов с осложненной катарактой были глаукома, патология сетчатки (диабетическая ретинопатия, возрастная макулярная дегенерация), деструкция стекловидного тела, помутнение роговицы.

Для определения функционального состояния глаз всем пациентам был проведен полный спектр диагностических методов исследования: визометрия, периметрия, авторефрактометрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, электрофизиологическое исследование сетчатки и зрительного нерва, с помощью эндотелиального микроскопа определяли плотность эндотелиальных клеток.

У всех пациентов расчет оптической силы ИОЛ проводили на рефракцию цели (Em±0,5 дптр) на оптическом биометре «Zeiss IOL Master 500» по формулам Hoffer Q, Haigis, Holladay, SRK/T, SRK II. Оптическая сила имплантируемых линз варьировала от 15,5 до 23,5 дптр, среднее значение составило 20,58±1,94 дптр.

Рефракционные результаты оценивали в сроки: 1, 7 и 30 дней после операции. Определяли следующие параметры: наличие осложнений, отклонение послеоперационной от запланированной величин клинической рефракции, НКОЗ. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2013, IBM SPSS Statistics ver. 21. Для сравнения результатов применялись непараметрический статистический метод (U–критерий Манна-Уитни), точный (двусторонний) критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Операции прошли без осложнений. В первые сутки рефракция цели (Em±0,5 дптр) была достигнута в 52 % случаев. На седьмой день этот

показатель вырос до 88,5 %. Рефракционные результаты к первому месяцу после операции представлены на рис.1.

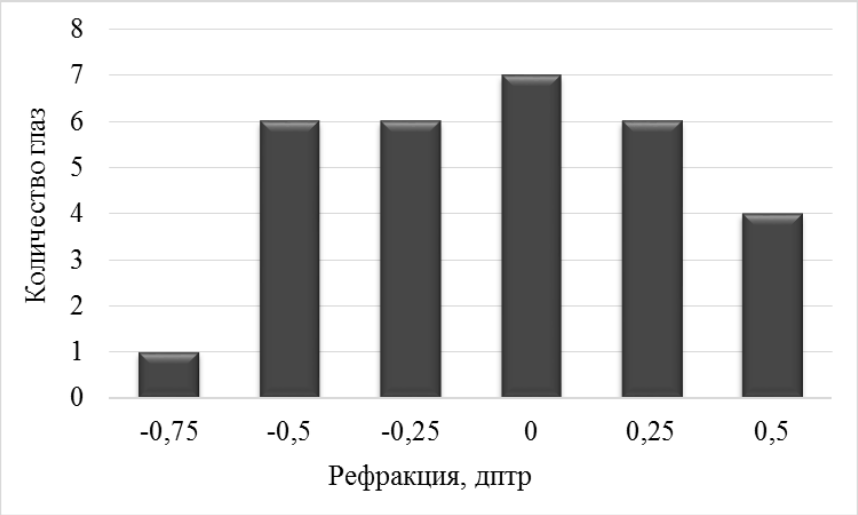


Рис. 1. Рефракционные результаты к первому месяцу после операции

Одним из основных критериев зрительной реабилитации после хирургии катаракты является достижение рефракции цели. Согласно стандартам, предлагаемым The Royal College of Ophthalmologists Cataract Surgery Guidelines (Великобритания), отклонение от рефракции цели должно составлять ±0,5 дптр в 55 % и ±1,0 дптр в 85 % случаев [8]. При условии индивидуального подхода к расчету ИОЛ и выполнении факоэмульсификации на высоком технологическом уровне возможно получение более высоких послеоперационных рефракционных результатов: в пределах от +0,5 дптр до –0,5 дптр более чем в 70 %, а в пределах от +1,0 дптр до –1,0 дптр – в 90 % случаев [3]. При имплантации асферических ИОЛ «Zeiss CT Asphina 409 MV» рефракция Em±0,5 дптр к первому месяцу достигнута в 96,7 %, рефракция Em±1,0 дптр – в 100 %. Крайние значения сферического компонента рефракции колебались от - 0,75 дптр до +0,5 дптр. Острота зрения до операции была в пределах от светоощущения с правильной проекцией до 0,8 без коррекции. НКОЗ варьировала от 0,02 до 1,0, в среднем составила 0,67±0,34.

Заключение и выводы. Исследование показывает, что ультразвуковая факоэмульсификация с имплантацией асферических ИОЛ «Zeiss CT Asphina 409 MV» позволяет достичь высоких рефракционных результатов, соответствующих современным требованиям к рефракционным результатам катарактальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Азнабаев Б.М. Ультразвуковая хирургия катаракты – факоэмульсификация / Б.М. Азнабаев. – М.: Август Борг, 2016. – 144 с.

2. Балашевич Л.И. Функциональные и оптические результаты имплантации сферических и асферических интраокулярных линз в капсульный мешок / Л.И. Балашевич, А.А. Стахеев, А.М. Хакимов // Офтальмохирургия. – 2009. – №9. – С. 29-33.
3. Киселёва Т.Н. Возможности ультразвуковых методов исследования в расчёте оптической силы интраокулярных линз / Киселёва Т.Н., Гундорова Р.А., Романова Л.И., Андреев А.А. // Катарактальная и рефракционная хирургия. – 2012. – №2 (12). – С. 9-12.
4. Малюгин Б.Э. Сравнительный анализ клинической эффективности имплантации сферических и асферических ИОЛ / Б.Э. Малюгин, А.В. Терещенко, Ю.А. Белый, С.К. Демьянченко, Т.В. Фадеева, М.А. Исаев // Офтальмохирургия. – 2011. – №3. – С. 27-31.
5. Чередник В.И. Сферическая аберрация и асферические интраокулярные линзы / В.И. Чередник, В.М. Треушников // Научный журнал "Фундаментальные исследования». – 2007. – № 8. www.reper.ru
6. Dietze H.H., Cox M.J. Limitations of correcting spherical aberration with aspheric intraocular lenses // J. Refract. Surg. – 2005. – Vol. 21. – No. 5. – P. 541-546.
7. Packer M., Fine I.H., Hoffman R.S. Aspheric intraocular lens selection based on corneal wavefront // J. Refract. Surg.– 2009.– Vol. 25.– No. 1.– P. 12-20.
8. The Royal College of Ophthalmologists Cataract Surgery Guidelines, 2010. – 106 p.

УДК 616-006.81.04

В. А. ЗВЕРЬКОВА, В. Н. ТАРАКАНОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ НА 1 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Научный руководитель – ассистент Т. И. Минайло
Кафедра онкологии, Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Резюме: *в данной статье изложены обнаруженные особенности клинического течения, а также результаты лечения, полученные в ходе проведенного исследования амбулаторных карт пациентов, состоящих на лечении в Минском городском клиническом онкологическом диспансере Республики Беларусь.*

Ключевые слова: *меланома, 1 стадия, хирургическое лечение.*

V. A. ZVERKOVA, V. N. TARAKANOV

RESULTS OF TREATMENT OF MELANOMA ON STAGE I

Scientific Advisor – Assistant T. I. Minailo
Department of oncology, Belarusian state medical university, Minsk

Abstract: *this article contains information on clinical trends, as well as the results of treatment, obtained during the studies of outpatient cards of patients being treated in the Minsk City Clinical Oncology Dispensary of the Republic of Belarus.*

Key words: *melanoma, stage I, surgical treatment.*

Актуальность.

Меланома кожи (МК) – агрессивное злокачественное новообразование, рост заболеваемости которым регистрируется во всем мире [3]. Среднегодовой темп прироста заболеваемости МК в мире составляет около 5% (в США – 4%, в России – 3,9%) и считается одним из самых высоких среди всех злокачественных опухолей. В Беларуси за последние 15 лет ежегодное число заболеваний МК увеличилось в 2 раза: с 461 случая в 2001 г., 676 – в 2010 г., до 852 случаев – в 2015 г [2].

Цель работы. Изучение особенностей клинического течения меланомы кожи (МК), анализ применяемых методов лечения, а также оценка последующего динамического наблюдения пациентов с МК 1 стадии ($T_1N_0M_0$ – $T_{2a}N_0M_0$).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 215 пациентов с диагнозом МК, 1 стадия ($T_1N_0M_0$ – $T_{2a}N_0M_0$), взятых на учет в учреждении здравоохранения (УЗ) «Минский городской клинический онкологический диспансер» (МГКОД) с 2010 по 2014 год. Обработка результатов проводилась с помощью MS Excel.

Результаты и обсуждение.

По данным, полученным в результате исследования, соотношение женщин и мужчин составляет 1,8 : 1 (139 женщин и 76 мужчин).

Средний возраст женщин – 53±15,8 года, мужчин – 55±14,6 лет.

Минимальный и максимальный возраст возникновения меланомы был отмечен у женщин – 18 и 96 лет соответственно, тогда как для мужчин – 23 и 88 лет.

По данным проведенного исследования, наиболее часто МК у женщин локализуется в области туловища (по МКБ-10 – С43.5) – 51 пациент, а также на нижней конечности (С43.7) – у 46 пациентов. Другие локализации встречались реже: меланома уха и наружного слухового прохода (С43.2) – 3 случая, меланома других и неуточненных частей лица (С43.3) – 10 случаев, меланома волосистой части головы и шеи (С43.4) – 5 случаев, меланома верхней конечности (С43.6) – 22 случая, меланома без уточнения локализации (С43.9) – у 2 пациентов. Данные представлены на рисунке 1.

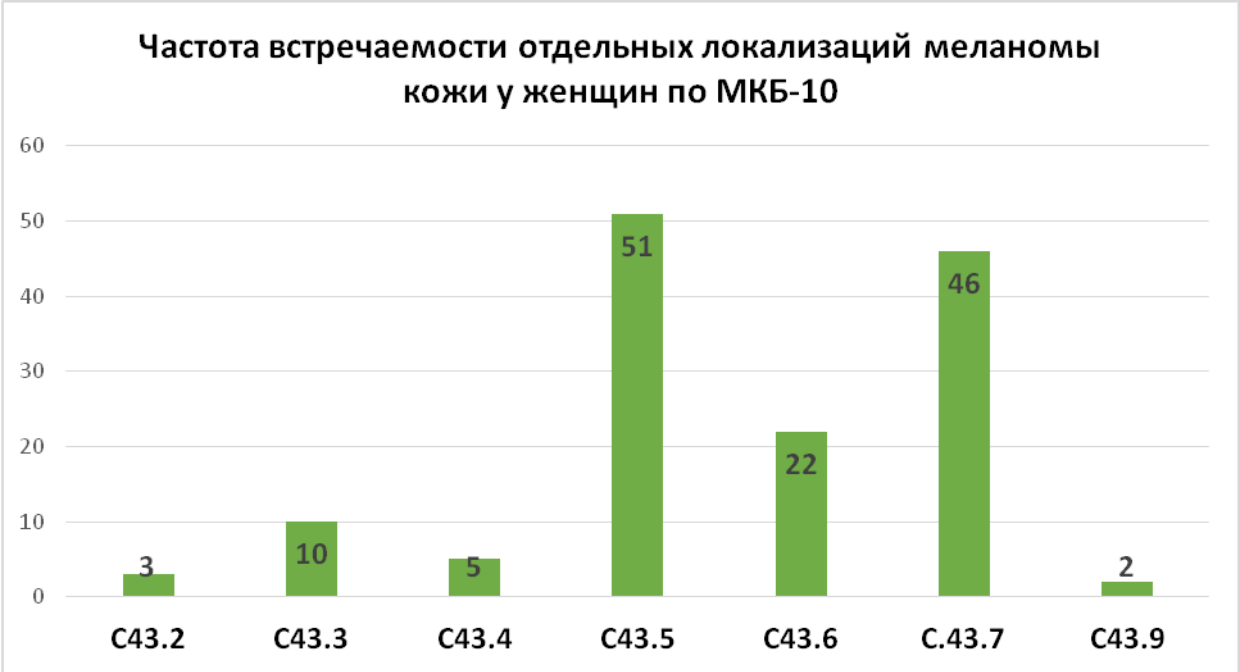


Рис. 1. – Частота встречаемости отдельных локализаций МК у женщин по МКБ-10

Наиболее частой локализацией у мужчин является меланома туловища – 49 случаев (С43.5); другие локализации: меланома других и неуточненных частей лица (С43.3) – 2 случаев, меланома волосистой части головы и шеи (С43.4) – 5 случаев, меланома верхней конечности (С43.6) – 10 случая, меланома нижней конечности (С43.7) – 9 случаев, меланома без уточнения локализации (С43.9) – у 1 пациента. Данные представлены на рисунке 2.



Рис. 2 – Частота встречаемости отдельных локализаций МК у мужчин по МКБ-10

Клинические формы меланомы представлены в следующем соотношении: лентиго-меланома – 72 случая (33,5%); поверхностно распространяющаяся меланома – 36 (16,7%), узловая меланома – 49 (22,8%) без дополнительных уточнений (БДУ) - 54 (25,1%) другие формы меланомы – 4 (1,9%). Данные представлены на рисунке 3.

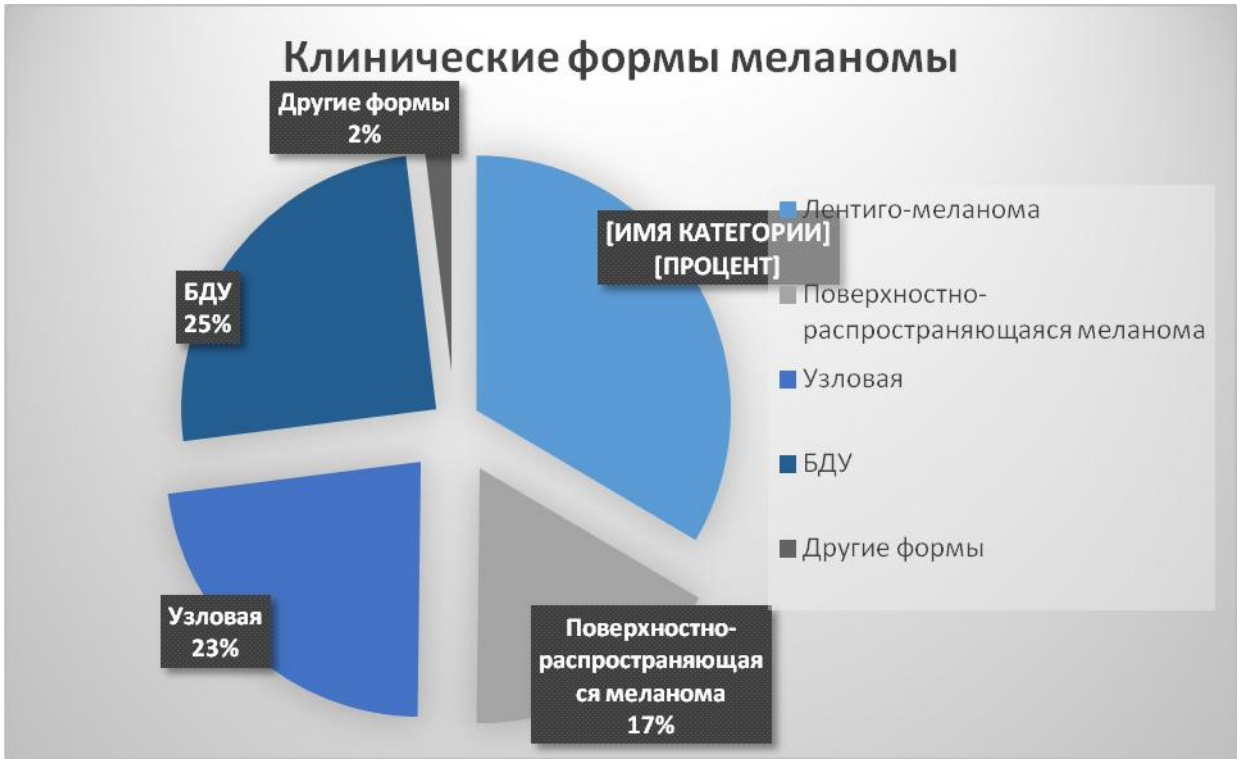


Рис. 3. – Клинические формы меланомы кожи по данным, полученным из амбулаторных карт МГКОД с 2010 по 2014 год.

210 пациентов (97,7%) получили радикальное хирургическое лечение в объеме широкого электроножевого иссечения опухоли, по показаниям проводились пластические операции. 5 пациентов не получили радикальное хирургическое лечение из-за сопутствующей патологии.

После радикального хирургического лечения выявлено 32 рецидива (14,9%). В 84,4% случаев (у 27 пациентов) это были метастазы в лимфатические узлы различной локализации, в связи с чем 25 пациентам проведены лимфаденэктомии, что составило 10,7% от общего количества пациентов с данным диагнозом.

Из-за прогрессирования заболевания умер 21 пациент (7,6%).

Также проведена оценка регулярности и объема наблюдения пациентов после проведенного лечения согласно утвержденному в Республике Беларусь клиническому протоколу [1].

Заключение и выводы.

1. Женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины.

2. Наиболее частая локализация меланомы кожи у женщин – голень, у мужчин – область спины.

3. Пациентам проводится радикальное хирургическое лечение в объеме широкого электроножевого иссечения опухоли, при прогрессировании заболевания в лимфатические узлы – лимфаденэктомии.

4. Смертность от меланомы на 1 стадии заболевания непосредственно зависит от регулярного динамического наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований: сборник научных статей / О. Г. Суконко [и др]; Под ред. О. Г. Суконко, С. А. Красного. – 2 выпуск. – Минск: Профессиональные издания, 2012. – 508 с.

2. Океанов, А. Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь 2003 – 2012: статистический сборник / А. Е. Океанов, П. И. Моисеев, Л. Ф. Левин. / Под ред. О. Г. Суконко. Минск: М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр онкологии и мед. радиологии им. Н. Н. Александрова, Белорус. Канцер-регистр, 2013. – 373 с.

3. Фрадкин, С. З. Меланома кожи: практ. пособие для врачей / С. З. Фрадкин, И. В. Залуцкий. – Минск: Беларусь, 2000. – 221 с.

УДК 616-001.6

С.С. СТОЖАРОВ, Д.Н. ЕЛИСЕЕВ, И.О. ЕВГРАФОВ, Н.В. АФАНАСЬЕВА

РОТАЦИОННЫЙ ПОДВЫВИХ ПЕРВОГО ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА У ДЕТЕЙ И АППАРАТНЫЙ МЕТОД ЕГО КОРРЕКЦИИ

Научный руководитель - д.м.н., профессор, Б.Ш. Минасов
Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В этой статье мы обращаем внимание на важность проблемы подвывиха первого шейного позвонка, и доступный метод его коррекции с минимальными осложнениями. Проведено исследование, в результате которого доказана эффективность и положительные эффекты после коррекции первого шейного позвонка.*

Ключевые слова: *подвывих, атлант, коррекция.*

S.S. STOZHAROV, D.N. ELISEEV, I.O. EVGRAFOV, N.V. AFANASYEVA

ROTATIONAL SUBLUXATION OF THE FIRST CERVICAL VERTEBRA IN CHILDREN AND THE HARDWARE METOD OF ITS CORRECTION

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor B.S. Minasov
Department of traumatology and orthopedics with the course of IAPE,
Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *In this article, we draw attention to the importance of the problem of subluxation of the first cervical vertebra, and an available method for its correction with minimal complications. A study was conducted, which proved the effectiveness and positive effects after correction of the first cervical vertebra.*

Keywords: *subluxation, atlant, correction.*

Актуальность. Подвывих в атланто-аксиальном и атланто-окципитальном суставе является актуальной проблемой детской патологии верхнего шейного отдела позвоночника. Наиболее частая причина – это родовая травма шейного отдела. «Череп ребенка в высшей степени чувствителен к силам родов. Физиологический недостаток развития и гибкости, необходимый для процесса рождения, а также диспропорции между родовыми путями и плодом – все это неблагоприятно складывается на правильном росте и развитии необходимом для нормальной структуры и функции…»[13]. Ротационный подвывих первого шейного позвонка выявляется у 47,3% детей с родовыми повреждениями ШОП (Лиев А.А.,

Скоробогач М.И.). [12] *«Процесс рождения является одним из наиболее травматических процессов для человека»(Куршнир Г.М., 1983; Хасанов А.А.,1992; Ратнер А.Ю.,1995).[1,2]*

Цель работы. Доказать эффективность предложенного метода коррекции и показать его преимущества, и ,самое главное, привлечь внимание к такой проблеме, как изменение положения С1 – позвонка, и связанные с этим нарушения сосудистого и неврологического характера.

Введение.

Опасность ротационного подвывиха атланта в том, что существует возможность возникновения неврологических, сосудистых, костных изменений. Ротационный подвывих атланта – это синдром, наблюдающийся при поражении краниовертебральной зоны. На уровне каудальных отделов ствола мозга, миелобульбарного перехода и первых четырех сегментов спинного мозга находятся структуры вегетативных, сосудодвигательного, дыхательного центров. Поэтому краниовертебральная травма влечет за собой различные вегетативные нарушения, а также нарушения кровообращения и дыхания. В зависимости от выраженности изменения положения происходит поврежденных тех или иных отделов спинного мозга, перегибы позвоночной артерии ,изменение костной структуры, у 39% пациентов это проходит бессимптомно. В своей классификации А.Ю. Ратнер и М.К. Михайлов относят ротационный подвывих и полный вывих атланта к нарушению целостности позвоночного канала без или с повреждением спинного мозга. В силу ряда причин максимальная нагрузка в родах падает на краниовертебральный переход, так как ставшая в процессе эволюции более крупной голова должна быть протиснута через воронкообразный сильно изогнутый родовой канал. (Ратнер А.Ю., 1991; Барашнев Ю.И., 1993; Загородникова О.А., 1997) [2]. По данным различных авторов, родовая позвоночно-спинальная травма обнаруживается у 30 % от общего числа родившихся детей (Ратнер А.Ю., 1995; Хасанов А.А., 1997). Родовые повреждения шейного отдела позвоночника, спинного мозга, позвоночных артерий являются причиной смерти до 33% всех умерших новорожденных. По данным М.К. Михайлова , родовая травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга составляет 85,5% среди всех родовых травм, что подтверждается работами О.М. Юхновой. Среди этих больных подвывих в срединном атланто-аксиальном суставе и ротационный подвывих атланта встречается в 45-51% .Ротационный подвывих атланта встречается не только у детей, но и у взрослых, но может носить посттравматический характер.

Следует отметить, что грубым повреждениям позвоночного столба, а также переломам костей свода черепа посвящено немало публикаций. По данным статистики повреждения

выявляются у 10% новорожденных. Однако тем повреждениям, которые не носят особо тяжелый характер, но все же значительно нарушающим функционирование, как ЦНС, так и всего организма, уделено не так много внимания, встречаются они в 78% случаев(Viola M. Frymann, Д.О., 1998)[13]. Также происходят ликвородинамические нарушения, обусловленные натальным повреждением сфено – базилярного симфиза.

Согласно ежегодным данным отечественных исследователей, поступление детей с остро возникшей патологией шейного отдела позвоночника в хирургические стационары - очень частое событие, не уступающее компрессионным переломам грудных и поясничных локализаций. Эта патология чаще всего сводится к диагнозам ротационный подвывих атланта, болезнь Гризеля или шейный миозит. По данным крупных иностранных специализированных центров пациенты, требующие оперативного лечения, составляют 1-2 ребенка с истинной травмой и 4-9 с атланто-аксиальным блокированием в год.

Ротационный подвывих первого шейного позвонка условно можно разделить на атланто-окципитальную и атланто-аксиальную дислокации.

1. Атланто-окципитальную дислокацию зачастую не выявляют. Заболевание встречается примерно у 1% пациентов с повреждениями шейного отдела, на аутопсии в результате летального повреждения шейного отдела его находят в 8-19% случаев. При бульбоцервикальной диссоциации могут быть нарушения функции нижних ЧМН, как с признаками повреждения спинного мозга, так и без них.

2. Атланто-аксиальная дислокация. В ее ротационном варианте неврологический дефицит наблюдается редко. Возможные проявления включают кривошею и ограничение подвижности шеи. В переднем ее варианте, у трети пациентов с такой патологией выявляют грубый неврологический дефицит, вплоть до летального исхода.

В данной статье мы предлагаем аппаратную методику закрытой коррекции первого шейного позвонка «AtlasPROfessional», авторами которой являются Елисеев Д.Н. и Ахметханов А.Г., проводимую на базе «Центра коррекции позвоночника «Атлант»». Ее плюсы: возможность проведения с 5 лет, низкий болевой синдром, минимальное вмешательство, низкая частота рецидивов, и высокий процент успешных коррекций.

Аппаратная методика «AtlasPROfessional». Улучшенная методика коррекции положение первого шейного позвонка, добавлены подготовительный период, включающий проработку паравертебральных мышц и подготовки позвоночника, и реабилитационный период, с использованием мягких остеопатических и мануальных техник и наблюдением пациента в течение года для проверки рецидивов.

После каждой из проделанных процедур производятся диагностические пробы, дополненные манипуляцией функционального блока суставного генеза на кранио-цервикальном переходе.

Материалы и методы. В проводимом нами исследовании участвовало 10 детей, в возрасте от 5 до 14 лет, как мужского, так и женского пола. У всех обследованных детей обнаружена патология – подвывих первого шейного позвонка. Всем пациентам была проведена коррекция атланта, с последующей проверкой положения атланта. Используемые нами методы исследования – мануальные методы диагностики (ротационно-флексионный тест), лучевые методы (в частности, МРТ), метод статистики.

Результаты и обсуждение. Процент тех, кому помогла методика 100%. (Именно произошла корректировка положения до нормы, и исчезновение симптомов расстройств). Процент рецидивов 10% (рецидивы были исправлены, с дальнейшей реабилитацией и наблюдением в течение года).

Заключение и выводы: проведя эту работу, мы хотим не остановимся и хотим расширить круг исследования до 50 человек; этой работой мы хотим акцентировать внимание на проблеме ротационного подвывих первого шейного позвонка, и доказать действенность и эффективность аппаратной методики коррекции первого шейного позвонка «AtlasPROfessional», учитывая, что корректировка имеет малый процент рецедивов, которые коррелируются в течение 3-4 недель реабилитационными массажами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ахадов Т.Д., Панов В.О., Айххофф У. Магнитно-резонансная томография спинного мозга и позвоночника.- М., 2000.- С. 586-633.
2. Ахметсафин А.Н. Очерк мануальной медицины / Под ред. А.А. Скоромца.- СПбГМУ, 2005. – 67 с.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология.- М.:Медицина,1984. – С. 352.
4. Д.К. Богородинский, А.А. Скоромец. Краниовертебральная патология ,– М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008. 288с.
5. А.В.Губин Острая кривошея у детей: Пособие для врачей: Н-Л; СПб.; 2010 – 66 с.
6. Клаус Букуп. Клиническое исследование костей, суставов и мышц. М., Медицинская литература, 2008. – 311 с.
7. Куршнир Г.М. Родовые повреждения головного и спинного мозга. Тезисы докладов II Республиканской конференции. Казань,- 1983.-С.97.

8. Лиев А. А., Скоробогач М. И., Татьянченко В. К.. Роль ротационного подвывиха атланта в формировании миофасциального болевого синдром и сколиотической деформации позвоночника. М., Медицинская литература, 2008. – 71 с.
9. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных/острый период и поздние осложнения /- Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1995.-367с.
10. . В. И. Садофьева Нормальная рентгеноанатомия костно-суставной системы детей ЛЕНИНГРАД «МЕДИЦИНА» Ленинградское отделение 1990 – 94 с.
11. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А., Тиссен Т.П. Спинальная ангиология: Руководство для врачей. – М.:МЕДпресс, 2003.-608 с.
12. Хасанов А.А. Акушерская проблема родового травматизма новорожденных. Изд-во Казанского университета, 1992. -123 с.
13. Frymann Viola M. Legacy of Osteopathy to Children.-JAOA,1998.-P.91-95.
14. Magoun Harold I. Sr. L- Osteopathie dans la sphere cranienne.-Ed.Spirales,1994.-368p.

УДК 616.31-001.17

Л.Ф. ХИСАМИЕВА

СЕЛЕКТИВНАЯ ДЕКОНТАМИНАЦИЯ В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Научный руководитель – д.м.н, профессор Т.Р.Мавлютов

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: *в данной статье описана актуальность ожоговой болезни, и рассмотрены новые методы в борьбе с осложнениями.*

Ключевые слова: *ожоговая болезнь, микрофлора, антибиотики, биоценоз, селективная деконтаминация.*

L.F.KHISAMIEVA

SELECTIVE DECONTAMINATION IN COMPLEX INTENSIVE TREATMENT OF BURN DISEASE

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor T.R.Mavlutov

Department of traumatology and orthopedics with a course IDPO, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *In this article, the actuality of the burn disease is described, and new methods are considered effective against suppuration complications.*

Keywords: *Burn disease, selective decontamination, microflora, antibiotics, biocenosis.*

Актуальность. По данным ВОЗ термические травмы занимают 3 место по частоте среди прочих травм.

Осложнениями при ожогах является: снижение естественной защиты от инфекции (вследствие нарушения целостности кожи), нарушения проницаемости сосудов (кожи и кишечника), выход микрофлоры из просвета кишечника и ран во внутренние среды организма на фоне вторичного иммунодефицита.

По результатам исследования в ожоговом центре РБ в последние 10-летия наиболее часто ожоговые раны были обсеменены:

1) Стафилококком (60%)
2) Грамотрицательной флорой (27%)
3) Грибковая суперинфекция (13%)

При ожогах более 10% поверхности тела обнарували дисбактериоз кишечника.

Успехи в лечении первых периодов ожоговой болезни не решили проблему снижения летальных исходов от инфекционных осложнений: ожоговых ран и сепсиса. Ожоговая рана в процессе лечения заселяется микрофлорой их взаимозависимых основных резервуаров-собственной кожи и кишечника, затем отделения; имеется корреляция между ними.

Селективная деконтаминация - избирательное подавление роста и полное уничтожение условно-патогенных микроорганизмов в основных микробных резервуарах организма.

Применение микробной изоляции и селективной деконтаминации в лечении ожоговых ран позволяют:

1)контролировать микробиоциноз и перекрыть пути контаминации ожоговой раны патогенной флорой.

2) обеспечить аппаратную изоляцию от госпитальной флоры на фоне комплексного лечения, ранее (в том числе и временное) закрытие ожоговых ран

3) предупреждение и коррекцию дисбактериоза – т.е. перекрытие всех основных путей контаминации ран.

Цель работы. Обосновать и оценить эффективность создания безмикробного окружения ран и предотвращения эндогенного инфицирования методом селективной деконтаминации(СД) и гнотобиологической изоляции при ожогах.

Материалы и методы. 59 пациентам от 1 года до 73 лет с ожогами >10%поверхности тела. Больные получали per os препараты для подавления условнопатогенной и патогенной кишечной микрофлоры - не всасывающиеся из кишечника аминогликозиды, оксациллин, метронидазол; нистатин и другие противомикозные в различных сочетаниях. Выбор препарата зависел от возбудителей, выделенных в значимых количествах из раны и кишечника.

Для ускорения восстановления и дальнейшего поддержания биоценоза после СД или одновременно назначились бактерийные препараты: лактобактерин, бифидумбактерин, бификол, колибактерин, бактисубтил.

Результаты и обсуждение. Результаты исследований показывают, что применение СД – профилактический режим селективного воздействия на основной резервуар микрофлоры больных- желудочно- кишечный тракт, в сочетании с режимом микробной изоляции, удалось существенно отдалить и уменьшить колонизацию ожоговой раны и предотвратить инфекционные осложнения у пациентов с термической травмой; сократить осложнения и сроки лечения в среднем на 7,5 дней.

Заключение и выводы. При применении изолирующих устройств обсеменённость ран падала ниже критического уровня на 2-5 сутки изоляции. Достоверно доказана возможность исключения нагноения из течения раневого процесса при ранней селективной изоляции, сокращения фазы воспаления при частичной, отсроченной и поздней изоляции.

СД позволила элиминировать или резко снизить количество патогенной микрофлоры в кишечнике тяжелообожженных, что отразилось в снижении обсеменённости ран, уменьшении частоты и тяжести гнойных осложнений.

Считаем – больным с ожогами площадью более 10% поверхности тела, независимо от метода хирургического воздействия, рекомендуется контрольное обследование микрофлоры кишечника и коррекция ее, по показаниям, методами селективной деконтаминации.

Таким образом, применение в клинике термических поражений разработанного комплекса лечебных и профилактических мероприятий позволило сократить сроки лечения в стационаре на 4,5 при поверхностных и на 6 суток при глубоких ожогах в исследуемых группах и улучшить результаты лечения за счет сокращения случаев гнойных осложнений термических поражений, уменьшить летальность при критических ожогах, добиться

экономического эффекта и улучшения качества жизни детей перенесших термическую травму.

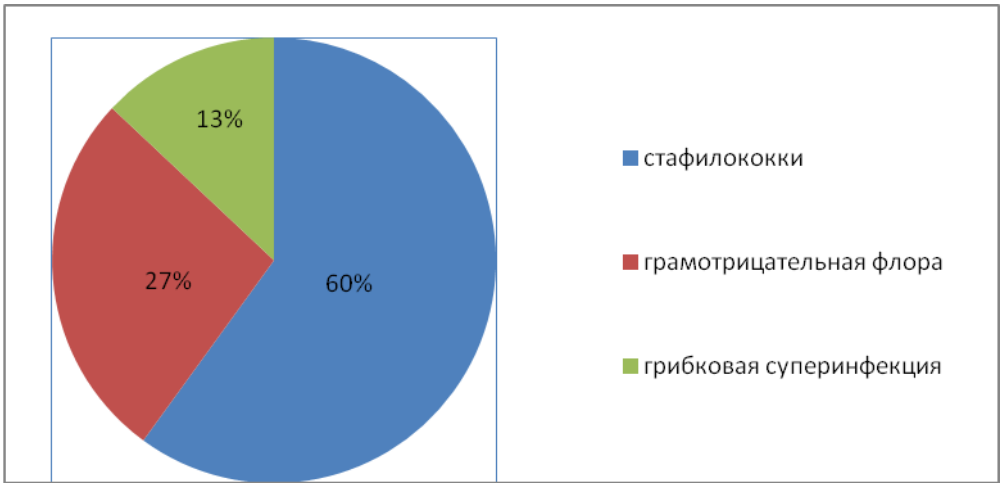


Рис. 1 Обсеменение ожоговых рна за последние 10 лет в ожоговом центре РБ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Атясов Н.И. Система активного хирургического лечения тяжелообожженных. - Горький, 2013. - 332 с.

2. Байков Д.А., Мавлютов Т.Р., Гаймалетдинов А.З. и соавт., Современные технологии в лечении амбулаторных ожогов, Актуальные проблемы термической травмы: Материалы международной конференции, Санкт-Петербург, 2012, с.240-241

3. Мавлютов Т.Р. Предупреждение и лечение инфекционных осложнений ожогов у детей.Уфа 2009. Монограмма

УДК 616.36/.367-089-06:616.381-072.1-089

А.М. САРГСЯН

СЕЛЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ш.В. Тимербулатов

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Резюме: *цель работы проанализировать причины госпитализации пациентов с повторными приступами болей после холецистэктомии (ХЭ) («постхолецистэктомическим синдром» (ПХЭС)) и разработать алгоритм мероприятий, направленных на профилактику неудовлетворительных результатов оперативного лечения желчекаменной болезни (ЖКБ).*

Выполнено проспективное нерандомизированное исследование результатов оперативного лечения ЖКБ 693 пациентов после внедрения в клиническую практику Римских критериев III и ретроспективный анализ результатов 803 ХЭ, выполненных до внедрения. В плановом порядке ХЭ была выполнена 502(72,44%) пациентам, в экстренном – 191(27,56%). Повторно были госпитализированы 103(14,86%) пациента (в первые 2 года – 72(69,90%) пациента).

После плановой ХЭ было 69 (13,74%, n=502) пациентов, экстренной – 34(17,80%, n=191), женщин – 69(66,99%), мужчин – 34(33,01%). Диагноз ПХЭС был выставлен 49(48,51%, n=103) пациентам (женщин – 39(79,59%), мужчин - 10(20,41%)). По результатам ретроспективного анализа 803 ХЭ за данный период в различные сроки после оперативного лечения (более 3х лет) были повторно госпитализированы 208 пациента с различными диагнозами и приступами болей, аналогичных тем, что были до ХЭ.

Ключевые слова: *желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, постхолецистэктомический синдром.*

A.M. SARGSYAN

SELECTION OF PATIENTS SCHEDULED FOR CHOLECYSTECTOMY PREVENTION OF POST-CHOLECYSTECTOMY SYNDROME

Scientific Advisor – Ph. D. in Medicine, Full professor Sh.V. Timerbulatov
Department of surgery with the course of endoscopy and substituting technologies,
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *The aim of this work to analyze the causes of hospitalization of patients with repeated attacks of pain after cholecystectomy (CE) ("post-cholecystectomy syndrome" (PHES)) and to develop an algorithm of actions aimed at the prevention of unsatisfactory results of surgical treatment of cholelithiasis. Performed a prospective non-randomized study of results of surgical treatment of cholelithiasis 693 patients after introduction into clinical practice of Rome III criteria and retrospective analysis of 803 CE performed prior to implementation. Routinely CE was performed 502(72,44%) patients, in the emergency – 191(27,56%). Was re-hospitalized 103(14,86%) patients (in the first 2 years – 72(69,90%) patients). After the planned CE was 69 (of 13.74%, n=502) patients, extra – 34(17,80%, n=191), women – 69(66,99%) men 34(of 33.01%). The diagnosis of PHES were exposed to 49(of 48.51%, n=103) patients (women – 39(79,59%), men 10(of 20.41%)). According to the results of a retrospective analysis of 803 CE during this period at different times after surgery (more than 3 years) were re-hospitalized 208 patients with different diagnoses and attacks of pain similar to those that were to CE.*

Keywords: *cholelithiasis, cholecystectomy, post-cholecystectomy syndrome.*

Актуальность. Актуальность проблемы ЖКБ постоянно возрастает, что обусловлено увеличением числа больных с этой патологией. В последнее десятилетие ЖКБ выявляется у каждой 5 женщины и у каждого 10 мужчины. По Клиническим Рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ЖКБ 2016г. болезни

желчного пузыря и желчевыводящих путей составляют около 10-28% от всех гастроэнтерологических заболеваний и являются одними из важнейших медицинских и социальных проблем, так как во всем мире отмечается постоянный рост заболеваемости. ЖКБ является одной из самых распространенных заболеваний, требующих хирургического лечения, по частоте уступает лишь острому аппендициту, а иногда встречается чаще [3,4,5,6,9].

«Золотым стандартом» лечения ЖКБ является ХЭ [3,4,5,10]. В России ежегодно выполняется около 200 тысяч ХЭ различными хирургическими доступами [3,4]. Однако в послеоперационном периоде у определенного числа пациентов возобновляются боли, аналогичные тем, что были до хирургического вмешательства. Однако причины болей в большинстве случаях объяснить не удается, и пациентам выставляется диагноз «постхолецистэктомический синдром» [1,2,3,4,7,8,9].

Цель работы. Проанализировать причины госпитализации пациентов с повторными приступами болей после ХЭ («постхолецистэктомическим синдром») и разработать алгоритм мероприятий, направленных на профилактику неудовлетворительных результатов оперативного лечения ЖКБ.

Материалы и методы. За период с мая 2013 по март 2017 годы в хирургическом отделении выполнено проспективное нерандомизированное исследование результатов оперативного лечения ЖКБ 693 пациентов после внедрения в клиническую практику Римских критериев III и ретроспективный анализ результатов 803 ХЭ, выполненных до внедрения. По результатам ретроспективного анализа 803 ХЭ за данный период в различные сроки после оперативного лечения (более 3х лет) были повторно госпитализированы 208 пациента с различными диагнозами и приступами болей, аналогичных тем, что были до ХЭ.

Результаты и обсуждение. Отбор пациентов для плановой ХЭ проводился согласно Римским критериям III выбора и показаний к хирургическим вмешательствам при ЖКБ [10].Для постановки диагноза хронический калькулёзный холецистит пациентам проводились следующие виды исследований: тщательно собирался анамнез и жалобы, измерение роста и массы тела, вычисление ИМТ, общеклинические исследования крови и мочи, ФЭГДС, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Плановое оперативное лечение выполнялось только при показаниях, которые выставлялись на догоспитальном этапе, и согласно Римским критериям III отбора пациентов сумма баллов составляла 5-8. При отсутствии показаний к оперативному лечению, больным назначалось

консервативное лечение и рекомендовалось наблюдение (у «камненосителей») с проведением УЗИ через 1-2 года [10].

За период с мая 2013 по март 2017 годы в хирургическом отделении было проведено оперативное лечение ЖКБ 693 пациентов: 502 (72,44%) пациента были прооперированы в плановом порядке, 191 (27,56%) – в экстренном. Из обследованных 693 пациентов 502 (72,44%) пациентам была выполнена ХЭ в плановом порядке, 191 (27,56%) – в экстренном. Повторно были госпитализированы 103 (14,86%) пациента (в т.ч. в первые 2 года – 72 (69,90%) пациента). После планового оперативного лечения - 69(13,74%, n=502) пациентов, после экстренного 34 (17,80%, n=191). Из числа повторно госпитализированных женщин было 69 (66,99%), мужчин 34(33,01%). Диагноз ПХЭС был выставлен 49 (48,51%, n=103) пациентам, среди которых женщин было 39 (79,59%), а мужчин - 10 (20,41%). Распределение по нозологиям представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение повторно госпитализированных пациентов по нозологиям после ХЭ

Диагноз	Панкреатит		Холедохолитиаз		ПХЭС		Прочие		Всего
Период	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	
до 1 месяца	4	4		1	5	2	1 (к31.5)		17
от 1 до 3 месяцев	2	1	1		2	3	2 (к31.5)	4	15
от 3 до 6 месяцев	3	2	2	1	2	2	2	2	16
от 6 мес. до 1 года	2	2	2		3	1	1		11
от 1 до 2 лет	3	1	1	1	7				13
Более 2 лет	2	2	2	3	19	3			31

Всего	16	12	8	6	38	11	6	6	103
Всего	28		14		49		12		103

По результатам ретроспективного анализа 803 ХЭ за данный период в различные сроки после оперативного лечения (более 3х лет) были повторно госпитализированы 208(25,90%) пациента с различными диагнозами и приступами болей, аналогичных тем, что были до ХЭ. 133(63,94%) пациента с диагнозом острый панкреатит, 48(23,07%) – с диагнозом ПХЭС, 24(11,53%) – с диагнозом холедохолитиаз, 3(1,44%) – с диагнозом артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки [7].

Считается, что выполнение своевременной плановой ХЭ приводит к полному выздоровлению и полному восстановлению трудоспособности и качества жизни у большинства пациентов [3,4,6]. Но по данным разных авторов и по нашим результатам в различные сроки после ХЭ – 5-40% пациентов и более не отмечаются облегчения, напротив, возобновляются боли и диспепсические явления. По данным литературы у 40–45% больных причиной жалоб служат органические нарушения (стриктуры желчных путей, нераспознанные камни общего желчного протока, предшествующие заболевания ЖКТ и др.), у 55–60% – функциональные [1,2,3,4,6,7,8].

Заключение и выводы. Таким образом, внедрение Римских критериев III позволяет сократить число повторных госпитализаций после ХЭ с 25,90% до 14,86%, однако данный показатель все еще остается высоким. Плановая ХЭ не гарантирует пациенту избавление от болей, наоборот, она иногда может усугубить состояние пациента. Для уменьшения неблагоприятных результатов после ХЭ необходимо выявление непосредственной причины камнеобразования и совместно с ХЭ, борьба с причинами холелитиаза: 1) дооперационное планирование выбора метода хирургического лечения; 2) оценка функционального состояния желчевыводящей системы (ЖВС) и ЖКТ (именно функциональные нарушения в большинстве случаев приводят к дальнейшему развитию неблагоприятных исходов); 3) пересмотр Римских критериев III, с целью расширения диагностических мероприятий на дооперационном этапе: a) УЗИ и/или ЭндоУЗИ с исследование функционального состояния ЖВС, направленное на исключение дискинезии желчевыводящих протоков и сфинктера Одди; b) - измерение внутрипросветного давления в двенадцатиперстной кишке; c) УЗИ ОБП и/или КТ с исследованием верхних брыжеечных сосудов и их взаимоотношение с органами; d) МРТ холангиография и/или сцинтиография желчных протоков для исключения спазма сфинктера Одди и мелких стриктур.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ардатская М. Д. Функциональные расстройства билиарного тракта (определение, классификация, диагностические и лечебные подходы) // Справочник поликлинического врача. 2010. № 7.

2. Винник Ю.С., Черданцев Д.В., Чекишева И.В. и др. Влияние способа холецистэктомии на возникновении дисфункции сфинктера Одди // Эндоскоп. Хир. 2006 №2. С.28

3. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. И доп. М., 2011. -880с.

4. Лоранская И. Д., Ракитская Л. Г., Малахова Е. В., Мамедова Л. Д. Лечение хронических холециститов – Лечащий врач.- 2006.-№6

5. Лучевич О.Э., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А. Эндовидеохирургические методики в лечении больных с желчнокаменной болезнью // Хирургия. 2007. №7. С. 16-20

6. Маев И.В., Черемушкин С.В. Заболевания кишечника. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III.- Consiliummedicum.- 2007.- т. 09.-№1

7. Тимербулатов Ш.В., Ямалов Р.А., Саргсян А.М. Современные взгляды на плановую холецистэктомию//81-й Всероссийской итоговой молодежной научной конференции с международным участием «Вопросы теоретической и практической медицины». Сборник материалов С. 234-241

8. Шигалов П.С. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография в диагностике причин постхолецистэктомического синдрома // Эндоскоп. Хир. 2005 №1 С. 51.

9. DiCiaula A., Wang D.Q., Wang H.H., et al. Targets forcurrent pharmacologic therapy in cholesterol gallstone disease// Gastroenterol. Clin. North Am. – 2010. – Vol. 39(2). – P. 245-64

10. DrossmanD.A.The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. Gastroenterology 2006; 130:1377–1390.

УДК 617-089.844

СИФОРОВ Р. В., ПЕТРОВА Д. А., ГАВРИЛОВА Н. В., ГРИШИН В. Ю. СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: ДОМИНИРУЮЩАЯ ФЛОРА И ЕЕ УСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

Научный руководитель - д. м. н., профессор А. В. Федосеев

Кафедра общей хирургии, Рязанский государственный медицинский университет

Резюме: *В статье представлены результаты сравнительного анализа изменения микробного спектра у больных синдромом диабетической стопы, лечившихся в отделении гнойной хирургии больницы скорой медицинской помощи г. Рязани.*

Ключевые слова: *сахарный диабет, синдром диабетической стопы, инфекция, микрофлора, полирезистентные штаммы.*

SIFOROV R.V., PETROVA D.A, GAVRILOVA N.V, GRISHIN V.YU. SYNDROME OF DIABETIC FOOT: THE DOMINANT FLORA AND ITS RESISTANSE TO ANTIBIOTIC TERAPY

Scientific adviser - M.D. Professor A.V. Fedoseev

Department of general surgery, Ryazan State Medical University, Ryazan.

Abstract: *the article presents results of comparative analysis of the changing of the bacterial spectrum in patients with diabetic foot syndrome treated in the Department of purulent surgery of hospital of an emergency medical services in the city of Ryazan.*

Keywords: *diabetic foot syndrome, infection, microflora, microbiological studies, multidrug resistant strains, the structure of pathogens.*

Актуальность: Сахарный диабет является одной из важнейших медико-социальных проблем. Одним из наиболее грозных осложнений этого заболевания является синдром диабетической стопы. Большинство случаев синдрома диабетической стопы ассоциирована с инфекцией, а вид возбудителя во многом определяет течение раневого процесса, его тяжесть, характер поражения тканей, скорость распространения и даже исход заболевания. Поэтому изучение спектра возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний и их чувствительности к антибактериальным препаратам является актуальной проблемой и основной задачей лаборатории, которую можно решить с помощью микробиологического мониторинга.

Цель исследования: Изучить динамику изменений в структуре возбудителей гнойно-некротических осложнений у больных с синдромом диабетической стопы и их чувствительность к антимикробным препаратам.

Материалы и методы: Проведен сравнительный анализ микробного пейзажа четырех групп больных синдромом диабетической стопы, лечившихся в отделении гнойной хирургии БСМП 1-я группа: 1997 год, 69 пациентов. 2-я группа: 2002 год, 54 пациента. 3-я группа 2015 год, 130 пациентов и 4-я группа: 2016 год, 121 пациент.

Результаты и обсуждение: Основными возбудителями гнойно-некротических осложнений при СДС являются стафилококки - S. aureus, реже группа энтерококков – E. faecalis. В структуре грамотрицательной флоры поддерживает группу лидеров род Enterobacteriaceae, штаммы которого выделяются на высоком уровне за весь период наблюдения.

В группе грамположительных кокков также произошли изменения: S. aureus выделяется весь изучаемый период практически в одинаковом количестве и является ведущим возбудителем инфекции для больных диабетической стопой. Однако изменения коснулись их патогенных свойств и чувствительности к антибактериальным препаратам. Так, к 2016 году отмечается резкое снижение метициллин-резистентных штаммов S.aureus (MRSA) до 24,2%.

В нашем наблюдении не было ванкомицин-резистентных штаммов стафилококков, энтерококков и стрептококков. Отмечается рост резистентности грамположительных штаммов в течение последних лет к рифампицину, ципрофлоксацину, защищенным пенициллинам.

Второй по значимости проблемной группой грамотрицательных микроорганизмов нам представляется семейство энтеробактерий, штамы которых стали приобретать антибиотикорезистентность ко многим препаратам из-за увеличения продукции бета-лактамаз расширенного спектра. Таким образом, за период наблюдения и к 2016 году резко вырастает резистентность К. Pneumonia и E. colli к цефалоспоринам III поколения, к фторхинолонам.

Заключение и выводы: 1. Доминирующая флора у пациентов с диабетической стопой на протяжении всего времени наблюдения оставалась постоянной. В группе грамположительных бактерий - Staphylococcus aureus, в группе грамотрицательных микроорганизмов – семейство Enterobacteriaceae.

2. Чувствительность возбудителей инфекционного процесса может носить волнообразный характер, что открывает дорогу «забытым» антибактериальным препаратам.

3. На изменение резистентности микроорганизмов влияет, в том числе, тактика антибактериальной терапии, выбранной в данном стационаре.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Атлас диабета IDF. Шестое издание, 2014.
2. Бактериологическая диагностика раневой инфекции. Методические рекомендации. Под ред. М.И. Кузина. М., 1984.
3. Светухин А.М., Прокудина М.В., Павлова М.В. Микрофлора гнойно-некротических поражений стопы у больных сахарным диабетом. Антибиотики и химиотерапия 1995;(8):40–2.
4. Федосеев А.В. Сифоров Р.В. и др. Особенности микробного пейзажа раневой поверхности у больных с синдромом диабетической стопы. Антибиотики и химиотерапия, 2016, 61;5 – 6.
5. Allen D.M., Wong S.Y. Acinetobacter: a perspective. Singapore Med. J. 1990; 31 (6): 511–514.
6. Cunha B.A. Antibiotic selection for diabetic foot infections a review. J Foot Ankle Surg 2000;39(4):253–7.

УДК 616.216-002

Ю.Э. ДАМИНОВ, Л.Р. ЗИННАТУЛЛИНА

СИНДРОМ УПОРНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ

Научный руководитель – профессор, д.м.н. А.В. Гайворонский
Кафедра оториноларингологии и офтальмологии,
Санкт-Петербургский государственный университет.

Резюме: *В статье рассмотрен вопрос взаимосвязи синдрома упорных головных болей с наличием хронического патологического процесса в околоносовых пазухах с преимущественным поражением ячеек решетчатого лабиринта. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с диагнозом хронический риносинусит. Определено, что у большинства пациентов одной из ведущих жалоб является головная боль различной локализации и интенсивности, возможности ее диагностики, лечения, влияние на качество жизни.*

Ключевые слова: *цефалгия, синусная, головная боль, хронический риносинусит.*

J.E. DAMINOV, L.R. ZINNATULLINA

PERSISTENT HEADACHE SYNDROME IN CHRONIC RHINOSINUSITIS

Scientific advisor – Ph.D. in Medicine, Full professor A.V. Gaivoronskiy
Department of Otorhinolaryngology and Ophthalmology, Saint Petersburg State University

Abstract*: The article deals with the relationship between the syndrome of persistent headaches and the chronic pathological process in the paranasal sinuses. A retrospective analysis of the case histories of patients diagnosed with chronic rhinosinusitis was performed. It is determined that most patients complain for a headache of different localization and intensity, possibility of its diagnosis, treatment, impact on life quality.*

Keywords: *cephalgia, sinus headache, chronic rhinosinusitis.*

Актуальность: Одной из основных жалоб пациентов с диагнозом ХРС является головная боль (ГБ) различной локализации и интенсивности[2,5,9,11,12]. По международным стандартам, головная боль диагностируется на основе клинических (жалобы, анамнез, осмотр) данных[6]. Особенностью диагностики ГБ является отсутствие однозначно объективных методов его оценки. Дополнительную сложность диагностики обуславливают сопровождение первичных головных болей (мигрень, ГБ напряжения, кластерная ГБ, абузусная ГБ) назальными симптомами (ринорея, заложенность носа, снижение обоняния, слезотечение), подверженность влиянию со стороны погодных изменений[5,7,8]. В Международной классификации головных болей (МКГБ) 3 пересмотра[7] «головная боль

при хроническом риносинусите» относится ко вторичным головным болям и имеет определенные критерии: 1) совпадение возникновения ГБ с началом риносинусита; 2) значительное усиление ГБ одновременно с ухудшением течения риносинусита; 3) значительное ослабление или исчезновение ГБ параллельно с улучшением или разрешением риносинусита; 4) усиление ГБ при приложении давления в области проекции ОНП; 5) ипсилатеральная локализация ГБ при односторонних синуситах; 6) клинические, инструментальные, КТ-данные, подтверждающие наличие заболевания. Одним из убедительных доказательств в пользу риногенной головной боли является ее ослабление или исчезновение ГБ при воздействии локальной анестезии (анемизации).

Считается, что большая часть головных болей при синусите являются мигренью и ошибочно диагностируются как «синусная ГБ»[4,6,7,8,11,12] - до 48-68% пациентов с клиникой «синусных» ГБ в конечном счете устанавливается диагноз «мигрень»[12]. Однако, описаны эффективность лечения головной боли при ЛОР-вмешательстве (хирургическом и консервативном) в 51,66%, при совместном ЛОР-неврологическом лечении еще в 15,17%[9], снижение интенсивности головной боли в 73,6% случаев при применении функциональной эндоскопической хирургии[10], в результате применения интраназальных глюкокортикостероидов[11] и анемизации слизистой полости носа[7]. Диагностические критерии «мигрени» по МКГБ-3-бета: 1) Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении); 2) Односторонняя локализация; 3)Пульсирующий характер; 4) Средняя или значительная интенсивность боли; 5) ГБ ухудшается от обычной физической активности или требует ее прекращения; 6) ГБ сопровождается минимум одним из симптомов: тошнота, рвота, фотофобия или фонофобия [7].

Таким образом, остается актуальным вопрос дифференциальной диагностики мигрени и риногенной головной боли, их возможной взаимосвязи, поэтому мы считаем важной необходимость изучения синдрома головной боли у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями околоносовых пазух, разработки методов его диагностики, оценки и лечения.

Цель работы: Определить наличие взаимосвязи синдрома упорных головных болей с хроническим воспалительным процессом в ОНП.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ 157 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении в период 2015-2017 гг., страдавших хроническим синуситом с давностью заболевания от 5 месяцев до 26 лет с периодическими или постоянными ГБ в анамнезе. Группу пациентов составили 82 мужчины

(52,2%) и 75 женщин (47,8%) в возрасте 22-63 лет. Пациенты были подвергнуты комплексному обследованию, включавшему в себя подробный сбор анамнеза и выяснение жалоб, инструментальное, эндоскопическое обследование, выполнение мультиспиральной компьютерной томографии околоносовых пазух (МСКТ ОНП) тонкими срезами, а также лабораторной диагностике. По результатам обследования пациентам был выставлен диагноз хронический риносинусит различной этиологии. Пациентами были заполнены анкеты, визуально-аналоговые шкалы (ВАШ), дневник головной боли.

Результаты и обсуждение: Выявлено, что среди пациентов жалобы на синдром упорной головной боли предъявляли 88,2%, из них 56% мужчин, 44% женщин. По шкале ВАШ 23% пациентов отметили интенсивность боли на уровне 0-5, 71% на уровне 6-8, 7% на уровне 9-10. В 93% случае пациенты связывали возникновение синдрома головной боли с обострением хронического риносинусита. Использование анкетирования, дневников ГБ, ВАШ позволило уточнить особенности синдрома ГБ при ХРС: его частоту, интенсивность, локализацию, длительность, зависимость от внешних факторов, наличие зрительных или слуховых нарушений в течение часа до начала приступа у некоторых пациентов, применяемое лечение и его эффективность. У 94% пациентов большая часть приступов ГБ сопровождалась вегетативными проявлениями – ринореей, заложенностью носа, слезотечением, покраснением глаз или отеком века, реакцией на резкие изменения погодных условий. В 79% случаев боль не купировалась или практически не купировалась приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. 91% отметили значительное влияние головной боли на качество жизни. Данные эндоскопического обследования, МСКТ ОНП, бактериологического исследований свидетельствовали об особенностях анатомического строения носа и ОНП (искривление перегородки носа, блокирование соустий пазух, деформации носовых раковин) в сочетании с воспалительными явлениями и присутствием смешанной микрофлоры. У всех пациентов с синдромом ГБ определялось поражение ячеек решетчатого лабиринта, причем интенсивность ГБ коррелировала со степенью тяжести их поражения.

Всем пациентам была проведена санирующая и реконструктивная операция на ОНП. В 89% головные боли прекратились полностью, в 11% частота и интенсивность головной боли перестала оказывать значительное влияние на качество жизни пациентов. Т.е., после устранения анатомических предпосылок, очага инфекции, восстановления носового дыхания, аэрации пазух, транспорта секрета, в 100% случаев наблюдалось устранение или ослабление синдрома упорных головных болей, что говорит о взаимосвязи данных состояний.

Заключение и выводы: Жалоба на упорную головную боль является одной из ведущих у большинства пациентов с ХРС. У пациентов с синдромом упорных головных болей в 100% случаев наблюдались особенности анатомического строения, наличие воспалительных или воспалительно-пролиферативных процессов. Выполнение хирургического лечения оказало стойкий положительный эффект и значительно повысило качество жизни пациентов.

Лечение головной боли требует исключения патологии со стороны полости носа и околоносовых пазух, для чего мы предлагаем следующий алгоритм обследования пациентов с синдромом ГБ в рамках междисциплинарного подхода к лечению: 1. Консультация оториноларинголога. 2. Применение длительной аппликационной анестезии (анемизации) в области общего и среднего носовых ходов с диагностической целью. 3. Выполнение МСКТ ОНП для исключения патологического процесса в ОНП.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Арефьева Н.А. и соавт. - Хронический риносинусит: патогенез, диагностика и принципы лечения (клинические рекомендации); под ред. А.С. Лопатина; Российское общество ринологов. - М.: Практическая медицина, 2014. – 64 с.
2. Бабияк В.И., Говорун М.И., Накатис Я.А. – Оториноларингология: Руководство. В двух томах. – СПб.: Питер, 2009.
3. Осипова В.В., Корешкина М.И. Роль дополнительных методов исследования в диагностике первичных и вторичных форм головной боли. // Неврологический журнал. 2013. №1. С. 4-9.
4. Cady R.K. et al. Sinus Headache: A Neurology, Otolaryngology, Allergy, and Primary Care Consensus on Diagnosis and Treatment // Mayo Clin Proc 80: 908-916
5. Cashman E.C., Smyth D. Primary headache syndromes and sinus headache: An approach to diagnosis and management // Auris Nasus Larynx. 2012 Jun;39(3):257-60
6. Gryglas A. Allergic Rhinitis and Chronic Daily Headaches: Is There a Link? // Curr Neurol Neurosci Rep. 2016 Apr;16(4):33
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) // Cephalalgia, 2013, 33(9), 629-80
8. Jones N.S. Sinogenic facial pain: diagnosis and management. // Otolaryngol Clin North Am. 2005 Dec;38(6):1311-25

9. Lal D, Rounds A, Dodick DW. Comprehensive management of patients presenting to the otolaryngologist for sinus pressure, pain, or headache. // Laryngoscope. 2015 Feb;125(2):303-10
10. Moretz W.H., Kountakis S.E. Subjective headache before and after endoscopic sinus surgery. // Am J Rhinol. 2006 May-Jun;20(3):305-7.
11. Orlandi R.R. et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis // International Forum of Allergy & Rhinology, Vol. 6, No. S1, February 2016
12. Pedram D., Jennifer H.G., John M.D. “Sinus Headache” in Chronic Rhinosinusitis (CRS): An Analysis of Otolaryngology Initiated Treatment Efficacy of Migraine in the CRS Patient. J. Sinusitis. Migraine. 2016, 1:1

УДК: 616,346.2-002.3-071

М.Р. АКОПЯН, И.Ю. ПИКИН, К.А. ПАРХЕТА, А.Ю. ЗУБКОВА
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ

Научный руководитель - д.м.н., профессор О.Б. Нузова
Кафедра факультетской хирургии, Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

Резюме: *Аппендикулярный абсцесс – одно из осложнений острого аппендицита. Цель работы – оптимизация диагностики и лечения больных с аппендикулярным абсцессом. Клинические исследования охватили 10 пациентов. Отвечая на вопрос о причинах развития аппендикулярного абсцесса, можно выделить, характерную особенность, а именно, все больные поздно обратились за медицинской помощью. Помимо этого, сложный для диагностики клинический случай, ставит необходимость выбора выжидательной тактики, что в свою очередь приводит к пролонгации оперативного леченияи и может привести к усугублению состояния больного.*

Ключевые слова: *Аппендикулярный абсцесс, диагностика.*

M.R. Hakobyan, I.Yu. Pikin, K.A. Parcheta, A.Yu. Zubkova

DIAGNOSTICS OF DIAGNOSTICS OF PATIENTS WITH APPENDICULAR ABSESSES

Scientific Advisor - Ph.D in Medicine, Full professor O.B. Nuzova
Department of Faculty Surgery, Orenburg State Medical University, Orenburg

Abstract: *Appendicular abscess is one of the complications of acute appendicitis. The aim of the work is optimization of diagnostics and treatment of patients with appendicular abscess. Clinical studies covered 10 patients. Answering the question about the causes of appendicular abscess development, it is possible to single out a characteristic feature, namely, all patients late applied for medical help. In addition, a complex clinical case requires the choice of expectant management, which in turn leads to the prolongation of surgical treatment and may lead to aggravation of the patient's condition.*

Keywords: *appendicular abscess, diagnosis.*

Актуальность. Острый аппендицит является одним из наиболее часто встречающихся острых хирургических заболеваний живота. В среднем, заболеваемость острым аппендицитом составляет от 4 до 6 случаев на 1000 населения. Операции при остром

аппендиците в России занимают первое место по частоте среди экстренных хирургических вмешательств [1].

Аппендикулярный инфильтрат и периаппендикулярный абсцесс являются осложнениями острого аппендицита, частота которых колеблется в широких пределах от 0,2% до 4,7% [1]. Летальность при аппендикулярном инфильтрате и периаппендикулярном абсцессе составляет 1,9–9,7 % [4]. Точность клинической диагностики острого аппендицита у мужчин составляет 78–92 %, а у женщин еще ниже – 58–85 %, что связано с частой атипичностью клинической картины и возможными заболеваниями органов малого таза [2]. Для улучшения диагностики этого заболевания и его осложнений широкое применение начинает находить ультразвуковое исследование. УЗИ используется в ряде наблюдений не только как диагностический метод, но и в определении тактики лечения периаппендикулярных абсцессов [2].

Не решенными остаются вопросы, касающиеся своевременной диагностики, хирургической тактики, срока и объема оперативного вмешательства, а также возможности использования миниинвазивных технологий[4].

Причинами осложнений, как правило, становятся деструктивные формы аппендицита с распространением воспалительного процесса на другие отделы живота. Стоит так же отметить, что процент поздних обращений (более 24 часов от начала заболевания) имеет тенденцию к нарастанию и составляет более 27,8%, что сказывается на частоте осложнений и позднего хирургического лечения [4]. При использовании всех современных возможностей многопрофильных стационаров, сохраняется сложность своевременной диагностики атипичных форм острого аппендицита [1].

Однако, аппендикулярный абсцесс может сформироваться в первые часы или дни заболевания, когда местный гнойный перитонит отграничивается фибринными спайками. В таких случаях абсцесс является находкой при аппендэктомии [3].

Цель исследования. Оптимизация диагностики и лечения больных с аппендикулярным абсцессом. Клинические исследования охватили 10 пациентов, которые находились на лечении в ГАУЗ ГКБ им. Пирогова в 2016 г. Среди пациентов было 6 мужчин и 4 женщины. 7 пациентов обратились за медицинской помощью чрез 5 суток от начала заболевания. По экстренным показаниям, в течение 2 часов от момента поступления были прооперированы 7 больных, 2 в течение 12 часов с момента госпитализации, 1 прооперирован через 12 часов. У 3 пациентов при поступлении отмечалась стертая клиническая картина, у 7 больных классическая клиническая картина. У 7 больных в общем анализе крови наблюдался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускоренная СОЭ. У 3 больных в ОАК не было обнаружено никаких отклонений от нормы. При поступлении 8 из

10 исследуемым пациентам было проведено УЗИ органов брюшной полости. В 7 случаях был выявлен аппендикулярный абсцесс, в 1 случае УЗИ оказалось не информативным. 2 больным была выполнена диагностическая лапароскопия.

Отвечая на вопрос о причинах развития аппендикулярного абсцесса, можно выделить, характерную особенность, а именно, все больные поздно обратились за медицинской помощью. Согласно нашим данным, с момента возникновения заболевания и до госпитализации проходило не менее 5 суток. Поздняя обращаемость может быть связана с недостаточной информированностью населения об аппендиците и его осложнениях. Помимо этого, сложный для диагностики клинический случай, ставит необходимость выбора выжидательной тактики, что в свою очередь приводит к пролонгации оперативного лечениями и может привести к усугублению состояния больного. Таким образом, на основании проведенных исследований считаем целесообразным более активное применение лапароскопии и КТ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Земляной В.П. Редкое осложнение острого аппендицита/В.П. Земляной [и другие] // Профилактическая и клиническая медицина. – 2016. -№3 (60) - с57.
2. Кенжаев А.М. Диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата и периаппендикуляного абсцесса / А.М. Кенжаев [и другие] // Вестник КРСУ. – 2013 - Том 13. № 11. – с 85.
3. Кочкин А.Д. Результаты лапароскопической аппендэктомии при аппендикулярном абсуессе/ А.Д. Кочкин [и другие] // Медицинский альбом. – 208 - №.- с39.
4. Пепин А.В. Хирургическая тактика при аппендикулярном инфильтрате, осложненном абсцедированием. / А.В. Пепин [и другие] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2016 - №3. - с135.

УДК 617-7

А.Д. АХМЕТШИН, С.В. ГОЛКОВ, Л.М. АРЗУМАНЯН, Р.Р. САЙФУЛЛИН, Р.Р. САГИТДИНОВ

СПОСОБ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БАЛЛОНОГРАФИИ И УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЕГО ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

Научный руководитель - д.м.н., профессор О.В. Галимов
Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *Ультразвуковая баллонография является безопасным и мобильным методом диагностики, позволяющий оценить степень расширения пищеводного отверстия и определить дальнейший этап операции.*

Ключевые слова: *баллонография, грыжи, диафрагма, пищевод, диагностика.*

A. D. AKHMETSHIN, S. V. GOLKOV, L. M. ARZUMANYAN, R. R. SAIFULLIN, R. R. SAGADIEV

METHOD OF ULTRASONIC BALLINAGREE AND DEVICE FOR ITS IMPLEMENTATION

Scientific Advisor - Ph. D. in Medicine, Full professor O.V. Galimov
Department of surgical diseases and new technologies with course of post graduate education, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: *Ultrasonic ballinagree is a secure and mobile method of diagnostics, allowing to estimate the degree of expansion of the esophageal opening and to determine the next phase of the operation.*

Key words: *ballinagree, hernia, diaphragm, esophagus, diagnosis.*

Актуальность. Грыжи пищеводного отверстия – одно из самых распространенных заболеваний гастроэнтерологии. Риск возникновения, которых увеличивается у пациентов пропорционально их возрасту.

Цель исследования. Установить возможности ультразвуковой баллонографии в диагностике скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД).

Материалы и методы. В Клинике БГМУ выполнено 30 измерений пищеводного отверстия диафрагмы с помощью ультразвуковой баллонографии перед операциями по поводу СГПОД. Диагноз СГПОД основывается на клинических данных и результатах

дополнительных методов исследования, из которых наиболее информативными являются рентгенография пищевода и желудка, эзофагоманометрия, суточная внутрипищеводная pH-метрия и изучение желудочной секреции. Для выявления желудочно-пищеводного рефлюкса используют сцинтиграфию пищевода. Анамнестические данные, триада симптомов: жгучая боль за грудиной, дисфагия и регургитация пищи - ориентируют на наличие РЭ.

Рентгенография пищевода и желудка представляет собой неинвазивную диагностическую методику, которая помогает врачам обнаруживать и лечить различные заболевания данных органов. После того, как пациент выпивает бариевую смесь, она заполняет желудок и пищевод, поэтому при рентгенографии отчетливо видно выпячивание органа через диафрагмальную грыжу. Рентгенологическое исследование является самым старым методом визуализации и используется в диагностике чаще всего. Недостатком метода является: ионизизирующее излучение, аллергические реакции и чувство дискомфорта.

Эзофагоманометрия позволяет оценить сократительную активность пищевода, скоординированность его перистальтики с работой нижнего и верхнего пищеводных сфинктеров. Недостатки: осложнения, связанные непосредственно с проведением манометрии пищевода не описаны. Тем не менее, при нарушении методики подготовки пациента и введения катетера, нарушении санитарных требований к обработке катетера возможны следующие осложнения: травма носа или глотки, кровотечение из носа или глотки, интубация трахеи, травма или перфорация пищевода, желудка, рвота, синкопальные состояния, связанные с раздражением чувствительных афферентных волокон системы блуждающего нерва и инициирования ваговагального рефлекса, бронхоспазм, обострение невралгии тройничного нерва, инфицирование пациента.

Суточная pH-метрия – длительное (от нескольких часов до нескольких суток) измерение кислотности непосредственно в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке.

Недостатки: метод не позволяет уточнить расположение продуцирующих и ощелачивающих зон; в исследуемую субстанцию иногда примешивается желчь, что затрудняет процесс обработки информации, также чувство дискомфорта за время исследования.

Сцинтиграфия - радиологическое функциональное исследование моторики желудочно-кишечного тракта.

В свою очередь ультразвуковая баллонография является безопасным и мобильным методом диагностики расширения пищеводного отверстия диафрагмы. Преимущество данного метода – повышение безопасности и уменьшение болезненности при введении зонда при проведении исследования, проведение исследования в режиме реального времени,

возможность многократного проведения исследования в короткий промежуток времени, выполнение процедуры как в специально отведенных кабинетах УЗИ, так и у постели пациента. Недостатков на данный момент не выявлено.

Прототипом устройства для ультразвуковой баллонографии является устройство для тракционной рентгенбаллонографии [Авторское свидетельства № 1739864, 1992г.], содержащее вводимый в желудок зонд, снабженный рентгеноконтрастной оливой и раздувным баллончиком на конце. При достижении оливы желудка шприцем Жане в баллончик вводится 50 мл жидкого контрастного вещества, которое позволяет четко ограничить контуры раздутого баллончика от газового пузыря желудка. Накладывается зажим на конец зонда и осуществляется вытягивание раздутого баллончика под контролем динамометра силой 1 кг. При грыже, когда пищеводное отверстие расширено, баллончик 50 мл свободно проходит грудную клетку, увлекая за собой контурированное барием дно желудка.

Основными недостатками являются использование относительно грубых и больших в диаметре желудочных зондов, недостаточно герметичное соединение рабочего конца зонда и раздуваемого баллончика, а также непрочный контакт между баллончиком и шприцем Жане.

Задачей изобретения является разработка безопасной и мобильной диагностики расширения пищеводного отверстия диафрагмы.

Предлагаемое устройство для проведения ультразвуковой баллонографии содержит зонд длиной 90 см, который выполнен из мягкого прозрачного силиконизированного поливинилхлорида, диаметром 6 мм, снабжен на рабочем конце раздуваемым баллончиком, выполненным из латекса, длиной 15 мм, зонд соединен с помощью разъема луэр-лок с трехходовым Т-образным краником, размером 2х2 см, имеющим два разъема луэр-лок, в один из которых фиксирован шприц Жане объемом 50 мл из полипропилена для раздувания баллончика водой.

Результаты и обсуждение. Для выбора метода коррекции СГПОД и этапов предстоящего оперативного вмешательства пациентам проводилось измерение пищеводного отверстия диафрагмы с помощью ультразвуковой баллонографии. Предлагаемый способ ультразвуковой баллонографии и устройство для его осуществления применили в клинике у 30 пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Каких-либо осложнений, связанных с применением способа, не выявлено. Данный метод, разработанный в клинике БГМУ, в настоящее время является обязательным при постановке диагноза.

Заключение и выводы. Метод ультразвуковой баллонографии позволяет оценить степень расширения пищеводного отверстия и определить дальнейший этап операции.

Способ ультразвуковой баллонографии является безопасным и мобильным методом диагностики расширения пищеводного отверстия диафрагмы.

ЛИТЕРАТУРА:

1) Хирургические болезни: Учеб.: в 2 томах /Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
2) Девяткин А. Я. Применение ультразвукового исследования с трехмерной объемной реконструкцией изображения в диагностике грыж пищеводного отверстия диафрагмы / А. Я. Девяткин, А. Н. Чугунов, Э. Н. Гурьев // Практ. медицина. — 2012. — № 9 (65). — С. 146–150.
3) Гришин И. Н., Воробей А.В., Чур Н.Н. / Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюксная гастроэзофагеальная болезнь / // Вышэйшая школа. – 2007.
4) Пучков К.В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы - Практическое пособие. – 2003.
5) Разумахина М. С., Куликов В. Г., Анищенко В. В., Платонов П. А../Неудачи антирефлюксной хирургии: рецидив рефлюкса или рецидив грыжи?// Медицина и образование в Сибири (электронный журнал). – 2014. – № 6. – 4 с.

УДК 616.13-004.6:616.831-005.4+616.13.004.6-133

М.Р. НИГМАТУЛЛИН, А.Р. ЯКУПОВ, И.Р. КАРИМОВ, А.Ф. НУРИМАНШИН

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ.

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.Ш. Кашаев

Кафедра общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа.

Резюме: *целью нашего исследования явилась оценка частоты развития ишемических инсультов в раннем послеоперационном периоде при хирургическом лечении стеноза сонных артерий в зависимости от применяемой методики каротидной эндартерэктомии. Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 618 больных с атеросклеротическим стенозом сонных артерий, получавших лечение в Клинике БГМУ г.Уфа в 2010-2016гг. Общая частота послеоперационных ишемических осложнений составила 3,5%. При эверсионной каротидной эндартерэктомии составила 2,92% (11 случаев), при классической – 5,72% (11 случаев), при использовании временного внутрипросветного шунта – инсультов не зарегистрировано. По нашим данным, применение эверсионной методики каротидной эндартерэктомии снижает относительный риск ишемического инсульта в раннем послеоперационном периоде в 1,958 раза по сравнению с открытой методикой.*

Ключевые слова: *Каротидная эндартерэктомия, ишемический инсульт атеросклероз сонных артерий, методики каротидной эндартерэктомии, стенозы сонных артерий.*

M.R. NIGMATULLIN, A.R. YAKUPOV, I.R. KARIMOV, A.F. NURIMANSHIN

COMPARATIVE EVALUATION OF THE RESULTS OF SURGICAL TRETMENT OF PATIENTS WITH ATHEROSCLEROTIC STENOSIS OF CAROTID ARTERIES

Scientific Advisor - D.Sc. in Medicine, Associate professor M.Sh. Kashaev

Department of General Surgery with the course of radial diagnostics of IDPO, Bashkir State Medical University, Ufa.

Abstract: *the purpose of our study was to estimate the frequency of development Ischemic strokes in the early postoperative period in the surgical treatment of carotid artery stenosis, depending on the applied technique of carotid endarterectomy. A retrospective analysis of surgical treatment of 618 patients with atherosclerotic stenosis of carotid arteries treated at the BSMU Clinic in Ufa in 2010-2016 was conducted. The overall incidence of postoperative*

ischemic complications was 3.5%. In case of an eversion carotid endarterectomy, there were 2.92% (11 cases), with a classic case - 5.72% (11 cases), with a temporary intraluminal shunt - no strokes were recorded. According to our data, the application of the aversion technique of carotid endarterectomy reduces the relative risk of ischemic stroke in the early postoperative period by 1.958 times compared with the open method.

Keywords: *Carotid endarterectomy, ischemic stroke, atherosclerosis of carotid arteries, carotid endarterectomy techniques, carotid artery stenosis.*

Актуальность. Всем известно, что инсульт считается одной из распространенных причин смертности среди населения всей планеты. Это заболевание встречается с одинаковой частотой во всех странах мира. Часто нарушение мозгового кровообращения приводит к параличам и парезам, вызывая временную или стойкую инвалидность. Чтобы избежать развития этого заболевания, необходимо вовремя диагностировать провоцирующие факторы инсульта и бороться с ними. Основная причина ОНМК – это атеросклероз артерий шеи и головы. Закупорка сосудов в пожилом и старческом возрасте наблюдается практически у всех. Большинство людей старше 60 лет проводят медикаментозную профилактику атеросклероза. В некоторых случаях лечение препаратами уже не оказывает должного эффекта. Тогда показано оперативное вмешательство – каротидная эндартерэктомия. Эта процедура заключается в удалении участка сосуда, поврежденного атеросклерозом. В России ежегодно регистрируется около 500 000 случаев острого нарушения мозгового кровообращения, в США — 700 000 (среди которых 200 000 — повторные), а в Европе — около 1 300 000. Летальность от инсульта колеблется от 25 до 30%, а у выживших остается высокий риск развития повторного ишемического эпизода, такого как инфаркт миокарда и повторный инсульт, и смерти. Атеросклероз является причиной около трети всех инсультов. Атеросклероз сосудов дуги аорты, особенно бифуркации общей сонной артерии, является главной причиной протекающих ишемических инсультов, составляя примерно 20% всех инсультов; в то же время 80% этих событий могут происходить без предшествующей симптоматики, подчеркивая необходимость превентивного обследования пациентов групп риска. Окклюзионные заболевания сонных артерий, которые не были подвергнуты хирургическому лечению, дают от 5 до 12% новых инсультов. Для профилактики развития ишемических нарушений головного мозга, обусловленных атеросклеротическими стенозами сонных артерий, с 50-х годов XX века применяется каротидная эндартерэктомия (КЭА). С 90-х годов XX века

после публикации результатов нескольких крупных исследований КЭА признана эффективным способом хирургического лечения гемодинамически значимых стенозов сонных артерий. Допустимая средняя частота периоперационных ишемических осложнений при этом для симптомных пациентов не должна превышать 6%, а для асимптомных — 3%.

Цель исследования. Оценить частоту развития ишемических инсультов в раннем послеоперационном периоде при хирургическом лечении стеноза сонных артерий в зависимости от применяемой методики каротидной эндартерэктомии.

Материал и методы. Мы провели ретроспективный анализ хирургического лечения 618 6ольных с атеросклеротическим стенозом сонных артерий, получавших лечение в Клинике БГМУ г.Уфа в 2010-2016 гг. В зависимости от методики операции каротидной эндартерэктомии пациенты были разделены на 3 группы: первая - эверсионная - 376 пациентов (60,8 % от всех операций), вторая - классическая (или открытая) - 192 пациента (31,0 %), третья - открытая с применением временного внутрипросветного шунта (ВВШ) - 50 пациента (8,0%). Выбор методики операции (эверсионная или классическая) осуществлялся оперирующим хирургом в зависимости от его предпочтений. В третью группу вошли пациенты с окклюзией/субокклюзией контрлатеральной внутренней сонной артерии. Постановка диагноза выполнялась на основании ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) магистральных артерий головы, компьютерной томографии с болюсным контрастированием, ангиографии брахиоцефальных артерий. Каротидная эндатерэктомия выполнялась под интубационным наркозом. У пациентов, оперированных в условиях общей анестезии, проводился мониторинг с помощью бифронтальной церебральной оксиметрии (ЦО)+мониторинг инвазивного давления. При окклюзии/субокклюзии контрлатеральной внутренней сонной артерии или при разомкнутом Велизиевом круге по данным ангиографии (КТ-ангиографии) решение о постановке внутрипросветного шунта принималось в предоперационном периоде. В других случаях при снижении церебральной оксиметрии менее 40% и/или инвазивного давления менее 40 мм.рт.ст. решение о постановке ВПШ принималось интраоперационно.

Результаты и обсуждение.

Таблица №1

Структура оперативных вмешательств в 2010-2016 гг

Метод КЭАЭ	ГОД							Общее кол-во	%
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
1 группа (Эверсионная	27	19	7	49	47	87	140	376	60,8
2 группа (Классическая КЭАЭ)	52	70	35	23	3	9		192	31,06 %
3 группа (С ВВШ)	5	3	6	5	5	6	20	50	8,09

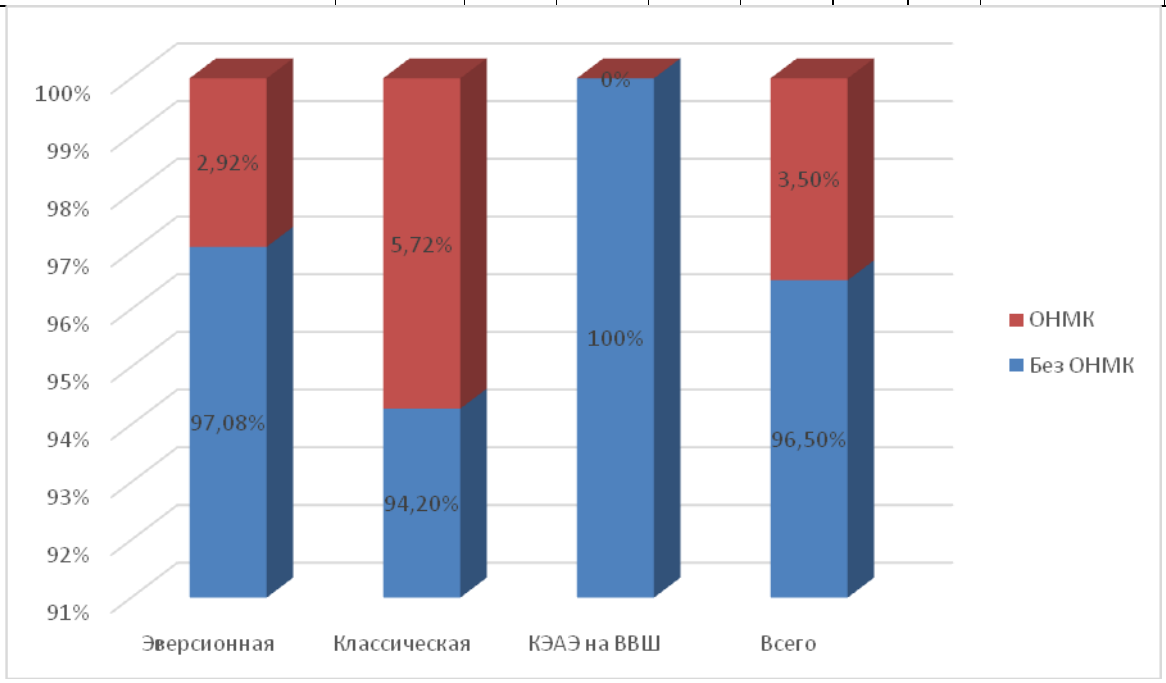


Рис. 1. Частота ОНМК в раннем послеоперационном периоде

Общая частота послеоперационных ишемических осложнений составила 3,5%. В первой группе составила 2,92% (11 случаев), во второй – 5,72% (11 случаев), в третьей – инсультов не зарегистрировано.

Заключение и выводы. По нашим данным, применение эверсионной методики каротидной эндартерэктомии снижает относительный риск ишемического инсульта в раннем послеоперационном периоде в 1,958 раза по сравнению с открытой методикой. При окклюзии/субокклюзии контралатеральной внутренней сонной артерии следует выполнять каротидную эндартерэктомию с использованием внутрипросветного шунта.

Данная работа не является руководством для всех клиник. По национальным рекомендациям 2016 г. выбор техники каротидной эндартерэктомии (открытая, эверсионная) зависит от опыта и предпочтений конкретного хирурга. Но, по данным, полученным в нашем исследовании, для нашей клиники методика эверсионной каротидной эндартерэктомии является более предпочтительной. Возможно, и другим клиникам, проводящим подобные оперативные вмешательства, интересно и полезно было бы провести подобный анализ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антонов Г.И. Хирургическое лечение церебро-васкулярной патологии, обусловленной заболеванием ветвей дуги аорты : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.28, 14.00.13 / Военно-мед. академия. - Санкт-Петербург, 1998. - 28 с.

2. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А. и др. Принципы диагностики и лечения больных с острыми ишемическими нарушениями мозгового кровообращения. М: Нервные болезни 2000. -8.

3. Жулев Н.М., Яковлев Н.А., Кандыба Д.В., Сокуренко Г.Ю. Инсульт экстракраниального генеза. СПб 2004. - 56.

4. Леменев В.Л., Ахметов В.В., Шамшиллин А.А., Черепнин М.Ю. Хирургическое лечение больных с преходящими нарушениями мозгового кровообращения и профилактика повторных инсультов. Материалы городского семинара. Том 166. М: НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского 2003. -54с.

5. Усачев Д.Ю. Реконструктивная хирургия брахицефальных артерий при хронической ишемии головного мозга: Автореф. дис.д-ра мед.наук. М 2003.-377с.

6. Шмигельский А. В. Анестезиологическое обеспечение реконструктивных операций при стенозирующих и деформирующих поражениях сонных артерий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2011. - 49 с.

УДК 617.758.1

Э.Ф. БИКТИМЕРОВА, В.В. МУНАСЫПОВА

СТРУКТУРА КОСОГЛАЗИЯ И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №5 Г.УФА

Научный руководитель – доц., к.м.н. С.Р. Авхадеева
Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *В статье представлен анализ диспансеризации детей с косоглазием на базе ГБУЗ Детская поликлиника №5 г. Уфы в 2016г. На диспансерном учете состоит 367 детей. Из них 67% детей со сходящимся косоглазием, 31,6% - с расходящимся, 1,4% - с паралитическим.*

Ключевые слова: *структура косоглазия, аномалии рефракции, диспансерное наблюдение.*

E.F. BIKTIMEROVA, V.V. MUNASYPOVA

THE STRUCTURE OF THE STRABISMUS AND ITS DEPENDENCE ON REFRACTIVE ERROR ACCORDING TO UFA CHILDREN'S POLYCLINIC №5

Scientific supervisors – Associate professor, Ph.D. S.R. Avhadeeva
Departament of Ophtalmology with a course of IPFE, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: *the article presents the results of the children's analysis consisting on the dispensary with strabismus on the basis of GBUZ Children's polyclinic №5. Ufa in 2016. There are 367 children that are under continuous follow-up. 67% of them are the children with convergent strabismus, 31.6% with divergent, 1,4% - with the paralytic.*

Keywords: *strabismus, refraction anomalies, dispensary supervision.*

Актуальность: Косоглазие - один из наиболее часто встречающихся видов зрительной патологии в раннем и дошкольном возрасте, встречается у 1,5-2% детей [4]. В возрасте 2-3 лет отмечается наибольшая частота возникновения косоглазия, так как происходит активное формирование и совершенствование бинокулярного зрения [1]. Чем раньше появилось косоглазие, тем труднее оно поддается лечению. Это объясняется ранним возникновением и закреплением таких осложняющих факторов, как амблиопия, анормальная корреспонденция сетчаток [2]. Лечение косоглазия – это сложный и многоступенчатый процесс. В первую очередь при лечении косоглазия необходимо восстановить одновременную зрительную фиксацию наблюдаемого предмета двумя глазами (бификсацию), затем добиться выработки слияния одновременно полученных

каждым глазом монокулярных изображений рассматриваемого предмета в один зрительный образ в проекционных отделах коры головного мозга (бифовеальное слияние) и в завершение лечения – проецирования корой головного мозга полученного изображения в определенную область рассматриваемого пространства [5]. Являясь грубым косметическим дефектом и сочетаясь с нарушением зрительных функций, косоглазие представляет как психофизическую, так и социальную проблему, затрудняет налаживание социальных связей, нередко становясь препятствием в приобретении желаемой профессии. Тщательное обследование, комплексное персонализированное лечение позволяет восстановить зрительные функции и бинокулярное зрение, а также избежать возникновения вторичной девиации [3].

Цель исследования: изучить частоту встречаемости косоглазия и ее зависимость от рефракционных нарушений у детей разного возраста.

Материалы и методы: В 2016г. в ГБУЗ ДП №5 состояло на диспансерном учете 367 детей с косоглазием. Это составило 7,5% от общего количества диспансерных детей (всего – 4944). Из них 339 детей 0-14 лет, 28 подростков (15-17 лет). 367 детей всего, из них 246 со сходящимся косоглазием (67%), с расходящимся 116 (31,6%), с паралитическим – 5 (1,4%).

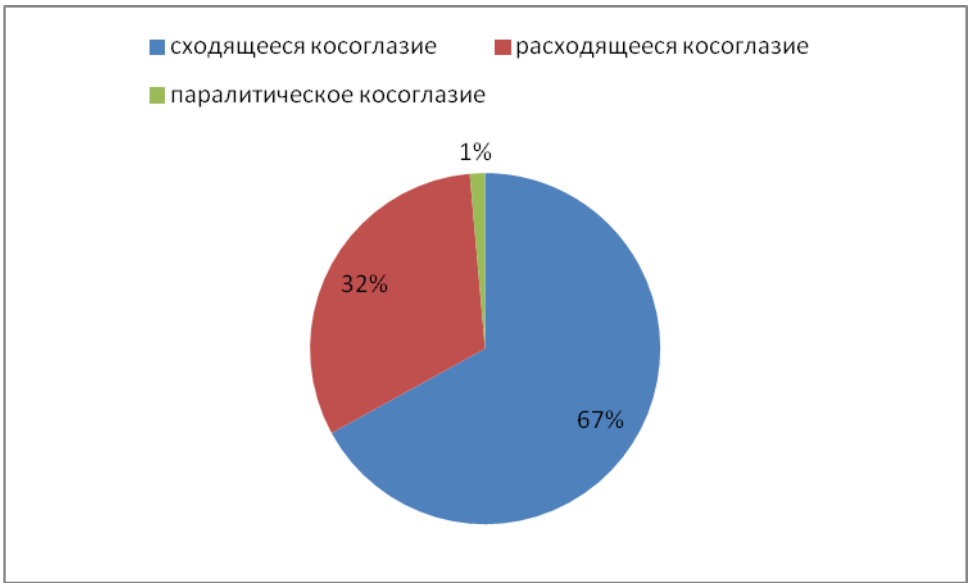


Рис. 1. Структура разных видов косоглазия у детей от 0 до 18 лет

Таблица 1.

Распределение возрастных групп по видам косоглазия

Возраст, лет	Сходящееся косоглазие	Расходящееся косоглазие	Паралитическое косоглазие
0-3	21	14	0
4-6	85	14	3
7-9	81	40	1
10-14	44	36	0
15-17	15	13	1

На базе детской поликлиники №5 есть ортоптический кабинет, в котором проводится лечение методом бификсации, лазерстимуляция, Форбис (метод разобщения), синаптофор. Дети проходят лечение 2-3 раза в год по стандарту.

Результаты и обсуждения: Из 246 детей со сходящимся косоглазием гиперметропия слабой степени выявлена в 72,8% (179 детей), средней степени – 15,4% (38 детей), высокой степени – 5,7% (14 детей), миопия слабой степени – 3,3% (8 детей), частичная атрофия диска зрительного нерва – 2,8% (7 детей).

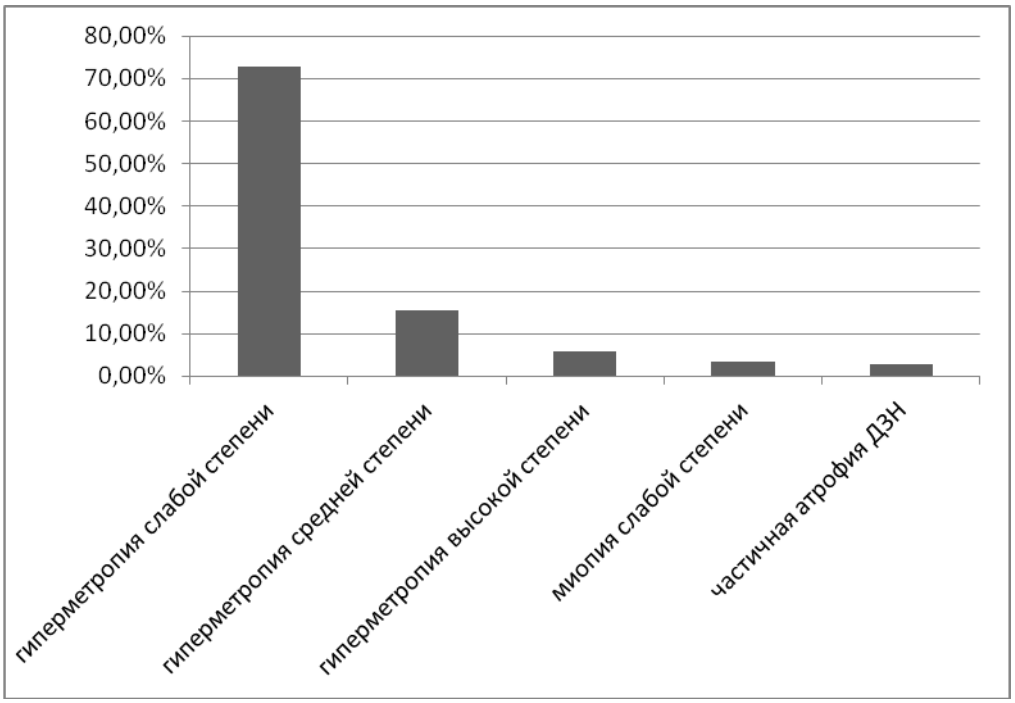


Рис. 2. Структура рефракционных и неврологических нарушений при сходящемся косоглазии

У 116 исследуемых с расходящимся косоглазием миопия слабой степени составила 66,4% (77 детей), средней степени – 10,3% (12 детей), высокой степени – 5,2% (6 детей), гиперметропия слабой степени – 3,4% (4 ребенка), гиперметропия средней степени – 2,6% (3 детей), частичная атрофия диска зрительного нерва – 4,3% (5 детей), последствия неврологических расстройств – 7,7% (9 детей).

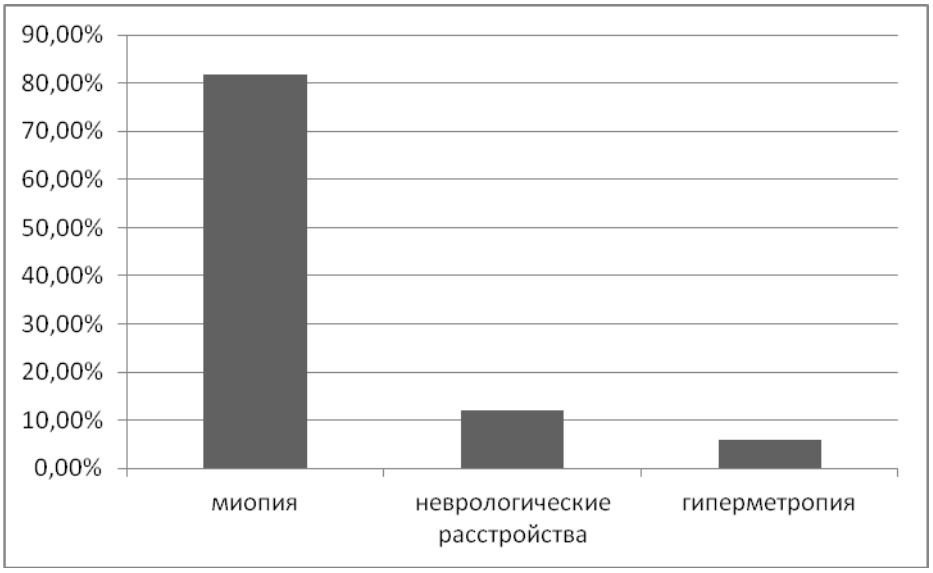


Рис.3. Структура рефракционных и неврологических нарушений при расходящемся косоглазии

Количество детей с паралитическим косоглазием – 5 человек, из них врожденное паралитическое косоглазие составляет 42,8% (3 детей), сопутствующая неврологическая патология – 28,5% (2 детей).

В ортоптическом кабинете на базе детской поликлиники №5 проводилось лечение методом бификсации, лазерстимуляция, Форбис (метод разобщения), синаптофор.

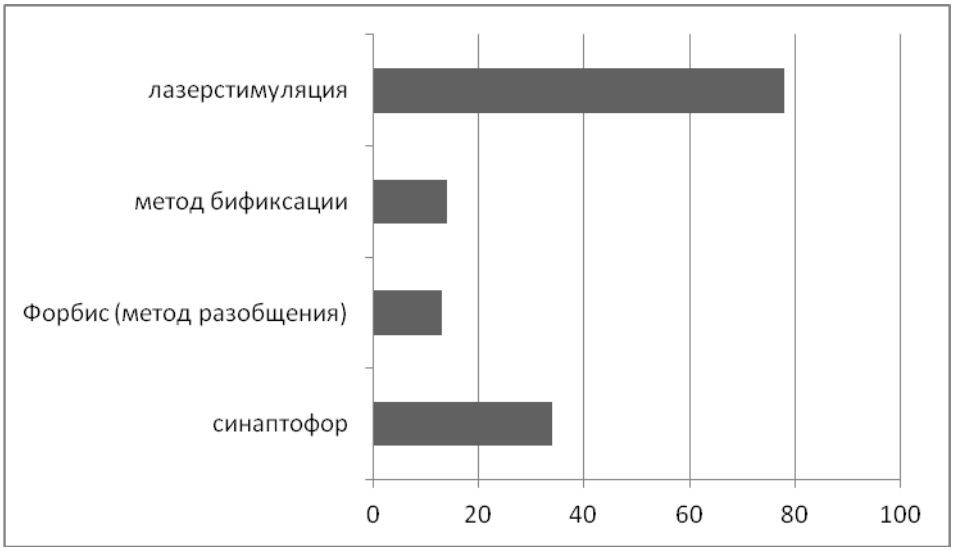


Рис. 4. Соотношение детей, пролеченных в ортоптическом кабинете

Выводы:

1. Пациенты с косоглазием составили 7,5% от общего количества детей, находящихся на диспансерном учете в 2016г. в ГБУЗ ДП №5, из них сходящееся косоглазие встречается в 66,8%, расходящееся – 31,6%, паралитическое – в 1,4% случаев.
2. Сходящееся косоглазие сочетается с гиперметропией слабой степени в 72,7% случаев, средней степени – 15,4%, расходящееся косоглазие с миопией – 82%, что указывает на высокий аккомодационный компонент и требует назначения средств для снятия спазма и напряжения аккомодации.
3. Частота сочетания расходящегося косоглазия с частичной атрофией диска зрительного нерва и последствиями неврологических расстройств составляет 12%, что указывает на необходимость углубленного осмотра неврологом даже при отсутствии выраженного паралитического косоглазия.
4. Основную группу пациентов со сходящимся косоглазием составляют дети от 4 до 9 лет, с расходящимся – от 7 до 14 лет, в связи с чем необходимо акцентировать внимание воспитателей детских дошкольных учреждений и школьных врачей на соблюдение санитарно-гигиенических требований и режима зрительной нагрузки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аветисов С.Е. Современные подходы к коррекции рефракционных нарушений / Аветисов С.Е. // Вестник офтальмологии, 2006 – 8 с.

2. Егоров Е.А. Клинические лекции по офтальмологии: учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей / Егоров Е.А., Басинский С.Н.- М.: Гэотар Медиа, 2007.- 287 с.

3. Избранные лекции по детской офтальмологии / под ред. В.В. Нероева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 184 с.

4. Нероев В.В. Организация офтальмологической помощи населению Российской Федерации/ Нероев В.В. // Вестник офтальмологии, 2014 – 30 с.

5. Тейлор Д. Детская офтальмология: пер. с англ.: монография / Тейлор Дэвид, ХойтКрейг.- М.: БИНОМ, 2007.- 246 с.

УДК 616.4

Р.Р. БАЯЗИТОВ, Г.Ю. БОРИСОВ, А.И. АХТЯМОВА

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В 2011-2016 ГГ.

Научный руководитель - д.м.н., профессор А.А.Гумеров

Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *в статье представлен опыт лечения 82 новорожденных с атрезией пищевода, находившихся на лечении в Республиканской Детской Клинической Больнице. Представлен материал о методах обследования, видах оперативной коррекции и осложнениях при атрезии пищевода.*

Ключевые слова: *атрезия пищевода, торакоскопия, торакотомия, конверсия, новорожденные, врожденные пороки развиитя.*

R.R. BAYAZITOV, G.Y. BORISOV, A.I. AHTYAMOVA

CHARACTERISTIC OF TREATING NEWBORNS WITS ESOPHAGEAL ATRESIA IN BASHKORTOSTAN REPUBLIC IN 2011-2016

Scientific Advisor - Ph. D. in Medicine, Full professor A.A. Gumerov

Pediatric surgery department, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: *In the article presents experience in treating 82 newborns with esophageal atresia being in treatment in Republic Child Clinice. The material on methods diagnostics, types of surgical correction and complications when esophageal atresia.*

Keywords: *esophageal atresia, thoracoscopy, thoracotomy, converse, newborns, congenital malformation.*

Актуальность. Атрезия пищевода относится к тяжелым порокам развития, неизбежно приводящим к смерти при отсутствии своевременного оперативного вмешательства. Частота встречаемости данного порока колеблется от 1:2440 до 1:4500[1, 2, 3, 4]. В республике Башкортостан частота встречаемости колеблется от 1:3940 до 1:7000.

Атрезия пищевода возникает вследствие нарушения процесса эмбрионального развития плода. Согласно литературным данным формирование атрезии пищевода происходит в сроки между 21-м и 32- м днями гестации. В литературе описано множество теорий объясняющих механизм формирования атрезии пищевода. Первопричину возникновения порока можно связать с тератогенными внешними факторами, а также с нарушением молекулярных механизмов, участвующих или регулирующих формирование и процесс дифференцировки передней кишки [4].

Половина детей с АП имеют сопутствующие и тяжелые пороки развития. Практически у всех детей присутствует аспирационная пневмония. Примерно в 7-10% случаев присутствует VATER/VACTERL ассоциация.

Выделяют 5 основных вариантов атрезии пищевода.

Наиболее часто встречается (86%) атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем в области мембранозной части нижнего отдела трахеи или в области её бифуркации. Изолированная атрезия пищевода (7%) часто имеет большой диастаз между сегментами и характеризуется отсутствием трахеопищеводной фистулы. Для атрезии пищевода с проксимальным трахеопищеводным свищем (1%) характерно патологическое соединение верхнего сегмента пищевода с трахеей, в то время как нижний сегмент заканчивается слепо. Атрезия пищевода с дистальной и проксимальной фистулой (2%) имеет два сообщения с трахеей от различных сегментов. Также выделяют трахеопищеводную фистулу(4%) без атрезии пищевода[4].

Атрезию пищевода можно диагностировать антенатально на основании УЗИ, которое выделяет уменьшение размеров желудка- микрогастрию, многоводие, расширение проксимального отдела пищевода.[1,2,4]

Цель исследования. Анализ историй болезни детей с атрезией пищевода.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии РДКБ с 2011 по 2016 гг. наблюдалось 82 ребенка с атрезией пищевода. Из них с дистальным трахеопищеводным свищем 72, с бессвищевой формой 9, с изолированным свищем 1.

Гестационный возраст пациентов на момент поступления сос тавил 27 нед(1), 29 нед (1), 30 нед(4), 31 нед(1), 32 нед(3), 33 нед(5), 34 нед(2), 35 нед(6), 36 нед(10), 37 нед(14), 38 нед(11), 39 нед(11), 40 нед (13). Таким образом недоношенных детей(срок гестации менее 37 недель) оказалось 33 пациента (40,24%).

Возраст матерей составил: до 20 лет – 4 %, от 20 до 25 – 43%, от 25 до 30 – 31%, более 30 – 22%.

Некоторые из новорожденных(7) имели очень низкую массу тела (до 1500 г). Из них 1 с экстремально низкой массой тела (980 г). Низкую массу тела (1500-2499 г) имели 22 пациента.

По полу пациенты распределялись следующим образом: мальчиков-49, девочек- 33. При этом нельзя утверждать, что атрезии пищевода больше подвержены мальчики, нежели девочки. Этот порок развития может затронуть и мальчиков и девочек.

Все дети поступили в экстренном порядке, в течение первых суток жизни. Поступление в стационар после рождения отражено в таблице 1

Таблица 1

Время поступления в специализированный стационар после рождения

До 6 часов после рождения	6-12 часов после рождения	12-24 часа после рождение
22 пациента	41 пациент	19 пациентов
26,83%	50 %	23,17%

При поступлении отмечалось пенистое отделяемое изо рта, положительная проба Элефанта, непроходимость желудочного зонда.

Из Рис.1 видно, что большая часть порока выявляется постнатально

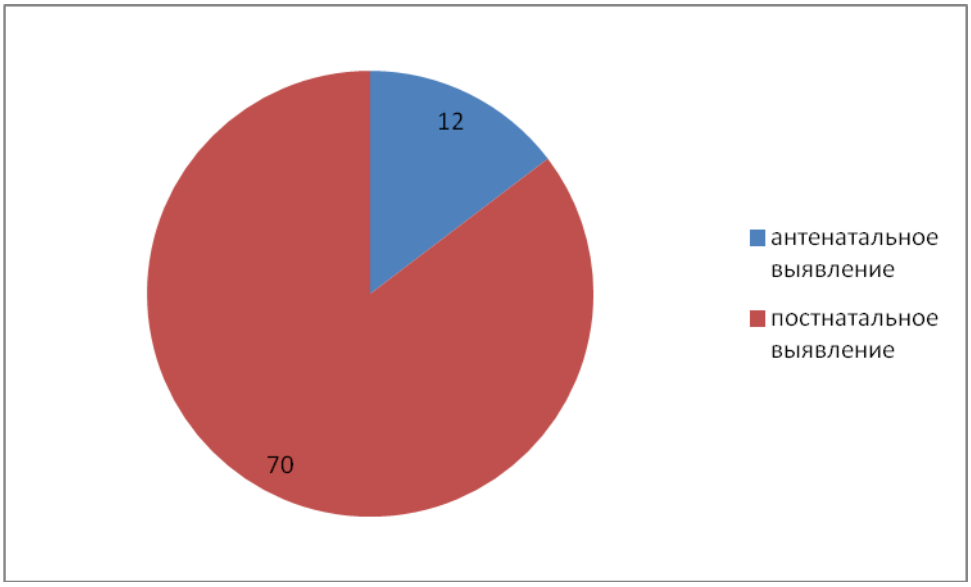


Рис.1 выявление атрезии пищевода у детей.

Из этого следует, что антенатальной диагностике атрезии пищевода нужно уделять большее внимание. К сожалению метод УЗИ-диагностики на данный момент является очень субъективным.

При обнаружении порока антенатально, необходимо обговорить маршрутизацию роженицы и её ребенка, чтобы обеспечить максимально быструю доставку в специализированный стационар и оперативное вмешательство в течение первых суток жизни.

Среди всех детей ассоциация VATER/VACTERL была обнаружена в 6 случаях. Помимо этого у многих детей имелись сопутствующие пороки и аномалии развития не включаемые в ассоциацию VATER/VACTERL, распределяемые следующим образом: пороки развития ануса- 9, мочеполовые пороки-6, аномалии развития глаза и его придаточного аппарата – 7, аномалии развития кисти и пальцев рук – 3, сердечные пороки-6, кольцевая поджелудочная железа-1.

Всем детям было проведено оперативное лечение. Выполнялись операции торакотомии(30), торакоскопии (53), конверсии(4), а также лапаротомии для наложения гастростомы по Кадеру(25). Перевязка трахеопищеводного свища была выполнена в 73 случаях. Помимо этого, в 4 случаях, связанных с реканализацией ТПС, была выполнена повторная перевязка ТПС.

Безусловно, главной целью оперативного вмешательства является создание анастомоза конец-в-конец. Основными методиками наложения анастомоза являются варианты предложенные Баировым, Кимура, Лаи, Фокером.

Выбор той или иной методики наложения анастомоза зависит от таких факторов, как опыт оперирующего хирурга, диастаз между участками пищевода, сопутствующие пороки и

аномалии развития, а также другие выявленные заболевания, которые влияют на общее состояние ребенка, исходя из которого, принимается решение о торакоскопической или торакотомической операции.

В РДКБ используется каждая из предложенных методик.

Первичный анастомоз был наложен в 49 случаях. Отсроченный анастомоз накладывался при диастазе более 3 см, или при невозможности оперирования из-за тяжелого состояния ребенка. Было сделано 25 отсроченных анастомозов. Из них 8 при диастазе более 3 см, 17 по состоянию ребенка.

Среди послеоперационных осложнений были выявлены: рубцовое сужение-4, несостоятельность анастомоза -8, трахеомаляция -3, реканализация-4, смерть-15.

Следует отметить, что смерть пациентов была связана не с оперативными методиками, а с тяжелым первичным состоянием ребенка, обусловленным недоношенностью, множественными пороками развития, развитием аспирационной пневмонии, сепсиса.

Заключение и выводы: атрезия пищевода является тяжелым пороком развития, при отсутствии своевременного оперативного лечения приводящее к смерти. Антенатальное выявление порока позволяет наиболее быстро доставить ребенка в специализированный стационар для проведения лечения. Развитие методов хирургии и реаниматологии позволяют уменьшить риск послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия – СПб, Хардфорд, 1996- с 39-48
2. Баиров В.Г. Срочная хирургия детей. – СПб, 1997.- 462 с
3. Г.Г. Латыпова, А.Е. Неудачин, И.А. Мамлеев, Ф.М. Латыпова, Вестник башкирского государврственного университета №2, 2012 г, с 427 Опыт лечения новорожденных с атрезией пищевода в республике Башкортостан
4. Ю.А. Козлов, В.В. Подкаменный, В.А. Новожилов. Изд. ГЭОТАР-Медиа- 2015г. Атрезия пищевода.

УДК: 617-089

А.Ф. МИНГАЗОВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ: J-ОБРАЗНЫЙ РЕЗЕРВУАР

Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры, А.А. Чернов
Кафедра госпитальной хирургии
Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Резюме: *Распространенность язвенного в РФ около 80 больных на 100 000 населения. Консервативное лечение часто не приводит к удовлетворительным результатам из-за «медикаментозной резистентности» и «гормональной зависимости». Необходимость в хирургическом лечении возникает у 10-15% пациентов, 2/3 из которых вследствие неэффективности консервативной терапии. Целью данной работы является оценка результатов формирования J- образного резервуара в хирургической реабилитации больных язвенным колитом. Результаты: Послеоперационные осложнения возникли у 6 из 12 пациентов (50%). Летальность- 8,3% (1 пациент). 8 пациентам полностью восстановлена анальная дефекация (66.7%), достигнуто приемлемое качество жизни.*

Ключевые слова: *язвенный колит, колпроктэктомия, J- образный резервуар.*

A.F. MINGAZOV

SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS: J-POUCH

Scientific Advisor – Candidate of Medical Sciences, A.A.Chernov
Department hospital surgery, Samara state medical university, Samara

Abstract: *The prevalence of ulcerative colitis in Russia is about 80 per 100,000 population. Conservative treatment often does not lead to satisfactory results, because of «drug resistance» and «hormonal dependence». The need for surgical treatment occurs in 10-15% patients, 2/3 of which, due to the inefficiency of conservative therapy. The purpose of this paper is to evaluate the results of J-pouch formation. Results: postoperative complications in 6 of 12 patients (50%). Mortality – 8,3% (1 patient). 8 patients recovered from an anal defecation (66,7%).*

Keywords: *Ulcerative colitis, colproctectomy, J- pouch*

Актуальность: История хирургического лечения язвенного колита (ЯК) насчитывает уже более 100 лет, но и в настоящее время разработка лечебной тактики и методов

реабилитации при тяжелых формах заболевания остаётся одной из актуальнейших тем оперативной колопроктологии. В последние годы наблюдается неуклонный рост интереса хирургов всего мира к проблеме хирургического лечения язвенного колита, что объясняется постоянным увеличением заболеваемости и распространенности этой болезни, особенно в индустриально развитых странах. Распространенность ЯК в РФ около 80 больных на 100 000 населения. Консервативное лечение часто не приводит к удовлетворительным результатам из-за «медикаментозной резистентности» и «гормональной зависимости». Необходимость в хирургическом лечении возникает у 10-15% пациентов, 2/3 из которых вследствие неэффективности консервативной терапии [1].

Единственно возможный метод хирургического лечения язвенного колита сопряжён с удалением всей толстой кишки (колэктомия или колпроктэктомия) и в большинстве случаев завершается пожизненной илеостомией, что несомненно дезадаптирует, снижает качество жизни больных. Таким образом, остро встает вопрос о хирургической реабилитации данного контингента больных. Хирургическая реабилитация в виде формирование тонкокишечного (J-образного) резервуара позволяет восстановить у больных анальную дефекацию и добиться приемлемого уровня качества жизни. Однако, хроническое рецидивирующее или непрерывное течение ЯК, применение длительных курсов сверхвысоких доз глюкортикостероидов, радикальность оперативного вмешательства приводит к высоким показателям послеоперационных гнойно- септических осложнений (от 11,5% до 40%) и летальности (от 8% до 60%). Данные обстоятельства резко снижают вероятность выполнения реконструктивно- восстановительного этапа после радикальной колпроктэктомии, доля которого на сегодняшний день не выше 25% [2].

Цель исследования: Оценить результаты формирования J- образного резервуара в хирургической реабилитации больных язвенным колитом.

Материалы и методы: На базе отделения колокопроктологии клиник СамГМУ с 2012 по 2016 год было прооперировано 35 больных язвенным колитом по срочным и плановым показаниям. Из них хирургическое лечение с первичной реабилитацией у 12 пациентов (34,3%). В данной группе всем больным была выполнена Одномоментная колпроктэктомия с созданием J-образного резервуара из подвздошной кишки и формированием илеоанального анастомоза. Во всех случаях операция заканчивалась формированием разгрузочной петлевой илеостомы по Торнболу. Показанием для оперативного лечения данной группы больных являлась неэффективность консервативной терапии во всех случаях. Возраст больных варьировал от 19 до 54 лет. Соотношение мужчин и женщин 1:3.

Результаты и обсуждение: В исследуемой группе (12 пациентов) послеоперационные осложнения возникли у 6 пациентов (50%). Наблюдались такие осложнения, как несостоятельность илеоанального анастомоза с развитием разлитого перитонита и последующей релапаротомией у 2 (16,7%), ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость у 1 (8,3%), ректо-вагинальный свищ у 1 (8,3%), острое воспаление резервуара у 1 (8,3%), стриктура анастомоза у 1 (8,3%). Полное отключение J- резервуара проведено 1 больному. Летальность в группе составила 8,3% (1 пациент). 8 (66,7%) пациентам успешно проведен реконструктивно- восстановительный этап по устранению временной илеостомы, восстановлена анальная дефекация. Все пациенты добились приемлемого качества жизни с восстановлением трудоспособности. Отдалённые функциональные результаты прослеживаются у 8 (100%). Сроки наблюдения составляют от 3 месяцев до 4 лет.

Заключение и выводы: Формирование тонкокишечного J- образного резервуара сопровождается высоким процентом (до 50%) послеоперационных осложнений, преимущественно гнойно- септических. Тем не менее, это единственный метод, способствующий наиболее полному восстановлению анальной дефекации и медико-социальной реабилитации больных язвенным колитом. Мы считаем, что постепенное увеличение количества пациентов в исследуемой группе, своевременное определение показаний к операции, адекватно выбранный объём, сроки и щадящая техника оперативного вмешательства позволят значительно снизить процент послеоперационных осложнений и добить удовлетворительного результата хирургического лечения ЯК.

ЛИТЕРАТУРА:

1. А.А. Захарченко, А.Э. Штоппель, М.Н. Кузнецов и соавт. Хирургическая реабилитация больных язвенным колитом.- Москва: 4ТЕ Арт, 2010.- 104с.
2. Кашников В.Н., Ачкасов С.И. и соавт. Осложнения тонкокишечных резервуаров и их влияние на функциональные результаты и качество жизни больных, оперированных по поводу язвенного колита (обзор литературы). Журнал Колопроктология.- 2015.- №3- с. 84-91.

УДК 616-007-053.1

Л.Ф. ХИСАМИЕВА, Ю.П.ПЕТРОВА.

ХРУПКИЕ ДЕТИ ИЛИ НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ, НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Научный руководитель – ассистент Н.В.Афанасьева.
Кафедра травматологии и ортопедии с курсом ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: *в данной статье определена актуальность проблемы несовершенного остеогенеза. Путем исследования, получены последние данные по заболеванию в РДКБ, пути лечения и проблемы.*

Ключевые слова: *дети, несовершенный остеогенез, переломы костей,бифосфонаты, памидроновая кислота, голубые склеры.*

L.F.KHISAMIEVA, Y.P.PETROVA

FRAGILE CHILDREN OR BRITTLE BONES, UNSOLVED PROBLEMS

Scientific Advisor — Assistant of the department N.V.Afanasyeva
Department of traumatology and orthopedics with a course IDPO
Bashkir state medical university,Ufa

Abstract: *This article defines urgency of the problem of brittle bones. By the study, prepared by the latest data on the disease in our hospital, the way of treatment and problems.*

Keywords: *childrens, diseases of the musculoskeletal system, bones, bisphosphonates, pamidronic acid, blue sklers.*

Актуальность. Несовершенный остеогенез, также известный как болезнь «хрустального человека»,- клинически гетерогенное наследственное заболевание соединительной ткани, характеризующиеся ломкими костями с высоким риском возникновения переломов костей скелета.

Заболевание встречается с частотой 1:10 000 -15 000. По данным Министерства здравоохранения РФ, на конец 2014 года количество пациентов с несовершенным остеогенезом в России составило 392 ребенка.

По данным нашего исследования в Республиканской детской клинической больницы, за период с 29.02.2016 по 23.03.2016 было зарегистрировано 12 пациентов с несовершенным остеогенезом.

Были проведены исследования osteogenezis imperfekta по половому признаку и типу наследования у детей в Республике Башкортостан, проходивших лечение в Республиканской детской клинической больнице



Рис. 1 Распределение пациентов по половому признаку



Рис. 2 Распределение пациентов по типу наследования

Клиническая картина несовершенного остеогенеза характеризуется в основном триадой симптомов: повышенной ломкостью костей с последующим переломов и деформацией костей, синими склерами и зубами «янтарной» окраски.

Переломы костей возникают от самых ничтожных причин- пеленание или перекладывание ребенка, при попытке сесть встать на ножки, во время купания, выполнения массажа, одевания, вставания. Переломы у больных с несовершенным остеогенезом

сопровождаются классическими признаками: болезненность, припухлость, крепитация отломков; консолидация незначительно ускорена. Поскольку полностью вылечить несовершенный остеогенез невозможно, лечение его направлено на:

1) снижение числа переломов
2) хирургическое исправление деформаций
3) увеличение костной массы
4) снижение хрупкости костей
5) уменьшение болей и обеспечение подвижности ребенка

Несовершенный остеогенез — это болезнь, при которой наблюдается высокая скорость ремоделирования костной ткани, поэтому необходимо использовать препараты, которые ее снижают. К последним относят бисфосфонаты, восстанавливающие нормальный баланс между остеобластопосредованным синтезом и остеокластопосредованной резорбцией костной ткани.

Цель исследования. Представить анализ лечения и выявить оптимальный рациональный препарат.

Материалы и методы. Лекарственные препараты типа бифосфонатов представляют собой мощные ингибиторы резорбции кости (вещество, предотвращающее разрушение костной ткани).Проблема состоит в том, что препараты группы бифосфонатов показаны для лечения остеопороза у лиц старше 18 лет.

Следует отметить, что для лечения детей с несовершенным остеогенезом из обширной группы бифосфонатов в детском возрасте может быть применена, согласно протоколам, только памидроновая кислота, обладающая самым минимальным уровнем активности (табл.3). Также многие препараты кальция, применяемые вместе с бисфосфанатами, могут быть разрешены к применению только с 14-18 летнего возраста.

Оперативное лечение.

На сегодняшний день, в качестве основного метода исправления деформаций и временной профилактики переломов является использование интрамедуллярного (внутрикостного) остеосинтеза.Применяются штифты FASSIER DUVAL, производства канадской фирмы PEGA MEDICAL. Конструкция изделия предполагает пожизненную фиксацию длинных костей конечностей, т.е. штифт по сути является внутрикостным эндопротезом, что существенно укрепляет сегмент конечности и выполняет роль устройства для профилактики переломов.

В случаях тяжелого течения больных с множественными переломами, одним из основных методов является, в том числе и превентивное, оперативное лечение-

интрамедулярный остеосинтез трубчатых костей, а также корригирующие остеотомии по показаниям.

Результаты и обсуждение. В детском возрасте ограничен выбор препаратов из группы бифосфонатов, разрешенным препаратом являтся Памидроновая кислота, но из отрицательных ее свойств - относительно низкая активность и наличие побочных эффектов, таких как: гипокальциемия, почечная недостаточность, артралгии, миалгии, оссалгии.

Есть еще одна сложность, которая косвенно влияет на состояние дел с диагностикой и лечением – отсутствие «профильного» специалиста. Пациенты с костной патологией не прикреплены к какому-то одному конкретному профилю медицинской помощи. На сегодняшний день в Республиканской детской клинической больнице г.Уфы, дети с несовершенным остеогенезом находятся на лечении в кардиоревматологическом отделении.

Таблица 3.

Уровень активности бисфосфанатов

Химическая субстанция	Торговое название	Относительная активность	Лекарственная форма, дозы, пути введения
Препараты I поколения			
Этидронат	Ксидифон	1	20 % р-р по 50, 100, 250 мл во флаконах - per os
Клодронат	Бонефос Клобир	10	Капс. по 0,4 г; 100 шт. 6 % р-р по 5 мл в амп. – в/в
Препараты II поколения (аминобисфосфонаты)			
Памидронат	Аредиа Помегара Памиред Памидронат	100	Концентрат для инъекций во флаконах по 0,015 г; 0,03; 0,06 и 0,09 г – в/в
Алендронат	Фосамакс Теванат Фороза Алендрос 70	1 000	Таб. по 0,01 г; 28 шт.
Препараты III поколения			
Ибандронат	Бонвива Бондронат	1 000	Таб. по 0,0025 г 0,01 % р-р по 1 мл в амп. – в/в
Ризедронат	Актонель Ризартева Ризедрос	2 000	Таб. по 0,005 или 0,035 г; 28 шт.
Золедронат	Зомета Акласта	10 000	Р-р по 5 мг/100 мл для инф. – в/в Лиофилизат по 4 мг/5 мл для инф. –в/в

Заключение и выводы. Нерешенных проблем в лечении «хрустальных детей» достаточно: низкая активность памидроной кислоты, наличие побочных эффектов, отсутствие выбора из группы бисфосфонатов, не определен профиль врача кому направляются дети с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беневоленской Л.И. Под ред, Руководство по остеопорозу .. "Бином" 2003 г-524с
2. Жарков П.Л., Нарушение формирования (дисплазии) опорно-двигательной системы в повседневной практике врача».- М.: Издательский дом Видар-М,2012.-312с.,ил.
3. Минасов Б.Ш., Полторацкая Т.В., Зиганшин И.Н., Заболевания и врожденные пороки развития опорно-двигательной системы у детей- Уфа: Издательство Медиа Группа «Здоровье», 2010.-272с.
4. Поворознюк В.В. , Гречанина Е.Я. , Балацкая Н.И., Вайда В.М. «Ортопедия, травматология и протезирование» 2009, № 4: 110–117, Несовершенный остеогенез: патогенез, классификация, клиническая картина, лечение
5. Сибирский медицинский журнал, 2011, №7 Хирургическая коррекция клинических проявлений несовершенного остеогенеза с применением материалов из никелида титана, 127-129с.

УДК 616.366-002-072.1-089.85-06

Г.Қ. БОСЫНБЕК, Ж. ҚАБЫЛҚЫЗЫ

ЯТРОГЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель – д.м.н., профессор У.С. Садыков

Кафедра общей хирургии, Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Резюме: *2842 больным использованы ЛХЭ, из них 2086 (73,4%) пациентов при хроническом калькулезном холецистите, а у 756(26,6%) пациентов при остром калькулезном холецистите. Во время ЛХЭ и после операции - у 255(11%) больных были осложнение и ятрогенные повреждение. Перфорация желчного пузыря во время удаления были при хроническом холецистите -у 128(6,14%) больных, а при остром холецистите -у 77(10,18%) больных. Повреждения внепеченочных желчных протоков встречались после ЛХЭ – у 5(0,24%) пациентов, а у 2(0,26%) пациентов при остром холецистите. Желчеистечение из ложы желчного пузыря и из пузырного протока были при хроническом холецистите – у 12(0,58%) больных, а при остром холецистите - у 5(0,66%) больных. Кровотечение из пузырной артерии во время ЛХЭ встречались - у 4(0,19%) больных при хроническом холецистите, а у3(0,4%) больных при остром холецистите. Кровотечение их ложы желчного пузыря были - у 2(0,09%) больных при хроническом холецистите, а у 2(0,26%) больных при остром холецистите. Инфильтрат брюшной полости встречались - у 2(0,09%) при хроническом холецистите, а у 2(0,26%) при остром холецистите. Инфильтрат на месте лапараскопической раны встречались - у 4(0,19%) при хроническом холецистите, а у 4(0,53%) при остром холецистите. Абцесс брюшной полости после операции были только после острого холецистита - у 2(0,26%), а перфорация полых органов встречался только в 1(0,05%) случае при хроническом холецистите. Изложены профилактические меры и методы лечение таких осложнении и ятрогенных повреждении при ЛХЭ.*

Ключевые слова: *Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), осложнения, лечение.*

G.K. Bossynbek, ZH. Kabylkyzy

IATROGENIA IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AND THEIR TREATMENT

Scientific Advisor – Ph. D. in Medicine, Full Professor U.S. Sadykov

Department of General Surgery, Kazakh National Medical University named after S.D.

Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan

Abstract: *2842 patients were treated with LHE, including 2086 (73.4%) patients with acute chronic calculous cholecystitis, and 756 (26.6) patients with acute calculous cholecystitis. During LHE, after operations, 255 (11%) patients had complications about iatrogenic damage. Perforation of the gallbladder during removal was chronic cholecystitis of 128 (6.14) patients, and acute cholecystitis of 77 (10.18%) patients. Lesions of extrahepatic bile ducts occurred after LHE of 5 (0.24%) patients, and 2 (0.26) patients with acute cholecystitis. Bile flow from the gall bladder and from the vesicular duct were chronic cholecystitis of 12 (0.58%) patients, and acute cholecystitis of 5 (0.66%) patients. Bleeding from the vesicle artery during LHE occurred of 4 (0.19%) patients with chronic cholecystitis, and 3 (0.4%) patients with acute cholecystitis. Bleeding of their gall bladder was 2 (0.09%) patients with chronic cholecystitis, and 2 (0.26%) patients with acute cholecystitis. Infiltration of the abdominal cavity occurred in 2 (0.09%) with chronic cholecystitis, and 2 (0.26%) with acute cholecystitis. Infiltration at the site of the laparoscopic wound was found in 4 (0.19%) with chronic cholecystitis, and 4 (0.53%) with acute cholecystitis. Abdominal pain after surgery was only after acute cholecystitis of 2 (0.26%), and perforation of hollow organs was met only of 1 (0.05%) case with chronic cholecystitis. Posed properly of preventative measures and cure methods of such complications and iatrogenic troubles of LHE.*

Key words: *Laparoscopic cholecystectomy (LHE), complications, treatment.*

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) – наиболее часто выполняемая операция в эндовидеохирургии. ЛХЭ выполняется у 90-95% больных с заболеваниями желчного пузыря, требующих оперативного вмешательства [1,2,3,4]. Столь широкое распространение связано с малой инвазивностью без ущерба для радикальности, существенно менее короткими сроками лечения и реабилитации, значительно лучшим косметическим эффектом, низким риском осложнений, экономичностью [2]. В то же время многие вопросы хирургической тактики в лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений далеки от окончательного решения [4].

Цель исследования. Целью нашего исследования является непосредственные результаты ЛХЭ, их осложнения и лечении.

Материалы и методы. Возможности применения ЛХЭ в лечении больных с ЖКБ изучены нами у 2842 больных, оперированных в течение 19 лет в период с 1997 по 2016 годы в «АМКБ» ГКП на ПХВ г. Алматы. Мужчин было 704(24,6%), женщин 2138(75,4%).

Результаты и обсуждение. Всего осложнения и ятрогенные повреждение были у 255(11%) пациентов; из них при хроническом холецистите у 158(7,12%) больных, а при

остром холецистите у – 97(12,61%).

1. Перфорация желчного пузыря и выпадение конкрементов.

Перфорация желчного пузыря произошла в 128(6,14%) случаев при выполнении операции по поводу хронического и в 77(10,18%) по поводу острого холецистита. В наших наблюдениях при выполнении основного этапа операции перфорация стенки ЖП произошло в 153 случаях, при удалении препарата из брюшной полости - у 52 больных.

2. Повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП).

При выполнении 2842 ЛХЭ повреждения ВЖП имело место у 13 больных, что составило 0,46%. Одной из причин роста частоты повреждений желчных протоков является значительное увеличение числа хирургов, осваивающих ЛХЭ. При анализе причин повреждений ВЖП у 13 наших больных были выявлены следующие обстоятельства, приведшие к этому. Виды операции больших и малых повреждениях ВЖП при ЛХЭ:

1) Дренирование холедоха по Холстетта-Пиковскому -3; 2) Дренирование холедоха по Керу – 3; 3); Ушивание холедоха по Вишневскому – 2; 4)Гепатикохоледохоанастомоз с наружным дренированием холедоха- 2; 5) Гепатикодуоденоанастомоз-2; 6.Гепатикоэнтеранастомоз по Ру- 2; 7) Фистулоэнтеранастомоз по Ру- 1; 8) Дренирование подпеченочного пространства-10; 9) ЭРПХГ и папилосфинктропластика- 6; Повреждения ВЖП проявляется в виде желчеистечения, желчной гипертензии, желчным перитонитом и их комбинации.

Повреждения ВЖП в наших наблюдениях имели следующие характеристики.

А). По времени распознавания: - ранняя (6 случаев) – выявлены на операционном столе; поздняя (7 случаев) после ЛХЭ начиная с 1 до 6 сутки. Б). По виду повреждения: полноепересечение-6 краевое ранение – 6; электротермическое повреждение -1.

В). По уровню повреждения: - высокое- 4- на уровне долевых протоков и их слияния; низкое-9- на уровне собственно общего желчного протока.

3.Желчеистечение из ложа желчного пузыря и культи пузырного протока.

Желчеистечение, исключая истечение желчи при повреждении ВЖП, мы встречались у 17(0,6%) пациентов. По степени тяжести желчеистечения больные распределились на 3 группы: А). Количество истекающей желчи не превышало 50 – 100 мл желчь поступала по дренажу. Больные при этом чувствовали себя удовлетворительно. Поступление желчи прекращалось на 2- 5-е сутки (10 пациентов) и не требовались хирургическое вмешательство. Б). Количество истекающий желчи составляло 150-300 мл. Больные предъявляли жалобы на слабость, боли в животе. Такие желчеистечение были у- 6 пациентов, которые требовались повторное вмешательство. В). Количество желчи 300 мл и

более. Такое желчеистечение свидетельствует о негерметичности культи пузырного протока (1 пациент). При повторном релапароскопии в 7 наблюдениях удалось установить желчеистечения, а у 2 -х больных проводились лапаротомия по поводу желчного перитонита из-за желчеистечения дополнительного желчного протока. У 10 больных повторные операции не проводились, истечение желчи прекратилось спонтанно.

4.Кровотечение при ЛХЭ. Частыми источниками интра- или послеоперационных кровотечений при ЛХЭ являются: пузырная артерия и печеночное ложа желчного пузыря у 11 (0,4%)пациентов. Лапароскопическая остановка кровотечении из сосудов ложа ЖП нами применены электрокоагуляция у 4 больных.Часто кровотечение из пузырной артерии во время ЛХЭ возможно без конверсии, с использованием лапароскопической технологии у 3 Нами произведены конверсию у 4 больных.

5. Внутрибрюшинные абсцессы после ЛХЭ. По нашим данным, из 2842 пациентов, которым была выполнена ЛХЭ у 2 больных после острого деструктивного холецистита были подпеченочные абсцессы в области желчного пузыря. Лечение всех абсцессов, возникающих после ЛХЭ, проводилось лапаротомии с санацией и дренированием на 14 и 20 сутки после УЗИ.

6. Повреждение кишечника при ЛХЭ. Мы встретились с данным осложнением у 1-ой больной. Был осуществлен переход на лапаротомию. При ревизии выявлен электротермический дефект на передней стенке верхней горизонтальной части 12-п. кишки размером до 4 мм. Произведено ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости. Больная находилась на стационарном лечении в течение 10 дней. Выздоровление.

7. Стриктура ВЖП после ЛХЭ - проблема. У наших наблюдениях у 1-ой больной после ЛХЭ развился желчеистечения после повреждения холедоха (неполное клипирование общего желчного протока). На 6-ой день взято лапаротомию и дренирование подпеченочного пространства найден добавочный желчный проток. Через 2 месяц сделано повторная лапаротомия по поводу стриктуры общего холедоха после ЭРПХГ, проводился фистулоэнтераностомоз по РУ. Через 6 месяцев развился обтурация фистулэнтероанастомоза с механической желтухой. Больная повторно взято на операцию лапаротомия, удаление клипсы от общего холедоха и наложение гепатикодуоденоанастомоза с дренированием подпеченочного пространства. Больная на 3-ый день после операции умерла от нарастающейся печеночной недостаточности и развился ДВС.

Заключение и выводы. Проблема развития осложнений при ЛХЭ и их профилактики, несмотря на повсеместно накапливающийся опыт, сохраняет актуальность. Наиболее важна профилактика интраоперационных кровотечений и повреждений ВЖП.

Наибольшее значение при этом имеют: качественное дооперационное обследование, безопасная анатомичная техника операции, а также рациональное использование интраоперационной диагностической аппаратуры.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Короткевич А.Г., Кузнецов В.В. Профилактика осложнений хирургического лечения острого холецистита, / А.Г. Короткевич, В.В. Кузнецов //Анналы хирургической гепатологии.-2004.-№2.-С.132

2. Короткевич А.Г. Релапароскопия при осложнениях лапароскопической холецистэктомии,/ А.Г. Короткевич, // Вкн.:5-й Московский международный конгрес по эндоскопической хирургии: тез. докл.-2001, - С.96-97.

3. Кузовлев Н.Ф. Рубцовая стриктура печеночных протоков. Прецизионный желчно-кишечный анастомоз без дренаж каркаса, / Н.Ф. Кузовлев // Анналы хирургической гепатологии.-1996. Т.1.-С.108-114

4. Mathisen Q., Bergan A. Iatrogenic bile duct injuris, / Q. Mathisen, A. Bergan, A. Flatmark // World J. Surg. -1987.-Vol. 11 –P. 392-397.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ИСТОРИЯ МЕДЦИНЫ

Оглавление

Т.С. Арзуманян , С.М. Мансурова, Л.М. Арзуманян 1393

РОЛЬ СПОРТА В БОРЬБЕ С КУРЕНИЕМ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ 1393

Р.М. Арсланов 1398

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 1398

А.О. Аршина, Д.С. Хазиева, Н.Ю. Сорокина 1404

ИНФОРМАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА 1404

А.Р.Багданурова, А.И.Кинжалеева, М.Ф.Хуснияров, Н.Н.Жданова 1409

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН 1409

К.Д. Булатова, А.М. Галимова, Р.З.Нуриманов 1414

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В БАШКИРСКОЙ АССР 1414

Л.Р.Валиева 1418

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 1418

И.С. Фаткуллина, Г.Ф. Гаянова 1423

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ 1423

Э.А.Гимадова, Н.А.Дьякова, Е.С.Карпова 1428

ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ АМН СССР ЛЕОНИД ЛЕОНИДОВИЧ ВАСИЛЬЕВ 1428

Р. Г. Даутбаева 1431

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ ГОРОДСКИХ ЖЕНЩИН 1431

Р.Р. Даутов, А.Б. Латыпов 1437

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ТРАВМАТИЗМА 1437

Э. Р. Диваева 1442

ЗАДАЧА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЕТЕЙ 1442

О.Ю. Докучаева 1447

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ПРИЧИНЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ 1447

Н.А.Дьякова, И. И. Гумеров 1452

УЧАСТНИК ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ Г.В.КОВАНОВ — ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ, ВРАЧЕБНОГО КОНТРОЛЯ И ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ (1962—1984 ГГ.) 1452

Н. Н. Жданова, М. Ф. Хуснияров, А.А. Фахрисламов, А.И.Кинжалеева, А.Р.Багданурова 1455

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНСУЛЬТОМ 1455

В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО СОСУДИСТОГО ОТДЕЛЕНИЯ 1455

Р.Р. Зарипова, Г.Л. Галимова 1459

СВЕТЛОЙ ПАМЯТИ СУКОЛИНА ГЕННАДИЯ ИВАНОВИЧА 1459

Л.Р.Идрисова, Н.П Зылева, А.Р.Азаматова, В.Ф.Асадуллин Э.Р.Абдуллина 1464

РЕЙТИНГ МУНИЦИПАЛЬНЫХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН В 2015 ГОДУ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И НОВОРОЖДЕННЫМ 1464

Р.В.Изибаева, Э.Р.Абдуллина, А.Р.Азаматова, И.И.Лукманов 1469

МУРАТОВ СЕРГЕЙ МАХМУТОВИЧ 1469

И.Ф. Кадаев, Л.З. Турумтаева, Р.И. Махортов 1474

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ ОТ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА 1474

А.Т. Нуриева, И.Ф. Кадаев ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 1479

А.И.Кинжалеева, А.Р.Багданурова, А.А.Фахрисламов, М.Ф. Хуснияров 1484

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 1484

М. О. Комлева, М. Г. Лауэр 1490

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ И ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ 1490

Л.С.К Корнейчук, А.С.Рахимкулов 1496

АНАЛИЗ ИНСУЛЬТОВ ПО ГЕМОРАГИЧЕСКОМУ ТИПУ В ГБУЗ РБ ЦРБ БЕЛЕБЕЕВСКОГО РАЙОНА 1496

Л.С.Корнейчук, И.Р.Шаяхметов 1502

УЧАСТИЕ ВЫПУСКНИКОВ БЕЛЕБЕЕВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ 1502

Л.З. Султангалиева, Э.Р.Абдуллина, А.Р.Азаматова 1508

АНАЛИЗ РЕЙТИНГА АБОРТОВ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 1508

Ф.М. Марифханова, Н.В.Ворошилова, А.К. Темиров 1515

УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ 1515

П.В. Меньков 1519

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА 1519

В ОТДЕЛЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ 1519

К.В. Перхуткина 1525

«ВРАЧ ОНЛАЙН» КАК СЕРВИСНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 1525

РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 1525

А. Р. Погорелов 1531

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАМЧАТСКОГО КРАЯ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ 1531

А. С. Попов 1536

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ 1536

У.В. Романенко 1542

ЭТАПЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССОРА В.М. РОМАНКЕВИЧА 1542

Л.Ф. Садикова, Р.А. Аскаров 1545

ПРОСТРАНСТВЕННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН ОТ КОЛИЧЕСТВА АТМОСФЕРНЫХ ВЫБРОСОВ 1545

В.Э.Сакаев 1550

ДИНАСТИЯ УФИМСКИХ ВРАЧЕЙ САКАЕВЫХ — ВЫПУСКНИКОВ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ИМЕНИ 15-ЛЕТИЯ ВЛКСМ 1550

И. И. Салигаскаров 1555

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕФИЦИТА ЙОДА В ОРГАНИЗМЕ УЧАЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ЧЕКМАГУШЕВСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 1555

В.А. Сбитякова, Л.С.Корнейчук 1561

СТАНОВЛЕНИЕ АКУШЕРСКОГО ДЕЛА В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ 1561

В.А. Сбитякова, Л.С.Корнейчук 1567

ТРАДИЦИОННЫЕ РОДИЛЬНЫЕ ОБРЯДЫ БАШКИРСКОГО НАРОДА 1567

Л.И. Саттарова 1572

АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОБРАЗА ЖИЗНИ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ РБ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ 1572

Н.П. Зылева, Л.Р. Идрисова, В.Ф.Асадуллин, А.Р. Азаматова, Э.Р.Абдуллина 1577

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В МУНИЦИПАЛЬНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 1577

О. Р. Султанов 1587

ФОРМИРОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ П.Ф. ЛЕСГАФТОМ 1587

Л.З. Турумтаева, И.Ф. Кадаев, М.М. Шевнина 1593

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 1593

Н. А. Усцелемова 1598

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОВРЕМЕННОМ ТЕХНИЧЕСКОМ ВУЗЕ 1598

УДК 614.2: 616-009: 616.853: 314.44 1604

А. И. Фатихова, Л. Р. Сахибуллина 1604

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭПИЛЕПСИЕЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 1604

А. И. Фатихова, Л. Р. Сахибуллина 1609

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В 2013-2015 ГОДЫ 1609

И.С. Фаткуллина, Г.Ф. Гаянова, А.З. Фаюршин 1615

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ БОЛЬНИЦ, ПОЛИКЛИНИК, ДИСПАНСЕРОВ БЕЛЕБЕЕВСКОГО РАЙОНА 1615

И.С. Фаткуллина, Г.Ф. Гаянова, А.З.Фаюршин 1619

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ САНАТОРИЯ 1619

«ГЛУХОВСКАЯ» 1619

УДК 614.2: 615 :617-089 1623

А.Т. Хайруллин 1623

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ ДЮРТЮЛИНСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫВ 2013 - 2015 ГГ. 1623

А.Н. Хасанова 1628

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ 1628

Л.М. Шайхуллина 1632

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОЖИВАЮЩЕГО В МОНОГОРОДАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 1632

А.А. Фахрисламов, А.И. Кинжалеева, Н.Н. Жданова 1638

ФАХРИСЛАМОВА ВЕНЕРА МУХИБОВНА – ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 1638

Р.Р.Абсатаров, Кхан Аднан Ахмед, Шейх Масуд Махбуб, М.А.Каримов 1643

ПЕРВЫЙ ЗАВЕДУЮЩИЙ ОТДЕЛЕНИЕМ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ КЛИНИКИ БГМУ 1643

Р.Р.Абсатаров, Кхан Аднан Ахмед, Шейх Масуд Махбуб, М.А.Каримов 1647

ИШМУХАМЕТОВ РЕЙТЕР УСМАНОВИЧ – ПЕРВЫЙ СОСУДИСТЫЙ ХИРУРГ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 1647

Р.Р.Абсатаров, Кхан Аднан Ахмед, Шейх Масуд Махбуб 1650

РАЗВИТИЕ ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ В БАШКИРСКОЙ АССР 1650

Д.А.Бабрай, И.И.Мухамбетов, С.Ш.Рафиков 1653

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ 1653

ИМ. Г. Г. КУВАТОВА 1653

С.А.Васильева, А.П.Нагаева, А.З. Фаюршин 1659

А.П.ЧЕХОВ НА КУМЫСОЛЕЧЕНИИ В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ 1659

Г.Р. Галяутдинова, Ю.И. Гайсина 1663

СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БЕЛЕБЕЕВСКОМ УЕЗДЕ 1663

ДО РУССКО-ЯПОСКОЙ ВОЙНЫ 1663

А.И. Ерохина, А.А. Сулейманова, А.М. Галимова, Р.З.Нуриманов 1669

ОСНОВОПОЛОЖНИК СОВЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ 1669

В СССР 1669

А.В. Запасная, А.Д. Князева 1674

РОЖДЕНИЕ В СЕВАСТОПОЛЕ ПРОФЕССИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ 1674

А.В. Запасная, А.Д.Князева 1681

МЕДАЛЬ «СЕСТРА МИЛОСЕРДИЯ ЕКАТЕРИНА БАКУНИНА» 1681

И.Я. Имаев, Р.А. Султанов, Д.А.Гареев, Г.Ю. Борисов, С.В. Зарипов 1687

СОСТОЯНИЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ БАШКИРСКОЙ АССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1687

М.А.Каримов, Е.С.Карпова 1692

ПЕРВЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ БГМИ ПРОФЕССОРА Н.М.ДОРОФЕЕВА 1692

А.В. Кириллова, Г.Б. Султанаев 1696

ЧУВАШИ — МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИЗ БАШКОРТОСТАНА 1696

А.В. Кириллова, Г.Б. Султанаев 1701

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ БАШКОРТОСТАНА ИЗ ЧУВАШСКОЙ ДИАСПОРЫ 1701

И.И.Лукманов, В.Н.Пешков 1706

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШАРАНСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН 1706

А.П.Нагаева, С.А.Васильева 1711

ПУТЬ ВРАЧА О.В.АПТЕКМАНА В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ 1711

С.И. Стрельцова, Т.А.Тагиров 1714

ОТРАЖЕНИЕ ПОДВИГА В ИСТОРИКО - КРАЕВЕДЧЕСКОМ МУЗЕЕ ГОРОДА БЕЛЕБЕЯ 1714

С.И. Стрельцова, Т.А.Тагиров 1719

ЗНАМЕНИТЫЕ ЛЮДИ ГОРОДА БЕЛЕБЕЯ В ИСТОРИКО - КРАЕВЕДЧЕСКОМ МУЗЕЕ 1719

У.Ф. Сулейманов, О.С. Соколова, С.В.Зарипов 1723

СТАНОВЛЕНИЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ 1723

А.А. Сулейманова, А.И. Ерохина 1727

СТАНОВЛЕНИЕ СУРДОЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ БАШКИРСКОЙ АССР 1727

Г.Р. Хамидуллина, С.Я. Исмаилова, С.В.Зарипов 1732

СТАНОВЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА УФЫ 1732

А.В.Шарафутдинов, И.А.Амиргулов, А.А.Ибрагимов, Г.О.Курдиман, Н.О.Трофимов 1737

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ЛЕГЕНДАРНОЙ 112-Й БАШКИРСКОЙ КАВАЛЕРИЙСКОЙ ДИВИЗИИ 1737

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ЛЕГЕНДАРНОЙ 112-Й БАШКИРСКОЙ КАВАЛЕРИЙСКОЙ ДИВИЗИИ

УДК: 613.846

Т.С. Арзуманян , С.М. Мансурова, Л.М. Арзуманян

РОЛЬ СПОРТА В БОРЬБЕ С КУРЕНИЕМ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Научный руководитель- к.м.н., доцент Д.З. Хусанов

Кафедра физической культуры, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в секторе здравоохранения проблема профилактики курения среди молодежи и борьбы с ним на протяжении многих лет является острой. Большое значение в этом вопросе уделяется спорту, который выполняет рекреационную функцию, которая уменьшает психоэмоциональную нагрузку, которая улучшает работоспособность за счет активации нарушенных физиологических процессов систем организма. Совсем недавно ученые обосновали значительную роль спорта в борьбе с курением также на биохимическом уровне.

Ключевые слова: курение, табак, здоровье ,молодежь ,спорт.

T.S. Arzumanyan, S.M. Mansurova

THE ROLE OF SPORT IN THE FIGHT AGAINST SMOKING AMONG YOUNG PEOPLE

Scientific Advisor — PhD in medical sciences, Associate professor D.Z. Khusanov

Department of Physical Culture, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: in the health sector, the problem of preventing and combating smoking among young people has been acute for many years. Great importance in this matter is given to sport, which fulfills a recreational function that reduces the psychoemotional load, which improves working capacity due to the activation of disturbed physiological processes in the body systems. More recently, scientists have substantiated the significant role of sport in the fight against smoking also at the biochemical level.

Keywords: smoking, tobacco, health, youth, sports.

Актуальность: Курение – глобальная проблема 21 века.

Табакокурение имеет более чем 500-летнюю историю. Открытие Христофором Колумбом в 1492 году Америки связано с открытием европейцами многих новых растений, в том числе табака. Не смотря на запреты Колумба, некоторые моряки тайно привезли листья и семена

табака в Европу. В 1697 году царь Пётр I своим указом легализовал продажу табака на территории Российской империи. Мужчины, женщины, а также молодые люди начали курить, нюхать и жевать табак. Считающийся вначале лекарственным средством от всех болезней, табак вскорости приобрёл дурную славу и во многих странах его начали запрещать. В настоящее время курение табака является самым распространённым видом наркомании во всём мире. Курение убивает ежегодно от 330 до 400 тыс. человек в нашей стране, а также является мощным источником демографического кризиса в России. Эта вредная привычка, наносящая огромный социальный и экономический урон как отдельному человеку, так и нации в целом, в настоящее время превратилось в массовую эпидемию и имеет широкое распространение среди молодежи, в частности – студентов [1, 2, 4].

Последствия курения сигарет для здоровья огромны: со стороны сердечно-сосудистой системы характеризуются поражением коронарных артерий (стенокардия, инфаркт миокарда), аорты (аневризма аорты), сосудов головного мозга и периферических сосудов. Никотин вызывает системный спазм сосудов, повышает свёртываемость крови вследствие активации тромбоцитов. Чаще всего у курильщиков табака среди заболеваний дыхательной системы встречают хронический бронхит, высока распространённость острых и хронических форм пневмонии, эмфиземы лёгких[3]. По данным разных исследователей, в 70 90% случаев рак лёгких развивается в результате курения табака. Доля летальных исходов от злокачественных новообразований, обусловленных курением, достаточно высока.

К сожалению, угрозы, порождаемые табакокурением, до сих пор недооцениваются. А между тем никотиновая зависимость уже давно стала глобальной проблемой[5]. Поэтому в сфере здравоохранения на протяжении многих лет остро стоит вопрос о мерах профилактики и борьбы с курением среди молодежи. Большое значение в этом вопросе уделяется физической культуре и спорту, которые выполняют рекреативную функцию, снижающую психоэмоциональную нагрузку, а также улучшающую работоспособность вследствие активизации нарушенных физиологических процессов систем организма. Совершенно недавно ученые обосновали значительную роль спорта в борьбе с курением на биохимическом уровне. Никотин в организме человека воздействует на никотиновые ацетилхолиновые рецепторы, стимулируя выброс гормона дофамина, через который и реализуются механизмы формирования никотиновой зависимости.

Цель исследования: определить степень значимости спорта в борьбе с курением среди студентов БГМУ.

Материалы и методы: В качестве метода исследования было выбрано анкетирование, которое проводилось в октябре 2016 года. Объектом исследования выступили 150 респондентов из числа студентов БГМУ в возрасте 18-25 лет.

Результаты и обсуждение: По результатам опроса, из 150 респондентов 95 (63%) занимаются спортом (Таблица 1).

Анализ результатов опроса показал, что среди опрошенных студентов-спортсменов 32% курят и 68% нет. Из выше сказанного мы видим, что больше половины респондентов не курят, 32% все же зависимы от этой пагубной привычки (Таблица 2).

На втором этапе мы проанализировали ответы тех студентов, которые курят. На вопрос «Сколько лет вы уже курите?» были получены следующие результаты 37% студентов курят меньше года, у 34% стаж от 1 года до 3 лет, 15% от 3 до 5 лет и 14% курят 5 лет и более. Более 50 % опрошенных выкурили свою первую сигару в возрасте от 14 -18 лет. На вопрос «Есть ли курящие среди членов вашей семьи?» 51% опрошенных студентов в семье кто-либо курит, у 17% - курили ранее, но в настоящее время не курят, а у 32% опрошенных студентов никто в семье никогда не курил, отсюда мы видим, что у 68 % студентов курили или курят в семье. Среди причин, способствующих началу курения, студенты назвали, прежде всего, то, что курили друзья или были проблемы в семье, учебе.

Около 60% опрошенных выкуривают в день более 10 сигарет. На вопрос “Чувствуете ли вы особую тягу к сигаретам?” 45 % сказали что чувствуют сильную тягу, 27 % - “Только слегка тянет” и 28% не чувствуют тяги к курению. Избавиться от этой пагубной привычки хотели бы 72% опрошенных студентов что, свидетельствует о важности решения этой проблемы совместными усилиями всех заинтересованных людей. 9 % пытались ранее бросить, но не смогли , а вот 19 % не хотят избавляться от своей зависимости,72% пытаются бросить курить в данный момент ,в чем им (как указало более 50% респондентов) помогает занятие спортом (Таблица 3).

Таблица 1

Процентное соотношение спортсменов среди опрошенных респондентов

Вопрос	Ответы респондентов (%)
Занимаетесь ли вы спортом?	Да – 63% нет – 37%

Таблица 2

Процентное соотношение курящих студентов-спортсменов среди опрошенных респондентов

Вопрос	Ответы респондентов (%)
Вы курите?	Да-32% Нет -68%

Таблица 3

Оценка отношения респондентов к табакокурению

Вопрос	Ответы респондентов (%)
Сколько лет вы уже курите?	37% - меньше года 34% -от 1 года до 3 лет 15%- от 3 до 5 лет 14% -5 лет и более
Когда вы выкурили свою первую сигару?	56 % - от 14 -18 лет 9% - до 14 лет 35% - после 18 лет
Есть ли курящие среди членов вашей семьи?	51% - да , курят 17% - курили ранее, но в настоящее время не курят 32% -нет, никто в семье никогда не курил
Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	38% - до 10 62% - 10 и более
Чувствуете ли вы особую тягу к сигаретам?	45 % - чувствуют сильную тягу 27 % - “Только слегка тянет” 28% -не чувствуют тяги к курению
Хотели бы Вы избавиться от этой пагубной привычки ?	72% -да 28%-нет
Пытались ли вы бросить курить?	9 %- пытались ранее бросить ,но не смогли 19 % -нет и не хочу 72% - пытаюсь бросить в данный момент

Заключение и выводы: Результаты опроса показывают, что, несмотря на достаточно высокую спортивную активность студентов, проблема курения все же весьма актуальна.

Проблема курения в настоящее время представляет собой разветвленный комплекс социальных патологий, влияющих на нормальное функционирование общества. Проблема стара, как мир, но очень значительна, как никогда.

Решением этой проблемы наряду с медицинскими и социальными работниками занимается государство в целом, гражданское общество и различные общественные институты. Одним из способов преодоления этой чумы является эффективная профилактика и пропаганда здорового образа жизни, наглядные примеры социальных и медицинских последствий курения также эффективно воздействуют на сознание молодых людей.

Так же необходимо повышать эффективность спорта в борьбе с курением путем популяризации рекреационных видов физической активности. Вовлечение молодежи в спортивную деятельность приведет к динамичному снижению процента курящих студентов

Список литературы:

1. Арефьев, А.Л. Поколение, которое теряет Россия / А.Л. Арефьев // Социологические исследования – 2002. – №8. – с. 97-105

2. Артеменко, В.В. Курение или здоровье / В.В. Артеменко, А.А. Шабурова // Социальные аспекты регионального развития – 2010. – №6. – с. 75

3. Дзюбайло, А. В. Аспекты формирования хронической обструктивной болезни легких у курящих пациентов с разной степенью никотиновой зависимости [Текст] / А. В. Дзюбайло ; Минздравсоцразвития СО, ГОУ ВПО "СамГМУ" Росздрава. - Самара : Изд- во "Универс групп", 2010. - 124 с.

4. Раннева, Л.К. Исследование распространенности курения среди студентов / Л.К. Раннева, Д.А. Сидоров – Тула: 2010. – с. 2

5. Сперанская, О. И. Табачная зависимость [Текст] : перспективы исследования, диагностики, терапии / О. И. Сперанская. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 160 с.

УДК 614.1

Р.М. Арсланов

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.Х. Шарафутдинова

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в работе представлены данные о смертности населения Республики Башкортостан за 2001-2015гг. Анализ показал, что смертность сельского населения выше смертности городского во все годы изучаемого периода. Смертность сельских мужчин и женщин опережает смертность городских мужчин и женщин, соответственно в 1,2 и 1,4 раза. Смертность сельского населения значительно выше смертности городского населения вследствие внешних причин, болезней органов дыхания, болезней органов пищеварения; среди городского населения выше смертность от злокачественных новообразований, а также инфекционных и паразитарных заболеваний по сравнению с сельским населением. Смертность сельских мужчин превышает смертность городских мужчин до 60 летнего возраста, смертность сельских женщин выше смертности городских женщин до 75-летнего возраста.

Ключевые слова: смертность, сельское и городское население, возрастные показатели смертности, причины смерти.

R.M. Arslanov

DYNAMICS OF MORTALITY OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Full professor N.H. Sharafutdinova

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the paper presents data on mortality of the population of the Republic of Bashkortostan

for 2001-2015. The analysis showed that the mortality rate of rural population above the urban mortality in all the years of the study period. The mortality rate of rural men and women ahead of the mortality of urban men and women, respectively, 1.2 and 1.4 times. The mortality of the rural population is much higher than that of the urban population due to external causes, respiratory diseases, digestive apparatus diseases; Among the urban population, the higher the mortality from malignant neoplasms, as well as infectious and parasitic diseases in comparison with the rural population. The mortality of rural men exceeds the mortality of urban men to 60 years of age, the mortality rate of rural women is higher than the mortality rate of urban women to 75 years of age.
Keywords: mortality, rural and urban population, age-specific mortality, causes of death.

Актуальность: Смертность населения является важнейшим показателем здоровья населения, также критерием, определяющим социально-экономическое благополучие территорий [1,3]. Государственной программой «Развитие здравоохранения в Республике Башкортостан» (Программа) определены целевые индикаторы медико-демографических показателей, в том числе общей смертности и смертности от отдельных причин, которые должны быть достигнуты к 2020 году. Учитывая, что конечной целью Программы является создание системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг населению, которая будет достигнута через достижение целевых значений ряда показателей, нами проведен анализ показателей общей смертности сельского и городского населения, повозрастных уровней смертности населения, смертности населения от отдельных причин в Республике Башкортостан.

Материалы и методы: Для расчета показателей смертности населения использовались материалы МИАЦ МЗ РБ, данные ф.№ С51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти», численность городского и сельского населения республики за анализируемый период. Показатели общей смертности и коэффициенты смертности по возрастам определены в расчете на 1000 соответствующего населения, показатели смертности населения от отдельных причин в расчете 100тыс. соответствующего населения.

Результаты и обсуждение: В 2015 году уровень общей смертности населения РБ составил 13,3‰, что выше целевого значения общей смертности, определяемого Программой (13,0‰ в 2015г.). Анализ смертности выявил, что в динамике за 2001-2015гг. общая смертность всего населения республики в 2015 году была на том же уровне, что и в 2001 году (соответственно 13,4 и 13,3‰), однако, если общая смертность городского населения снизилась на 5,5%, то смертность сельского населения выросла на 5,5%.

Следует отметить, что смертность на селе опережала смертность в городе, максимальное значение которой наблюдалось в 2005 году – 17,1 в расчете на 1000 сельского населения, а наименьшее (14,6‰) отмечалось в 2001 году. При этом общая смертность городского населения не превышала уровня 13,3 в расчете на 1000 городского населения, что ниже минимального уровня общей смертности на селе (рис.1).

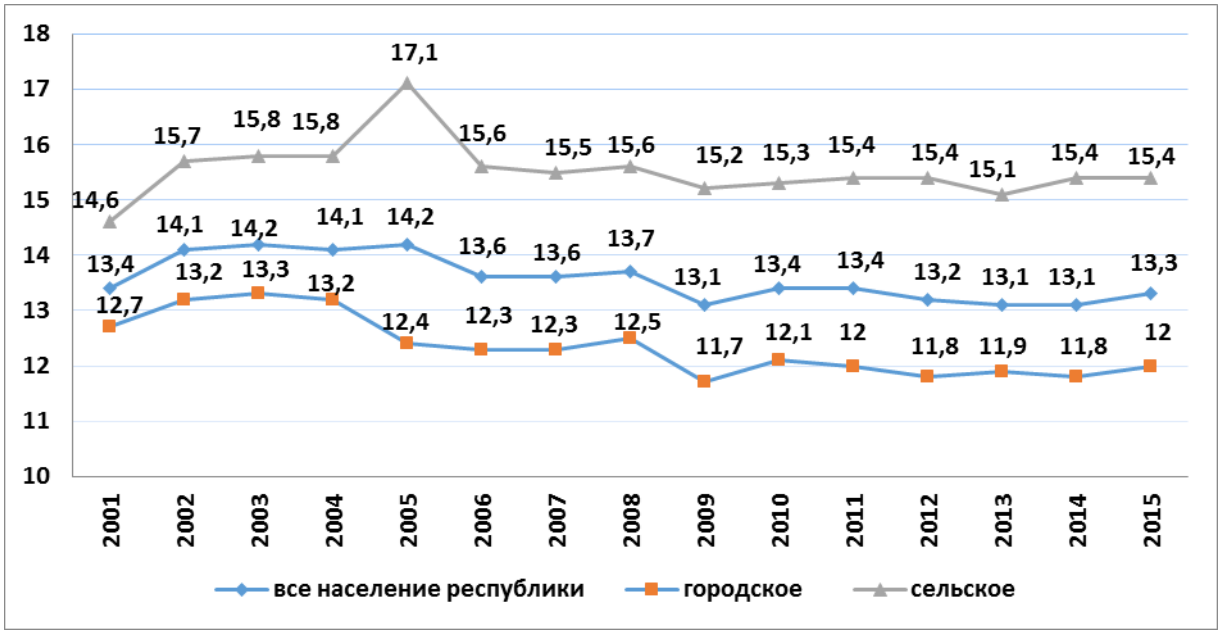


Рис.1. Динамика смертности населения Республики Башкортостан по месту жительства за 2001-2015гг., в расчете на 1000 соответствующего населения.

В 2015 году в республике умерло всего 54024 человек, из них 28715 (53,2%) мужчин и 25309 женщин (46,8%). Общая смертность мужчин на селе превышала смертность мужчин в городе в 1,2 раза (соответственно 16,78 и 13,90‰), смертность сельских женщин превышала смертность городских женщин в 1,4 раза (14,04 и 10,33 ‰ соответственно), что согласуется данными литературы [2,4,5].

Наиболее полную картину о смертности населения дает изучение специальных показателей смертности, к которым, в частности, относятся возрастные показатели смертности. Изучение возрастных коэффициентов смертности показало, что смертность сельских мужчин превышает смертность городских мужчин до 60-летнего возраста. В пожилом и старческом возрасте смертность городских мужчин превышает смертность сельских мужчин. Такая же тенденция наблюдается среди сельских женщин, среди которых смертность выше по сравнению с городскими женщинами во всех возрастных группах,

включая пожилой возраст. В старческом возрасте (75 лет и старше) смертность городских женщин начинает превышать смертность сельских женщин (рис.2).

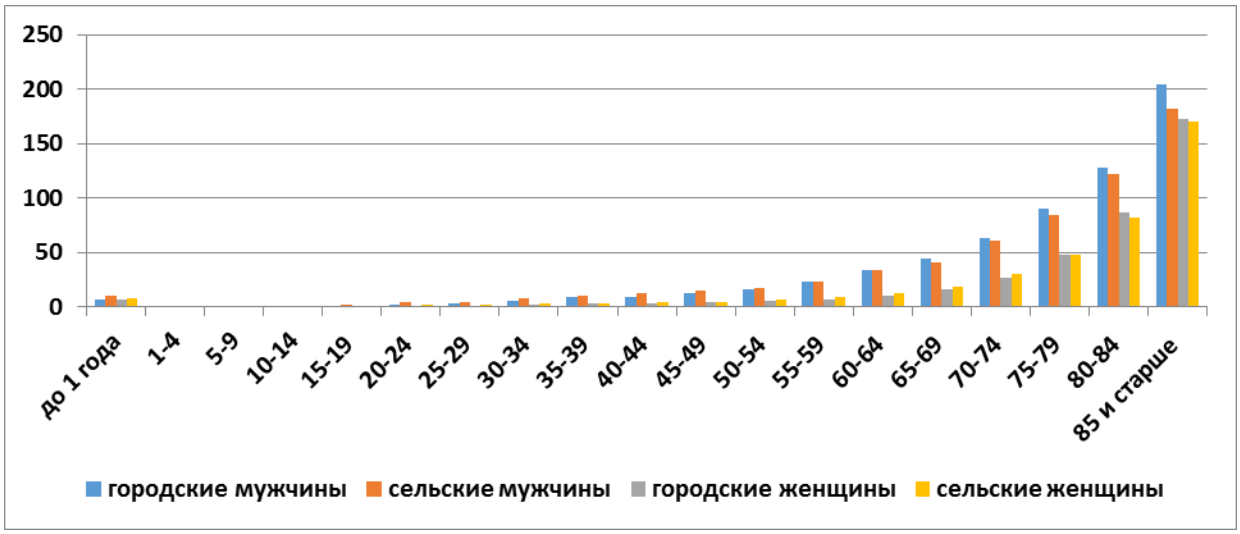


Рис.2. Возрастные показатели смертности населения Республики Башкортостан по полу и месту жительства в 2015г., в расчете на 1000 соответствующего населения.

Смертность как сельского, так и городского населения была высокой от болезней системы кровообращения, уровень которой практически не отличался между сельскими и городскими жителями (532,9 и 538,3 на 100тыс. соответствующего населения), что ниже значения целевого индикатора Программы (600,1 в расчете на 100тыс. населения в 2015г.) (рис.3).



Рис.3. Показатели смертности населения Республики Башкортостан по причинам смерти и месту жительства в 2015 году, в расчете на 100тыс. соответствующего населения.

Среди сельского населения смертность была выше по сравнению с городским населением от внешних причин в 1,7 раза, от болезней органов дыхания в 2,4 раза, от болезней органов пищеварения в 1,3 раза. У городского населения был выше уровень смертности от злокачественных новообразований в 1,3 раза, от инфекционных и паразитарных заболеваний в 1,8 раза. Изучение смертности сельского населения от внешних причин показало, что у сельских жителей продолжает оставаться высоким уровень смертности от самоубийств, который превышал уровень смертности городских жителей от этой причины в 3,7 раза. Также среди сельчан выше уровень смертности от транспортных несчастных случаев в 1,9 раза, от утоплений в 2,0 раза, от отравлений алкоголем в 1,7 раза, от убийств в 1,5 раза (рис.3).

Заключения и выводы:

1. Смертность сельского населения выше смертности городского населения во все годы изучаемого периода. Смертность сельских мужчин и сельских женщин опережает смертность городских мужчин и городских женщин. Уровни смертности сельского населения значительно выше смертности городского населения вследствие внешних причин, болезней органов дыхания и болезней органов пищеварения, среди городского населения выше смертность от злокачественных новообразований и инфекционных и паразитарных заболеваний.

2**.** Смертность сельских мужчин превышает смертность городских мужчин до 60 летнего возраста, смертность сельских женщин выше смертности городских женщин до 75-летнего возраста.

Список литературы:

1. Постановление Правительства РБ от 30.04.2013 N 183 (ред. от 31.12.2014) "Об утверждении государственной программы "Развитие здравоохранения Республики Башкортостан"

2. Евсюков А.А. Результаты комплексной оценки смертности городского и сельского населения Республики Башкортостан // Бюллетень НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. - М., 2008. - Вып. 3. - С. 53-56/

3. Комаров Ю.М. Высокая смертность как ведущая причина депопуляции // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2007. - № 5 - С. 4-7.

4. Шарафутдинова Н.Х. Смертность сельского и городского населения в Республике Башкортостан. – Бюллетень НИИ общественного здоровья. – 2008. – Вып.1. – С.89-91.

5. Шарафутдинова Н.Х., Мустафина Г.Т., Староверова Т.С., Валеев Р.Ф., Шарафутдинов М.А. Возрастные показатели смертности мужского и женского населения Республики Башкортостан в зависимости от места жительства. Фундаментальные исследования. – № 1, 2015. – С.1476-1479.

УДК 614

А.О. Аршина, Д.С. Хазиева, Н.Ю. Сорокина

ИНФОРМАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель - к.м.н., доцент Н.Г. Терентьева

Кафедра промышленной экологии и безопасности жизнедеятельности, Магнитогорский государственный технический университет им. Г. И. Носова, г. Магнитогорск

Резюме: загрязнение атмосферного воздуха играет значительную роль в развитии ряда заболеваний. Данные полученные при проведении корреляционного анализа позволили установить связь между бенз(а)пиреном и злокачественными новообразованиями, фенолом и болезнями глаз, диоксидом азота и болезнями органов дыхания .
Ключевые слова: загрязнение атмосферы, заболеваемость, корреляционный анализ.

A. O. Arshina, D. S. Hazieva, N. Yu. Sorokina

INFORMATION ASSESSMENT OF THE REGULARITY OF THE INFLUENCE OF FACTORS OF TECHNOGENIC POLLUTION IN ATMOSPHERIC AIR ON HUMAN HEALTH

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor N.G. Terentyeva

Department of Industrial Ecology and Life Safety, Nosov Magnitogorsk State Technical University, Magnitogorsk

Abstract: air pollution plays a significant role in the development of several diseases. Data obtained by carrying out correlation analysis has allowed to establish the link between benzpyrene and malignant tumors, phenol and eye diseases, nitrogen dioxide and respiratory diseases .

Key words: air pollution, morbidity, correlation analysis.

Актуальность: Научно-технический прогресс в последнее столетие вызвал значительные изменения экологических условий на планете. Человечество, будучи источником глобальных преобразований, все больше испытывает на себе последствия своей деятельности. Экологически наиболее неблагополучным становится состояние воздушной среды, загрязнены также водные источники, почва. Качество же здоровья человека в значительной степени зависит от качества среды его обитаниях. Наиболее актуальны проблемы загрязнения окружающей среды в промышленных центрах, где сконцентрировано более 50% населения России. Примером такого промышленного центра является г Магнитогорск, выросший благодаря созданию и работе градообразующего предприятия ОАО «ММК», экономика которого имеет ярко выраженную специализацию по отрасли «черная металлургия». Географическое расположение предприятий города, особенности ландшафта и сезонных климатических изменений сформировали в различных районах несколько очагов экологического неблагополучия, имеющих определенные наборы загрязнителей.

Показатели заболеваемости органов дыхания в городе превышают общероссийские. Вследствие этого, в настоящее время назрела объективная необходимость разработки теоретических основ и интегральных подходов к оценке многофакторного, сочетанного влияния химических загрязнителей атмосферного воздуха для разработки практических рекомендаций. населения.

Цель исследования: Определить динамику показателей загрязнения воздушной среды города Магнитогорска, выявить корреляционную зависимость заболеваемости населения от показателей суммарного загрязнения атмосферного воздуха и оценит вклад отдельных химических загрязнителей атмосферного воздуха в общую заболеваемость .

Материалы и методы: Для определения зависимости показателей заболеваемости от концентрации загрязняющих веществ, находящихся в атмосферном воздухе, мы использовали коэффициент корреляции, критерий Стьюдента, статистику заболеваемости и выбросы в атмосферу бензапирена, фенола, формальдегида и диоксида азота за 2001-2014 гг. Коэффициент корреляции находили с помощью статистической функции КОРРЕЛ(массив1;массив2) в программе Excel, где массив1- обязательный аргумент, диапазон ячеек со значениями заболевания , массив2- обязательный аргумент, диапазон ячеек со значениями концентрации загрязняющего вещества. Для оценки значимости

коэффициентов корреляции используется t - критерий Стьюдента. При этом для каждого коэффициента расчетное значение t-критерия сравнивается с табличным, которое находится по таблице значений критериев Стьюдента. Если расчетное значение выше табличного, то величина коэффициента корреляции является значимой, а изучаемая связь между результативным показателем и факторами надежной. Критерий Стьюдента можно найти, используя программу Excel, при этом необходимо ввести функцию ТТЕСТ(Массив1;Массив2;хвосты;тип), где массив 1- значение данных заболеваний, массив2 – значение данных концентраций вредных веществ, хвосты- число хвостов распределения. Если значение "хвосты" = 1, функция ТТЕСТ возвращает одностороннее распределение. Если значение "хвосты" = 2, функция ТТЕСТ возвращает двустороннее распределение, тип – вид выполняемого t-теста.

Результаты и обсуждение: Федеральным центром гигиены и эпидемиологии, учреждениями гигиенического и медицинского профиля Российской Федерации выделены приоритетные группы факторов, влияющие на показатели здоровья населения. В Челябинской области к таким группам относится ряд санитарно-гигиенических показателей, характеризующих безопасность среды обитания и состояние здоровья населения. (Таблица 1)

Таблица 1

Факторы среды обитания, формирующие негативные тенденции в состоянии здоровья населения

Приоритетные группы факторов	Основные показатели здоровья, ассоциированные с фактором
Загрязнение атмосферного воздуха химическими компонентами (диоксид азота, взвешенные вещества, бенз(а)пирен, свинец, углерод оксид, фенол, формальдегид, фторид водорода)	-болезни органов дыхания -болезни крови, кроветворных органов -болезни глаз -болезни сердечнососудистой системы, в том числе болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением - новообразования (в том числе злокачественные новообразования)

* государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Челябинской области в 2013 году»

При проведении статистического анализа между факторными и результативными признаками при изучении состояния здоровья населения нами были получены следующие данные представленные в таблице 2.

Таблица 2

Коэффициенты корреляции

	Бенз(а)пирен	Формальдегид	Фенол	Диоксид азота
Злокачественные новообразования	0,63	0,24	0,37	-0,12
Болезни органов дыхания	-0,31	-0,12	0,47	0,89
Болезни системы кровообращения	0,21	0,58	0,33	0,14
Болезни глаз	-0,32	0,27	0,7	0,35

Из таблицы 2 видно, что коэффициент корреляции между бензапиреном и злокачественными новообразованиями , фенолом и болезнями глаз , между диоксидом азота и болезнями органов дыхания больше 0,6., что указывает на возможное влияние данного полютанта на развитие представленной группы заболеваний. По остальным группам заболеваний четкий связи выявлено не было

Заключение и выводы: Полученные результаты еще раз подтвердили влияние техногенного загрязнения атмосферы на здоровье население проживающего в городах с развитой промышленностью. Наиболее опасные из загрязнителей являются бензапирен, фенол, диоксид азота. Использование корреляционного анализа позволяет установить связь между заболеваемостью и концентрациями загрязняющих веществ в воздухе ,может стать отправной точкой для последующей разработки необходимых профилактических мер .Руководство, градообразующее предприятие города ОАО «ММК» ежегодно разрабатывает мероприятия по снижению негативного воздействия на атмосферный воздух. Выбросы загрязняющих веществ в атмосферу за последние 5 лет сократились на 1,8 тыс. тонн и составили в 2014 году 219,1 тыс. тонн в год. Валовые выбросы загрязняющих веществ в атмосферу за 6 месяцев 2015 года по отношению к 6 месяцам 2014 года уменьшились на 5268,6 тонн, удельные выбросы сократились на 5% и составили 18,6 кг/т металлопродукции. Программой капитального строительства ОАО «ММК» на 2015-2017 год запланировано выделить на экологические программы более 6,5 млрд рублей. Человек имеет право знать о

состоянии окружающей среды, в которой он проживает. Согласно Федеральному закону « Об основах общественного контроля в Российской Федерации»[4], каждый гражданин Российской Федерации вправе участвовать в осуществлении общественного контроля как лично, так и в составе общественных объединений.

Список литературы:

1. Боброва З.М, Ильина О.Ю, Терентьева Н.Г. Изучение взаимосвязи качества среды и здоровья человека. Комсомольск-на-Амуре Дальневосточная весна 2014г.с.162-164
2. Боброва З.М. , Ильина О.Ю. Общественный контроль как путь улучшения экологической обстановки. В сборнике Инновационное развитие современной науки. Сборник статей международной научно-практической конференции: в 9 частях. Ответственный редактор А.А. Сукиасян. 2014г. с.184-186
3. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Челябинской области в 2013 году»
4. Федеральный закон от 21 июля 2014 года №212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации»

УДК 614.2; 616.1

А.Р.Багданурова, А.И.Кинжалеева, М.Ф.Хуснияров, Н.Н.Жданова

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.Ю. Павлова

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: в статье проведен анализ распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди работающих женщин. Выявлено, что наиболее часто встречающимся факторами риска являются низкая двигательная активность и избыточная масса тела. Преобладание факторов риска наблюдается в возрастной группе 40-49 лет.

Ключевые слова: женщины, факторы риска, сердечно-сосудистые заболевания.

A.R. Bagdanurova, A.I. Kinzhaleeva, M.F. Khusniyarov, N.N. Zhdanova

ANALYSIS OF PREVALENCE OF RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES AMONG WORKING WOMEN

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor M.Y.Pavlova

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: the article analyzes the prevalence of cardiovascular risk factors among working women. It was revealed that the most frequent risk factors are low motor activity and excessive body weight. The prevalence of risk factors is observed in the age group 40-49 years.

Keywords: women, risk factors, cardiovascular diseases.

Актуальность: Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место среди причин инвалидности и смертности развитых стран мира. В эту группу входит много болезней, но на долю трех из них – ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии и цереброваскулярных болезней – приходится порядка 80% летальных исходов [2].

Одними из главных причин развития тяжелых сердечно – сосудистых заболеваний являются модифицируемые и немодифицируемые факторы риска (ФР). Это деление основано на представлениях о том, что модифицируемые ФР, такие как курение, ожирение, чрезмерное употребление алкоголя, стрессы, можно исключить или на них можно влиять. Что касается немодифицируемых факторов риска, таких как возраст, пол, семейный анамнез, их влияние исключить невозможно, но их нужно учитывать для выделения групп пациентов с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний [3, 4].

Цель исследования: анализ распространённости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди работающих женщин.

Материалы и методы: Объектом исследования явились данные анкетирования 254 женщин работающих на предприятиях г. Уфы, полученные в результате проведенного периодического медицинского осмотра в рамках приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 302н от 12.04.2011г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

Основу анкеты составила Европейская шкала суммарного сердечно-сосудистого риска SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) для стран с высоким уровнем риска болезней системы кровообращения – были изучены пол, возраст, статус курения, систолическое артериальное давление, общий холестерин [5]. В анкету также были внесены такие факторы риска как уровень сахара капиллярной крови, индекс массы тела, двигательная активность, которые определялись на момент медицинского осмотра.

Двигательная активность оценивалась согласно Глобальным рекомендациям по физической активности для здоровья, разработанной ВОЗ. Физическая активность, минимально необходимая для поддержания здоровья - это ходьба в умеренном темпе не менее 30 минут в день большинство дней в неделю [1].

Результаты и обсуждение: Согласно данным результатов проведенного периодического медицинского осмотра среди женщин, работающих на нефтеперерабатывающем предприятии, большую долю опрошенных составили лица трудоспособного возраста до 50

лет (68%), среди них превалировали женщины в возрастной группе 40-49 лет (66,1%), средний возраст составил 45,3±0,6 лет.

Распределение анкетируемых по индексу массы тела (ИМТ) показало, что ИМТ в пределах нормы (18-24) имели 41,6% женщин, большую часть среди которых заняли женщины в возрасте 40-49 лет (45,2%). Наибольший процент обследуемых женщин имели ИМТ выше нормы (58,2%), среди них превалировали обследуемые с ИМТ 25-29 (35,3%), что соответствует избыточной массе тела, или предожирению. Данный показатель встречался наиболее часто в возрасте 40-49 лет (44,8%).

Артериальное давление (АД) в пределах нормального (менее 140/90 мм.рт.ст.) имели 77,6% обследуемых женщин. Первая степень артериальной гипертензии (140/30 – 159/99 мм.рт.ст) отмечалась у 18,0% женщин, среди них преобладали лица в возрасте 40-49 лет (45,8%). Вторая степень артериальной гипертензии (160/100 – 179/119 мм.рт.ст.) выявлена у 3,6% обследуемых, среди них наибольшую долю заняли женщины в возрасте 50-54 лет (46,2%). Артериальную гипертензию третьей степени (более 180/120 мм.рт.ст.) имели 0,8% обследуемых.

Содержание холестерина в крови у женщин в 56,0% случаев находился в пределах нормы (3,5– 5,0 ммоль/л). Однако 44,0% обследуемых имели повышенный холестерин, из них у 35,7% пациентов отмечался повышенный уровень холестерина в пределах 5,1-6,4 ммоль/л. Данный уровень холестерина преобладал в возрастной группе 40-49 лет (44,3%). Значительно повышенный холестерин (более 7,5 ммоль/л) наблюдался у 6,6% женщин, данное значение преобладало в возрастной группе 50-54 года (50,0%).

Уровень сахара в капиллярной крови был в пределах нормы (3,5-5,0 ммоль/л) у 69,2% обследуемых женщин. Показатель выше нормы имели 30,8% обследуемых, среди них уровень сахара 5,1-6,4 в наибольшем числе случаев выявлен у женщин в возрастной группе 40-49 лет (43,5%), 6,5-7,4 ммоль/л – в 50-54 года (38,4%), выше 7, 5 ммоль/л – в 50-54 года (46,7%).

Из всех обследуемых женщин 93,1% не курили. Среди курящих преобладали женщины в возрастной группе 40-49 лет (44%). Наибольшее количество сигарет (более пяти сигарет в день) выкуривали 2,9% женщин, среди которых также превалировали женщины в возрастной группе 40-49 лет (42,8%).

Нормальную двигательную активность имели 30,8% обследуемых женщин. Остальные обследуемые (69,2%) имели двигательную активность ниже нормальной. Наиболее часто двигательная активность ниже нормальной отмечалась у женщин в возрасте 40-49 лет (45,8%).

В ходе исследования выявленные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний были проранжированы. Анализ показал, что среди обследуемых женщин наиболее часто встречался такой фактор риска как низкая двигательная активность (69,2 на 100 обследованных) (таблица).

Таблица 1

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний среди работающих женщин

Факторы риска	Показатель на 100 обследованных	Ранги
Низкая двигательная активность	69,2	1
Индекс массы тела 25,0 и более	58,4	2
Уровень общего холестерина в крови 5,1 ммоль/л и более	44,0	3
Уровень сахара капиллярной крови 5,1 ммоль/л и более	30,8	4
Артериальное давление более 140/90 мм.рт.ст.	22,4	5
Курение	6,9	6

Следующий по частоте встречаемости оказался повышенный ИМТ (58,4 на 100 обследованных женщин), далее – повышенный уровень холестерина и сахара крови (44,0 и 30,8), повышенное артериальное давление и курение (22,4 и 6,9)

Согласно критериям оценки суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE низкий риск (менее 1% полученного значения риска) отмечался у 81,7 % обследуемых,

средний риск (от 1 до 5%) – у 16,3 %, высокий (от 5% до 10%) – у 1,4 %, очень высокий (10% и более) – у 0,6% обследуемых.

Заключение и выводы:

1. Согласно анализу данных, наиболее преобладающим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний среди работающих женщин является низкая двигательная активность и повышенная масса тела. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний преобладают в возрастной группе 40-49 лет.

2. Примененная шкала суммарного сердечно-сосудистого риска SCORE в рамках проведения периодических медицинских осмотров дает возможность выявить и провести коррекцию факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Пациенты с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском должны подвергаться дополнительному обследованию, при необходимости – консультации специалистов, и поставлены на диспансерный учет.

Список литературы:

1. Бойцов, С.А. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения [Электронный ресурс] / Методические рекомендации. – Режим доступа: http://www.gnicpm.ru (дата обращения – 10.03.2017).
2. Волкова, Н.А. и др. Совершенствование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений в условиях многопрофильной поликлиники/ Н.А.Волкова и др./ Аналитиический вестник – 2015. - №44 (597). – С.78-86
3. Нейфельд И.В. и др. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний женщин/ И. В. Нейфельд, А.И.Жирняков, И.Н.Скупова/ Бюллетень медицинских интернет-конференций – 2012. – Том 2. - №12. – С.994-996.
4. Шарафутдинова, Н.Х. Оценка распространенности факторов риска сосудистых заболеваний головного мозга среди работающих на нефтеперерабатывающих предприятиях / Н.Х.Шарафутдинова, А.М.Мухаметзянов // Здоровье населения и среда обитания. – 2015. – №4 (265). – С.24-28.
5. SCORE risk charts: the European cardiovascular disease risk assessment model [Electronic resource) // URL: http://www.escardio.org/ communities/EACPR/toolbox/health-professionals/Pages/SCORE-Risk-Charts.aspx.

УДК 930.24.4.

К.Д. Булатова, А.М. Галимова, Р.З.Нуриманов

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В БАШКИРСКОЙ АССР

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: развитие челюстно-лицевой хирургии в Башкирской АССР напрямую связано с учеными Л.С. Гольдберг, В.Ф. Татаринов, Д.В. Воронцов, Г.Г. Мингазов и др.

Ключевые слова: Башкирская АССР, челюстно-лицевая хирургия, стоматология.

K.D. Bulatova, A.M. Galimova, R.Z.Nurimanov

THE HISTORY OF DEVELOPMENT OF MAXIMUM-FACE SURGERY IN THE BASHKIR ASSR

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the development of maxillofacial surgery in the Bashkir ASSR is directly related to the scientists LS. Goldberg, V.F. Tatarinov, D.V. Vorontsov, G.G. Mingazov and others.

Key words: Bashkir ASSR, maxillofacial surgery, dentistry.

Актуальность: Изучение истории развития челюстно-лицевой хирургии в Башкирской АССР необходимо для составления перспективного плана развития данной области медицины в Приволжском Федеральном округе.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о пионерах челюстно-лицевой хирургии в Башкирской АССР.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: В 1919 году в первой зубоврачебной амбулатории, организованной в г. Уфе зубным врачом Л. С. Гольдбергом, был выделен экстракционный кабинет на одно кресло. В 1920 году на территории Башкирии было уже 6 зубоврачебных кабинетов, где работало 22 зубных врача.

В 1937 году экстракционный кабинет был переименован в хирургический, где стали производить все стоматологические операции амбулаторного типа, раньше больные вынуждены были выезжать в другие города Советского Союза для оперативного лечения.

В годы Великой Отечественной войны в Уфе организуются госпитали для раненых в челюстно-лицевую область. Ведущим хирургом был Л. С. Гольдберг, который с 1941 по 1947 годы является начальником челюстно-лицевого госпиталя.

В 1948 году Л.С. Гольдбергом была защищена кандидатская диссертация на тему: «Хирургическое лечение девиаций и дефектов ротового отверстия огнестрельного происхождения». В основу диссертации легли клинические наблюдения во время работы в госпиталях, где он прооперировал 570 раненых бойцов, с повреждением этой области. Л. С. Гольдбергом предложена классификация девиаций, составленная с учетом локализации дефекта и заинтересованности около-челюстных тканей и органов, а также разработана методика операций при тотальных дефектах губ, с применением филатовского стебля.

Одним из консультантов диссертации был профессор Лукомский, известный в Советском Союзе как видный стоматолог, в период эвакуации работавший в г. Уфе.

При лечении челюстно-лицевых раненых стали широко применяться физиотерапевтические методы – массаж, парафин и т.д.

За большие заслуги в развитии стоматологической службы в республике в 1945 году Л. С. Гольдбергу было присвоено звание заслуженного врача БАССР. С 1939 по 1953 годы Л.С. Гольдберг вел курс стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в Башмединституте на кафедре госпитальной хирургии. На базе республиканской специализированной клинической больницы, где был организован стационар на 10 коек для челюстно-лицевых больных.

В 1956-1961 годах в Уфе было организованно еще 2 стационара. В эти же годы в хирургических отделениях городов Стерлитамака, Салавата, Октябрьского, Белорецка, Кумертау и др. выделены койки для лечения челюстно-лицевых больных с острыми воспалительными заболеваниями и травмами костей лицевого скелета.

В 1954 года в республиканской клинической больнице хирургом-стоматологом работает В. Ф. Татаринов, которым широко стали проводиться операции по поводу врожденных пороков развития челюстно-лицевой области, номы, травм лица, внедрена аллопластика при деформациях лица, современные методы лечения различных заболеваний этой области.

Активную хирургическую деятельность развил в организованных челюстно-лицевых отделениях при медсанчасти №8 г. Уфы, а затем в г. Салавате Н. А. Шинбирев,

занимающийся в основном совершенствованием методик формирования и переноса филатовского стебля, а также пластикой верхней губы и неба.

В 1968 году Н. А. Шинбиревым успешно защищена кандидатская диссертация на тему: «Методика формирования, воспитания и переноса в дефект стебельчатого кожного лоскута В. П Филатова».

Работавший на базе республиканской специализированной клинической больницы доцент П. Ф. Евстифеев с 1953 по 1960 годы занимался в основном лечением больных с хроническими воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

С 1961 года работает челюстно-лицевым хирургом в 1 городской клинической больнице доцент Д.В. Воронцов, владеющий всеми видами восстановительных операций на лице. Он особенно хорошо занимается пластикой свободными кожными трансплантатами и тканями филатовского стебля при обширных пигментных новообразованиях.

В стационарах города Уфы готовятся хирурги-стоматологи для работы в городах республики.

С 1961 года на базе республиканской клинической больницы широко стали проводиться диспансеризация и комплексное лечение больных с врожденной патологией челюстно-лицевой области.

До 1971 года лечение проводилось в основном больных с врожденными расщелинами верхней губы и неба, а с 1973 года стала проводиться диспансеризация и комплексное лечение больных с сосудистыми новообразованиями (В.Ф. Татаринов), травмами костей лицевого скелета (Г.Г. Мингазов), доброкачественными новообразованиями костей лицевого скелета (А.К. Ковтунов), воспалительными заболеваниями с тяжелыми осложнениями (Л.П. Назарова), с аномалиями зубо-челюстной области (Р.Г. Бикчантаев и Л.А. Ныркова).

Продолжают работу по совершенствованию методик пластинки верхней губы и неба Н.А. Шинбирев, В. И. Авраменко.

Для проведения этой большой работы в республиканской клинической больнице создан «стоматологический» центр, в состав которого входит отделение челюстно-лицевой хирургии, на 45 коек, из них 20 детских, поликлиническое отделение и пансионат. За весь период работы центра выявлено, взято на учет, проводится диспансеризация и комплексное лечение более 6000 человек с врожденной и приобретенной патологией челюстно-лицевой области.

С целью приближения специализированной помощи населению в 4-х городах республики (Стерлитамак, Нефтекамск, Белорецк, Октябрьский) созданы филиалы центра,

где проводится логопедическое обучение и ортодонтическое лечение диспансеризуемых больных. Для филиалов подготовлены в центре соответствующие специалисты.

Во всех городах республики организованы травматологические приемы по реабилитации больных с переломами костей лицевого скелета.

Сотрудники стоматологического центра широко занимаются научной работой. Так, по материалам работы центра защищена кандидатская диссертация В.Ф. Татаринова на тему: «Опыт диспансеризации и комплексного лечения детей с расщелиной верхней губы и неба в Башкирской АССР».

В союзной и местной печати опубликовано более 70 журнальных статей. Разработано 5 информационно-методических писем по диспансеризации и комплексному лечению больных с патологией челюстно-лицевой области.

Заключение и выводы: 1) Развитие челюстно-лицевой хирургии в Башкирской АССР связано с учеными Л.С. Гольдберг, В.Ф. Татаринов, Д.В. Воронцов, Г.Г. Мингазов и др.

Список литературы:

1. Татаринов В.Ф. Развитие челюстно-лицевой хирургии в Башкирской АССР / Актуальные вопросы управления, организации здравоохранения и клинической медицины. Уфа, 1978 — С.152—154.

2. Киньябулатов А.У. Медики Республики Башкортостан. Уфа, 2009. – 378 с.

3. Дантисты и зубные врачи в дореволбционной Уфе / А.У.Киньябулатов, А.В. Гончаров, Н.Х.Шарафутдинова, Б.Р.Набиуллин, Р.З.Нуриманов - Уфа, Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России - 36 с. с илл.

УДК 614.1: 314.382

Л.Р.Валиева

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.В. Борисова

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: в работе проведён анализ медико-демографических показателей здоровья населения Республики Башкортостан в период с 2005 по 2015 годы. В течение этих лет наблюдались рост рождаемости, снижение смертности, увеличение показателей естественного прироста населения. Наблюдается рост возраста женщин, в котором они становятся матерями. Отмечается увеличение суммарного коэффициента рождаемости с 1,420 в 2005г. до 1,939 в 2015г. Ожидаемая продолжительность жизни населения республики выросла в 2015 г. до 70,08 лет по сравнению с 66,54 лет в 2005г

Ключевые слова: рождаемость, общая смертность, возрастные коэффициенты рождаемости, ожидаемая продолжительность жизни.

L.R. Valieva

MEDICO - DEMOGRAPHIC INDICATORS OF POPULATION HEALTH OF REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor, M.V. Borisova

Department of Public Health and Health Organization with the course of IAPE

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the analysis of medical and demographic indicators of population health in the Republic of Bashkortostan in the period from 2005 to 2015 is carried out. During these years there was an increase in the birth rate, a decrease in the mortality, an increase in the rates of natural population growth. There is an increase in the age of women, in which they become mothers. There is an increase in the total birth rate from 1.420 in 2005 up to 1.939 in 2015. The life expectancy of the population of the Republic increased in 2015 to 70.08 years compared to 66.54 in 2005.

Keywords: birth rate (fertility), total mortality, age-specific fertility rates, life expectancy.

Актуальность: Медико-демографические показатели остаются одними из значимых критериев состояния здоровья населения. За последние годы в Республике Башкортостан медико-демографические показатели несколько стабилизировались: возросла рождаемость, снизилась общая смертность, увеличился естественный прирост населения [1,2]

Цель исследования: является изучение медико-демографических показателей здоровья населения в Республике Башкортостан.

Материалы и методы: Для проведения исследования была собрана и обобщена информация по демографической ситуации в Республике Башкортостан за 2005-2015 гг. на основании статистических данных Федеральной службы государственной статистики, Медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Республики Башкортостан. Показатели рождаемости, общей смертности, естественного прироста (убыли), возрастные коэффициенты рождаемости определены в расчете на 1000 соответствующего населения, суммарный коэффициент рождаемости определен в расчете на 1 женщину.

Результаты и обсуждение: Уровень рождаемости в республике в 2005 году составил 10,8 на 1000 населения, что на 5,9% превышает уровень рождаемости в Российской Федерации (10,2 на 1000 населения). За 2005-2015гг. показатель рождаемости в республике увеличился на 34,3% (с 10,8 до 14,5‰), за тот же период уровень рождаемости в Российской Федерации вырос на 30,4% (с 10,2 до 13,3‰). Показатель смертности за 2005-2015 гг. в республике снизился на 6,3% и составил 13,3‰, что выше соответствующего показателя по Российской Федерации (13,1‰ в 2015г.). Как видно из рисунка 1, начиная с 2009 г. рождаемость превышает смертность – коэффициент естественного прироста населения стал положительным.

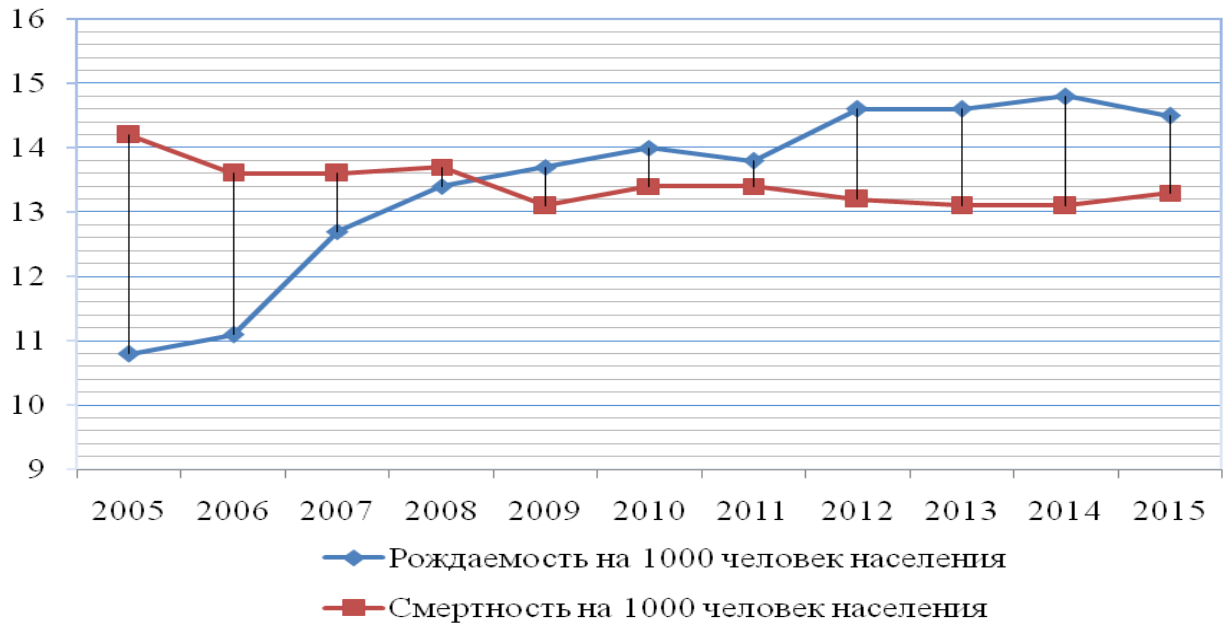


Рис.1. Динамика показателей естественного движения населения по Республике Башкортостан за 2005-2015 гг.

Общей тенденцией процесса рождаемости в последние годы является увеличение возраста, в котором женщины становятся матерями [3]. Так, средний возраст матерей при рождении первого ребенка в РБ в 2015г. составил 26,0 лет, второго – 29,3 лет, третьего – 32,3 года. Как следствие, изменился вклад возрастных групп женщин в общую рождаемость. Так, в 2015 году самый высокий уровень рождаемости был отмечен в возрастной группе женщин 25-29 лет, который составил 130,4‰, далее в возрастной группе 20-24 года – 94,7‰ и в возрастной группе 30-34 года – 91,7‰.

Следует отметить, что возрастные уровни рождаемости были выше у сельских женщин, чем у городских женщин, за исключением возрастной группы 30-34 года в 2015г. (табл.1).

Таблица 1.

Возрастные коэффициенты рождаемости в Республике Башкортостан в 2005 и 2015 годы

Возраст, лет	2005			2015		
	женское население	в том числе:		женское население	в том числе:	
		городское	сельское		городское	сельское
15-49	38,8	36,0	43,7	60,5	58,7	64,2
15-17	7,6	7,3	8,1	7,5	5,3	10,8
18-19	44,3	36,0	63,7	39,2	25,1	73,9
20-24	95,9	83,9	122,4	95,7	72,7	163,1
25-29	87,7	82,5	97,8	130,4	126,1	140,9
30-34	52,0	48,3	58,4	91,4	92,6	88,4
35-39	21,5	18,3	26,3	43,8	43,7	44,1
40-44	3,9	2,8	5,5	9,3	8,9	9,8
45-49	0,1	0,1	0,3	0,4	0,4	0,4

Репродуктивное поведение женщин отражает удельный вес детей, рожденных в зарегистрированном браке. За период 2005-2015гг. увеличилась доля детей, рожденных в зарегистрированном браке, на 11,0% (с 73,9 до 82,0%), в том числе и в городских поселениях, и в сельской местности. Из общего числа детей, рожденных в официально зарегистрированном браке, наиболее интенсивный репродуктивный период приходится на первые 5 лет совместной жизни: 27,1% детей родились на первом году брака, 39,7% рождений приходится на семьи со стажем 1-4 года.

В 2015г. в республике 18,0% детей появились на свет вне зарегистрированного брака. Более высокий удельный вес внебрачных рождений наблюдался среди первенцев, который составил 20,2% от всех случаев. Наибольшая распространенность внебрачной рождаемости в ранних (до 18 лет – 61,5% и 18-19 лет – 35,8%) и поздних рождениях (40 лет и более - 29,8%). В основных репродуктивных возрастных группах доля внебрачных рождений: 20-24 лет – 18,1%, 25-29 лет – 13,4%, 30-34 года – 17,6%.

Для анализа уровня и динамики рождаемости в качестве показателя, свободного от влияния возрастной структуры, был использован коэффициент суммарной рождаемости (итоговое число рождений в расчете на одну женщину условного поколения). Научно обоснованное значение данного показателя, достаточного для простого воспроизводства населения, составляет 2,15 в расчете на 1 женщину. В динамике в РБ отмечалось увеличение суммарного коэффициента рождаемости с 1,420 в 2005г. до 1,939 в 2015г., в городской местности этот показатель увеличился с 1,277 до 1,768, в сельской местности – с 1,711 до 2,414.

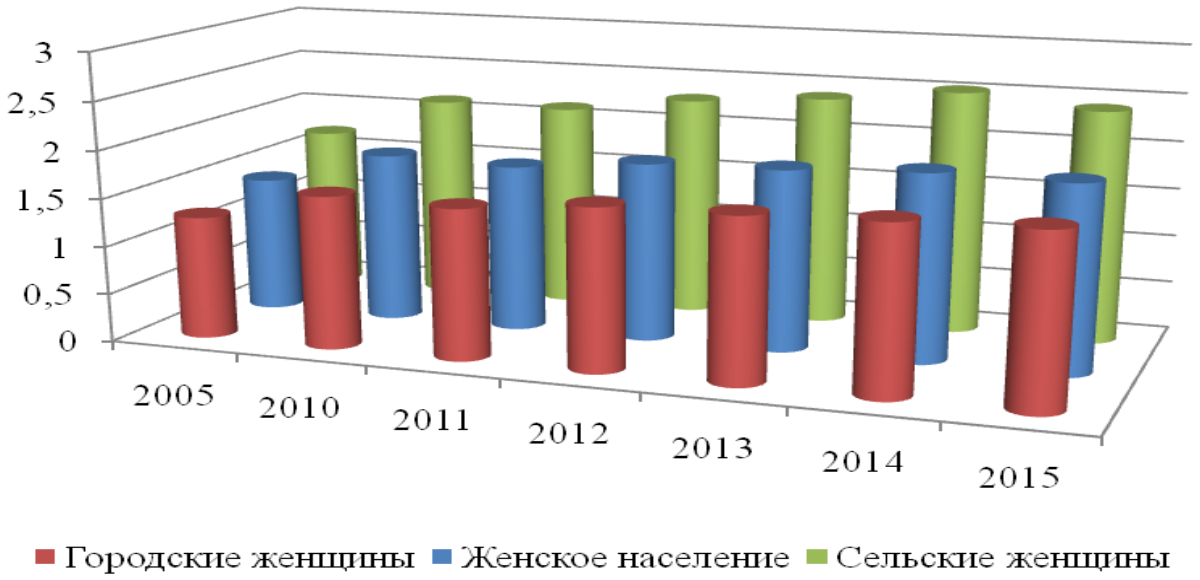


Рис. 2. Суммарный показатель рождаемости в Республике Башкортостан в 2005, 2010-2015гг, в расчете на 1 женщину.

В Российской Федерации суммарный показатель рождаемости был ниже, чем в РБ и за 10-летний период вырос с 1,294 до 1,777 (табл.2).

Таблица 2.

Суммарный коэффициент рождаемости в Российской Федерации и Республике Башкортостан в 2005, 2010-2015 гг. (в расчете на 1 женщину в возрасте 15-49 лет)

Показатели	Годы						
	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
РФ	1,294	1,1,567	1,582	7,691	7,707	1,750	1,777
РБ	1,420	1,771	1,739	1,859	1,887	1,948	1,939
городское	1,277	1,594	1,567	1,681	1,697	1,737	1,768
сельское	1,711	2,139	2,134	2,299	2,392	2,532	2,414

Ожидаемая продолжительность жизни населения республики выросла и составила в 2015 г. 70,08 лет (66,54 лет в 2005г), в том числе у мужчин – 64,31 (60,31 лет в 2005г.), у женщин – 76,03 лет (73,26 лет в 2005г.). Среди сельского населения республики ожидаемая продолжительность жизни была ниже, чем у городского населения (соответственно 67,40 и 65,15 лет в 2005г; 68,36 и 71,06 лет в 2015г.). У городских мужчин и городских женщин ожидаемая продолжительность жизни выше по сравнению с сельскими мужчинами и женщинами.

Заключение и выводы:

1. За десятилетний период уровень рождаемости в республике увеличился на 34,3% , уровень смертности снизился на 6,3%, начиная с 2009г., коэффициент естественного прироста населения стал положительным.
2. Возрастные уровни рождаемости были выше у сельских женщин, чем у городских женщин. Наибольший вклад в общую рождаемость вносили женщины возрастной группы 25-29 лет.
3. Воспроизводство населения в республике остается суженным, несмотря на увеличение суммарного коэффициента рождаемости. Отмечается положительная тенденция в росте ожидаемой продолжительности жизни населения республики, однако у сельских жителей ожидаемая продолжительность жизни ниже, чем у городских жителей.

Список литературы:

1. Муханова И. Ф. Сравнительный анализ основных медико-демографических показателей населения Республики Башкортостан и Российской Федерации // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2016. – №1
2. Республика Башкортостан. Демографический доклад. // Уфа: Гилем, Башк. Энциклопедия. – 2016. – Выпуск 2– 148 с.
3. Шарафутдинова М.Ю. Социально-гигиеническая характеристика показателей естественного движения населения в г. Уфе // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011.—№ 3. - С. 29-33.
4.

УДК 614.2 : 618.11

И.С. Фаткуллина, Г.Ф. Гаянова

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.Б. Латыпов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье анализируются некоторые показатели стационарной медицинской помощи при опухолях яичников: социальная характеристика женщин, сроки пребывания в стационаре, динамика госпитализации. Было установлено, что большинство пациенток являются работающими (61,6%). При опухолях яичников отмечается максимальная средняя длительность пребывания в стационаре в январе (43,3%) , выявлено снижение числа госпитализаций в сентябре (8,3%) и декабре (16,7%) с последующим увеличением в ноябре (31,7%) и январе (43,3%) .

Ключевые слова: опухоли яичников, госпитализация, возрастная структура, стационар

I. S. Fatkullina, G. F. Gayanova

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF HOSPITAL CARE TO PATIENTS WITH OVARIAN TUMORS

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor A.B. Latypov

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE,

Bashkortostan State Medical University, Ufa

Abstract: in the article some indicators of inpatient medical care for ovarian tumors are analyzed: the social characteristics of women, the length of stay in the hospital, the dynamics of hospitalization. It was found that the majority of patients are employed (61.6 per cent). When ovarian tumors observed maximum average duration of hospital stay in January (43,3 %), showed a reduction in the number of hospitalizations in September (8.3%) and December (16.7 %) with a further increase in November (31,7 %) and January (43.3 %).

Keywords: ovarian tumors, hospitalization, age structure, hospital

Актуальность: доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников - наиболее распространенные заболевания среди женщин репродуктивного возраста [2,3].

Однако, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении данной патологии, до настоящего времени не существует единых стандартов ведения данных больных, что обусловлено большим разнообразием патоморфологических форм новообразований яичников [2,4]. Некоторые из них через определенный период времени и с разной частотой могут малигнизироваться [2]. Опухоли яичников являются не только причиной ухудшения репродуктивного здоровья женщин, но и приводят к утрате трудоспособности, что обусловливает медицинскую, социальную и экономическую значимость данной патологии [1]. В современных условиях в связи с ростом частоты опухолей яичников в популяции эта проблема приобрела высокую актуальность при проведении профилактических мероприятий. Тревогу вызывает то, что наряду с ростом числа пациенток с опухолевыми заболеваниями женских половых органов происходит их омоложение, а несвоевременное и неадекватное лечение этих заболеваний приводит к хронизации процесса, возникновению бесплодия и тазовых болей [3]. В связи с этим нами проведено медико-социальное исследование по организации стационарной медицинской помощи пациенткам с опухолями яичников на базе гинекологического отделения ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфы.

Цель исследования: медико-социальные и организационные аспекты оказания стационарной помощи пациенткам с опухолями яичников.

Материалы и методы: материалом исследования являлись статистические карты выбывшего из стационара (форма № 066/у) карты стационарного больного (форма № 003/у) за последние 6 месяцев 2016-2017 года пациенток гинекологического отделения ГБУЗ РБ ГКБ №18 г. Уфы. Выкопировка проводилась по разработанной методике с использованием карты выкопировки данных, которая включала 7 вопросов. Из этих учетных документов получены сведения о локализации опухоли, о возрасте женщины, роде занятий, методах доставки и времени поступления, экстренном или плановом поступлении в стационар, заключительном диагнозе, длительности пребывания в стационаре и др. Проанализированы сроки пребывания пациентов с опухолями яичников и динамика поступления по месяцам года в зависимости от заболеваний. Объем исследования составил 60 стационарных карт пациенток. Для проведения исследования применялись статистический, аналитический, эпидемиологический методы. Статистическая обработка проводился программным продуктом Microsoft Office Exel.

Результаты и обсуждение: Чаще всего заболевание наблюдалось в возрасте 40-44 лет (23,3%) и старше 60 лет (18,3%). Распределение женщин по роду занятий показало, что среди обследованных пациенток с опухолями яичников 61,6% составили работающие женщины, 16,6% - не работающие, 5% - студентки, 16,6% - пенсионерки. Наибольшее число

работающих в возрасте 40-44 лет (23,3%). Наибольшее число неработающих – 50-54 лет (5%) (табл. 1).

Таблица 1

Структура заболеваемости женщин с опухолями яичника, в зависимости от возраста и рода занятий, в %

Род занятий	Возрастная группа (лет)										Итого все возрасты
	До 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 и более	
Работающий	-	5,4	10,8	8,1	16,2	37,8	2,7	10,8	2,7	5,4	61,6
Неработающий	-	10,0	10,0	20,0	20,0	-	10,0	30,0	-	-	16,6
Студент	66,6	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	5,0
Пенсионер	-	-	-	-	-	-	-	-	10,0	90,0	16,6
Всего…	3,3	6,6	8,3	8,3	13,3	23,3	3,3	11,6	3,3	18,3	100,0

Наибольшее число обращений пришлось на январь (43,3%) и ноябрь (31,7%), а наименьшее - на сентябрь (8,3%) и декабрь (16,7%).

Средняя длительность пребывания женщин в гинекологическом отделении составила 6 койко-дней 35 случаев (58,3%), что связано со стандартами лечения. Пребывание более 6 дней подтверждает тяжёлое течение заболевания, позднюю обращаемость, трудности в диагностике. В большинстве случаев пациентки поступают через 6-12 месяцев после установления диагноза (29 случаев) 48,3% (табл.2).

Таблица 2

Структура госпитализации пациенток с опухолями яичников, по времени с момента установления диагноза до поступления в стационар, в %

Плановая госпитализация					Экстренная госпитализация
Время, прошедшее с момента установления диагноза до госпитализации	1-3 месяца	3-6 месяцев	6-12 месяцев	более 1 года месяцев	менее 24 часов

Удельный вес	5,0	11,6	48,3	31,6	3,3

Среди сопутствующих заболеваний репродуктивной системы у женщин чаще всего встречалась киста яичника (25%) (табл.3). На втором месте была эрозия шейки матки 16,7%, на третьем – полип эндометрия 15,1 %. Далее располагались хронический аднексит (13,3%), миома (11,6%), бесплодие (10,0%), уреаплазмоз (8,3%).

Таблица 3

Структура сопутствующих заболеваний репродуктивной системы у пациенток с опухолями яичников, в %

Заболевание	Удельный вес
Эрозия шейки матки	16,7
Полип эндометрия	15,1
Хронический аднексит	13,3
Уреаплазмоз	8,3
Бесплодие	10,0
Киста яичника	25,0
Миома	11,6

У всех 100% женщин было проведено хирургическое лечение, причем у 53 женщин (88,3%) – лапароскопия, у 7 (11,7%) - лапаротомия, что объясняется тяжестью течения, малигнизацией, поздней обращаемостью.

Заключение и выводы: Таким образом, распределение женщин по роду занятий показало, что среди обследованных пациенток с опухолями яичников 61,6% составили работающие женщины, половина из которых поступают на госпитализацию через 6-12 месяцев после установления диагноза. Среди сопутствующих гинекологических заболеваний чаще всего встречается киста яичника (25%). У всех женщин 100% - хирургическая операция, причем у 53 женщин (88,3%) – лапароскопия, у 7 (11,7%) - лапаротомия, что объясняется тяжестью течения, малигнизацией, поздней обращаемостью. Средняя длительность пребывания женщин в гинекологическом отделении составила 6 койко-дней (59%), что связано со стандартами лечения. Пребывание более шести дней подтверждает тяжелое течение, позднюю обращаемость, плохую диагностику.

Список литературы:

1. Краснопольский В.И., Попов А.А., Слободянюк Б.А. Лапароскопия и рак яичников. // Онкогинекология. - 2012 - № 4 - С. 69-73.

2. Мустафина Г. Т. Некоторые показатели стационарной медицинской помощи женщинам при гинекологических заболеваниях // Медицинский вестник Башкортостана. - 2013. - Том 8- № 4. - С. 5-8

3. Тулупова М.С. Гинекологическая заболеваемость и репродуктивные потери в России в первой декаде XXI в. // Вестник РУДН. - 2011. - № 5. - С. 280-283.

4. Здравоохранение в России - 2011г. Федеральная служба государственной статистики, 2011. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b11_34/Main.htm 15.03.17

УДК 930.24.8.

Э.А.Гимадова, Н.А.Дьякова, Е.С.Карпова

ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ АМН СССР ЛЕОНИД ЛЕОНИДОВИЧ ВАСИЛЬЕВ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: член-корреспондент АМН СССР (1950). Леонид Леонидович Васильев в 1917—1921 годах работал в городе Уфе и был первым советским директором гимназии №3.

Ключевые слова: психофизиология, учитель физики, парабиоз.

E.A. Gimadova, N.A. Dyakova, E.S.Karpova

CORRESPONDENT MEMBER OF THE USSR MEMBERS LEONID LEONIDOVICH VASILIEV

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Corresponding Member of the Academy of Medical Sciences of the USSR (1950). Leonid V. Vasiliev in 1917-1921 worked in the city of Ufa and was the first Soviet director of gymnasium number 3.

Keywords: psychophysiology, teacher of physics, parabiosis.

Актуальность: Изучение стресса за долго до Г.Селье (Канада, 1935) проводил учитель физики, будущий психофизиолог, член-корреспондент АМН СССР Л.Л.Васильев в г.Уфе о чём свидетельствуют печатные документы.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Психофизиолог, член-корреспондент АМН СССР (1950). Леонид Леонидович Васильев (07.08.1891, г.Псков — 08.02.1966, г. Ленинград) в 1917—1921 годах работал в городе Уфе. Л.Л.Васильев первоначально работал начал учителем физики.

1917 год — совершается Великая Октябрьская социалистическая революция. В здании школы размещаются солдатские казармы. Дети учатся по домам.

1918 год — Уфимский Ревком восстанавливает работу Уфимского ГубОНО, вводит подотдел народного образования.

1918-1919 годы — в списке учебных заведений Уфы числится Уфимская женская гимназия №1 по адресу Пушкина,82.

1919 год — из начальных (с первого по четвертый) классов Уфимской женской гимназии образуется Единая трудовая советская школа I степени №1.

1920 год — происходит слияние учащихся №1 I степени с учащимися школы №2 II ступени (бывшей мужской гимназии). В школу пришли 17 мальчиков (ученики бывшей мужской гимназии) и 84 девочки (ученицы бывшей женской гимназии).

1921 год — идет восстановление разрушенного здания школы силами учителей. голод, разруха.

1922 год — в программу вводятся: теория и практика кооперации, товароведение. В школе два уклона: кооперативный и педагогический. Создается Уфимский горисполком, при нем — городской отдел народного образования. На 1 сентября 1922 года школа имела 600 учащихся, 20 преподавателей, 5 человек техперсонала. Школа берет шефство над Балтийским флотом, учащиеся школы №1 отправляются на его восстановление в Петроград.

: учителем, с 1919 г. директор Первой советской школы (ныне Гимназия №3 им. М.Горького г.Уфы), одновременно преподавал в Уфимской фельдшерско-акушерской школе и Институте народного образования. Научная деятельность Л.Л. Васильева посвящена изучению физиологических и биофизических процессов нервной системы, воздействия гипноза и магнитного поля на головной мозг и психику человека. В создании учения о трехфазной волной реакции биосистем на экстремальное воздействие; разработан и внедрён метод лечения нервных болезней аэроионами. Васильев Леонид Леонидович (1892–1966), — психолог и психиатр, член-корреспондент АМН СССР, основоположник научной парапсихологии в нашей стране. Автор 150 оригинальных научных работ и нескольких десятков научно-популярных работ. Основные направления исследований относятся к выявлению физической природы передачи мысленного внушения. Л.Л.Васильев создал учение о трехфазной, волновой реакции биосистем на экстремальное воздействие (парабиоз, 1925–1937), позже описанной Г.Селье (1936) и получившей всемирную известность под названием стресс. Разработал метод лечения аэроионами. Открыл первую в России лабораторию парапсихологии в Ленинградском ун-те. Был президентом Ленинградского общества естествоиспытателей. На основании также архивных данных Центрального государственного исторического архива Республики Башкортостан, следует, что первые опыты в области исследования стресса были сделаны Л.Л.Васильевым совместно с проф.

К.П.Краузе в Уфимском физическом институте в период с 1917–1923 гг., т. е. минимум на 13 лет раньше Г.Селье (Канада). При участии Л.Л. Васильева в Уфимском физическом институте открыт Институт опытных наук (1921). Автор свыше 200 научных трудов. Награждён орденом Ленина (1951).

.

Заключение и выводы: Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Башкирского государственного медицинского института (1968—1969 гг.) Н.М.Дорофеев первым в СССР провел эндоскопические операции при женских заболеваниях в Верхне-Любажской районной больницы Курской области.

Список литературы: Личное дело Н.М.Дорофеева из Архива БГМУ.

УДК 613.6-015.047.41-056

Р. Г. Даутбаева

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ ГОРОДСКИХ ЖЕНЩИН

Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.Т. Мустафина

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: приведены результаты изучения образа жизни городских женщин. Исследованием охвачено 400 женщин, обратившихся к врачу с профилактической целью. Средний возраст женщин составил 44,5±1,2 года. Около половины женщин имеют высшее образование, 64,0% состоят в браке, 80,0% работают, половина из них служащие. Характеристика образа жизни свидетельствует, что 48,0% ведут малоподвижный образ жизни, 45,0% употребляют алкоголь, 22,0% курят, 65,0% не соблюдают режим питания, около половины питаются не рационально.

Ключевые слова: заболеваемость, образ жизни, женщины.

R.G. Dautbaeva

SOME ASPECTS OF THE LIFESTYLE OF URBAN WOMEN

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor G.T. Mustafina

The Department of public health and organization of healthcare with a course of idpo,

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: the results of the study lifestyle of urban women. The survey covered 400 women who applied to the doctor for preventive purposes. The average age of women was 44,5±1,2 years. About half of the women have higher education, 64,0% married, 80.0% of work, half of them servants. Feature lifestyle shows that 48,0% per cent of lead a sedentary lifestyle, 45,0% alcohol drink, 22,0% smoke 65,0% do not comply with the diet, about half of the feed is not rational.

Keywords: morbidity, lifestyle, women.

Актуальность: Приоритетным направлением государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения качества и доступности медицинской помощи.

Получение информации о состоянии здоровья женщин затруднено в связи с отсутствием в официальных отчетных документах сведений о заболеваемости женщин за исключением болезней репродуктивной системы, которая изучается женскими консультациями.

Отдельные научные разработки, касающиеся оценки состояния здоровья женщин, посвящены изучению распространенности болезней системы кровообращения, сахарного диабета, болезней нервной системы, костно-мышечной системы, онкологических заболеваний.

Многие заболевания женщин остаются не учтенными ввиду низкой обращаемости в медицинские учреждения. Одним из методов изучения состояния здоровья населения и распространенности хронических заболеваний является получение данных анкетного опроса.

Целью исследования: является оценка образа и условия жизни городских женщин.

Материалы и методы: Проведено анкетирование женщин, обратившихся в поликлинику с профилактической целью. Вопросы анкеты состояли из двух блоков вопросов. Первый блок был направлен на изучение социально-гигиенической характеристики женщин, вторая часть – на оценку состояния здоровья.

Анкетирование проводилось раздаточным методом. Анкета включала вопросы закрытого и открытого типов.

В опросе участвовали женщины в возрасте от 20 до 60 лет. Средний возраст женщин 44,5±1,2 года. В возрастной структуре наибольшую долю составили женщины в возрасте 30-39 лет (34,0%) и 40-49 лет (38,0%) (рисунок 1).

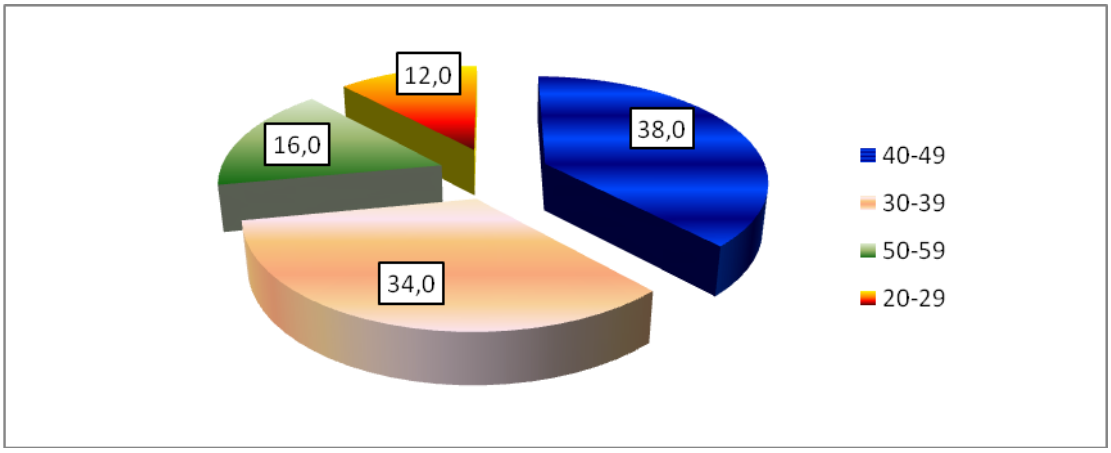


Рис. 1. Структура женщин по возрастным группам (%).

В процессе обработки полученных данных определялись относительные, средние величины, статистическая значимость результатов исследования.

Результаты и обсуждение: Были изучены социальный статус, семейное положение, образование, занятость работой, условия и образа жизни женщин.

Было установлено, что в зарегистрированном браке состоят 64,0% женщин, в гражданском браке – 12,0%, не состоят в браке 11,0%, разведены 10,0% и 3,0% являются вдовами.

Наибольшее количество женщин, состоящих в зарегистрированном браке, характерно для возрастной группы 30-39 лет (67%), состоящих в гражданском браке – для возрастной группы 20-29 лет (17%), разведенных и вдовых – для возрастной группы 50-59 лет (соответственно 14 и 6%).

Таблица 1

Распределение обследованных женщин по семейному положению в зависимости от возраста,%

Семейное положение	Возрастные группы, лет				Итого
	20-29	30-39	40-49	50-59	
Брак зарегистрирован	59	67	62	63	64,0
Гражданский брак	17	14	12	8	12,0
Не состоит в браке	21	10	10	9	11,0
Разведена	3	9	14	14	10,0
Вдова	-	-	2	6	3,0
Всего	100	100	100	100	100

Изучение образовательного уровня женщин показало, что высшее образование имеют 46% опрошенных, среднее специальное образование - 37%, общее среднее образование – 13%, прочие (незаконченное высшее, обучающиеся) – 5%.

Работающих оказалось 80,0%, среди них 15,0% работали в промышленных предприятиях, 14,0% - в строительных организациях, 10,0% - в транспорте, 12,0% - в торговле, 12,0% - в предприятиях жилищно-коммунального хозяйства, 10% – в образовательных учреждениях, 5,0% – в здравоохранении, в прочих организациях работали 8,0%.

Изучение условий быта женщин позволило установить, что только около половины оценили, что жилищные условия хорошие, не стесненные, у 85,6% имеется централизованное водоснабжение и канализация. Однако 65% женщин по месту проживания испытывает воздействие шума за счет транспорта, от строительных и торговых объектов.

Изучение образа жизни женщин показало, что 45% употребляют алкоголь, курят 22%, не соблюдают режим питания 65 %, употребляют часто продукты с содержанием животного жира – 45%, редко потребляют рыбные продукты – 59%, редко потребляют овощи и фрукты – 34% и другие.

Исследование показало, что 48% женщин ведут малоподвижный образ жизни, как правило, связанный с родом профессиональной деятельности или обучением. Однако с целью повышения физической активности, небольшая часть обследованных женщин, используют

различные виды двигательной активности. Так, утреннюю гимнастику делают только 26%, занимаются ходьбой 32% женщин, занимаются бегом 6 %, посещают фитнес-клубы – 7%, регулярно (не менее 2-х раз в неделю) занимаются плаванием 5%.

Опрос женщин показал, что состояние своего здоровья оценили как хорошее 15% женщин, как удовлетворительное – 62%, как плохое – 23%.

Таблица 2

Распределение обследованных женщин по результатам самооценки здоровья, %

Возрастные группы, лет	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Итого
20-29	26,0	68,0	6,0	100,0
30-39	19,0	71,0	10,0	100,0
40-49	12,0	66,0	22,0	100,0
50-59	7,0	56,0	37,0	100,0
Всего …	15,0	62,0	23,0	100,0

По наличию хронических заболеваний женщины были распределены на три группы здоровья: к первой группе отнесли женщин, не имеющих хронические заболевания, во вторую группу – имеющих 1-2 хронического заболевания, в третью группу – имеющих 3 и более хронических заболеваний. Таким образом, распределение женщин по состоянию здоровья позволило установить, что к первой группе отнеслись 11,0% женщин, ко второй группе – 65,0%, к третьей группе – 24,0%. В возрастной группе 20-29 лет 26,0% женщин посчитали себя здоровыми и были отнесены в первую группу здоровья, во второй группе оказались 68,0%, в третьей группе – 6,0%. С возрастом количество женщин, оценивших свое здоровье хорошим уменьшалось, напротив, оценивших здоровье как плохое – увеличивалось. Так, в возрастной группе 40-49 лет женщин, оценивших свое здоровье как хорошее, было 12,0%, как плохое – 22,0%, в возрастной группе 50-59 лет таковых было соответственно 7,0 и 37,0%.

Заключение и выводы:

1. Средний возраст женщин составил 44,5±1,2 года, около половины имеют высшее образование, 64,0% состоят в браке, 80% работают, половина из них являются служащими, 48% подвергаются воздействию производственных факторов на рабочем месте, 56% – стрессовых ситуаций, 48% ведут малоподвижный образ жизни, 45% употребляют алкоголь, 22% курят, 65% не соблюдают режим питания, около половины питаются не рационально.

2. Состояние своего здоровья 15,0% женщин оценили как хорошее, 62,0% – как удовлетворительное, 23,0% – как плохое. По наличию хронических заболеваний женщины распределены на три группы здоровья.

Список литературы:

1. Штегман О.А., Петрова М.М., Вырва П.В. Гендерные особенности частоты выявления хронической сердечной недостаточности и факторов риска ее возникновения среди амбулаторных пациентов // Проблемы женского здоровья. – 2013. - №4(8). – С. 5-10.

2. Калмыкова М.А., Эльгаров А.А., Апшева Е.А., Эльгаров М.А. Распространенность ишемической болезни сердца и факторов риска развития атеросклероза среди женщин различных профессиональных групп // Проблемы женского здоровья. – 2015. - № 4.(10). – С. 17-22.

3. Климова Е.В., Резванцева М.В. Влияние экологических факторов на заболеваемость населения крупных городов // Проблемы городского здравоохранения. – 2014. - №19. – С.18-20.

УДК 614.2 : 616 - 001.3

Р.Р. Даутов, А.Б. Латыпов

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ТРАВМАТИЗМА

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.Х. Шарафутдинова

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье приведены данные анализа карт 525 пациентов травматологического пункта ГБУЗ РБ ГБ №10 г. Уфа. При анализе травматизма по полу нами было выявлено, что наибольший удельный вес травм в структуре по роду занятий занимают работающие 63,0%, пенсионеры на втором месте -17,0 %, на третьем безработные - 16,0%. На уличный травматизм приходится- 65,1% (58,1 % среди мужчин и 71,7% среди женщин), на бытовой травматизм - 23,4%. Для мужчин характерен высокий удельный вес спортивного травматизма - 7,1%, среди женщин его доля незначительна - 0,4%.

Ключевые слова: травматизм, возраст, пол, род занятий.

R.R. Dautov, A.B. Latypov

AGE AND GENDER PECULIARITIES OF INJURY STRUCTURE

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Full professor N.H. Sharafutdinova

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE,

Bashkortostan State Medical University, Ufa

Abstract: the article presents data of the analysis of the maps of 525 patients of the trauma center of GBZU RB GB No. 10 in Ufa. In the analysis of traumatism by sex, we found that the largest share of injuries in the structure by occupation is occupied by 63.0%, pensioners in the second place -17.0%, and the third-unemployed - 16.0%. Street injuries accounted for 65.1% (58.1% for men and 71.7% for women), for domestic traumatism - 23.4%. For men, a high proportion of sports injuries is characterized by 7.1%, among women its share is insignificant - 0.4%.

Keywords: traumatism, age, gender, occupation.

Актуальность: Проблема травматизма, уровни которого не снижаются, а тяжесть повреждений возрастает, требует принятия неотложных превентивных мер. Первостепенными задачами медицинских работников по борьбе с травматизмом являются: полный учет всех травм, тщательный анализ причин и обстоятельств их получения, информирование всех заинтересованных ведомств и организаций регионов, ответственных за

устранение их причин, разработка медицинских профилактических мероприятий [4]. В последние годы проблеме травматизма, его профилактики и организации медицинской помощи при травмах посвящено много исследований. Работы ряда авторов характеризуют вид травм. При этом отмечается, что наибольшее количество случаев приходится на травмы бытового характера (42,9%) и уличные (28,5%) травмы. Выраженность и тяжесть клинических проявлений, сочетанное повреждение органов наблюдались при дорожно-транспортных и производственных травмах [6]. Травмы, связанные с производственной деятельностью, занимающие третье место в структуре травматизма, составляют всего 4,1% (4,8% у мужчин и 3,1% у женщин) [1]. Отмечается, что травматизм является одной из основных причин смертности и инвалидизации лиц трудоспособного возраста [2,5]. Работы, посвященные медико-социальным аспектам дорожно-транспортных происшествий, свидетельствуют о преобладании в структуре этого вида травматизма мужчин [3]. Таким образом, исследование показателей травматизма является актуальной задачей общественного здоровья и здравоохранения, в частности представляют интерес возрастные и гендерные особенности структуры пациентов, получивших травмы.

Цель исследования: Возрастные и гендерные особенности структуры пациентов, получивших травматологическую помощь в травматологическом пункте ГБУЗ РБ ГБ № 10 г. Уфы.

Материалы и методы: В качестве материалов исследования были использованы данные выкопировки карт формы №4-АР (амбулаторно-травматологическая карточка). Выкопировка данных проводилась по разработанной методике с использованием карты выкопировки данных, которая включала 49 признаков. Объем выкопировки составил 525 карт. Использовались методы: статистический и аналитический. Статистическая обработка проводился программным продуктом Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждение: Среди пациентов, получивших травму, 48,2% составили мужчины и 51,8% женщины. При этом необходимо отметить, что в возрастных группах до 20 лет, 20-29 лет и 30 -39 лет преобладает удельный вес мужчин, соответственно 63,9%, 73,5% и 60,9%, что говорит о большей подверженности травмам мужчин трудоспособного возраста (табл. 1). В возрастной группе 40-49 лет происходит выравнивание удельного веса мужчин и женщин (по 50,0% соответственно). В более старших возрастных группах удельный вес мужчин в структуре травматизма ниже, чем удельный вес женщин: в возрасте 50-59 лет 39,8% и 60,2%, в возрасте 60 лет и старше 25,5% и 74,5% соответственно. Преобладание женщин в структуре травматизма в более старших возрастных группах, скорее всего, обусловлено их

большей численностью и особенностями заболеваний опорно-двигательной системы в этом возрасте.

Таблица 1

Структура травматизма по полу и возрасту, %

Пол	Возрастная группа						Всего
	До 20 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше	
Мужчины	63,6	73,5	60,9	50,0	39,8	25,5	48,2
Женщины	36,4	26,5	39,1	50,0	60,2	74,5	51,8
Итого	100	100	100	100	100	100	100

При анализе травматизма по полу нами было выявлено, что наибольший удельный вес в структуре пациентов занимают работающие - 64,0%, далее пенсионеры - 17,0%, безработные - 16,0% и учащиеся составили 3,0% (табл. 2). При рассмотрении данной характеристики пациентов, получивших травмы, по полу, выявляется ряд особенностей. На втором месте среди мужчин в структуре находятся безработные - 18,6%, на третьем месте пенсионеры - 6,3%. Среди женщин на первом месте находятся пенсионеры 27,2%, что вероятно обуславливается их большей продолжительностью жизни, более ранним выходом на пенсию, а также распространенностью заболеваний костно-мышечной системы. Анализ пациентов по занятости показал, что удельный вес работающих среди мужчин составил 71,1%, а среди женщин - 56,3%.

Таблица 2

Структура травматизма по роду занятий в зависимости от пола пациентов, %

Род занятий	Мужчины	Женщины	Оба пола
Работающие	71,1	56,3	63,0
Пенсионеры	6,3	27,2	17,0
Безработные	18,6	14,3	16,0
Учащиеся	3,6	2,2	3,0
Прочее	0,4	–	–
Итого	100,0	100,0	100,0

При анализе структуры травматизма по виду нами определено, что наибольший удельный вес приходится на уличные травмы - 65,1% (58,1 % среди мужчин и 71,7% среди женщин) (табл. 3). Второе место заняли бытовые травмы - 23,4% (25,7% среди мужчин и 21,3% среди женщин). Для мужчин характерен высокий удельный вес спортивного травматизма - 7,1%, среди женщин его доля незначительна - 0,4%. У мужчин в 2,5 раза выше, чем у женщин промышленный травматизм, его удельный вес составляет соответственно 2,0% и 0,7%. Транспортный травматизм среди исследованных нами пациентов женского пола не встречался, у мужчин же он составил 0,8%. Скорее всего это обусловлено тем, что с данным видом травм пациенты чаще всего направляются сразу в стационар. Доля умышленного травматизма не высока (3,6%) и примерно равна как у мужчин, так и у женщин (4,0% и 3,3%) соответственно.

Таблица 3

Структура травматизма по вид травм, в зависимости от пола пациентов, %

Вид травматизма	Мужчины	Женщины	Оба пола
В промышленности	2,0	0,7	1,3
В сельском хозяйстве	0,4	0,0	0,2
Уличный	58,1	71,7	65,1
Транспортный	0,8	0,0	0,4
Спортивный	7,1	0,4	3,6
Умышленный	4,0	3,3	3,6
Бытовой	25,7	21,3	23,4
Прочий	2,0	2,6	2,3
Всего	100,0	100,0	100,0

Заключение и выводы: Таким образом, нами было выявлено среди получивших травмы преобладание в ранних возрастных группах мужчин и увеличение удельного веса женщин в более старших возрастных группах. В среднем наибольший удельный вес приходится на уличный травматизм. Однако у мужчин он выше и составила 58,1%, у женщин - 71,7%. Для мужчин характерен высокий удельный вес спортивного травматизма - 7,1%, в 2,5 раза выше промышленный травматизм. Среди женщин высока доля пенсионеров - 27,2%. Изучение возрастных и гендерных особенностей травматизма, позволит более адресно разрабатывать и внедрять программы профилактики травматизма, а также более эффективно использовать имеющуюся материально-техническую базу медицинских организаций для лечения и реабилитации пациентов с травмами.

Список литературы:

1. Ашуров З.Я., Мирзоева З.А., Давлятова Д.Д. Изучение структуры травматизма и совершенствование профилактической деятельности семейных врачей в ГЦЗ №1 г. Душанбе. - Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. -2015. - №2. - С.15-18.

2. Быковская, Т.Ю. Эффективность функционирования многоуровневой системы оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий в Ростовской области. - Фундаментальные исследования. - 2011. - №10(1). -С.46-48.

3. Горбунков В.Я., Бугаев Д.А., Деревянко Д.В. Медико-социальные аспекты амбулаторной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных - происшествиях. - Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2012. - 5. - С.34-36.

4. Гречухин, И.В. Оценка основных показателей травматизма населения Астрахани и вопросы ее профилактики. - Астраханский медицинский журнал. - 2012. -Том 7(3). - С.129-134.

5. Москвичева М.Г., Шишкин Е.В Совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на территории Челябинской Области - Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2015. - №1. - С.103-107.

6. Салимов Н.Ф., Раззоков А.А. Медико-социальные аспекты травматизма и пути совершенствования системы оказания медицинской помощи. Здравоохранение Таджикистана. - 2014. - № 3. - С.44-49.

УДК 368.942 – 368.041

Э. Р. Диваева

ЗАДАЧА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доцент, к.т.н. М.А. Николаева

Кафедра вычислительной математики и кибернетики, Уфимский государственный авиационный технический университет, г. Уфа

Резюме: данная статья описывает процессы добровольного медицинского страхования детей, отличия ДМС детей от ДМС взрослых, а также содержит описание основных составляющих страховой суммы.

Ключевые слова: страхование, личное страхование, добровольное медицинское страхование, ДМС.

E.R. Divaeva

THE PROBLEM OF THE PRIVATE MEDICAL INSURANCE OF CHIDREN

Scientific Advisor – Ph D in Technical Science, Associated Professor M.A. Nikolaeva

Department of Computational mathematics and cybernetics, Ufa State Aviation Technical University, Ufa

Abstract: this article describes the processes of medical insurance of children, the differences between medical insurance of children and adults. Also, it contains main constituents of insurance coverage.

Keywords: insurance, private insurance, private medical insurance.

Актуальность: В настоящее время добровольное медицинское страхование (ДМС) играет значительную роль в обеспечении населения качественной медицинской помощи. Преимуществом данного вида страхования является возможность получения дорогостоящих медицинских услуг дополнительно к программе обязательного медицинского страхования, а также отсутствие необходимости долго ждать необходимое лечение (в сравнении с ОМС). Согласно отчетам BusinesStat за 2015 год, ДМС занимает четвертое место в общем объеме

медицинских услуг России с долей 7,6%. Данный вид услуг ожидаемо опережают ОМС (50,7%), бюджетный сектор (20,7%), а также «кассовая» медицина (15,5%) [2]. Доля ДМС среди детского населения еще ниже, так как российские страховщики считают данный вид страхования затратным и малоэффективным. В настоящий момент среди предложений российских страховщиков практически отсутствуют программы долгосрочного страхования детей. Одной из причин такого положения дел можно назвать отсутствие соответствующих инструментов расчета стоимости полиса для данного вида страхования.

В связи с ростом заболеваемости среди детей, недостаточностью государственного финансирования ОМС, а главное с особой важностью детского здоровья, невозможно переоценить значимость исследований в области добровольного медицинского страхования детей. Рассмотрим принципы организации добровольного медицинского страхования.

Частное (добровольное) страхование может быть коллективным (групповым) и индивидуальным. При коллективном страховании возможно страхование работников организации, а также их детей. Однако, стоит отметить, что в данном случае страховые взносы и выплаты едины для всех, возраст и пол в расчет не принимаются. Поэтому в данной статье речь пойдет лишь об индивидуальном страховании.

Необходимо также отметить, что детское ДМС имеет ряд отличий от взрослого.

Во-первых, детский полис ДМС должен покрывать регулярные медицинские осмотры с заключением для поступления в детский сад или школу, в нем также должно прописываться прохождение вакцинации в соответствии с календарем профилактических прививок.

Во-вторых, существенно отличается список предусмотренных лечебно-профилактических учреждений – детских поликлиник, детских центров, центров матери и ребенка и т.д.

В настоящее время предлагается выбрать программу ДМС исходя из возраста ребенка, например:

- от 1 года до 3 лет;
- от 3 до 7 лет;
- от 7 до 17 лет.

Как правило, клиенты могут выбирать набор услуг, входящих в программу страхования.

Цель исследования: является создание программного продукта для расчетов стоимости индивидуального медицинского страхования детей. Для достижения этой цели требуется решить следующие задачи:

1. Разработать конструктор программ страхования в виде набора подпрограмм;
2. Разработать алгоритмы начисления брутто-премии для краткосрочного и долгосрочного страхования:
   2.1. Расчет нетто-премии для человека данного пола и возраста по сконструированной пользователем программе;
   2.2. Индивидуальная оценка риска (андеррайтинга) и расчет индивидуальной нетто-премии для ребенка;
   2.3. Расчет брутто-премии:
   2.4. Проведение численного эксперимента для анализа корректности результатов расчета премий;
3. Разработать инструменты для анализа деятельности страховой компании по портфелю договоров страхования за определенный период.

Материалы и методы: Следует отметить, что по сроку страхования ДМС можно разделить на краткосрочное (до 1 года) и долгосрочное (от 2 лет и более). При этом математические расчеты годовой стоимости полиса для этих двух видов страхования производятся по-разному.

Для решения поставленных задач необходимо определить структуру страхового тарифа.

Страховой тариф – это ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска [1].

Объектами добровольного медицинского страхования выступают две группы рисков:

1. Возникновение расходов на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации, уходу;
2. Потеря дохода в связи с невозможностью осуществления трудовой деятельности, как во время заболевания, так и после – при наступлении инвалидности.

Законодательство РФ ограничило объект медицинского страхования только возмещением затрат на медобслуживание.

Страховая сумма – это денежная сумма, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая [1].

Страховая премия (страховой взнос) – это плата за страховой риск, выраженная в денежной форме.

Структура страхового взноса имеет следующий вид:



Рисунок 1 - Структура страхового взноса

$$B = P_0 + P_r + H, \quad (1)$$

где В – брутто-премия, P_0 – нетто премия, P_r – рисковая надбавка, Н – нагрузка [4].

Нетто премия – часть страховой премии, предназначенной непосредственно для покрытия ущерба. Для того чтобы гарантировать надежную страховую защиту, то есть повысить вероятность того, что собранных денег хватит на выплату ущерба в будущем по всем случаям, к чистой нетто-премии добавляют **рисковую (страховую) надбавку**.

Сумму нетто-премии и рисковой надбавки называют **полной нетто-премией**. Она формирует основную часть страхового фонда, из которого производятся страховые выплаты страхователям.

Для получения тарифной брутто-ставки (ставки в расчете на 1 руб. страховой суммы) нужно разделить обе стороны равенства (1) на размер страховой суммы S:

$$T_b = T_0 + T_r + T_h, \quad (2)$$

После расчета нетто-премии для нетто-премии для человека данного пола и возраста производится процесс андеррайтинга. **Андеррайтинг** (англ. underwrite – подписывать) – процесс анализа предлагаемых на страхование рисков и принятия решения о страховании того или иного риска и определения адекватной риску тарифной ставки и условий страхования [3].

В основе страхования лежит **принцип финансовой эквивалентности обязательств страховщика и страхователя.** Он выражается в равенстве математических ожиданий (современных цен) двух величин: суммы всех страховых взносов и суммы всех страховых возмещений. Таким образом, андеррайтинг позволяет соблюсти этот принцип при назначении страховой премии, а также защитить страховщика от ряда технических рисков.

Результаты и обсуждение: Результатом данной работы является постановка задачи краткосрочного и долгосрочного добровольного медицинского страхования детей. В ходе работы определен алгоритм, на который должно опираться математическое обеспечение решения задач в дальнейших работах.

Заключения и выводы: Таким образом, проведен обзор и исследование процессов добровольного медицинского страхования детей, выявлены основные отличия ДМС детей от ДМС взрослых. А также описаны основные составляющие страховой суммы. Следующим этапом работы является разработка математического обеспечения для решения поставленных задач, а также их программная реализация.

Список литературы:

1. Закон РФ от 27.11.1992 N 4015-1 (ред. от 03.07.2016) "Об организации страхового дела в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017)
2. Рынок медицинских услуг в России: структура, тенденции, перспективы [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.businesstat.ru (дата обращения: 28.02.2017)
3. Страхование и управление риском: Терминологический словарь / В.В.Тулинов, В.С.Горин – Москва: Наука, 2000. — С. 4. — 565 с.
4. Четыркин Е.М. Актуарные расчеты в негосударственном медицинском страховании. – М.: Дело, 2000. – 120 с.’

УДК: 616.897-02-036.22-053.5-057.875

О.Ю. Докучаева

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ПРИЧИНЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ

Научный руководитель — д. м. н., профессор Л.И. Лавлинская,

ассистент Н.А. Щетинина

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Воронежский государственный медицинский университет, г. Воронеж

Резюме: головная боль – симптом, с которым в настоящее время встречается почти каждый человек. Современный ритм жизни диктует достаточно сложные условия для размеренного и неторопливого рабочего или учебного дня. Поэтому все чаще происходит «перегрузка» организма: нарушения цикла сна и бодрствования, питания, недостаток или чрезмерные занятия физической нагрузкой. Нельзя забывать, что любая боль, в том числе и головная, может свидетельствовать о серьезных заболеваниях.

Ключевые слова: головная боль, школьники, студенты, распространенность заболевания, формы головной боли.

O.Yu. Dokuchaeva

OCCURRENCE AND CAUSES OF HEADACHE IN SCHOOLCHILDREN AND STUDENTS

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Full Professor L.I. The Lovlinskaya,

Assistant N.A. Schetinina

Department of Public Health and Health Care Organization,Voronezh State Medical

Abstract: headache is a symptom with which almost every person now occurs. The modern rhythm of life dictates rather complicated conditions for a measured and unhurried working or school day. Therefore, more and more often there is an "overload" of the body: disturbance of the cycle of sleep and wakefulness, nutrition, lack or excessive exercise. We must not forget that any pain, including headaches, can be indicative of serious diseases.

Keywords: headache, age, schoolchildren, students, prevalence of the disease, headache form.

Актуальность: Головная боль – симптом, с которым в настоящее время встречается почти каждый человек. Современный ритм жизни диктует достаточно сложные условия для размеренного и неторопливого рабочего или учебного дня. Поэтому все чаще происходит «перегрузка» организма: нарушения цикла сна и бодрствования, питания, недостаток или чрезмерные занятия физической нагрузкой. Данная проблема носит мультидисциплинарный характер и затрагивает медицинские и социально-экономические аспекты. Нельзя забывать, что любая боль, в том числе и головная, может свидетельствовать о серьезных заболеваниях.

Цель исследования: изучить распространенность и структуру определенных форм головной боли среди школьников и студентов в возрасте 15-25 лет.

Материал и методы: с помощью тестов MIDAS - оценка степени дезадаптации пациента, страдающего от мигрени, («Migraine Disability Assessment Questionnaire»), разработанный профессором R. Lipton и доктором W. Stewart (США) при поддержке фармацевтической компании «Астра Зенека», Headache (10 вопросов), Kramar – (Валерий Владимирович Крамар, невролог мануальный терапевт, главный врач клиники «Dr. Kramar», 7 вопросов).

Результаты и обсуждение: по тестовому опросу MIDAS из 598 анкет 60,2% опрошенных имеют (1 степень) малую интенсивность боли, отсутствие или минимальное снижение повседневной активности, 29,8% - (2 степень) умеренную или выраженную боль, незначительное ограничение повседневной активности, 8,85% - (3 степень) сильную боль, выраженное ограничение повседневной активности, 1,15% - (4 степень) сильную боль, значительное снижение повседневной активности. Среди лиц в возрасте 15-20 лет из 209 анкет по тестовому опросу MIDAS – 53,7% имеют 1 степень потребности в медицинской помощи, 37,3% - 2 степень; 8,5% - 3 степень; 0,5% - 4 степень. Среди 20-25-летнего возраста из 389 анкет по тестовому опросу MIDAS – 64,3% имеют 1 степень, 24,7% - 2 степень, 8,5% - 3 степень, 1,5% - 4 степень. По тестовому опросу Kramar из 598 анкет 36,0% опрошенных имеют «головную боль напряжения», 34,0% - «эмоциональные перегрузки», 17,0% - «гипертония/гипотония»; 9,0%- «ослабленный иммунитет»; 4,0% - «головную боль веселья». Среди 15-20-летнего возраста по тестовому опросу Kramar из 209 анкет 49,5% имеют

«эмоциональные перегрузки»; 27,5% - «головную боль напряжения», 10,0% - «ослабленный иммунитет», 10,0% - «гипертония/гипотония», 3,0% - «головную боль веселья».

Среди 20-25 –летнего возраста по тестовому опросу Kramar из 389 анкет 40,1% имеют «головную боль напряжения», 25,9% - «эмоциональные перегрузки», 20,0% - «гипертония/гипотония», 10,0% - «ослабленный иммунитет», 4,0% - «головную боль веселья».

Из выше изложенного следует отметить, что «головная боль напряжения» занимает лидирующую позицию и возрастает на 4,5% среди 20-25-летнего возраста по сравнению с 15-20-летним. Характеристика данной головной боли: тупая давящая боль вокруг головы, особенно в лобной области. Самое сильное воздействие оказывает стресс и усталость. Необходимо выделить такую первичную форму головной боли как мигрень. Симптомы такой формы: пульсирующая боль, чаще односторонняя; повышение чувствительности к свету и запахам; тошнота, рвота; возможно нарушение зрения, снижение остроты зрения. Воздействие оказывают такие триггеры как стресс, гормональные нарушения, чувствительность к погодным условиям (особенно после травм), продукты питания, неподходящие данному типу людей. Лечебный эффект оказывают анальгетики, противорвотные средства и триптаны. Важно отметить, что основной процент 4 степени по MIDAS составляет группа лиц 20-25-летнего возраста. В данный период необходимо особо внимательно относиться к перестройкам, адаптации организма (2 половой скачок – завершение формирования и развития всех систем) – это может быть именно первичной формой головной боли – мигрень, но так же и началом развития онкологической патологии, что важно вовремя диагностировать и лечить. Все воспалительные заболевания в организме редко проходят без головной боли (синусит, фарингит, гайморит и т.д.). Боль в основном локализуется вокруг носа и глаз, сопровождается ринитом и лихорадкой. Для этой формы важное профилактическое значение имеет санация, промывание пазух, можно использовать аппарат «Кукушка», а также принятие НПВС (нурофен). Наиболее меньший процент занимает кластерная головная боль: чаще такие боли возникают у мужчин. Гипоталамус - зависимая головная боль: чувство «проникновения» за глазное яблоко, резь и боль в глазах (чаще односторонний процесс), возникает ежедневно в одно и то же время в течение 3-6 недель. Ремиссия наступает на 2 месяца – после чего, симптомы возвращаются вновь. Спровоцировать первый синдром могут триггеры: алкоголь, курение, повышение физической нагрузки в виде поднятия тяжести. Лечение данной боли – это «блокирование» нерва особенно в задней части головы, триптаны, мелатонин – принятие солнечных ванн. У

женщин выделяется «менструальная» головная боль – многие девушки принимают анальгетики, НПВС в течение всего периода ПМС, что оказывает вредное воздействие на весь организм в целом, тем рекомендуется прием анальгетика или НПВС за 1 – 2 дня до начала ПМС, что окажет блокирующее действие боли на последующие дни, поэтому очень важно девушкам следить за своим менструальным циклом. Среди 15-25–летнего возраста выделяется нейроциркуляторная дистония, а в возрастной группе 20-25 лет встречается чаще, чем среди 15-20-летнего.

Заключение и выводы:

1. По данным проведенного исследования головные боли выявлены у 497 человек (83,1%). Наиболее частым вариантом головной боли у подростков-школьников г. Воронежа является «эмоциональная головная боль» и составляет 49,5%, в более старшем возрасте от 15 до 25 лет лидирующее место занимает головная боль напряжения и составляет 43,1% учащихся школьников и студентов.

2. Определенную группу среди школьников и студентов занимают дети с ослабленным иммунитетом. С возрастом у них будут увеличиваться хронические заболевания, что будет влиять на качество жизни, так как головная боль будет занимать неотъемлемую ее часть. Следить за иммунитетом важно и для оценки самых ранних стадий онкологических заболеваний. Таким образом, 9-10% детей уже входят в группу риска данной нозоологии.

3. Врачи-педиатры, неврологи, психологи, работающие в учебных заведениях, при проведении дифференциального диагноза головной боли у школьников и студентов должны учитывать высокую заболеваемость головной боли напряжения и эмоциональных перегрузок в учебных учреждениях, по возможности осуществлять индивидуальный подход и следить в динамике за состоянием здоровья будущего поколения.

Список литературы:

1. Вшивкина Г.А. Возрастная динамика и интегративно-восстановительная терапия головной боли детей и подростков: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Н.Новгород, 2004. — 14 с.

2. Вейн А.М., Колосова О.А. Головная боль (классификация, клиника, диагностика, лечение). — М.: Медицина, 1994. — 162 с.

УДК 616.31.4

Н.А.Дьякова, И. И. Гумеров

УЧАСТНИК ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ Г.В.КОВАНОВ — ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ, ВРАЧЕБНОГО КОНТРОЛЯ И ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ (1962—1984 ГГ.)

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.У. Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский Государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: участник Великой Отечественной войны, орденоносец старший сержант Кованов заведовал кафедрой физического воспитания, врачебного контроля и лечебной физкультуры.

Ключевые слова: врач ЛФК, солдат, подвиг, Великая Отечественная война.

N.A Dyakova, I.I Gumerov

GVKOVANOV, PARTICIPANT OF THE GREAT PATRIOTIC WAR, MAINTAINING THE DEPARTMENT OF PHYSICAL EDUCATION, MEDICAL CONTROL AND THERAPEUTICAL PHYSICAL TRAINING (1962-1984)

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE, Bashkir State Medical University, Ufa

Absract: a veteran of the Great Patriotic War, Order Sergeant Kovanov, was in charge of the Department of Physical Education, Medical Control and Physiotherapy.

Keywords: LFK physician, soldier, feat, Great Patriotic War.

Актуальность: В опубликованных материалах по истории медицины Республики Башкортостан имеется незначительное количество сведение о заведующем кафедре физической культуры Г.В. Кованове.

Цель исследования: Проанализировать военный подвиг участника великой Отечественной войны Г.В. Кованова.

Результаты и обсуждение: Выпускник БГМИ 1952 года, к.м.н., доцент Кованов Г.В., с 1962 по 1984 гг. работал заведующим кафедрой физического воспитания, врачебного контроля и лечебной физкультуры, участник Великой Отечественной войны.

Кованов Георгий Васильевич родился 6 июля 1925 года в г. Сумы Украинской ССР. Старший сержант в РККА с 1943 года, был призван Сумским РВК, Украинская ССР, Сумская обл., Сумский р-н. Служил: 153 апабр 2 УкрФ.

Старший сержант Г.В.Кованов - командир топоотделения батареи физической разведки разведывательного артиллеристского дивизиона 153 Армейской пушечный Артиллеристской Асской бригады. Смелый, инициативный и дисциплинированный командир. Отделение старшего сержанта Кованова под артиллеристским обстрелом противника точно и в срок обеспечил привязку боевых порядков батареи звуковой разведки и огневых дивизионов, в результате чего обеспечило точную засечку батарей противника. «В работе товарищ Кованов показывает образцы личного мужества, стойкости и находчивости, являясь хорошим примером для своих подчиненных, так в ноябре 1944 года, не смотря на артиллеристский огонь противника товарищ Кованов быстро расставил теодолит снял отсчеты, чем обеспечил быструю привязку звукопостов БЗР2, которая точно засекла 2 батареи противника и скорректировав огонь 3/153 АПАБР, подавило их.» - пишет Командир РАД 153 АПАБР капитан Литвиненко.

За выполненную работу и проявленную при этом стойкость и отвагу товарищ Кованов награжден правительственной медалью «За отвагу». Дата подвига: 06.11.1944 № записи: 41232760Приказ подразделения №: 8/н от: 10.01.1945

Издан: 153 апабр 40 А 2 Украинского фронта / Архив: ЦАМО, фонд: 33, опись: 690306, ед.хранения: 784, № записи: 41232735

В январе 1945 года в районе д.Такта-Гадкань, противник огнестрельной артиллерией задерживал наступление наших стрелковых частей. Отделению Кованова было приказано привязать поста 1- й звукобатареи, которая должна была засечь стреляющие батареи противника. Переправившись на подручных средствах через реку Тисса, он и отделение точно и быстро выполнил поставленную задачу. Звукобатарея засекла стреляющие батареи противника и 153 Артбригада своим огнем подавила их. Стрелковые части продолжали наступление.

В боях за городом Сиксо под сильным артиллеристским огнем противника произвел привязку к 1 й звукобатареи, чем дал возможность определить 18 батарей противника, которые сразу же были подавлены нашей артиллерией. 9.01.45 года в районе г. Челтово под сильным арт. Огнем противника в горно-лесной местности произвел разветку опорный артиллеристской и привязку огневых позиций «492» полка и боевых порядков 153

Армейской Пушечной Артбригады, чем способствовал ведению точного огня по противнику во время наступления.

За точность и быстроту топопривязки боевых порядков артиллерии, звукобатарей и проявленную при этом мужество и отвагу ст. сержант Кованов награжден правительственным орденом «Красная звезда». Дата подвига: 09.01.1945. № записи: 39441579.Приказ подразделения №: 9/н от: 02.02.1945.Издан: 153 апабр 2 Украинского фронта / Архив: ЦАМО. фонд: 33. опись: 690306. ед.хранения: 246. № записи: 39441558

Заключения и ыводы: Заведующий кафедрой физического воспитания, врачебного контроля и лечебной физкультуры(1962-1984 гг)- участник Великой Отечественной войны, награжден правительственной медалью «За отвагу», правительственным орденом «Красная звезда».

Список литературы:

1. Научный архив УНЦ РАН
2. Архив: ЦАМО, фонд: 33, опись: 690306, ед. хранения: 784, № записи: 41232735
3. Архив: ЦАМО. фонд: 33. опись: 690306. ед. хранения: 246. № записи: 39441558

УДК: 614.2; 614.1

Н. Н. Жданова, М. Ф. Хуснияров, А.А. Фахрисламов, А.И.Кинжалеева, А.Р.Багданурова

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНСУЛЬТОМ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО СОСУДИСТОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Научный руководитель — к. м. н., доцент Э. Ф. Киреева

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье приведен анализ организации медицинской помощи пациентам с инсультом, госпитализированным в Первичное сосудистое отделение (ПСО). Установлено, что в структуре пациентов превалировали лица с ишемическим инсультом (ИИ), большая доля больных была госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи, вне терапевтического окна, госпитальная летальность превалировала среди пациентов с геморрагическим инсультом (ГИ).

Ключевые слова: инсульт, организация медицинской помощи, первичное сосудистое отделение.

N. N. Zhdanova, M.F. Khusniyarov, A.A. Fahrislamov, A.I. Kinzhaleeva, A.R.Bagdanurova

EVALUATION OF MEDICAL CARE TO STROKE PATIENTS HOSPITALIZED TO PRIMARY VASCULAR CENTER

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor E. F. Kireeva

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The article analyzes the organization of medical care for patients with stroke hospitalized in the Primary Vascular Department. It was found that patients with ischemic stroke prevailed in the structure of patients, a large proportion of patients were hospitalized by an ambulance brigade, outside the therapeutic window, hospital mortality prevailed among patients with hemorrhagic stroke.

Keywords: Stroke, the organization of medical care, primary vascular department.

Актуальность: Среди современных проблем здоровья населения сосудистые заболевания головного мозга занимают одно из ведущих мест. Значительную долю в структуре цереброваскулярных болезней составляют инсульты. В современных условиях необходим четкий алгоритм проведения лечебно-диагностических и реабилитационных

мероприятий. Реализация организационных мероприятий по совершенствованию медицинской помощи требует научного обоснования и определения их эффективности, что позволит определить необходимость дальнейшего развития медицинской помощи [1,2,3].

Цель исследования: изучить организацию медицинской помощи пациентам с инсультом в условиях первичного сосудистого отделения.

Материалы и методы: в основу работы был положен анализ статистической отчетности первичного сосудистого отделения (ПСО) №3 на базе Городской клинической больницы №18 г. Уфы. Источниками информации послужили учетно-отчетные документы: ф. №30 «Сведения о медицинской организации», ф. №14 «Сведения о деятельности стационара», ф. №003/у «Медицинская карта стационарного больного», ф. №114/у «Талон к сопроводительному листу СМП». Объектом исследования стали пациенты, госпитализированные в ПСО по поводу инсульта. Объем наблюдений составил 240 пациентов. Программа исследования предусматривала методы статический, аналитический. Статистическая обработка полученного материала осуществлялась на основе расчета относительных и средних величин, определения достоверности результатов исследования с использованием параметрических методов (критерий Стьюдента) и непараметрических методов (критерий χ^2) с применением программного пакета STATISTICA v.7.

Результаты и обсуждение: В г. Уфа для совершенствования стационарной медицинской помощи при сосудистых заболеваниях головного мозга был организован головной сосудистый центр на базе больницы № 22 и первичные сосудистые отделения на базе многопрофильных стационаров, в том числе на базе Городской клинической больницы №18 г. Уфы. В этих учреждениях внедрена с 2009 г. система госпитализации пациентов, минуя приемный покой стационара, своевременное проведение тромболизиса пациентам при ишемическом инсульте, оказание медицинской помощи мультидисциплинарной бригадой, раннее начало вторичной профилактики инсульта и др.

На догоспитальном этапе медицинскую помощь пациентам с инсультом оказывает выездная бригада скорой медицинской помощи (СМП). Анализ показал, что бригадой СМП было доставлено в стационар 90,3% пациентов, по направлению врачей поликлиники было госпитализировано 8,1%, обратились самостоятельно 1,6% пациентов. Все пациенты (100,0%) с геморрагическим инсультом (ГИ) были доставлены бригадой СМП, что объясняется тяжестью их состояния, среди пациентов с ишемическим (ИИ) таковых оказалось 87,6%.

Анализ сопроводительных талов показал, что среднее время, затраченное на выполнение одного вызова у госпитализированных пациентов, составило 50,2±1,8 мин.

Исход при инсульте во многом зависит от сроков госпитализации пациентов в специализированное отделение, своевременным считается поступление в период «терапевтического окна». В первые 3 часа в ПСО было доставлено 32,5% с ГИ и лишь 14,2% с ИИ ($p<0,001$), что обусловлено степенью тяжести неврологического дефицита и более высокой долей пациентов с нарушением сознания при ГИ. Одной из причин несвоевременной госпитализации является позднее обращение пациентов за медицинской помощью.

Анализ отчетных данных показал, что в ПСО в структуре госпитализированных больных доля пациентов с ИИ составила 68,0%, с ГИ с 12,7%, с ТИА – 19,3%.

Для оценки качественных показателей деятельности ПСО был проведен анализ качества диагностики на догоспитальном этапе, частота осложнений и летальных исходов. Анализ качества диагностики на догоспитальном этапе, проведенный при сравнении диагноза СМП и заключительного клинического диагноза стационара свидетельствует, что совпадения диагнозов отмечалось в 72% случаев. Частота осложнений инсульта составила 30,5%. Острый эрозивный гастродуоденит встречался у 23,0%, трофические нарушений в виде пролежней были у 29,6%, спастика в парализованных конечностях – у 30,0%, гипостатическая пневмония – с 24,9%, постинсультная депрессия – у 16,0%.

Летальность от инсульта в ПСО составила 9,5%, при ИИ – 9,8%, при ГИ – 29,6%. Показатель досуточной летальности составил 1,4%.

Заключение и выводы: Полученные данные свидетельствуют, что большая часть пациентов госпитализировались бригадой скорой медицинской помощи. Диагностика инсульта на догоспитальном этапе находится на высоком уровне. Среди госпитализированных лишь каждый третий поступил своевременно в период «терапевтического окна», соответственно большая часть пациентов были госпитализированы позже 3-х часов от начала заболевания.

В структуре осложнений превалировали трофические нарушения в виде пролежней, спастика в парализованных конечностях и гипостатическая пневмония.

Госпитальная летальность от инсульта составила 9,5%, при геморрагическом инсульте показатель оказался достоверно выше (в 3 раза), чем при ишемическом инсульте.

Список литературы:

1. Гусев, Е.И. Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации/ Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, В.В. Крылов// Неврологический вестник. – 2007. – Т.39, № 1. – С.128-133.

2. Становление системы оказания медицинской помощи больным с церебральным инсультом в Российской Федерации / В.И. Скворцова, [и др.]// Материалы всероссийской научно-практической конференции: «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации», Ярославль. – 2011. – 13-32.

3. Мухаметзянов, А.М. Анализ летальности от острых нарушений мозгового кровообращения /А.М. Мухаметзянов, Н.Х. Шарафутдинова, Э.Ф. Киреева, М.Ю. Павлова // Вестник РУДН. - 2014. – № 4. – С.94-98.

УДК

Р.Р. Зарипова, Г.Л. Галимова

СВЕТЛОЙ ПАМЯТИ СУКОЛИНА ГЕННАДИЯ ИВАНОВИЧА

Научный руководитель – д. м. н., профессор М.М. Гафаров

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: статья посвящена памяти доктора медицинских наук, профессора Суколину Генадию Ивановичу.

Ключевые слова: Суколин Геннадий Иванович, дерматовенерология, профессор.

R.R. Zaripova, G.L. Galimova

THE BRIGHT MEMORY OF GENNADY IVANOVICH SUKOLIN

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Full Professor M.M. Gafarov

Department of Dermatovenereology with courses of dermatovenereology and cosmetology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The article is dedicated to the memory of Doctor of Medical Sciences, Professor Sukolin Gennady Ivanovich.

Keywords: Gennady Ivanovich Sukolin, dermatovenereology, professor.

Актуальность: Суколин Г.И. является лучшим выпускном нашего БГМУ и является ярким представителем нашей передовой дерматологической школы. Внес колоссальный вклад в развитие науки и практической работы.

Цель исследования: побудить аудиторию интересоваться великими учеными, пропагандировать науку и сохранить память о докторе медицинских наук Г.И. Суколине.

Материалы и методы: автобиографические данные и научные труды Г.И. Суколина, воспоминания друга Гафарова М.М.

Результаты и обсуждение: в результате работы строго в хронологическом порядке изложены автобиографические данные д.м.н. Г.И. Суколина и представлены результаты его научной деятельности. Материалы работ Г.И. Суколина неоценимо значимы для современной науки и науки в целом, также для практикующих врачей по специальности дерматовенерология.

Суколин Геннадий Иванович - доктор медицинских наук, профессор с 50-летним клиническим стажем. Он был человеком высокой нравственности, широкой эрудиции, большой доброты и скромности, безмерной ответственности перед людьми.

Детство Г.И.Суколина

Суколин Геннадий Иванович родился 2 марта 1940 года в совхозе «Мияки» Миякинского района семье служащих.

Студенческие годы

Стал членом ВЛКСМ в 1954 году.

С 1954 по 1957 г. учился в медицинском техникуме Мин.здрава РСФСР. (г.Уфа), и закончил с отличием.

С 1957 по 1963 г. учился в Башкирском медицинском институте им. XV- летия ВЛКСМ.

По окончанию института Суколин Г.И. был зачислен в клиническую ординатуру на кафедру кожных и венерических болезней БГМУ ,полный курс прохождения который закончил в 1965 году.

Одновременно посещал Вечерний университет марксизма-ленинизма, который окончил также в 1965 году. Занимался спортом и маршированием, а так же занимался в кружке художественной самодеятельности.

С 1965 по 1967 г – был аспирантом кафедры кожных и венерических болезней 2-го Московского ордена В.И.Ленина медицинского института им. Н.И.Пирогова , учился у профессора Желтакова. За это время им выполнена и защищена кандидатская диссератация на тему «Аллергическая реактивность у больных крапивницей» (1972 год).Впервые была разработана и предложена методика использования аллергоглобулина для лечения атопического дерматита.

С 1967 по 1970г. работал ассистентом кафедры дермато-венерологии БГМИ.

В 60-х годах Геннадий Иванович работал врачом в Северной Африке — в Алжире, Тунисе, Марокко. Он был всесторонне талантлив: играл на баяне, хорошо пел. Оказывал бескорыстную квалифицированную медицинскую помощь всем обращающимся жителям, не только по дерматовенерологии, но и по смежным специальностям. Там написал несколько песен, подражая местному фольклору, и исполнил как-то в дружеском кругу. А позднее узнал, что его простые стихи о любви к Родине и о борьбе за свободу, положенные на несложную мелодию, понравились руководителям Алжира и Палестины и потому стали гимнами этих стран. Их даже перевели на национальные языки, исполняли во время официальных приёмов. О том, что за них можно было получить какие-то гонорары, у Суколина даже мысли не было. Геннадий Иванович был настолько высококвалифицированным дерматовенерологом и душевным врачом, что пациенты приезжали к нему из Туниса, Алжира, Марокко на консультацию, даже когда он уже работал ЦКВИ в Москве.

Суколин Г.И. , был высокообразованным,интеллегентным человеком, знал и владел в совершенстве французским и английским языками. Не плохо усвоил татарский , и свободно мог общаться на арабском языке.

Защитил докторскую диссертацию по «Наследственным дерматозам» и в 1991 – 1998гг. заведовал микологическим отделением Центрального НИИКВВИ (г. Москва). Был научным руководителем кандидатских дессертаций (16) и докторских(8). В течение 15 лет Г.И.Суколин возглавлял Московское дерматологическое научное общество им. А.И.Поспелова, деятельности которого придал клиническую направленность. Заседания научного общества проходили довольно насыщенно, где демонстрировались очень интересные и сложные больные.

Длительное время принимал активное участие в качестве дерматолога в многочисленных медико-генетических экспедициях, проводимых Институтом медицинской генетики совместно с рядом исследовательских институтов с целью изучения распространенности наследственной патологии человека в различных климато-географических зонах: Узбекистане, Азербайджане,Туркмении, Российской Федерации.

Автор более 400 научных работ, 5 монографий, соавтор руководств, справочников, учебных

Труды Суколина Г.И.

Атлас-справочник, клиника наследственных дерматозов.

Данный справочник содержит описание 325 наследственных дерматозов и дерматозов с предполагаемым наследственным происхождением. В каждой нозологической форме кратко рассматривается этиология, патогенез, клиника и принципы лечения. Основное внимание уделено клиническим проявлениям патологии, наглядность которой представлена многочисленными (более 500) иллюстрациями как в черно-белом, так и в цветном изображении.

Клиническая дерматология. Краткий справочник по диагностике и лечению дерматозов.

В данном справочнике собран материал по большинству из нозологических форм дерматозов. В каждом заболевании выделены ведущие этиологические и патогенетические факторы, основные клинические проявления а также их терапия.

Иллюстрированная клиническая дерматология. Краткий алфавитный справочник

В справочнике представлены данные почти о 400 дерматозах, как распространенных (пиодермия, аллергодерматозы, микозы, псориаз и др.), так и редко встречающиеся (синдромы, наследственная патология и др.).

Не было случая, чтобы Геннадий Иванович кому-нибудь отказал в помощи или отнесся формально. Все получали максимально возможную помощь, причем совершенно бескорыстно! Так он работал до последнего дня своей жизни – 25.01.2017 года.

Невыразимо тяжело осознавать, что этого светлого человека нет с нами. Нам очень не хватает его.

Мы всю жизнь будем помнить о нем, каким должен быть настоящий врач и до конца своих дней будем гордиться тем, что выпускник нашего Башкирского медицинского университета достиг таких высоких результатов и был выдающимся клиницистом в СССР и России, но и за рубежом.

Вечная ему память!

Заключение и выводы: в процессе исследования мы получили краткий обзор биографии и научных работ Г.И. Суколина, также статья ознакомит читателя с д.м.н.

Суколином Г.И. и плодами его научной деятельности, которые помогут в диагностике дерматозов и повысят клинические знания врачей.

Список литературы:

Суколин.Г.И. Клиника наследственных дерматозов. Атлас-справочник. Бином, 2013 год, 312 стр.

Суколин.Г.И. Клиническая дерматология. Краткий справочник по диагностике и лечению дерматозов. Нотабене, 1997г., 384 стр.

Суколин.Г.И. Иллюстрированная клиническая дерматология. Краткий алфавитный справочник. Люкс Принт, 2010г., 248стр.

Автобиография Г.И.Суколина поднята из архивного отдела БГМУ.

Сайт БГМУ http://bgmy.ru/433-istoriya-kafedry-dermatovenerologii.html

УДК 618.39:314(470.57)

Л.Р.Идрисова, Н.П Зылева, А.Р.Азаматова, В.Ф.Асадуллин Э.Р.Абдуллина

РЕЙТИНГ МУНИЦИПАЛЬНЫХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН В 2015 ГОДУ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И НОВОРОЖДЕННЫМ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.Ш. Азаматов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье проанализированы основные показатели деятельности медицинских учреждений акушерско-гинекологической службы 54 районов Республики Башкортостан за 2015 г. Приведены следующие показатели: сведения об абортах РБ в 2015 г. на 1000 женщин фертильного возраста; мертворождаемость на 1000 родившихся живыми и мертвыми; ранняя неонатальная и перинатальная смертность, заболеваемость и смертность новорожденных на 1000 живорожденных; процент беременных, не взятых на учет по беременности до 12 недель. Вычисления проводились в программе Excel 2013. Использовали формулу для расчета коэффициента соответствия Кс= Рф/Рп, где Рф - фактический показатель, Рп - среднереспубликанский показатель, Кс - коэффициент соответствия (рейтинг). Представлен пример методики подсчета интегрального и единого интегрального показателей (ЕИП). Приведены рейтинги наихудших и наилучших районов и сравнение этих же показателей с показателями за 2014 год. Проведено сравнение официальных данных с полученными интегральными показателями.

Ключевые слова: показатели акушерско-гинекологической службы, рейтинг, единый интегральный показатель, коэффициент соответствия.

L.R.Idrisova, N.P.Zyleva, A.R. Azamatova, V.F. Asadullin, E.R.Abdullina

THE RATING OF MUNICIPAL DISTRICTS OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN IN 2015, HEALTH CARE FOR PREGNANT WOMEN AND NEWBORNS

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor R.SH. Azamatov

The Department of Public Health and Health Organization with IDPO course, Bashkir State Medical University, Ufa.

Abstract: the article analyses main indicators of activity of medical institutions of obstetric-gynecologic services 54 districts of the Republic of Bashkortostan for 2015 includes the following

indicators: information about abortions RB in 2015 for every 1000 women of childbearing age; stillbirths per 1,000 live births and stillbirths; early neonatal and perinatal mortality, morbidity and infant mortality per 1,000 live births; the percentage of pregnant women, not taken on account of pregnancy up to 12 weeks. The calculations were done in Excel 2013. Formula was used to calculate the correlation coefficient of KS= RF/RP, where RF is the actual rate, RP is the average national rate, KS is the coefficient of conformity (rating). An example of the calculation of the integral and single integral indicators (SII). Given the ratings of worst and best areas and compare these figures with the figures for 2014. A comparison of official data with the integrated indicators.
Keywords: quality of medical care, the medical institutions of obstetric-gynecologic service, an integral indicator, ranking of medical institutions, coefficient of conformity.

Актуальность: Одним из важных показателей и характеристик уровня смертности в стране, да и развития всей страны в целом является уровень смертности детей до 5 лет и, особенно детей до 1 года, так как именно в этом возрасте умирает большая часть детей. Изменение его уровня заложено в «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», «Основных направлениях государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2010 г. (национальный план действий в интересах детей)» и т.д. В отличие от ожидаемой продолжительности жизни уровень младенческой смертности в России постоянно снижается уже в течение длительного периода, в частности вначале 21 в. был преодолен так называемый «парадокс младенческой смертности» (у девочек – в 2000 г., а у мальчиков - в 2002 г.).[1,3]. По результатам независимой оценки качества медицинских услуг можно формировать рейтинги медицинских учреждений. За рубежом на основании таких рейтингов разрабатывают специальные бенчмаркинговые информационно-аналитические продукты, позволяющие анализировать деятельность конкретного учреждения, выявить существующие в нем проблемы и определить пути их решения. В России рейтинги медицинских организаций пока не получили такой широкой известности, и не являются общепризнанными индикаторами состояния дел на рынке медицинских услуг. Публикация таких материалов в СМИ может оказать мощное воздействие на улучшение медицинской помощи в республике.

Цель исследования: сравнить официальные данные по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, и родильницам и производству абортов в медицинских организациях Республики Башкортостан за 2015 г. с нашими данными, полученными по

специальной формуле Кораблёва В.Н.[3,4]. Сравнить с данными полученными за прошлый год.

Материалы и методы: данные взяты из книги МИАЦ Минздрава РБ «Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2015 году». За стандарт принято среднее республиканское значение указанных показателей. Были анализированы показатели деятельности медицинских организаций 54 районов нашей Республики. Вычисления проводились в программе Excel 2013. Использовали формулу для расчета коэффициента соответствия Кс= Рф/Рп, где Рф - фактический показатель, Рп - среднереспубликанский показатель, Кс - коэффициент соответствия.

По коэффициенту соответствия определили рейтинги ЦРБ за 2015 г. по следующим показателям: сведения об абортах, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность, перинатальная смертность, заболеваемость новорожденных, смертность новорожденных и беременные женщины, не вставшие на учет по беременности до 12 недель.

В указанном сборнике МИАЦ представлены следующие средние (относительные) показатели по РБ в 2015 году:

1. Сведения об абортах - 3,2. Наилучшие результаты по данному показателю по официальным данным в Уфимском, Краснокамском районах. Наихудшие – в Мечетлинском (8,1) и Нуримановском(8,6) районах.

2. Мертворождаемость – 5,9. Наилучшие результаты по данному показателю в 24 районах (данные в докладе). Наихудшие показатели: в Иглинском (27,9) и Нуримановском (14,5) районах.

3. Ранняя неонатальная смертность – 2,8. Наилучшие результаты по данному показателю оказались в 33 районах (данные в докладе). Наихудшие результаты были в Кугарчинском (18,3), Илишевском (16,3) и Альшеевском (11,3) районах.

4. Перинатальная смертность – 8,7. Наилучшие результаты по данному показателю в 21 районе (данные в докладе). Наихудшие результаты - в Кугарчинском (31,5) и Иглинском (27,9) районах.

5. Заболеваемость новорожденных – 298,8. По официальным данным наилучшие результаты по данному показателю были в Уфимском, Стерлитамакском, Куюргазинском, Краснокамском, Кигинском, Ермекеевском (0), районах. Наихудшие – в Чишминском (746,7), Мечетлинском (576,4) и Баймакском (569,6) районах.

6. Смертность новорожденных на 1000 живорожденных – 3,6. Наилучшие результаты по данному показателю были в 32 районах (данные в докладе). Наихудшие показатели в Кугарчинском (18,3), Илишевском 16,3 и Альшеевском (11,9) районах.

7. Беременные, не вставшие на учет по беременности до 12 недель (в%) – 8,1. Наилучшие результаты по данному показателю были в Балтачевском (0), Караидельском (1,4) районах. Наихудшие – в Чекмагушевском (31,1) и Калтасинском (23), районах.

Результаты и обсуждение: Интегральный показатель вычислялся следующим образом. Пример:

расчета рейтинга (коэффициента соответствия) заболеваемости новорожденных в Мечетлинском районе в 2015 г.: Кс=Рф/Рп=576,4/298,8 = 1,9. Где фактический и среднереспубликанский показатель был взят из материалов МИАЦ Минздрава РБ.

ЕДИНЫЙ ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ: вычисляется сложением интегральных показателей этого района по 7 относительным показателям и делением на их количество. По Мечетлинскому району ЕИП выглядит следующим образом: (1,9+0+0+0+0+2,50+0,88)/7=0,75. Наилучшие интегральные показатели наблюдались в Архангельском (0,33) и Давлекановском (0,35) районах; наихудшие - в Кугарчинском (2,89); Илишевском (2,39) и Нуримановском (1,99) районах. Для удобства сравнения кдиный интегральный показатель увеличили в 100 раз, в связи с тем, что получались маленькие значения

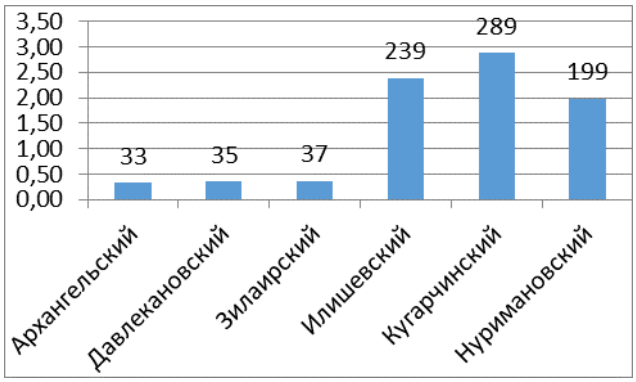


Рисунок 1. Сравнительная диаграмма интегральных показателей медицинского обслуживания беременных, рожениц и родильниц в муниципальных районах Республики Башкортостан в **2015** году.

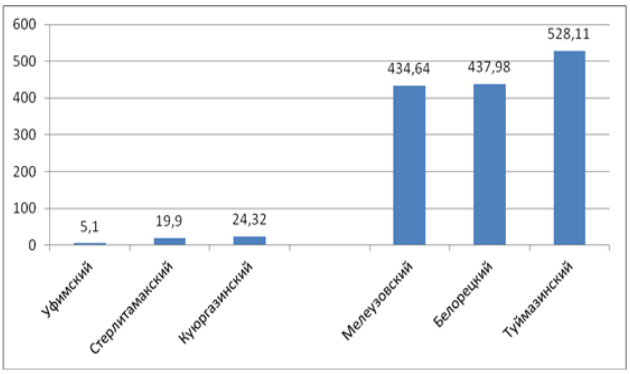


Рисунок 2. Сравнительная диаграмма интегральных показателей медицинского обслуживания беременных, рожениц и родильниц в муниципальных районах Республики Башкортостан в **2014** году. [6]

Заключения и выводы: 1.В 2014 году наилучшие рейтинги медицинского обслуживания беременных, рожениц и родильниц РБ наблюдались в Уфимском (5,1), Стерлитамакском (19,9) и Куюргазинском (24,3) районах; наихудшие – в Мелеузовском (4,3),

Белорецком (4,3) и Туймазинском (5,3) районах[6]. В 2015 г. наилучшие показатели отмечены в Архангельском (0,33); Давлекановском (0,35) и Зилаировском (0,37) районах; наихудшие - в Кугарчинском (2,89); Илишевском (2,39) и Нуримановском (1,99) районах. Видно, что показатели медицинского обслуживания значительно улучшились.

2. Обобщенные данные позволяют более объективно судить о реальном положении дел в медицинских организациях по сравнению с отдельными показателями их деятельности, наблюдать динамику в разных районах в течение нескольких лет.

3.Определение рейтингов муниципальных образований в Республике Башкортостан целесообразно производить на постоянной основе и публиковать их после сдачи годовых отчётов.

Список литературы:

1) Авдеева М.В., Ващенков В.В., Лучкевич В.С., Баркаева В.А. Рейтингование медицинских организаций как способ повышения эффективности здравоохранения: история вопроса и перспективы использования [статья в журнале - научная статья]. Социальные аспекты здоровья населения. 2015. Т. 44. № 4. С. 2.

2) Азаматов Р.Ш., Шамаева З.Х., Негара Ю.А. Сравнительный анализ основных показателей медицинского обслуживания беременных, рожениц и родильниц в муниципальных районах республики Башкортостан. Вестник Башкирского государственного медицинского университета. №4, 2016г. – с.836 -840.

3) Кораблев В.Н. Использование инновационных технологий управления для повышения эффективности здравоохранения региона. – Хабаровск: Изд-во ГОУ ВПО ДВГМУ, 2009. – 199с.

4) Салахов Т.Э., Латыпов А.Б., Зулкарнеева А.Т., Зулкарнеев Т.Р., Шарафутдинова Н.Х. Некоторые подходы к рейтинговой оценки амбулаторно-поликлинических учреждений г.Уфы на основе статистической обработки показателей общей заболеваемости взрослого населения. Журнал « Медицинский вестник Башкортостана №3, 2016 год – с 12-15.

5) Тарасенко Е.А. Рейтинги учреждений здравоохранения как инструмент независимой оценки качества медицинских услуг. Журнал «Здравоохранение», №1, 2014г. С. 68-74

УДК: 614.23; 7967012.68

Р.В.Изибаева, Э.Р.Абдуллина, А.Р.Азаматова, И.И.Лукманов

МУРАТОВ СЕРГЕЙ МАХМУТОВИЧ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Азаматов Р.Ш.

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

Резюме: понимание того, что будущее любой страны определяется здоровьем каждого человека, привело к усилению роли физической культуры и спорта в деятельности государства и общества, а также активному использованию физической культуры и спорта в укреплении здоровья населения. Большую роль в спортивном развитии человека играет врач спортивной медицины. Одним из деятелей медицины и спорта нашей республики является Муратов Сергей Махмутович – член совета Федерации бадминтона Республики Башкортостан, врач спортивной медицины и лечебной физкультуры, заслуженный работник физической культуры Республики Башкортостан, президент спортивного клуба по бадминтону им.В.Чирко, врач сборной России по бадминтону.
Ключевые слова: история медицины, врач спортивной медицины, здоровье, спорт, бадминтон.

R.V.Izibaeva,E.R.Abdullina, A.R. Azamatova, I.I.Lukmanov

SERGEY MURATOV MAHMUTOVICH

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor R.Sh. Azamatov.

The Department of Public Health and Health Organization with IDPO course (the institute of additional professional education), Bashkir State Medical University, Ufa.

Abstract: understanding that the future of any country depends on the health of each individual, have led to the strengthening of the role of physical culture and sports in the activities of the state and society, as well as the active use of physical culture and sport in improving the health of the population. A big role in the athletic development of the person plays a sports medicine physician. One of the leaders of medicine and sport of the Republic is Sergey Muratov Mahmutovich – member of the Board of the badminton Federation of the Republic of Bashkortostan, doctor of sports medicine and physiotherapy, honored worker of physical culture of the Republic of Bashkortostan, President of the sports club for badminton to them.In.Chirko, the doctor of Russian national team on badminton.

Keywords: history of medicine, sports medicine physician, health, sports, badminton.

Актуальность: в современном обществе все большее количество людей начинает заниматься физической культурой и спортом. Но как направить спортивную деятельность в сторону улучшения и укрепления здоровья человека полноценно знает врач спортивной медицины. Используя различные спортивные отрасли данный врач проводит своевременную профилактику и диагностику патологических состояний и обеспечивает оптимальную подготовку спортсмена к соревнованиям. Исследованием влияния бадминтона на функции органа зрения и плавания в младшем возрасте на общее развитие ребенка активно занимается Сергей Махмутович Муратов, который одновременно является членом совета Федерации бадминтона Республики Башкортостан, врачом спортивной медицины и лечебной физкультуры, заслуженным работником физической культуры Республики Башкортостан, президентом спортивного клуба по бадминтону им.В.Чирко и врачом сборной России по бадминтону.

Цель исследования: изучить путь становления С.М.Муратова как врача спортивной медицины и его вклад в деятельность медицины и спорта.

Материалы и методы: воспоминания, интервью, фотографии рабочего места, бассейна и тренировки в спортзале.

Результаты и обсуждение: Сергей Махмутович Муратов родился 21 октября 1956 года в г.Уфа Республики Башкортостан. Все детство активно занимаясь большим теннисом, в 1972 году начал профессионально заниматься бадминтоном совместно со своим другом, тренером, мастером спорта Республики Башкортостан Родионом Белаловым. Через 2 года Сергей Махмутович уже выполнил норматив кандидата мастера спорта и набирал 2 из 3 баллов мастера спорта (т.е. обыграл двоих мастеров спорта, входивших в число ведущих бадминтонистов СССР), что позволяло присвоить ему звание мастера спорта. Время с 1974 года по 1976г. выпало на службу в рядах Советской



Рисунок2.Во время учебы в БГМИ

армии, по возвращении поступил в Башкирский медицинский институт имени 15-летия ВЛКСМ на педиатрический факультет, проходил специализацию в ведущих педиатрических университетах страны: в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом институте и в Первом Санкт-Петербургском государственном институте им. Академика Павлова. Специализировался в области лечебной физкультуры и мануальной терапии, дополненной элементами спортивной медицины, т.к. с 4 класса школьного обучения мечтал стать спортивным врачом. С 1 курса учебы в БГМИ Муратов С. М. стал готовить команду института к соревнованиям по бадминтону и в итоге смог вывести ее в число призеров по Республике Башкортостан по бадминтону. Тренируя команду БГМИ Сергей Махмутович успевал заниматься не только спортом, но и научной работой, участвовать в научных конференциях, быть старостой группы, которая занимала третье место по успеваемости на факультете. Во время учебы в институте проявил себя способным студентом, с практически отличной успеваемостью, активно занимался научной деятельностью, а именно изучал вопросы влияния занятий по бадминтону на остроту зрения человека, общее физическое развитие.



Рисунок 3. Занятия в детском бассейне.

. В сфере физической культуры и спорта Муратов С.М. работает более 40 лет. Сначала игроком спортивного клуба «Салават Юлаев» завода №40 г.Уфы, в студенческие годы – играющим тренером команд БГПИ, БГМИ. В 2000 году организовал клуб спортивного бадминтона имени В.Чирко (ШВСМ) и является его главным тренером и президентом по сегодняшний день. Параллельно занимался созданием единственного музея бадминтона в РБ. 16 лет является членом совета Федерации бадминтона Республики Башкортостан. Для обеспечения учебного процесса им разработаны методические рекомендации по бадминтону, одобренные Министерством образования республики. Постоянно работает над совершенствованием своего мастерства, получил сертификат о повышении квалификации по специальности «Спортивная медицина». В 2014 г. на кафедре повышения квалификации

врачей лечебной физкультуры защищена курсовая работа «Теория и методика спортивной тренировки», которая получила положительные рецензии.

Неоднократно Муратов С.М. выступал на телевидении, в печати («Воскресная газета», «Авиатор»), на республиканских и городских совещаниях с участием министров спорта и образования на базе Башкирского института развития образования и стадиона «Динамо», на республиканских конференциях по восстановительной медицине. Научно-исследовательским центром «Аллоплант» Э.Р.Мулдашева высоко оценена его работа по профилактике заболеваний органов зрения посредством бадминтона.

Более 5 лет занимался реконструкцией детского бассейна в детской поликлинике №6 г.Уфы, который по праву считается лучшим бассейном в республике для детей в диапазоне от 3 месяцев до 12 лет. За истекший период в данном бассейне прошли занятия более 5 тысяч детей.

В настоящее время вместе с тренером Щербий Э.В. Сергей Махмутович готовят 2 кандидатов в сборную России на олимпиаду в Токио. В Федерации бадминтона Республики Башкортостан Муратов С.М. занимается с юношеской сборной, оказывает помощь в медицинском обеспечении спортсменов и по связям со средствами информации. Подготовлены 3 передачи на телевидении, которые размещены в сети Интернет. МуратовС.М. подготовил 2 мастеров и 7 кандидатов в мастера спорта, 10 спортсменов 1 разряда, 200 человек массовых разрядов, 7 тренеров-общественников. Его воспитанники: Пушкарев А. – финалист общества «Буревестник» среди вузов Москвы 2009 г.; Сорокин А. – 17 ракетка Мира среди юношей, серебряный призер международных и всероссийских турниров, чемпион и призер первенств России; Закиров Т. – призер российских турниров и чемпионатов; Газиева И., Загитов В. и Гатауллина А. – призеры первенства вузов республики; Юсупова А. входила в пятерку лучших бадминтонисток РБ, в 100 лучших в России. С 2006 года воспитанники Муратова С.М., тренера – врача юношеской сборной республики по бадминтону, играли в 5 финалах спартакиады школьников России, завоевали золотые, серебряные и бронзовые медали. Завоевали 17 медалей разного достоинства на международных чемпионатах и турнирах «Открытая Россия» в Москве и Владивостоке.

Заключение и выводы: Высокий профессионализм и успешные результаты работа со сборной России Муратова С.М. отмечены благодарственным письмом Министерства спорта и физической культуры России, грамотами Министерства спорта и молодежной политики Республики Башкортостан, нагрудным знаком «Лучший работник физкультуры и спорта

Республики Башкортостан» (2007 г.), Дипломом «Лучший детский тренер России по бадминтону» (2008 г.).

Список литературы:

1. Григоренко, Г. Будьте здоровы: и такая малышня «океан» покоряет / Григоренко Г. // Вечерняя уфа. – 2014. – 25 февраля. – с.17

2. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль. - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – 598 с.

3. За чашкой чая [Видеозапись] : телевизионная программа / СТВ Башкортостан. – Уфа,

2015. – 20 апреля – 1 вк.

4. Павлов С.Е. Спортивная медицина. Здоровье и физическая культура. Сочи-2011» /Материалы II-й Всерос. научно-практической конференции, 16-18 июня 2011 года / Сочи, 2011. – 248 с.

5. Спортивная медицина: нац. рук. / гл. ред. С.П.Миронв, Б.А. Поляев, Г.А. Макарова; АСМОК. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1184 с.

6. Янова, С. Рубрика «Спорт»: Победить самого себя / Янова С. // Уфимские ведомости – 2010. – 22 июля. – №387

УДК 614.1

И.Ф. Кадаев, Л.З. Турумтаева, Р.И. Махортов

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ ОТ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.Х. Шарафутдинова

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: сосудистые заболевания мозга — актуальная медицинская и социальная проблема. Основное место среди них занимают инсульты, каждый год поражающие от 5,6 до 6,6 млн человек и уносящие 4,6 млн жизней [6,7,8]. Острые нарушения мозгового кровообращения сокращают длительность предстоящей жизни мужчин на 1,62-3,41 года, женщин – на 1,07-3,02года [8].

Ключевые слова: сосудистые заболевания мозга; инсульты; ОНМК.

I.F. Kadaev, L.Z. Turumtaeva, R.I. Makhortov

MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LETHAL OUTCOME FROM CEREBROVASCULAR DISEASES

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor N.H. Sharafutdinova

Department of Public Health and Health Organization with a course of the Institute of Postgraduate Education, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: vascular diseases of the brain are an actual medical and social problem. The main place among them is occupied by strokes, each year affecting from 5.6 to 6.6 million people and taking 4.6 million lives [6,7,8]. Acute disorders of cerebral circulation shorten the life expectancy of men by 1.62-3.41 years, women by 1.07-3.02 years [8].

Keywords: vascular diseases of the brain; Strokes; cerebrovascular accident.

Актуальность: Летальность у больных с инсультом во многом зависит от условий лечения в остром периоде. Отказ от госпитализации и лечение инсульта на дому значительно ухудшают прогноз. В стационарах летальность составляет 20%, у лечившихся дома – 42,5%. В течение года умирает около 50% больных. Летальность после первичного МИ в первые 28 дней от начала заболевания составляет около 35% [4].

На неблагоприятный исход влияют непосредственная тяжесть повреждений мозговых структур и соматические осложнения, которые чаще являются причиной смерти, чем

непосредственная тяжесть инсульта (68% против 32% среди перенесших инсульт в возрасте 60 лет и старше) [2,3,5,6]. Среди данных осложнений: пневмонии, трофические поражения кожи и подкожной клетчатки, инфекции мочевыводящих путей, тромбоэмболии легочной артерии, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, желудочные кровотечения [1].

Цель исследования: Дать медико-социальную характеристику пациентов с летальным исходом в результате острого нарушения мозгового кровообращения.

Материалы и методы: База исследования – первичное сосудистое отделение ГБУЗ «Городская больница №18 г. Уфы». Первичный материал – «Статистическая карта выбывшего из стационара» и «Медицинское свидетельство о смерти». Для выкопировки сведений была разработана первичная карта, в которую заносились данные о пациенте. Она дополнялась некоторыми данными из медицинской карты стационарного больного. Наблюдение выборочное, объем – 125 пациентов. Метод выборки – механический, предусматривающий включение в исследование каждого третьего пациента с летальным исходом инсульта.

Результаты и обсуждение: Среди обследованных пациентов 64,0% перенесли ишемический инсульт (ИИ), 36,0% – геморрагический инсульт (ГИ). Распределение больных по полу показало, что доля женщин была несколько выше, чем мужчин (52,0% против 48,0%).

Возраст умерших колебался от 18 лет до 91 года. Наибольшую долю среди умерших составили лица в возрастных группах 70-74 года (21,0%), 75-79 лет (17,0%), 80-84 года (12,0%).

Среди умерших каждый пятый (22,0%) был трудоспособного возраста, из них доля мужчин оказалась в 3,7 раза выше, чем доля женщин. Средний возраст пациентов, умерших от инсульта составил 67,6±0,51 лет, возраст мужчин оказался ниже (64,0±0,72 лет), чем возраст женщин (70,9±0,63 лет; $p<0,001$). Средний возраст пациентов, умерших от ИИ был статистически значимо выше (70,0±1,37 лет), чем у пациентов с ГИ (63,4 ±2,39 лет; $p<0,001$).

Среди умерших у 32,0% это был повторный инсульт, из них 54,0% были инвалидами. Среди всей совокупности инвалидность имели 30,0%, из них 64,0% были лица со II-й группой инвалидности (табл. 1).

Таблица 1

Распределение умерших от инсульта по группам инвалидности

Группа инвалидности	Мужчины	Женщины	Оба пола
Первая	6,9	4,5	5,7

Вторая	64,4	63,6	64,0
Третья	28,7	31,8	30,3
Всего	100,0	100,0	100,0

Для оперативности оказания медицинской помощи большое значение имеет место наступления инсульта. Доставка пациентов при наступлении инсульта вне дома значительно затруднена, и соответственно риск неблагоприятного исхода выше. По нашим данным, в 85,0% случаев инсульт наступил дома, в 8,0% – в саду или на улице, в 3,0% – на работе, у 4,0% умерших пациентов сведения отсутствовали. Почти все пациенты (98,0%) были доставлены в сосудистое отделение бригадами скорой помощи.

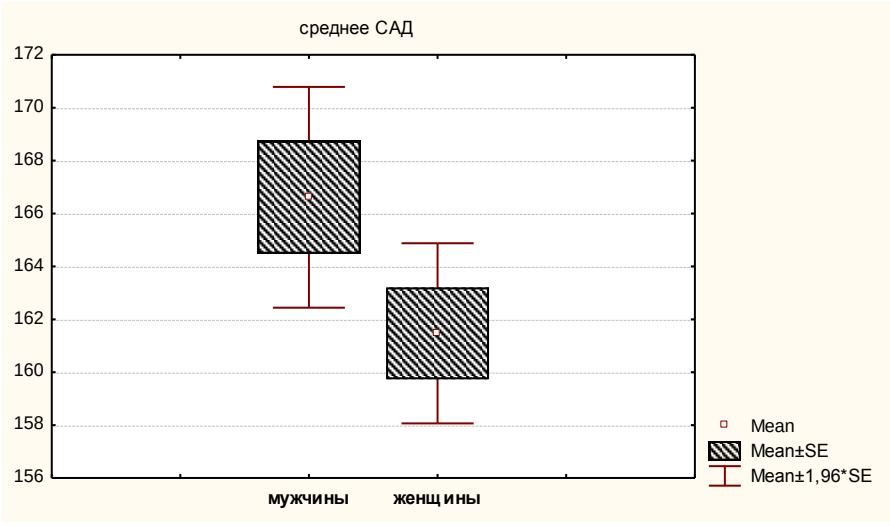
Более чем половина пациентов поступила в тяжелом состоянии (56,0%), каждый третий (34,0%) – в коме.

Нарушенное сознание при госпитализации в стационар увеличивает риск смерти почти в 3 раза. В исследуемой совокупности половина пациентов поступила в сосудистое отделение без сознания, 38,0% – с нарушением чувствительности, 56,0% – с нарушением речи, 90,0% – с нарушением движения. Среди умерших от ГИ доля поступивших в коматозном состоянии оказалась выше (42,0%), чем среди пациентов с ГИ (29,0%).

Несмотря на тяжесть состояния, только 28,0% пациентов поступили в течение первых трех часов с момента наступления инсульта, 91,0% – в течение первых 24 часов.

Анализ показал, что у умерших отмечалась высокая распространенность фоновых заболеваний: ишемическая болезнь сердца (58,0%), нарушением ритма сердечной деятельности (50%), сахарный диабет (34,0%), ожирение (16,0%), инфаркт миокарда (14,0%).

Артериальной гипертензией страдали 92,0% умерших. Риск развития инсульта имеет линейную логарифмическую зависимость от уровней диастолического и систолического артериального давления. При поступлении в сосудистое отделение средний уровень систолического АД у исследуемой группы составил 163,9±3,16 мм рт.ст. (рис. 1). Среди мужчин с летальным исходом показатели САД колебались от 90 до 290 мм рт.ст., у женщин – от 60 до 250 мм рт.ст.



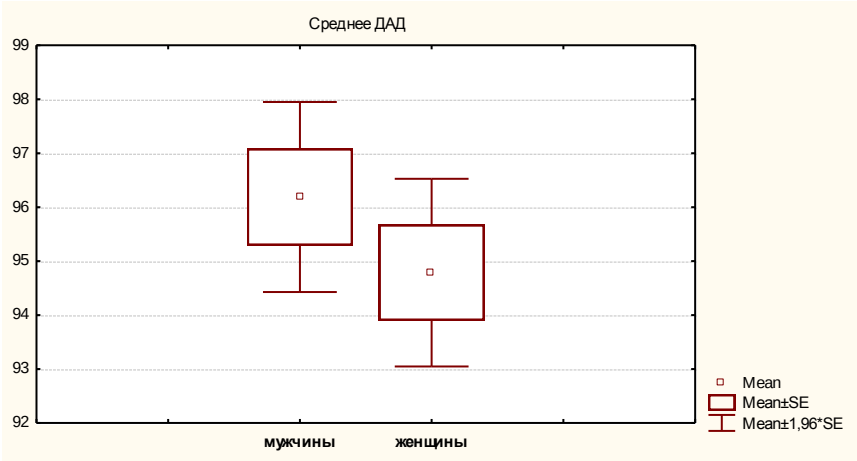


Рис. 1. Среднее САД и ДАД пациентов, умерших от инсульта при поступлении в ПСЦ, мм. рт.ст.

Частота осложнений среди умерших пациентов оказалась высокой. У каждого второго (56,0%) это гипостатическая пневмония, у каждого третьего – трофические нарушения кожи, у каждого пятого – инфаркт миокарда. У пациентов с ГИ чаще, чем у пациентов с ИИ встречались такие осложнения, как гипостатическая пневмония (76,0% и 40,0% случаев, $p<0,001$), инфаркт миокарда (в 28,0% случаев против 18,0%, $p<0,001$), а при ИИ чаще отмечалась мерцательная аритмия (85,0% и 73,0% случаев, $p<0,01$).

Средние сроки поступления больных с ГИ в сосудистое отделение от момента развития инсульта оказались несколько ниже (4,7±0,56 часа), чем при ИИ (10,0±1,47 часа; $p<0,05$), что обусловлено тяжестью течения.

Заключение и выводы: Медико-социальные аспекты летальности от сосудистых заболеваний головного мозга характеризуются большой долей умерших от ишемического инсульта. Среди умерших три четверти – пенсионеры, средний возраст – 67,6±0,51 лет, у каждого третьего – повторный инсульт. Почти все пациенты поступили в состоянии

тяжелого неврологического дефицита, три четверти имели фоновые заболевания, чаще всего – артериальную гипертензию. В двух третьих случаев инсульт имел осложненное течение.

Выявлены различия в медико-социальной характеристике умерших пациентов от ГИ и ИИ: пациенты с ГИ поступали в стационар в более тяжелом состоянии и чаще имели осложнения.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости раннего выявления факторов риска инсульта, их коррекции, повышения эффективности диспансеризации пациентов с высоким артериальным давлением.

Список литературы:

1. Гришанова, Г.Р. Взаимосвязь индекса массы тела и летальности от острого нарушения мозгового кровообращения / Г.Р. Гришанова // Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 770.

2. Денисов, Е.В. Актуальные вопросы эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга в мире (обзор литературы) / Е.В. Денисов // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 3. – С. 4.

3. Новикова, Л.Б. Организация специализированной медицинской помощи больным с инсультом в Республике Башкортостан / Л.Б. Новикова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 12. – С. 72-76.

4. Тюков, Ю.А. Оценка заболеваемости, характеристика летальности и смертности при цереброваскулярной патологии / Ю.А. Тюков, А.П. Рыжий, Р.Р. Салаватов // Инновационные технологии в организации и экономике здравоохранения: сб. науч. работ организаторов здравоохранения Уральского региона. – Екатеринбург, 2009. – С. 130-134.

5. Хаертдинова, Р.Ф. Состояние и оптимизация медицинской помощи больным острыми нарушениями мозгового кровообращения на дому: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.01.11 / Хаертдинова Резеда Фоатовна. – Казань, 2011. – 24 с.

6. Верещагин Н.В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста // Инсульт. — 2003. — №9. — С. 8-10.

7. Скворцова В.И., Евзельман М.А. Ишемический инсульт. — Орел, 2006. — С. 22-27.

8. Di Carlo A., Launer L.J., Breteler M.M.B. et al. Frequency of Stroke in Europe: a collaborative study of population-based cohorts // Neurology. — 2000. — Vol. 54, suppl. 5. — P. 28-33.

9.

УДК 614.1

А.Т. Нуриева, И.Ф. Кадаев

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель - д.м.н, профессор Н.Х.Шарафутдинова

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Нами была изучена заболеваемость женского населения злокачественными новообразованиями в Республике Башкортостан за 2010-2014 годы по нозологиям и возрастным группам. Проведен анализ смертности женского населения от злокачественных новообразований в Республике Башкортостан за 2010-2014 годы в динамике, по локализации поражения, изучена смертность женского населения в трудоспособном возрасте от злокачественных новообразований.

Ключевые слова: новообразования, заболеваемость, смертность.

A.T.Nurieva, I.F. Kadaev

MORBIDITY AND MORTALITY OF THE FEMALE POPULATION FROM CANCEROUS NEOPLASMS IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor N.H. Sharafutdinova

Department of Public Health and Health Organization with a course of the Institute of Postgraduate Education

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: We have studied the incidence of the female population with malignant neoplasms in the Republic of Bashkortostan for the years 2010-2014 by nosologies and age groups. The analysis of the mortality of the female population from cancerous neoplasms in the Republic of Bashkortostan for the years 2010-2014 in the dynamics of localization of the lesion, the mortality of the female population at working age from malignant neoplasms has been studied.

Keywords: neoplasms, morbidity, mortality.

Актуальность: В последние годы в большинстве развитых стран мира отмечается тенденция к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них, поэтому изучение роли злокачественных новообразований в формировании здоровья населения остается актуальным. [1]

Вопросы демографической политики являются приоритетными в стратегических планах развития любого государства. В связи с этим государственные программы развития здравоохранения Российской Федерации направлены, прежде всего, на улучшение показателей рождаемости и смертности населения. Немаловажную роль в стабилизации демографических показателей сыграло выполнение Национального проекта «Здоровье», направленное на улучшение доступности и качества медицинской помощи.

Важнейшим показателем, определяющим состояние здоровья населения, является коэффициент смертности. По данным А.Ю.Федотова [2] в 2010г. в структуре смертности населения РФ злокачественные новообразования составляли 14,4%, занимая вторую ранговую позицию среди ведущих причин смерти. Среди мужчин от ведущих структурообразующих причин смертность выше, чем среди женщин. Однако среди женщин в структуре смертности злокачественные новообразования занимают второе место. Нами проанализированы уровень и динамика смертности женского населения Республики Башкортостан.

Ввиду высокого уровня смертности мужчин от травм, доля злокачественных новообразований среди женщин занимает второе место (10,6%), хотя ее значение незначительно отличается от данного показателя среди мужчин (11,3%). Однако уровень смертности мужчин от злокачественных новообразований значительно выше (172,2 на 100 тыс. мужского населения), чем среди женщин (121,0 на 100 тыс. женского населения).

Для эффективного управления здоровьем женского населения необходимо выявление территорий с высоким уровнем заболеваемости женщин, выявить территориальные особенности распространенности онкологических заболеваний отдельных локализаций.

Цель исследования: Изучить заболеваемость и смертность женского населения от злокачественных новообразований в Республике Башкортостан за 2010-2014 год.

Материалы и методы: Аналитическим методом изучена заболеваемость женского населения злокачественными новообразованиями в Республике Башкортостан за 2010-2014 годы по нозологиям и возрастным группам.

Результаты и обсуждение: Анализ заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями за период с 2010 по 2014 год показал ее увеличение на 9,3%. Значительный рост заболеваемости отмечался от ЗН ободочной кишки (на 19,2%), поджелудочной железы (на 16,9%), меланомы кожи (на 10,8%), других новообразований кожи (на 11,6%), молочной железы (на 15,1%), тела матки (на 21,1%), яичника (на 9,8%), лимфатической и кроветворной тканей (18,1%). Почти на 20,0% снизилась заболеваемость

женщин ЗН желудка, небольшое снижение отмечалась при локализации ЗН в пищеводе, прямой кишке.

Рост заболеваемости ЗН женского населения произошло в возрастных группах 20-29 лет (на 8,2%), более значимо в возрастной группе 30-39 лет (на 17,4%) и в возрастной группе 60-69 лет (на 13,5%) (таблица 1).

Таблица 1

Динамика заболеваемости женщин ЗН в отдельных возрастных группах в течение 2010-2014гг., на 100 тыс. соответствующего населения

Возрастные группы	2010	2014	Темп роста/убыли
До 20 лет	12,9	11,6	89,9
20-29	29,3	31,7	108,2
30-39	80,6	94,6	117,4
40-49	237,8	241,3	101,5
50-59	448,6	438,9	97,8
60-69	740,9	840,6	113,5
70+	864,1	861,3	99,7

Для оценки значения отдельных локализаций ЗН в формировании заболеваемости женского населения были определены возрастные показатели, усредненные за 5 лет наблюдения.

Распространенность злокачественных новообразований органов пищеварения (пищевода, желудка, поджелудочной железы, ободочной и прямой кишки) нарастала во всех возрастных группах. Напротив, заболеваемость ЗН грудной железы, женских половых органов увеличивалась до возраста 70 лет, а в более старших возрастных группах снижалась. Например, заболеваемость ЗН грудной железы наибольшего уровня достигла в возрастной группе 60-69 лет (183,4 на 100 тыс. соответствующего возраста), в возрасте старше 70 лет была ниже и составила 129,3, ЗН яичника в возрастной группе 60-69 лет составила 41,1, а возрасте 70 лет и старше – 24,8.

Анализ смертности женского населения от злокачественных новообразований показал, что в динамике показатель возрос на 9,5%. Следует подчеркнуть, что смертность возросла при многих локализациях рака. Хотя в целом от ЗН органов пищеварения смертность возросла на 3,5%, но значительно (на 16,7%) возросла от рака полости рта, на

9,2% - от ЗН кишечника, на 20,0% от ЗН печени и желчных протоков. В тоже время отмечалось снижение числа умерших от ЗН пищевода (на 14,3%), желудка (на 8,7%)

Следует отметить, что отмечалась отрицательная динамика показателя смертности от ЗН органов дыхания (рост произошел на 12,7%), в том числе от рака трахеи, бронхов и легкого на 13,9%. [3]

На 40,0% возросла смертность женщин от других новообразований кожи. В Республике Башкортостан последние годы характеризовались значительным ростом смертности женщин от ЗН половых органов. В целом от этих причин в расчете на 100 тыс. женского населения в 2015г. умерло 21,6 человек, к уровню 2010г. увеличение на 8,8%. Темп роста смертности оказался высоким и от ЗН грудной железы (108,0%), шейки матки (115,0%). Обращает на себя внимание, что смертность от ЗН яичника возросла на 15,9% (с 8,2 в расчете на 100 тыс. женского населения до 9,5). Среди женщин в динамике снизилась смертность от рака мочевыводящих путей и возросла от ЗН кроветворной и лимфатической тканей (табл. 4).

Обращает на себя внимание, что возросла смертность от рака желудка (на 10,3%), на 58,3% - от рака поджелудочной железы, на 13,8% - от ЗН органов дыхания, на 9,3% - от рака шейки матки, на 7,8% - от рака яичника.

Заключение и выводы: По данным выполненного исследования было выявлено, что заболеваемость женщин злокачественными новообразованиями за период 2010-2014 гг. возросла на 9,3%. Так же результаты показали, что заболеваемость нарастает в каждой последующей возрастной группе.

Выявленные характеристики имеют практическое значение в работе врачей для своевременной диагностики и формирования групп риска, а также позволяют провести оценку качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями.

Список литературы:

1. Максимова, Т.М., Белов, В.Б. Особенности заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований в России и странах Западной Европы // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2011. - Вып. 1. - С. 15-17.
2. Федотов, А.Ю. Результаты анализа заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований // Бюллетень национального научно - исследовательского института общественного здоровья. - 2012. - Вып. 3 - С.139 - 141.
3. Газизов, М.А., Борисова, М.В. Динамика смертности населения от злокачественных новообразований в муниципальных районах Республики Башкортостан // Бюллетень национального научно - исследовательского института общественного здоровья. - 2010. - С. 47-50.

УДК 614.2; 614.1

А.И.Кинжалеева, А.Р.Багданурова, А.А.Фахрисламов, М.Ф. Хуснияров

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Э.Ф.Киреева

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: в статье представлен анализ факторов риска инсульта среди населения по данным анкетирования, проведенного на базе поликлиники ГКБ№18 г.Уфы. Выявлены возрастные и гендерные различия в частоте встречаемости факторов риска инсульта. Выявлена высокая распространенность гиподинамии, артериальной гипертензии, избыточной массы тела и ожирения. Дано распределение респондентов по степени риска инсульта, среди которых преобладали лица со средней степенью риска.

Ключевые слова: пол, возраст, факторы риска, инсульт, предынсультные состояния.

A.I. Kinzhaleeva, A.R. Bagdanurova, A.A. Fahrislamov, M.F. Khusniyarov

STUDY OF THE RISK FACTORS OF CEREBROVASCULAR DISEASES AMONG THE POPULATION BY THE DATA OF THE AMBULATORY-POLYCLINICAL INSTITUTION

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor E.F.Kireeva

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: the article presents an analysis of risk factors for stroke among the population according to the questionnaire survey conducted at the polyclinic of the City Clinical Hospital No. 18 in Ufa. Age and gender differences in the incidence of stroke risk factors are revealed. A high prevalence of hypodynamia, arterial hypertension, overweight and obesity has been identified. The distribution of respondents according to the risk of stroke, among which middle-risk individuals predominated, is given.

Keywords: gender, age, risk factors, stroke, pre-stroke states.

Актуальность: Профилактика цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) является актуальной проблемой, как для медицины, так и для общества в целом, поскольку смертность от инсульта достаточно высока, а среди оставшихся в живых более половины приобретают стойкую инвалидность [1,3,4].

Одна из проблем организации медицинской помощи больным с инсультом - недостаточно эффективная организация профилактических мероприятий в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений. В частности, в недостаточном объеме проводится первичная профилактика артериальной гипертензии (АГ), не в полном объеме осуществляется вторичная профилактика сосудистых заболеваний головного мозга. В связи с этим разработка и реализация комплексного подхода к выявлению и коррекции факторов риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний является актуальной задачей здравоохранения [2,6].

Цель исследования: изучить распространенность факторов риска цереброваскулярных заболеваний среди населения по данным амбулаторно-поликлинического учреждения.

Материалы и методы: Базой исследования была выбрана поликлиника больницы №18 г. Уфы. Материал был собран методом анкетирования населения. Объектом исследования явилось прикрепленное население, прошедшее периодический медицинский осмотр. Объем наблюдений составил 226 анкет. Критериями включения в исследование были лица в возрасте 20 лет и старше, не перенесшие инсульт. В работе была использована «Анкета самодиагностики риска инсульта» из 20 вопросов, разработанная А.М. Мухаметзяновым, в основу которой легла Европейская шкала суммарного сердечно - сосудистого риска (SCORE) [1]. Кроме факторов, которые учитывались в шкале (пол, возраст, статус курения, систолическое артериальное давление (АД), общий холестерин), в анкету дополнительно были включены такие показатели, как уровень сахара крови, индекс массы тела (ИМТ), двигательная активность, наличие болезней сердца и вопросы, нацеленные на выявление предынсультных состояний. Анкета заполнялась пациентом самостоятельно с последующей передачей ее медицинскому персоналу или медицинским персоналом поликлиники со слов пациента.

Результаты и обсуждения**:** Анализ анкет показал, что средний возраст обследованных составил 50,9±4,31 лет. Соотношение мужчин и женщин было примерно одинаковым (51% и 49%). Выявлена высокая распространенность факторов риска ЦВЗ у 67% обследованных, в

том числе у 68,3% мужчин и 66,6% женщин (p=0,507) (таблица 1). Наибольшее число ФР отмечалось в возрасте 70 лет и старше (94,0).

Таблица 1

Частота встречаемости ФР инсульта в зависимости от пола и возраста

(на 100 обследованных)

Пол	Возраст, лет						
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 лет и старше	Итого
Мужчины (n=110)	43,4	58,8	69,9	69,5	84,2	100,0	68,3
Женщины (n=116)	54,5	45,7	72,0	69,9	80,6	92,1	66,6
Оба пола (n=226)	47,5	53,5	70,9	69,7	82,4	94,0	67,0

В структуре факторов риска гиподинамия встречалась у 33,0% респондентов, избыток массы тела и ожирение – у 42,0%, АГ – 28,0%, курение – у 16,1%, избыточный прием жирной и соленой пищи – 18,3%, избыточный уровень холестерина – 15,0%, гипергликемия – 6,2%. Отягощенная наследственность по болезням системы кровообращения имелась у 23,8%, болезни сердечно - сосудистой системы – у 13,8%.

Частота ФР в возрастных группах у мужчин и женщин статистически значимых различий не имела. У мужчин частота встречаемости ФР была несколько больше, чем у женщин в возрастных группах 30-39 лет и в возрасте 60 лет и старше (p>0,05). На одного человека приходилось 1,2 ФР инсульта, в том числе 1,3 – у мужчин и 1,1 – у женщин.

Углубленный анализ показал, что избыточная масса тела и ожирение встречались у 42 из 100 обследованных. Среди мужчин таковых было 45, среди женщин – 39 из 100 (p>0,05). Частота встречаемости данного фактора возрастала с 18 из 100 обследованных в возрасте 20-29 лет, до 69 из 100 в 70 лет и старше (p=0,001). Причем, до 60 лет избыточная масса тела и ожирение чаще выявлялись у мужчин, чем у женщин.

Частота гиподинамии составила 33 из 100 обследованных, у женщин этот фактор встречался чаще, чем у мужчин (39 против 28; p=0,001). Наибольшая частота встречаемости гиподинамии отмечалась в возрасте 70 лет и старше (48 из 100).

Злоупотребляли жирной и соленой пищей 18,3 из 100 обследованных, в том числе 24 из 100 мужчин и 16 из 100 женщин (p=0,001). Чаще всего данный фактор отмечался у лиц в возрасте 40 лет и старше. Превышение данного фактора у мужчин выявлено во всех возрастных группах.

Частота артериальной гипертензии составила 28,0 из 100 обследованных, у мужчин – 28,5 из 100, у женщин – 30,0 из 100 (p=0,525). С возрастом частота АГ увеличивалась с 1,7 в 20-29 лет до 77 из 100 обследованных в 70 лет и старше. Значительное увеличение частоты встречаемости АГ у мужчин выявлено после 40 лет, а у женщин после 50 лет.

Курили 16,1 из 100 пациентов, в том числе 27,0 мужчин и 2,5 женщин (p=0,001). Наибольшее число курящих мужчин было в возрасте 30-39 лет (29,4 из 100), у женщин – в 40-49 лет (4,1).

Гиперлипидемия встречалась с частотой 15,0 из 100, в том числе у 13,7 из 100 мужчин и у 16,4 из 100 женщин (p=0,186). До 50 лет данный фактор риска отмечался чаще у мужчин, после 50 лет – у женщин, а в возрасте 70 лет и старше превышение данного ФР составило почти 3 раза.

У 14,0 из 100 обследованных встречались болезни сердечно-сосудистой системы, в том числе у 13,0 из 100 мужчин и у 15,4 из 100 женщин (p=0,174). Частота данного фактора возрастала от 4,2 в 20-29 лет до 67,0 в 70 лет и старше. Кроме того, на отягощенный по инсульту анамнез указали 23,8 из 100 пациентов.

У 6,2 из 100 обследованных лиц отмечался повышенный уровень сахара крови. Данный ФР с наибольшей частотой встречался в старших возрастных группах (33,3 из 100), причем у мужчин в 3 раза чаще (75,0), чем у женщин (23,5; p=0,001).

Нами были изучены структура и распространенность предынсультных состояний. Наиболее часто встречались слабость и онемение конечностей, снижение памяти, боли в сердце при физической нагрузке, головокружение и нарушение координации движений, систематические головные боли. У женщин признаки предынсультного состояния встречались чаще, чем у мужчин.

Таблица 2

Оценка предрасположенности к инсульту в зависимости от пола

Риск инсульта	Мужчины (n=110)		Женщины (n=116)		Оба пола (n=226)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Риск инсульта есть, в т.ч.	38	34,5	48	41,3	86	38,2
Минимальный	18	16,3	18	15,4	36	16,0
Средний	18	16,3	26	22,4**	44	19,5
Высокий	2	1,9	4	3,5*	6	2,7

Примечание. – различия между показателями у мужчин и женщин статистически значимы при * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$.

Комплексная оценка предрасположенности к инсульту показала, что в исследованной группе пациентов предрасположенность к развитию инсульта отсутствовала у 61,7%, у 57,4% женщин и у 65,7% мужчин (p=0,001). Соответственно, имели предрасположенность к инсульту 38,2% обследованных, из них минимальный уровень предрасположенности отмечался у 16,0%, средний уровень – у 19,5%, высокий – у 2,7% (таблица 2).

Средний и высокий риск инсульта встречался статистически значимо чаще у женщин, чем у мужчин (22,4% против 16,3% и 3,5% против 1,9%; p=0,001). Их доля увеличивалась с 7,5% в возрастной группе 20-29 лет до 93,0% к 70 годам и старше.

Заключение и выводы: Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний выявлены среди двух третьих обследованных. В структуре факторов риска превалировали избыток массы тела и ожирение, гиподинамия, артериальная гипертензия, избыточный прием жирной и соленой пищи, отягощенная наследственность по болезням системы кровообращения.

По результатам комплексной оценки, риск инсульта имели и соответственно нуждались в коррекции 38,2% обследованных, в том числе 34,5% мужчин и 41,3% женщин.

Средний и высокий риск инсульта встречался статистически значимо чаще у женщин, чем у мужчин.

Список литературы:

1. Мухаметзянов, А.М. Медико-социальные и организационные аспекты сосудистых заболеваний головного мозга: автореф. …дис. докт. мед.наук. – Москва, 2016. – 47с.
2. Суслина, З.А. Диагностика и лечение подтипов ишемического инсульта / З.А. Суслина // Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С. 131-164.
3. Суслина, З.А. Кардионеврология: современное состояние и перспективные направления / З.А. Суслина, А.В. Фонякин, Л.А. Гераскина // Вестник РАМН. – 2012. – № 2. – С. 4-10.
4. Risk factors and stroke subtypes: results of five consecutive years of the perugia stroke registry / G. Silvestrelli, M. Paciaroni, V. Caso [et al.] // Clin. Experim. Hypertens. – 2006. – Vol. 28. – P. 279-86.
5. SCORE risk charts: the European cardiovascular disease risk assessment model [Electronic resource) // URL: http://www.escardio.org/ communities/EACPR/toolbox/health-professionals/Pages/SCORE-Risk-Charts.aspx.
6. Stroke prediction and prevention with atorvastatin in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS) / G.A. Hitman, H. Colhoun, C. Newman [et al.] // Diabetic Medicine. – 2007. – Vol. 24, № 12. – P. 1313-21.

УДК:614

М. О. Комлева, М. Г. Лауэр

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ И ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель - к.м.н., доцент О.И. Матчина

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1, Оренбургский государственный медицинский университет, г.Оренбург

Резюме: основными проблемами оказания паллиативной помощи населению со злокачественными заболеваниями в Оренбургской области являются: недостаточное количество коек, отсутствие специалистов с квалификацией по паллиативной помощи, недостаточность финансирования, ограничения в доступности анальгетиков, недостаточность психосоциальной помощи.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, злокачественные новообразования.

M. O. Komleva, M. G. Lauer

PROBLEMS OF DEVELOPMENT OF PALLIATIVE ASSISTANCE TO ADULTS POPULATION WITH ONCOLOGICAL DISEASES IN THE ORENBURG REGION

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor O.I. Matchina

Department of Public Health and Health care № 1,Orenburg State Medical University, Orenburg

Abstract: the main problems in providing palliative care for the population with malignant diseases in the Orenburg region are: insufficient number of beds, lack of specialists, inadequate funding, restrictions on the availability of analgesics, and lack of psychosocial care.

Keywords: palliative care, malignant neoplasms, Orenburg region

Актуальность: Организация медицинской помощи больным с генерализованными формами злокачественных новообразований (ЗНО) представляет собой одну из сложных и, до сих пор, не решенных проблем.

Цель исследования: изучение аспектов оказания паллиативной медицинской помощи в Оренбургской области и выявление проблемных вопросов.

Материалы и методы: Основные показатели онкологической службы по Оренбургской области (2006-2016гг), Российской Федерации (2006-2015гг), Сведения о достижении значений показателей (индикаторов) государственной программы «Развитие здравоохранения Оренбургской области» на 2014−2020 годы за 1 квартал 2016 года

Результаты и обсуждение:

В Оренбургской области на 2016 год выявлено более 483,9 тыс. случаев ЗНО (Рис. 1). Обращает на себя внимание высокий уровень показателей онкозапущенности (16,7 %) и смертности от ЗНО (22,4 %) (Рис. 2,3).

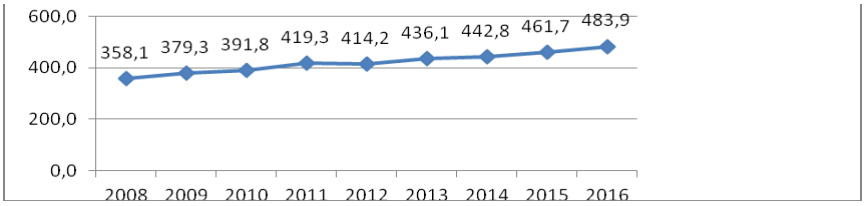


Рис.1 Показатели онкозаболеваемости на 100тыс. населения в Оренбургской области

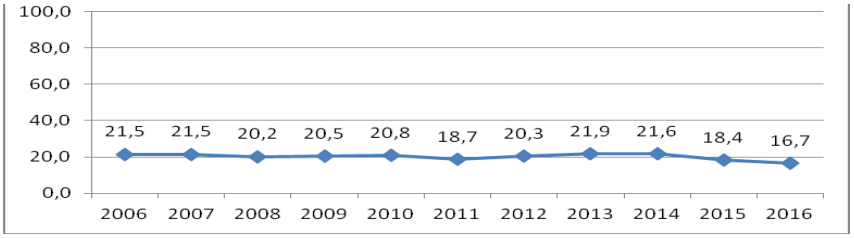


Рис.2 Показатели онкозапущенности (IV ст.) в Оренбургской области, %

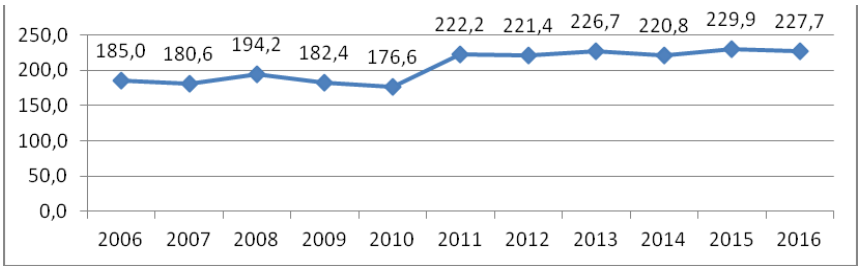


Рис.3 Показатели смертности от ЗНО на 100 тыс. населения в Оренбургской области

Для обеспечения эффективности оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) необходим широкий мультидисциплинарный подход, при этом в оказании помощи принимают участие члены семьи больного, а также используются общественные ресурсы. Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 №1403 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов", устанавливает перечень видов, форм и условий оказания медицинской помощи. В рамках Программы ПМП оказывается бесплатно (финансируется за счет средств бюджетов субъектов РФ) в амбулаторных и стационарных условиях

медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Средние нормативы объема медицинской помощи составляют для ПМП в стационарных условиях на 2017-2019 годы 0,092 койко-дня на 1 жителя. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ на 2017 год составляют на 1 койко-день в медицинских организациях, оказывающих ПМП в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов - 1856,5 рубля.

Проблемы оказания ПМП взрослому населению с ЗНО в Оренбургской области:

1. Недостаточное количество коек

Больные нуждаются в ПМП с момента установления диагноза злокачественного заболевания независимо от его локализации, но наибольший объем помощи требуется больным, у которых заболевание выявлено в запущенной стадии, в период ухудшения состояния, после применения химио- и лучевой терапии в процессе лечения и в конце жизни. Однако возможность госпитализировать такого больного в специализированное медицинское учреждение оказывается очень сложным, так как существующие организации ПМП в Оренбургской области не могут госпитализировать всех пациентов, из-за ограниченного количества койко-мест. Исходя из этого, данные организации указывают максимальное количество койко-дней -21, после чего, пациенты обязаны покинуть отделение паллиативной помощи.

Таблица 1

Стационары паллиативной помощи в Оренбургской области

	Отделение паллиативной медицинской помощи в ГБУЗ «ООКПГВВ»	Отделение паллиативной медицинской помощи в «ГКБ им. Н.И. Пирогова»
Дата открытия	16.02.2015	15.04.2014
Коечный фонд отделения	30 коек (10 - гериатрических терапевтических, 10- неврологических и 10 - онкологических паллиативных)	30 коек
Показания к госпитализации	Онкологические заболевания IV клинической группы *Критерии отбора*	

	• онкологические пациенты IV клинической группы с верификацией патологии • невозможность дальнейшего специализированного лечения • наличие выраженных жалоб и симптомов, требующих симптоматического лечения и ухода
Противопоказания к госпитализации	• Острые инфекционные и паразитарные заболевания до выздоровления и окончания сроков изоляции. • Хронические психические заболевания, требующие специфического лечения и психические расстройства с асоциальным поведением. • Агонирующие состояния.
Порядок госпитализации и сроки пребывания	Госпитализация в плановом порядке по согласованию с заведующим отделением осуществляется при наличии направления на госпитализацию, с четким указанием диагноза, повода для госпитализации, при онкозаболеваниях справки из онкодиспансера о показаниях к симптоматическому лечению и имеющихся диагностических исследованиях. Пребывание пациентов в отделении ПМП обусловлено достижением цели и не может превышать 21 день.

Таким образом, одной из наиболее важных проблем развития паллиативной помощи в Оренбургской области является недостаточное количество койко-мест (40 мест для пациентов с ЗПО по всей области).

2. Отсутствие специалистов

Эффективная работа подразделений системы ПМП онкологическим больным невозможна без достаточного количества квалифицированных специалистов в этой области. К сожалению, на данный момент в Оренбургской области нет врачей, которые прошли повышение квалификации по паллиативной медицине.

3. Проблема финансирования

Анализ опыта работы ведущих отечественных и зарубежных онкологических клиник показывает, что эффективное решение проблемы организации ПМП в России на данном этапе практически невозможно без привлечения, наряду с государственным финансированием, значительных внебюджетных средств. Основу материальной и социальной поддержки этому контингенту больных могут составлять спонсорские средства коммерческих и общественных структур, фондов и религиозно-культовых организаций.

4. Ограничения в наличии и доступности опиоидных анальгетиков (особенно пероральных) и других основных лекарственных средств, необходимых для оказания паллиативной помощи

Проведение адекватного обезболивания больным ЗНО (по данным ВОЗ около 70-85% онкологических больных страдают от боли различной интенсивности) остается нерешенной проблемой с силу ограниченности выбора сильных опиоидных анальгетиков (прежде для применения внутрь и трансдермальных форм), организационных трудностей при выписывании рецептов и недостаточного знания врачами принципов обезболивания для оказания ПМП.

5. Ограничения в доступности психологической и социальной помощи

Не менее важной проблемой является оказание таким больным психологической и социальной помощи. Отсутствие гарантий обезболивания, страх боли, превышающий страх смерти, социальная и экономическая беззащитность и беспомощность вызывает целый ряд реактивных состояний, что приводит порой к очень трагическому финалу - суициду.

Заключение и выводы: В настоящее время имеется высокая потребность в паллиативной помощи больным ЗНО, кроме того, эта потребность имеет тенденцию к росту. Учреждения специализированной онкологической помощи в Оренбургской области не имеют возможности обеспечить паллиативной помощью всех больных IV клинико-диагностической группы. Следует увеличить охват обеспечения паллиативной помощью населения. В связи с чем необходима финансовая поддержка государства и спонсоров. Требуется сформировать наиболее оптимальный маршрут для пациента, обеспечивающий доступность помощи по обезболиванию, и информировать об этом пациента. Крайне важной задачей является подготовка и обучение кадров — медицинских работников, оказывающих ПМП, специально обученного сестринского персонала для оказания патронажной помощи инкурабельным больным.

Анализ существующей ситуации в Оренбургской области, а также литературных источников свидетельствует о необходимости развития амбулаторной формы организации ПМП. Это потребует меньшее количество экономических затрат и увеличит охват оказания ПМП населению не только с ЗНО, но и другими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями.

Список литературы:

1. Введенская Е.С. Концептуальная структурно-организационная модель системы паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Здравоохранение Российской Федерации, 2014, 2: 25–30.

2. Введенская Е.С., Даютова М.В. Амбулаторно-поликлиническая помощь больным злокачественными новообразованиями в последний год жизни в системе оказания паллиативной медицинской помощи. Сибирский медицинский журнал, 2013, 2: 115–118.
3. Новикова Г.А. Паллиативная помощь онкологическим больным: Учеб. пособие под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова. М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006: 192.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Ременник Л.В. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации. Российский онкологический журнал, 2006, 1: 5–12.
5. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: Учеб. пособие. М., 2008: 357–380

УДК 616.831-005.1 – 036.2 (470.57)

Л.С.К Корнейчук, А.С.Рахимкулов

АНАЛИЗ ИНСУЛЬТОВ ПО ГЕМОРАГИЧЕСКОМУ ТИПУ В ГБУЗ РБ ЦРБ БЕЛЕБЕЕВСКОГО РАЙОНА

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.А. Борисова

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: медико-социальная значимость проблемы цереброваскулярных заболеваний определяется значительной долей сосудистой патологии мозга в структуре общей заболеваемости и смертности населения; высокими показателями временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов. В данной статье приводится анализ инсультов по геморрагическому типу среди пациентов ГБУЗ РБ ЦРБ Белебеевского района в зависимости от места жительства, пола, возраста и времени года.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, цереброваскулярные заболевания, Белебеевский район.

L.S. Korneichuk, A.S. Rakhimkulov

ANALYSIS OF HEMORRHAGIC STROKE IN BELEBEYEVSKY DISTRICT

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor N.A. Borisova

Department of Public Health and Health Organization IAPE, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: medical and social significance of the problem of cerebrovascular diseases is determined by a large proportion of vascular pathology of the brain in the structure of overall morbidity and mortality; high rates of temporary disability and disability of patients. This article provides an analysis cerebral thrombosis on ischemic type for patients among hospital of Belebeyevski department, depending on the place of residence, sex, age and time of year.

Keywords: hemorrhagic stroke, cerebrovascular diseases, Belebeyevsky district.

Актуальность: За последние годы достигнуты большие успехи в диагностике, профилактике и лечении острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), но и в XXI в. инсульт остается одной из наиболее частых причин смертности и причиняет огромный материальный и моральный ущерб обществу. Несмотря на определенное совершенствование методов диагностики, лечения и реабилитации, последствия ОНМК остаются во всех отношениях чрезвычайно тяжелыми как в личном, общественном плане, так и в отношении социального обеспечения, поэтому первостепенное внимание к мерам профилактики инсульта абсолютно необходимо [1,2,3].

Цель исследования: Изучить структуру цереброваскулярных заболеваний среди пациентов, поступивших в РАО ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ.

Материалы и методы: Проведено изучение геморрагических инсультов по данным отчетной медицинской документации за 5 лет с 2010 по 2014 годы, а также углубленный анализ документации стационара РАО ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ. Первичными документами, исследуемыми для выкопировки данных, явились медицинские карты стационарных больных (ф.003/у), журналы регистрации поступления и выписки пациентов, акты медицинской первичной документации, получены характеристики инсультов, сведения о летальности ОНМК, данные по организации лечебной помощи.

Результаты и обсуждения: Башкортостан уникален естественно - природными и климатическими условиями, а также особенностями развития промышленности, что лежит в основе разнообразия истоков и факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний [7].

В настоящее время достаточно четко представлены патогенетические варианты геморрагического инсульта, однако механизмы развития ОНМК по ишемическому типу активно обсуждаются в отечественной и зарубежной литературе, что обусловило интерес к изучаемому вопросу [6].

Был проведен анализ данных поступивших пациентов с ОНМК по геморрагическому типу в ГБУЗ РБ ЦРБ Белебеевского района по полу, возрасту, месту жительства, по месяцам года. Выявлены закономерности, различия, определены тенденции в развитии данного заболевания среди населения.

Таблица 1

Анализ поступивших пациентов с ОНМК по геморрагическому типу в РАО ЦРБ г.Белебей в зависимости от места жительства за 2010 – 2014 гг.

Место жительства	2010	2011	2012	2013	2014	всего
Город	7	7	8	11	10	43 (55%)
Село	7	4	9	7	8	35 (45%)
Всего	14	11	17	18	18	78

Анализируя поступивших пациентов с ОНМК по геморрагическому типу в ГБУЗ РБ ЦРБ Белебеевского района в зависимости от места жительства, 55% случаев составляет городское население, 45% - из сельской местности. Сравнивая данный временной промежуток, видим, что наблюдается тенденция к повышению поступлений с данным заболеванием.

Таблица 2

Анализ поступивших пациентов с ОНМК по геморрагическому типу в РАО ЦРБ г.Белебей по полу и месту жительства за 2010 – 2014 гг.

Пол	2010		2011		2012		2013		2014		Всего
	город	село	Город	село	город	село	город	село	город	село	
Мужской	3	4	4	1	4	4	5	4	4	3	36 (46%)
Женский	4	3	3	3	4	5	6	3	6	5	42 (54%)
Всего	7	7	7	4	8	9	11	7	10	8	78

Анализируя поступивших пациентов с ОНМК по геморрагическому типу в РАО ЦРБ г.Белебей по полу и месту жительства за 2010 – 2014 годы мы выявили, что по полу различий не наблюдается, что соответствует общероссийским показателям [4,5].

Таблица 3

Анализ поступивших пациентов с ОНМК по геморрагическому типу в РАО ЦРБ г. Белебей по месяцам за 2010 – 2014 гг.

Месяцы	2010		2011		2012		2013		2014		Всего
	м	Ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	
Январь	1		1	1	-		1	1	1	1	7
Февраль		2		1	1				1		5
Март	1			1		1	1	2	1	2	9
Апрель		1				2		1		1	5
Май	1	1	1	1	1	1	2	1		1	10
Июнь	1		1		2		1		1		6
Июль	1		1	1	1	1				2	7
Август		1			1	1	1		1	1	6
Сентябрь		1			1	1	1	1		1	6
Октябрь	1		1			1		1			4
Ноябрь		1			1		1	1	2	1	7
Декабрь	1			1		1	1	1		1	6
Всего	7	7	5	6	8	9	9	9	7	11	78

Анализируя пациентов, поступивших с ОНМК по геморрагическому типу в ГБУЗ РБ ЦРБ Белебеевского района по месяцам за 2010 – 2014 гг., наблюдается наибольшее поступление в мае, марте (9-10 случаев, наименьшее – в октябре (4 случая). Сравнивая исследуемый временной промежуток, видим, что наибольшее поступление было в 2013-2014 гг. (по 18 человек), в 2011 гг. – только 11 человек. По этим данным можем сказать о тенденции к повышению заболеваемости по годам. По полу среди поступивших больных наблюдается одинаковое соотношение.

В возрастной структуре отмечаются случаи геморрагического инсульта в возрасте 20-39 лет, результаты эпидемиологического анализа позволяют считать, что группу повышенного риска развития инсультов составляли лица в возрасте старше 50-79 лет. Удельный вес лиц, перенесших геморрагический инсульт, в возрастной группе 80 лет и старше в 5,1 раза превышал долю лиц в возрасте 20-39 лет. По возрасту и полу пик заболеваемости ОНМК у мужчин приходится на возраст 50-69 лет, у женщин - 60-79 лет.

Таблица 4

Характеристика летальности пациентов с ОНМК по геморрагическому типу в ГБУЗ РБ ЦРБ Белебеевского района в 2010-2014 гг.

Показатель	2010	2011	2012	2013	2014	Средний показатель
Летальность, %	57,13	54,17	41,5	38,29	40,48	46,4
Летальность в первые сутки, %	39,5	36,64	25,5	16,7	24,53	28,4

При анализе данных исследования летальности пациентов с ОНМК по геморрагическому типу в ГБУЗ РБ ЦРБ Белебеевского района за 2010-2014 годы наблюдается наибольший процент летальности в 2010 и 2011 годах (57,13% и 54,17% соответственно). Самый низкий уровень летальности отмечен в 2013 г. и составляет 38,29%. В течение исследуемого промежутка наблюдается снижение летальности.

Заключение и выводы: Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших углубленных исследований в данной области, расширения круга профилактических мероприятий, проведения санитарно-просветительской работы среди населения для получения ими большего объема знаний о факторах риска и их коррекции, развитии и последствиях мозгового инсульта, что позволит снизить заболеваемость церебральным инсультом. Внедрение в практику программы по вторичной профилактике и постинсультной реабилитации будет способствовать уменьшению частоты ОНМК и повышению качества жизни лиц, перенесших сосудистые катастрофы. Профилактика возникновения инсульта является междисциплинарной проблемой, поэтому ее успех определяется совместным взаимодействием терапевта амбулаторно-поликлинического звена, врача общей практики, невролога, нейрохирурга, ангиохирурга, рентгенолога, врача функциональной диагностики.

Список литературы:

1. Белкин А.А., Волкова Л.И., Лейдерман И.Н. Инсульт: Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (профилактика, диагностика, лечение) на догоспитальном и госпитальном этапах. – Екатеринбург: Изд-во УрГУ, 2006. – 127 с.
2. Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия – 2010. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения /Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2011. – 192 с.
3. Борисова Н.А., Рахимкулов А.С., Абдрахманова Е.Р. Анализ цереброваскулярных заболеваний в некоторых регионах республики Башкортостан. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2007.- Т. 107.- № S.- С. 199.
4. Гусев, Е.И. Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, В.В. Крылов // Неврологический вестник. – 2007. – Т.XXXIX, вып. 1. – С. 128-133.
5. Исмагилов, М.Ф. Результаты лечения больных с мозговым инсультом в условиях неврологического отделения и стационара с инсультным блоком / М.Ф. Исмагилов, Ф.А. Хабиров, Р.З. Абашев [и др.]// Неврологический вестник. – 2006. – Т. XXXVIII, вып. 1-2. – С. 20 –22.
6. Коваленко А.В., Гилева О.А Эпидемиология и факторы риска инсульта в Кемерово // Бюллетень сибирской медицины, № 5, 2008/ с. 170-175.

УДК 61 (092)

Л.С.Корнейчук, И.Р.Шаяхметов

УЧАСТИЕ ВЫПУСКНИКОВ БЕЛЕБЕЕВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.С. Рахимкулов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Из всех профессий, пожалуй, только медики не меняют характера своей деятельности, когда начинается война. Солдаты жизни в мирное время, они остаются такими же бойцами со смертью и на войне, только условия их работы становятся другими.

В первые же дни войны тысячи гражданских медицинских работников – юные медицинские сестры и убеленные сединами маститые ученые, заслуженные, опытные врачи, участвовавшие в гражданской войне, выпускники медицинских вузов – все они, повинуясь зову сердца, шли в военкоматы и требовали отправки на фронт. В ряды военных медиков влились выпускники Белебеевской медицинской школы, им посвящается данная работа.

Ключевые слова: Белебеевская медицинская школа, выпускник, эвакогоспиталь.

L.S. Korneichuk, I.R. Shayakhmetov

PARTICIPATION OF ALUMNUSES OF BELEBEY MEDICAL SCHOOLS IN GREAT PATRIOTIC WAR

Scientific supervisor - D.Sc. in Medicine, Associate professor A.S. Rakhimkulov

Department of Public Health and Health Organization IAPE, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: In the early days of the war thousands of civilian health care providers - nurses, young and gray-haired venerable scientists, honored, experienced physicians who participated in the civil war, graduates of medical schools - all of them, in obedience to the call of the heart, went to the military commissariat and demanded sent to the front. The military doctors have joined the ranks of graduates Bebeley medical school, it is dedicated to this work.

Keywords: Bebeley medical school

Актуальность: Время стремительно идет вперед, Великая Отечественная война стала историей. За эти годы выросло несколько поколений, которые не слышали орудийного грома и взрывов бомб. Но война не стерлась из людской памяти и забыть те дни нельзя, потому что история – это судьба каждого: четыре года ожидания и надежд, четыре года смертей и воскрешения. Таким образом, выбор темы настоящей работы обусловлен в первую очередь её необычайной актуальностью.

Цель исследования: Изучить деятельность Белебеевской медицинской школы и размещенных в городе госпиталей в период войны, проследить по имеющимся источникам боевой путь и работу в медицинских учреждениях выпускников мед.школы, уделить особое внимание уточнению информации о погибших выпускниках.

Материалы и методы: Краеведческие издания, опубликованные во второй половине XX века, архивные данные Центрального архива Министерства обороны, отдела Военного комиссариата РБ по г. Белебей, Белебеевскому и Ермекеевскому районам, материалы, собранные в музеях г. Белебея и Белебеевского медицинского колледжа. Используются также воспоминания участников, ветеранов Великой Отечественной войны, проживающих в г. Белебее Челышевой (Киневой) Л.С., в п. Приютово Иванайской (Евграфовой) В.В., письма выпускников. сборник документальной серии по истории советского здравоохранения «Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941 – 1945», Книга Памяти Республики Башкортостан.

Результаты и обсуждения: Работа с архивными документами, различной литературой, с материалами, помещенными в сети Интернет, выявили 1500 медиков, ушедших на фронт из нашей республики. Стало известно, что из них 500 человек составляли мужчины, 805 – женщины, в их составе 490 врачей, и 817 средних медработников, из которых 533 подготовлены средними учебными заведениями республики [4].

За десятилетия прошедшие после войны пожелтели листы архивных материалов, зачастую документы заполнялись простым карандашом, без инициалов, только фамилии, не очень разборчивым почерком. Отправленные в другие районы, регионы выпускники, и призванные оттуда, закрытые архивные данные Министерства обороны, НКВД, далеко расположенные архивы МО в г. Подольске и Архив военно-медицинских документов Военно-медицинского

музея МО РФ, г. Санкт-Петербург, всё это затрудняет поиск людей. Но кропотливая работа с имеющимися документами (книги приказов по Белебеевской мед.школе, материалами собранными в музее колледжа предыдущими поколениями), статьями в газете «Белебеевские известия», научной литературой, информацией помещенной в сети Интернет помогли выявить раннее забытые имена наших выпускников.

За три предвоенных выпуска Белебеевской мед.школы с 1938 по 1940 года было выпущено 155 медсестер различного профиля. [1] По окончании учебы их направляли не только в районы республики, но и за её пределы, где они и работали. В частности выпускник Тонгонов Н.И. работал в Хабаровском крае, откуда и был призван в ряды РККА в 1941 году[7].

В годы войны было подготовлено 260 человек. Школа жила обычной жизнью того времени. Ученики ходили на занятия, проходили практику в больнице, участвовали в художественной самодеятельности, по мобилизации выезжали в сельскую местность для уборки урожая, направлялись в Бельское пароходство, собирали теплые вещи для отправки на фронт. Неоднократно проводились митинги, посвященные победам Красной армии на фронтах войны, знаменательным датам (7 ноября; 5 декабря) и награждению белебеевцев высокими правительственными наградами [2].

Медицинское обслуживание населения города и района в период Великой Отечественной войны было затруднено, в связи с призывом на фронт почти всех медицинских работников. И все же оказание медицинской помощи было организовано на высшем уровне. Надо заметить, что помощь оказывалась не только раненым, но и населению в целом. Шла упорная борьба с эпидемиями, которые в кратчайшие сроки были устранены. За годы войны профессионализм медицинских работников заметно возрос [3].

С первых же дней войны Башкирская АССР стала одним из опорных регионов страны, где была развернута обширная сеть госпиталей. Уже в июле 1941 года военно-санитарные поезда доставили в Уфу первую партию раненых воинов. Под них отводились хорошо оборудованные здания больниц, институтов, школ, домов культуры, лечебные и хозяйственные базы крупных клиник и санаториев[8, 12].

Было принято решение разместить госпитали и в городах республики, близких к железной дороге. В Белебее один из госпиталей развернулся в санатории имени С.Т. Аксакова – № 4019. он был рассчитан на 300 коек и предназначался для лечения легкораненых воинов.

Госпиталем руководили Затыко, Б.Б. Шабелянский, Г.П. Асмолов, Г.А. Бернштейн, А. Кацубо, В.А. Врубель, Пикалов. Госпиталь работал с июля 1941 года по декабрь 1945 года. С мая 1944 года он был перепрофилирован для лечения солдат и офицеров, больных туберкулезом органов дыхания [1,9].

Трудно назвать поименно всех средних медработников данного госпиталя, поэтому так ценны скудные строки документов и воспоминания участников тех событий.

22 июня 1941 года вышел Указ президиума Верховного Совета СССР о всеобщей мобилизации граждан. Сотни тысяч женщин устремились в армию, не желая отставать от мужчин, чувствуя, что способны наравне с ними вынести тяготы воинской службы, а главное – утверждая за собой право на защиту Отечества. Так в жизнь молодых людей ворвалось военное лихолетье и на долгие годы они были оторваны от родной земли.

В конце июня, в начале июля 1941 года были призваны первые выпускники Белебеевской медицинской школы. До сих пор о них известно, к великому сожалению, немногое. Они не совершили выдающихся подвигов. Они остались рядовыми участниками войны, патриотами, положившими жизни на алтарь Победы. Часть их награждена боевыми орденами и медалями, многие – не успели получить наград [10].

В городе Белебее формировался полевой подвижной госпиталь № 479 и часть выпускников были направлены в этот госпиталь. В составе этого ППГ оказывала помощь раненным бойцам Р.Ф. Коровкина (Ласкина) [6].

В эвакогоспиталь № 1819 находящийся в г. Рубежном Ворошиловградской (Луганской) области Украины была направлена Р.В. Андреева [9]. Из воспоминаний выпускницы 1938 года Раисы Владимировны Андреевой: «Так как бои шли непрерывно, наш госпиталь работал, иногда и под артобстрелом, четким военным конвейером. Не хватало врачей, хирургических инструментов так, приходилось использовать белье, простыни. Работали по три смены, никакого плана не было. Взаимная помощь, поддержка друг друга, давали не только веру в себя, но и в победу».

Война не обошла стороной наших женщин. Сколько их участвовало в боевых сражениях, трудилось в санбатах, госпиталях? Великое множество. Одни сражались на передовой, выносили раненых с поля боя, оперировали под бомбежками, сопровождали в санитарных поездах под обстрелами. Другие же, призванные в ряды Красной Армии, работали в

госпиталях, выхаживали солдат, делили с ними боль и страдания, радовались, когда они шли на поправку.

Заключение и выводы: В своей статье мы приводим те данные, которые известны о погибших и выживших в той войне. Хочется, надеется, что в сбор дополнительных сведений о них активно включаться новые поколения учащихся Белебеевского медколледжа, школьники, мечтающие стать медицинскими работниками. Поиск не должен прерываться, ведь только в таких конкретных делах, возможно, прикоснуться в подвигу фронтовиков, постигнуть суть патриотизма.

Мы даже не имеем списка всех тех лиц, которые были призваны в ряды Красной Армии или мобилизованы для работы в госпиталях. У нас весьма разноречивые сведения об их работе или службе. Ведь кроме призыва довоенных выпусков, мед.школа продолжала обучение и воспитание, в том числе патриотическую работу. И так продолжалось на протяжении всех лет войны. Эти факты стоят того, чтобы ими внимательно занимались [5].

Поэтому-то чрезвычайно важно сейчас углубленное изучение опыта минувшей войны, оплаченного безмерно дорогой ценой. Он остается неисчерпаемым источником для патриотического воспитания молодежи.

Патриотическое воспитание – составная часть многогранной деятельности по формированию человека. Оно направлено на выработку у молодых людей высоких моральных и психологических качеств, необходимых для выполнения почетной обязанности и священного патриотического долга по защите Родины. Неоценимую роль в этом играет использование исторического опыта и уроков Великой Отечественной войны [11].

Список литературы:

1. Белебей: от века XVIII – к веку XXI. / Аминев Т.И., Ахметзянов Д.С., Федин П.А. и др. – Уфа: Китап, 2006. – 432 с.

2. Во имя Победы. Из истории Башкирской АССР периода Великой Отечественной войны. – Уфа: Башкирское книжное издательство, 1986. – 160 с.

3. Гарифуллина З.Р. «А женщинам не место на войне…» // Белебеевские известия. 2009. 10 октября

4. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941-1945. Сборник документов и материалов. М.: Медицина, 1977. – 575 с.

5. Кулагина А.А. Медики Башкирии в боях за Родину. – Уфа: Полиграфкомбинат, 1995 – 80с.

6. Мерзликина Р.А. Госпитальная медсестра. // Белебеевские известия. 2000. 5 – 9 мая

7. Память. Списки погибших в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг. Книга 6. – Уфа: Китап, 1995. – 560 с.

8. Рахимкулов А.С., Нагаев Р.Я. Деятельность эвакогоспиталей в Башкирской АССР в годы Великой Отечественной войны // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № S3 С. 159-161

9. Федин П.А. Белебеевцы в годы войны. – Белебей, 1995. – 54 с.

10. Хаджигалеева Н.Н. Сестра милосердия. // Белебеевские известия. 2005. 15 апреля

11. Обобщенный банк данных Мемориал. // http://www.obd-memorial.ru/ (дата обращения: 12.12.2016)

12.Справочник дислокации госпиталей РККА в 1941-1945 годах. // http://soldat.ru/hospital.html. (дата обращения: 26.11.2016)

УДК 618.39:314(470.57)

Л.З. Султангалиева, Э.Р.Абдуллина, А.Р.Азаматова

АНАЛИЗ РЕЙТИНГА АБОРТОВ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.Ш. Азаматов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

Резюме: в статье проанализированы показатели абортов в 54 районах Республики Башкортостан в 2015 г. Приведены следующие показатели: сведения об абортах на 1000 женщин фертильного возраста и на 100 родившихся детей живыми и мертвыми. Вычисления проводились в программе Excel 2010. Использовали формулу для расчета коэффициента соответствия Кс=Рф/Рп, где Рф – фактический показатель, Рп – среднереспубликанский показатель, Кс – коэффициент соответствия. Представлена методика подсчета интегрального показателя коэффициентов соответствия. Приведены рейтинги наилучших и наихудших районов по интегральному показателю. Проведено сравнение официальных данных с полученными интегральными показателями.

Ключевые слова: рейтинг, фертильный возраст, аборт.

L.Z. Sultangalieva, A. R. Abdullina, A. R. Azamatova

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF ABORTION IN THE MUNICIPAL DISTRICT OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor R.Sh. Azamatov

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: the article analyzes the performance of abortions in 54 districts of the Republic of Bashkortostan in 2015. The following indicators are: information about abortions RB in 2015. per 1,000 women of childbearing age and per 100 live births and stillbirths.

The calculations were made in Excel 2010. Formula used to calculate the correlation coefficient: KS=RF/RP, where RF is the actual rate, RP is the target, the COP – the coefficient of conformity of the standard. The method of calculation of the integral index of the coefficients of conformity is described. The ratings of the best and worst areas in the overall indicator are given. Official data and obtained integral indices were compared. Aggregated data allow you to judge the actual situation of medical institutions more objectively in comparison with individual performance. The

ratings of municipalities in the Republic of Bashkortostan should be performed on a regular basis and published after the date of the annual report.

Keywords: rating, fertile age, abortion.

Актуальность: Тема абортов в нашей стране стоит особенно остро, так как плотность народонаселения требует значительного увеличения, хотя бы из-за того, что за границами нашей страны очень большая плотность азиатских стран. Оттуда к нам “проникают” иностранцы и “растворяются” среди нашего населения. В результате этого появляется угроза утраты национально-государственной идентичности. Поэтому, для нашей страны очень важно увеличить рождаемость и снизить количество абортов.

Цель исследования: сравнить оффициальные данные по производству абортов в медицинских организациях Республики Башкоротостан за 2015г. с нашими данными, полученными по специальной формуле.

Материалы и методы: данные взяты из материалов МИАЦ Минздрава РБ “Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2015 году”. За стандарт принято среднее республиканское значение выбранных показателей. Были анализированы показатели по производству абортов в медицинских организациях в 54 районах нашей Республики. Вычисления проводились в программе Exel 2010. Использовали формулу для расчета коэффициента соответствия Кс=Рф/Рп, где Рф – фактический (относительный) показатель, Рп – среднереспубликанский показатель, Кс – коэффициент соответствия. Формула была предложена Кораблевым В.Н. в 2009г. Для удобства сравнения коэффициент соответствия увеличили в 100 раз, в связи с тем, что получались маленькие значения. Например, рассчитаем коэффициент соответствия сведений об абортах в Балтачевском районе по относительным показателям, вычисленным на 1000 женщин фертильного возраста: Рф равен 4,8; Рп равен среднереспубликанскому значению 17,6. Отсюда, Кс=4,8/17,6х100=27,27. Следовательно, коэффициент соответствия по относительным показателям в Балтачевском районе равен 27,27.

По коэффициенту соответствия определили рейтинг медицинских округов Республики Башкортостан за 2015г. по следующим показателям: сведения об абортах РБ в 2015г. на 1000 женщин фертильного возраста и на 100 родившихся детей живыми и мертвыми.

Результаты и обсуждения: данные из материалов МИАЦ сравнили с полученными данными по коэффициенту соответствия и получили следующие результаты:

I. По относительным показателям, вычисленным на 1000 женщин фертильного возраста:

1) В Белорецком медицинском округе наилучший результат отмечен в Абзелиловском - 9,1 (Кс=51,70) районе, наихудший – в Бурзянском районе- 26,2 (Кс=148,86);

2) В Бирском медицинском округе лучшие результаты в Балтачевском районе -4,8 (Кс=27,27), в Бирском районе -5,4 (Кс=30,68). Наихудшие результаты в Бураевском -17,3 (Кс=98,30) и в Караидельском -17,8 (Кс=101,14) районах;

3) В Кумертауском медицинском округе наименьшее количество абортов было в Зианчуринском районе-6,7 (Кс=38,07), наибольшее – в Мелеузовском районе-23,2 (Кс=131,82);

4) В Октябрьском медицинском округе наилучшие результаты в Ермекеевском-7,6 (Кс=43,18) и в Шаранском- 8,3 (Кс = 47,16) районах. Наихудшие результаты в Туймазинском-19,2 (Кс=109,09) и в Бакалинском-19,4 (Кс=110,23) районах;

5) В Сибайском медицинском округе наилучший результат был в Зилаирском районе- 13,8 (Кс=78,41), наихудший – в Баймакском районе- 17,2 (Кс=97,73);

6) В Стерлитамакском медицинском округе наименьшее количество абортов было в Альшеевском -14,1 (Кс=80,11) и в Стерлибашевском - 15,1 (Кс=85,80) районах, наибольшее – в г. Стерлитамак- 18,9 (Кс=107,39) и в г. Салават -20,8 (Кс=118,18);

7) В Уфимском медицинском округе наилучшие результаты в Нуримановском-1,9 (Кс=10,80) и в Чишминском- 3,2 (Кс=18,18) районах. Наихудшие результаты в Благовещенском- 23,8 (Кс=135,23) и в Архангельском- 28,6 (Кс=162,50) районах;

8) По Дуванскому медицинскому округу наилучший результат в Салаватском районе- 5,6 (Кс=31,82), наихудший – в Кигинском районе -24,5 (Кс=139,20).

I I. По относительным показателям, вычисленным на 100 родившихся живыми и мертвыми детей:

1) В Белорецком медицинском округе наилучший результат отмечен по Учалинскому -19,3 (Кс=139,20) району, наихудший – по Бурзянскому району- 67,4 (Кс=226,94);

2) В Бирском медицинском округе наилучшие показатели в Бирском - 8,2 (Кс=27,61) и Янаульском-11,9 (Кс=40,07) районах, наихудшие – в Караидельском - 53,5 (Кс=180,13) и Бураевском -64,5 (Кс=217,17) районах;

3) В Кумертауском медицинском округе наилучший показатель в Зианчуринском районе - 14,1 (Кс=47,47), наихудший – в Федоровском районе- 56,7 (Кс=190,91);

4) В Октябрьском медицинском округе наилучшие показатели в Ермекеевском- 0,0 (Кс=0,00) и в Шаранском 15,6 (Кс=52,53) районах, наихудшие – в Бакалинском-41,3 (Кс=139,06) и в Бижбулякском -48,8 (Кс=164,31) районах;

5) В Сибайском медицинском округе наилучший результат в г.Сибай- 19,1 (Кс=64,31), наихудший – в Зилаирском районе - 37,9 (Кс=127,61);

6) В Стерлитамакском медицинском округе наименьшее количество абортов было в г.Стерлитамак - 26,6 (Кс=89,56) и в Альшеевском районе- 34,4 (Кс=115,82), наибольшее – в г.Салават - 40,5 (Кс=136,6) и в Стерлибашевском районе - 41,0 (Кс=138,05);

7) В Уфимском медицинском округе наилучшие результаты в Нуримановском - 5,8 (Кс=19,53) и в Чишминском - 9,8 (Кс=33,00) районах. Наихудшие результаты в Архангельском - 57,7 (Кс=194,28) и в Благоварском -58,2 (Кс=195,96) районах;

8) По Дуванскому медицинскому округу наилучший результат в Кигинском районе -0 (Кс=0,00), наихудший – в Белокатайском районе -50,3 (Кс=169,36).

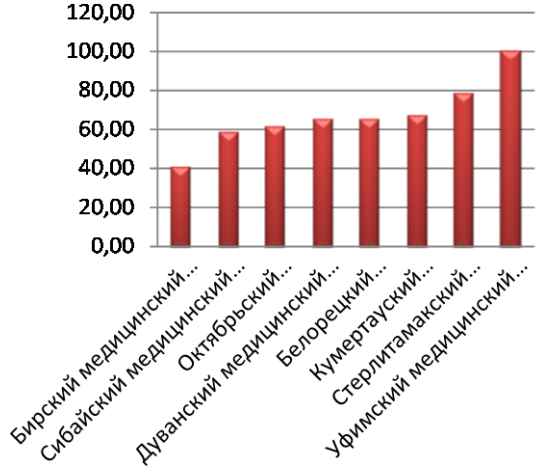
Всего в Республике Башкортостан за 2015г. было сделано **17279** абортов. Количество абортов на 1000 женщин фертильного возраста – **17,6**; на 100 родившихся живыми и мертвыми детей – **29,7**. Наименьшее количество абортов по абсолютному показателю было в Дуванском медицинском округе (423). Самое низкое количество абортов по относительному показателю в Бирском медицинском округе (10,0), на 100 родившихся живыми и мертвыми детей – 17,2. Наибольшее количество абортов по абсолютным и относительным показателям было в Стерлитамакском и Уфимском медицинских округах: общее число абортов (3186 и 8278 соответственно), на 1000 женщин фертильного возраста (18,7 и 20,0 соответственно) и на 100 родившихся живыми и мертвыми детей (32,6 и 41,3 соответственно).

Все сведения по округам и районам объединили в ЕДИНЫЙ ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ (ЕИП) и получили следующие данные:

По районам: наименьшее число абортов по рейтингу наблюдались в Нуримановском (10,12), Ермекеевском (14,44) и Чишминском (17,13) районах; наибольшее – в Благовещенском (109,37), Архангельском (119,12) и Бурзянском (125,44) районах.

По округам: наилучшие показатели по частоте абортов наблюдалось в Бирском медицинском округе (40,42), наихудшие – в Стерлитамакском (78,15) и Уфимском (100,20)





медицинских округах.

Рис.1 Сравнительная диаграмма относительных показателей абортов на 1000 женщин фертильного возраста и на 100 родившихся живыми и мёртвыми детей по медицинским округам Республики Башкортостан в 2015г.

Рис.2 Сравнительная диаграмма рейтинга (коэффициентов соответствия) показателей абортов по медицинским округам Республики Башкортостан в 2015г.

Заключение и выводы:

1) При анализе частоты абортов по относительным показателям и по рейтингу в муниципальных районах Республики Башкортостан нами не было выявлено существенных отличий официальных данных с полученными интегральными показателями.

2) Так как вычисления интегральных показателей проще и яснее, мы считаем, что Минздрав Республики может пользоваться этим методом для определения лучших управленцев – организаторов здравоохранения для поощрения и рекомендации опыта работы их для распространения.

3) Отмечается, что работа по предупреждению абортов в Благовещенском, Бурзянском и Архангельском районах поставлено хуже, чем в среднем по Башкортостану.

Список литературы:

1. Авдеева М.В., Ващенков В.В., Лучкевич В.С., Баркаева В.А. Рейтингование медицинских организаций как способ повышения эффективности здравоохранения: история вопроса и перспективы использования [статья в журнале – научная статья]. Социальные аспекты здоровья населения.- 2015.- Т.44.-№4.-С.2.
2. Азаматов Р.Ш., Шамаева З.Х., Негара А.Ю. Сравнительный анализ показателей медицинского обслуживания беременных, рожениц и родильниц в муниципальных районах Республики Башкортостан. Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2016г. – №4.- с.836 -840.
3. Голубев Д.Н., Краснобородова С.Ю. Экспертиза качества медицинской помощи в противотуберкулезных учреждениях с использованием автоматизированной системы. «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом» Всероссийская научно – практическая конференция с международным участием 21-23 октября 2010 г. Санкт – Петербург, 2010. – с.33-34.
4. Кораблев В.Н. Использование инновационных технологий управления для повышения эффективности здравоохранения региона. – Хабаровск: Изд-во ГОУ ВПО ДВГМУ, 2009. – 199с.
5. Тарасенко Е.А. Рейтинги учреждений здравоохранения как инструмент независимой оценки качества медицинских услуг. Журнал «Здравоохранение»- №1- 2014г.

УДК – 614.2

Ф.М. Марифханова, Н.В.Ворошилова, А.К. Темиров

УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ

Научный руководитель - к.б.н., доцент А.А. Бурабаев

Кафедра биологии, биохимии и микробиологии ,Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

Резюме: целью исследования была оценка результатов реализации Государственной программы развития здравоохранения РК и рассмотрение новых установленных задач для развития национального здравоохранения. В работе приведены результаты реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Ключевые слова: послание, здравоохранение, демография, стратегия, индекс.

M.F. Marifkhanova, N.V. Voroshilova, K.A. Temirov

STRENGTHENING POTENTIAL OF PUBLIC HEALTH IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN IN THE PROGRESS OF REALIZATION OF STATE PROGRAMS

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor A.A. Burabaev

Departament of Biology, Biochemistry and Microbiology, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

Abstract: the aim of the study was to evaluate the results of the implementation of the State Program for the Development of Health Care of the Republic of Kazakhstan and to review the new set tasks for the development of national health. The results of the implementation of the State Program "Salamatty Kazakhstan" for 2011-2015 are presented in the work.

Keywords: message, health, demography, strategy, index.

Актуальность: Согласно Посланию Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» для дальнейшего развития страны и вхождения в число 30 наиболее развитых стран мира к 2050 году следует улучшить качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения[1]. На основе проведенного анализа

современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан были определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы[2].

Цель исследования: Оценить результаты реализации Государственной программы и рассмотрение новых установленных задач, способствующие устойчивому и динамичному развитию национального здравоохранения.

Материалы и методы: Материалом для исследования стали данные паспорта Программ (задачи, целевые индикаторы и результаты), отчет Глобального индекса конкурентоспособности (далее – ГИК). Были использованы такие методы как: статистический анализ, социальное исследование и сравнение.

Результаты и обсуждение: За период реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы было улучшено здоровье граждан, что обеспечивает устойчивое социально-демографическое развитие страны по следующим индикаторам (табл.1). Согласно отчету Глобального индекса конкурентоспособности (далее – ГИК) за 2014-2015 годы по индикатору «Здоровье и начальное образование» Казахстан занял 93 место из 140 стран (отчет 2014-2015 гг.) (табл.2). По Индексу человеческого развития в 2014 году республика вошла в группу стран с высоким уровнем развития, заняв 70 место из 187 стран[2]. Снижение показателей материнской, младенческой и детской смертности по подтверждению Межведомственной группы агентств ООН позволило Казахстану достичь 4-ой и 5-ой (детская и материнская смертность) Целей Развития Тысячелетия.[2]

Таблица 1

Целевые индикаторы

Индикаторы	Ед.изм.	2014	2015
Снижение уровня заболеваемости туберкулезом	На 100000 чел.	4,9	4,7
Снижение смертности от	На 100000 чел.		

злокачественных новообразований		91,36	91,0
Материнская смертность	На 100000	11,7	11,5
Детская смертность	На 1000 родившихся живыми	9,72	9,70
Продолжительность жизни	Кол-во лет	71,62	71,7

Таблица 2

Рейтинг ГИК Казахстана по экономическому развитию.

	2014	**2015**	**изменения**
Общий рейтинг Казахстана	50	42	+8
1 группа: Основные требования	51	46	+5
Институты	57	50	+7
Инфраструктура	62	58	+4
Здоровье и начальное образование	96	93	+3

Заключения и выводы: В ходе реализации государственной программы «Саламатты Қазақстан» был укреплен потенциал системы здравоохранения Казахстана и были достигнуты определенные результаты:

1. Улучшена демографическая ситуация, повысился уровень рождаемости;
2. Стабилизирован показатель смертности;
3. Наблюдается снижение некоторых показателей распространенности и смертности населения от социально значимых заболеваний.

Список литературы:

1. Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: Опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 годы. *Астана, 2006. 243 с.*
2. Миняев В.А., Вишняков Н.И.,(2013 г.). Общественное здоровье и здравоохранение. *г.Москва, 528 стр.*
3. Паспорт Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. *Астана, Акорда, 29 ноября 2010 года.(№1113)*.
4. Послание Президента народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства».

УДК 364.4.046.6

П.В. Меньков

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

В ОТДЕЛЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель – д. ист. н., профессор И.В. Сухарева

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин

с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университете, г.Уфа

Резюме: в данной статье рассматриваются различные аспекты социальной работы с больными с онкологическими заболеваниями в отделении паллиативной помощи.

Ключевые слова: социальная работа, паллиативная помощь, больные с онкологическими заболеваниями.

P. V. Menkov

SOCIAL WORK

IN OFFICE OF PALLIATIVE CARE

Scientific Advisor – Ph. D. in History, Full professor I. V. Sukhareva

Department of philosophy and social and humanitarian disciplines

with a course of social work, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: in this article various aspects of social work with patients with oncological diseases in office of palliative care are considered.

Keywords: social work, palliative care, patients with oncological diseases.

Актуальность: На современном этапе развития здравоохранения происходит активная интеграция в структуру медицины относительно нового для России такого вида

профессиональной деятельности как социальная работа. Социальные работники способны решить множество проблем, накопившихся как в обществе, так и в здравоохранении. Социальная работа развивает одно из основных направлений деятельности - медико-социальную работу – это новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) настоятельно рекомендует внедрение медико-социальной работы, рассматривая это направление как интеграцию медицинской и социальной деятельности.

Цель исследования: Выяснить, насколько является разработанной проблема оказания социальной помощи пациентам и их родственникам в медицине и, в частности, в паллиативной помощи.

Материалы и методы: В основу статьи положены фактические данные по социальной работе, полученные на производственной практике в отделении паллиативной помощи (ОПП) Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республиканского клинического онкологического диспансера Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (РКОД) под непосредственным руководством заведующей отделением паллиативной помощи, к.м.н., доцентом кафедры онкологии с курсами ИПО Кудряшовой Любови Николаевны.

Результаты и обсуждение: Паллиативная медицина – это область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний преимущественно в терминальной стадии развития, в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. Паллиативная помощь не допускает эвтаназию и самоубийство при посредничестве врача. Для решения всех проблем пациента, как физических, так и психологических, используется целостный междисциплинарный подход, при котором врачи, медсестры и другие медицинские и немедицинские специалисты координируют все аспекты помощи пациенту. Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни инкурабельного пациента – медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных[1]. С целью оказания специализированной помощи этой категории больных в 1992 г. приказом МЗ РБ № 290 – Д от 29.06.1992 г., в составе РКОД был открыт кабинет для лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных. В дальнейшем,

с целью развития помощи инкурабельным онкологическим больным, приказом МЗ РБ № 88 – Д от 02.03.1994 г., создано отделение паллиативной помощи (ОПП) на 10 коек путем перепрофилирования колопроктологического отделения РКОД. С августа 2007 г. начала работу выездная служба при РКОД (2 бригады: врачебно - сестринская и сестринская). С февраля 2012 г. ОПП стало самостоятельным отделением, количество коек было увеличено до 15, с января 2013 г. – до 22, а с января 2015 г. до 30 мест [2].

ОПП включает следующие подразделения: I. Стационарная служба – отделение паллиативной помощи на 30 коек; II. Амбулаторная служба – кабинет противоболевой терапии с процедурным и манипуляционным кабинетами; III. Выездная служба – 2 бригады (врачебно-сестринская и сестринская). Основные показатели работы отделения паллиативной помощи представлены в таблице [2]. Для лечения больных генерализованными формами рака в стационарныхусловиях использовались и специальные методы лечения: химиотерапия – 38,3% (308 больных); лучевая терапия – 6,2% (50 больных); химио-лучевое – 1,1% (9 больных); симптоматическая терапия – 100% (805 больных). Кроме того, важной составляющей работы с такими больными является социальная работа с целью оказания социальной помощи - системы социальных мер в виде содействия, поддержки и услуг, оказываемых отдельным лицам или группам населения социальной службой для преодоления или смягчения жизненных трудностей, поддержания их социального статуса и полноценной жизнедеятельности, адаптации в обществе [3]. Ухудшение состояния онкологических больных и особенно в терминальной стадии болезни связано с наличием психо-эмоционального стресса. Он может быть вызван различными причинами, такими как: развитие болезни, структурой личности больного, возникшими патологическими симптомами, проблемами разного рода (социальные, культурные, духовные), спецификой лечения и взаимоотношения с медицинскими работниками.

Таблица 1

Основные показатели работы ОПП за 2014-2016 годы

№	Показатели	Годы		
		2014	2015	2016
1	Всего пролечено больных	544	695	805

2	Выписано больных	533	683	791
3	Умерло больных	11	12	14
4	Летальность	2,0	3,0	1,7
5	Проведено койко-дней	8027	10300	10497
6	Среднее пребывание больного на койке	14	14	13

Социальный работник проводит диагностику и выявляет наличие такого рода проблем, отягощающих состояние больного. Определяет концепцию и разрабатывает стратегию и программу их решения, выбирает специалистов, которые будут задействованы в работе в рамках осуществления индивидуальной программы. С больными проводятся беседы, опросы, тестирование, анкетирование, формируется доверительное, чуткое, участливое отношение к их проблемам. На этом этапе работа подобного рода проводится и с родственниками пациентов, что позволяет в полном объеме установить круг вопросов профессиональной деятельности специалистов.

В целях системного подхода к препятствиям, на пути к достижению благополучного состояния больного, необходимо вести социальную карту пациента, карту оценки способности пациента к самообслуживанию, описание физического и психического состояния пациента, а также тестирование на определение нарушения когнитивных функций.

На терапевтической стадии социальной деятельности в условиях отделения паллиативной помощи проводятся различные мероприятия. Широко используются элементы арт-терапии. Больным созданы условия для рисования, вышивания, чтения художественной, публицистической и духовной литературы. В рамках благотворительного проекта «Жизнь продолжается» в конференц-зале диспансера и непосредственно в отделении регулярно организуются выступления различных творческих коллективов, индивидуальных исполнителей, выставляются экспозиции творчества художников и фотохудожников.

Профилактика и просвещение являются неотъемлемой частью профессиональной деятельности социального работника. Совместными усилиями специалистов отделения разрабатывается цикл ознакомительно-интерактивных лекций для пациентов и их родственников. Это позволяет информировать клиентов о заболевании, его типах и

факторах, приводящих к его развитию и возможности предоставления юридической и социальной помощи. Тематика лекций включает в себя следующие блоки: что необходимо знать об онкологических заболеваниях; возвращение домой; юридические основы социальной помощи клиентам, страдающим онкологическими заболеваниями.

Разрабатываются также брошюры и памятки на темы: уход за тяжелобольными в домашних условиях; МСЭ и все что с ней связано; льготы, пособия, компенсации для инвалидов и онкобольных; информация о социальных учреждениях города и республики; способы и виды психологической помощи онкобольным и их родственникам; информация об общественных объединениях онкобольных и инвалидов.

Налаживается взаимодействие с различными социальными учреждениями и службами с целью обмена опытом и технологиями работы с онкобольными и с целью информирования специалистов о существовании на территории их обслуживания людей, нуждающихся в социальной помощи разного вида, из числа, состоящих на диспансерном учете клиники. Тем самым, обеспечивается преемственность социальных служб и реализуется социальная защита граждан.

Выездные бригады паллиативной помощи на дому, состоящие из врача, медсестры и социального работника, проводят диагностику проблем в семье пациента. Возможно проведение сеансов медиации (в роли медиатора выступает врач) с целью разряжения психологического напряжения в семье и создания благоприятного эмоционально-психологического климата по месту пребывания тяжелобольного человека; определение контактной группы из числа родственников, с кем будут взаимодействовать специалисты по вопросам решения возникающих проблем в процессе жизни онкобольного; информирование участкового терапевта и районного социального центра о существующих проблемах на территории их профессиональной деятельности.

Духовная забота о пациентах - это еще одна не менее важная составляющая в паллиативной помощи онкологическим больным. В ОПП духовную поддержку, так необходимую онкологическим больным в этот жизненный период несут священнослужители и сестры милосердия, прошедшие обязательные курсы по подготовке ухода за больными. Духовная помощь заключается в проведении катехизаторских бесед с пациентами, исполнение церковных таинств, совместных молитв.

Заключение и выводы: В Республике Башкортостан существует отлаженная система

оказание паллиативной помощи онкобольным как на базе стационара, так и на базе поликлиники и в виде выездной службы оказания помощи на дому. Все же, остается недостаточно разработанной проблема оказания социальной помощи пациентам и их родственникам, подготовка квалифицированных медицинских и немедицинских кадров для работы в сфере медицины и, в частности, в паллиативной помощи. Кроме онкологических больных в паллиативной помощи нуждаются пациенты неврологического, терапевтического и других профилей. Необходимо развивать паллиативную медицину, а также внедрять в систему здравоохранения, в рамках медико-социальной работы, психологов, педагогов, социальных работников и других немедицинских специалистов. Это обеспечит возможность увеличить охват вопросов, которые необходимо решать в сфере здравоохранения в целях улучшения качества медицинского обслуживания населения и осуществления социальной защиты граждан.

Учитывая опыт западных стран в этой области и отечественный опыт, необходимо осуществлять комплексный подход к решению человеческих проблем. Междисциплинарное взаимодействие в рамках только одного отделения стационара РКОД позволило значительно повысить уровень качества жизни пациентов, хотя это взаимодействие находится только на стадии разработки. Все это осуществляется благодаря поддержке главного врача диспансера и личной инициативе, самоотверженной работе заведующей отделением паллиативной помощи.

Список литературы:

1. Новиков Г.А. Паллиативная помощь онкологическим больным/ В.И. Чисов. - М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006. -192 с.

2. Отчет отделения паллиативной медицинской помощи ГБУЗ РКОД МЗ РБ за 2016 год. - 15с.

3. Холостова Е.И. Глоссарий социальной работы. - 4-е изд.-М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К?», 2009.- 220 с.

УДК 614.255.4:519.711.74

К.В. Перхуткина

«ВРАЧ ОНЛАЙН» КАК СЕРВИСНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель – к.э.н., доцент Л.В. Семенова

Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин с курсом социальной работы, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в работе исследуются поставленные государством задачи и состояние развития телемедицины на примере российского и регионального (на примере Республики Башкортостан) опытов использования современной информационной среды. На примере практической деятельности подчеркивается роль, значимость и необходимость введения онлайн услуг в качестве сервисного направления развития телемедицины.

Ключевые слова: Врач Онлайн, телемедицина, интернет-технологии, интернет-сервис, телематика.

K. V. Perkhutkina

«ONLINE DOCTOR» AS CUSTOMER SERVICE DEVELOPMENT OF TELEMEDICINE IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor – PhD in Economic sciences, Associate Professor L. V. Semenova

Department of philosophy and socio-humanitarian disciplines with the course of social work, Bashkiria state medical University, Ufa

Abstract: in this paper, set by the state tasks and the state of development of telemedicine in the Russian and regional (on the example of Bashkortostan Republic) experiences of the use of modern information environment. For example, practical activities emphasized the role, significance and necessity of introducing online services as a service trends in the development of telemedicine.

Keywords: online Doctor, telemedicine, Internet technology, Internet services, telematics.

Актуальность**:** Реформа здравоохранения в современных условиях развития республики требует поиска новых путей и подходов, позволяющих сохранять и укреплять здоровье человека и общества в целом. В этой связи повышается актуальность развития

телемедицинских сервисов, предоставляющих дополнительные возможности, с одной стороны, для развития рынка медицинских услуг на ближайшие пять-десять лет и, с другой, повышение доступности качественной медицинской помощи для пациента. Для Республики Башкортостан как субъекта Российской Федерации особую значимость и уверенность перспективного развития телемедицины придают поставленные в этом направлении задачи. По оценке советника российского президента по развитию интернет-технологий Германа Клименко, объем мирового рынка удаленной медицины составит к 2018 году $3,5 млрд и затронет 25% всех государственных больниц в России, а легализация такого вида услуг позволит докторам вести частную практику без принадлежности к организациям [1]. В направлении реализации поставленных задач в июне 2016 г. был организован круглый стол по телемедицине с врачебным сообществом г. Москвы на тему "Интернет на службе у врача", на котором участники обсудили тенденции и перспективы развития информационных технологий в российском здравоохранении. «Интернет-технологии, совмещенные с классическими отраслями экономики, дают кумулятивный эффект, — заявил Герман Клименко, и медицина – это самая важная сфера, так как касается всех граждан. При этом совместно с Советом Федерации, Фондом развития интернет-инициатив (ФРИИ) и «Яндексом» разработан законопроект о телемедицине, который 30 мая 2016 г. был внесен в Госдуму [1]. Начальник управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения Москвы Евгений Никонов также отметил в своем выступлении о применении интернет-сервисов в практической деятельности врачей. Внедрение электронной медицинской документации в здравоохранении позволит сэкономить 2,96 млрд. рублей в год, заявил он [1].

Телемедицинский сервис в здравоохранении, таким образом, является актуальным, новым и перспективным направлением развития всей системы здравоохранения. А это, в свою очередь, является главным вектором для развития телемедицины в регионах, округах и других субъектах РФ.

Цель исследования**:** На примере практической деятельности показать роль, значимость и необходимость введения онлайн услуг в качестве сервисного направления развития телемедицины. Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи: показать значимость и необходимость реализации намеченных государством мер по развитию телемедицины; исследовать актуальность вопросов телемедицины в региональном развитии на примере Республики Башкортостан;

продемонстрировать практический опыт онлайн услуг, определить их место и роль в сервисном направлении развития телемедицины.

Материалы и методы**:** В работе используются материалы обсуждений специалистов по итогам работы круглого стола "Интернет на службе у врача"; Послание Государственному Собранию – Курултаю Республики Башкортостан Главы Республики Башкортостан Рустэма Хамитова по состоянию на 2016 г.; электронный информационный ресурс; материалы отечественных и зарубежных публикаций. Применяются следующие методы исследования: историко-логический, фактографический, анализ и синтез, индукции и дедукции, абстрагирование от несущественного, аналоговое моделирование, применение теории «естественного развития» в практике сервиса онлайн услуг.

Результаты и обсуждение: В своем очередном Послании в 2016 г. Государственному Собранию – Курултаю Республики Башкортостан Глава Республики Башкортостан Рустэм Хамитов отметил, что «если совсем недавно информационный прорыв охватывал в основном сферу медиа- и телекоммуникаций, то теперь интернет и сопряжённые с ним технологии активно внедряются в самые разные отрасли. На первый план выходят неформальные каналы коммуникаций с использованием интернета, которые формируют общественное мнение, участвуют в контроле за качеством образования и медицины. Многое в этом направлении удалось сделать благодаря внедрению «Электронного Правительства», - отметил Р.Хамитов. «Сейчас 95 процентов запросов по государственным и муниципальным услугам направляется в электронном виде. Ещё два года назад этот показатель не превышал 30 процентов» [2]. Глава Республики отметил также положительные результаты формирования электронного ресурса. В республике одновременно действует более 2 000 муниципальных регламентов по оказанию услуг. Ставится задача разработать типовые формы и в ближайшее время перевести наиболее востребованные услуги в электронный вид. «Нельзя добиться нового качества управления, - отметил Р.Хамитов, - без соответствующей информационно-аналитической базы, которая позволяет систематизировать наиболее значимые проектные технологии управления, куда входит и система здравоохранения. За последние годы в нее направлены серьёзные государственные инвестиции, переоснащены медицинские учреждения, внедрены новые стандарты работы персонала. Дальнейшее наращивание вложений при нынешних управленческих подходах уже не приводит к существенным улучшениям. Значит нужно концентрировать ресурсы на тех направлениях, которые могут дать наибольший эффект в части положительной динамики демографических показателей,

снижения общей смертности населения, повышения качества и доступности медицинской помощи. При Минздраве республики создан ситуационный центр, который в режиме реального времени начинает вести мониторинг данных, поступающих в республиканскую медицинскую информационно-аналитическую систему. В ней отражаются показатели работы каждого врача-специалиста, включая количество принятых пациентов, ход диагностики и лечения, оценку результата оказания медицинской помощи и её качество. Это позволит оптимизировать принимаемые в отрасли управленческие решения.

В настоящее время к высокоскоростному интернету подключено большинство крупных учреждений здравоохранения и ставится задача сделать это для всех базовых медорганизаций. Важно, используя информационные технологии, сокращать сроки ожидания помощи, разгружать врачей от работы с документами, ликвидировать очереди в медучреждениях. При этом необходимо полнее информировать граждан о возможности записи на приём к врачу через Единый медицинский портал республики, пользования личным кабинетом «Моё здоровье» на портале государственных услуг. Глава Республики отметил также необходимость в полной мере задействовать возможности телемедицины. В Башкортостане создано более 30 телемедицинских центров, при этом многие из них используются крайне редко. В этой связи Р.Хамитов поручил Минздраву Республики поставить эту работу на должный уровень, а Правительству республики Башкортостан взять этот вопрос под контроль.

Накопленный в Башкортостане опыт позволяет говорить о телемедицине как о перспективном направлении в решении проблемы доступности качественной медицины. «Сегодня действуют специализированные отделения в ведущих учреждениях региона по телемедицине. Ежедневно фиксируется более 100 обращений за консультационной помощью в сервис медицинских консультаций «Врач Онлайн» в Башкортостане. Это важно в условиях низкой территориальной связанности отдельных районов республики и недостатка квалифицированных кадров в сельской местности. Ежегодно жители отдельных районов республики вынуждены выезжать в медицинские центры республики. Причем 70% из них после амбулаторной диагностики и консультаций возвращаются на дальнейшее лечение по месту жительства [3]. Это сопровождается значительными затратами больных на транспортные и прочие консультационные услуги, что снижает эффект социальной защиты отдельного человека и населения в целом. «Время доказало, что телекоммуникационные технологии могут перешагнуть за рамки специализированных отделов при медицинских центрах. Телемедицина может дать надежду на своевременное, а главное, качественное лечение больного, где бы он ни находился», - отметил

руководитель проекта сервиса медицинских консультаций «Врач Онлайн» в Башкортостане, кандидат медицинских наук Эдуард Гаптракипов [4].

Из вышеизложенного следует необходимость развития онлайн сервиса, призванного реализовать связующую роль потребителей медицинских услуг с теми, кто их оказывает: консультанты, врачи, психологи, юристы, социальные работники и другие специалисты. Поскольку «Врач Онлайн» осуществляет свою деятельность в рамках телемедицины, под которой следует понимать медицинские услуги, оказываемые посредством телекоммуникаций, реализующие дальнюю дистанционную связь и передачу всех форм информации, включая данные, голос, видео и т.п., между компьютерами по линиям связи различных видов [5]. Во второй половине прошлого века появились новые информационные технологии, переход к которым стал возможен только благодаря появлению новых средств, массовому использованию вычислительной техники, компьютерных сетей, спутников связи и пр. Сейчас используются новые современные понятия «телематика», изучающая системы объединения средств информатики и телекоммуникации [5], реализуемые в разных отраслях знания [6, с.167] и многие другие. Это позволило разрешить две очень важные проблемы: во-первых, обеспечить в принципе неограниченный доступ к ресурсам сети пользователей независимо от их территориального расположения; во-вторых, достичь оперативного перемещения больших массивов информации на любые расстояния, позволяющих своевременно получать данные для принятия тех или иных решений.

Заключение и выводы: Телемедицина – новое направление развития системы здравоохранения, требующее использования новых форм и методов интернет-технологий, сервиса и информационной среды; в рамках поставленных государством задач развития телемедицины накапливается и формируется определенный опыт, имеющий свои положительные и отрицательные стороны; «Врач Онлайн» в новой информационной системе здравоохранения занимает определенное место, выполняет связующую оперативную функцию, формирует в регионе сервисное направление развития телемедицины.

Список литературы :

1. Материалы круглого стола по телемедицине с врачебным сообществом г. Москвы [Электронный ресурс].URL.: http://klimenko.ru/events/59 (дата обращения: 18.03.2017).

2. Послание Главы Республики Башкортостан Рустэма Хамитова Государственному Собранию – Курултаю Республики Башкортостан, 2016 г. [Электронный ресурс].URL.: http://www.gsrb.ru/ru/supplement/message-rb/poslanie2016.php (дата обращения: 18.03.2017).

3. Рахимкулова А. Новости Уфы / ИА «Башинформ». [Электронный ресурс].URL.: http://www.bashinform.ru (дата обращения: 18.03.2017).

4.Сервис Врач Онлайн в Башкортостане - курс на телемедицину. - https://m.gazeta.ru/business /2016/12/28/10453997.shtm (дата обращения: 18.03.2017).

5. Современное понятие телекоммуникации. [Электронный ресурс].URL.: http://lic1.admsurgut.ru/win/download/664/ (дата обращения: 18.03.2017).

6. Семенова Л.В. Проблемы использования электронного образовательного ресурса /Новая наука:проблемы и перспективы /Под ред.Р.Г. Юсупова,Р.И. Шайбакова, И.Н. Пилипчука. -Стерлитамак: РИЦ АМИ,2016. - 217с. - С.167. - ISSN 2412-9704.

УДК 504:911:61(571.66)

А. Р. Погорелов

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАМЧАТСКОГО КРАЯ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Научный руководитель – к. г. н., доцент Л.И. Рябинина

Кафедра географии и устойчивого развития геосистем, Дальневосточный федеральный университет, г. Владивосток

Резюме: в статье освещены результаты первичной пространственной оценки заболеваемости детского населения Камчатского края болезнями органов дыхания. Проведена территориальная дифференциация заболеваемости детей данным классом болезней в разрезе районов края. Также найдены корреляционные связи между заболеваемостью и некоторыми факторами окружающей среды.

Ключевые слова: факторы окружающей среды, заболеваемость, болезни органов дыхания, детское население, Камчатский край.

A. R. Pogorelov

TERRITORIAL DIFFERENTIATION OF THE CHILDREN'S POPULATION MORBIDITY OF KAMCHATKA REGION WITH DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM

Scientific Advisor – Ph. D. in Geography, Associated professor L.I. Ryabinina

Department of geography and sustainable development of geosystems, Far Eastern Federal University, Vladivostok

Abstract: the article presents the main characteristics of the incidence of children of the Kamchatka Region with diseases of the respiratory system. The territorial differentiation of morbidity of the Kamchatka Region is presented. The relationship between environmental factors and the morbidity of children with diseases of the respiratory system has been revealed.

Keywords: environment, morbidity, diseases of the respiratory system, children, Kamchatka.

Актуальность: Изучение территориальных особенностей здоровья человека является одной из важнейших задач медицинской географии, определяющей интерес для практического здравоохранения. Сегодня здоровье населения рассматривается как индикатор качественного состояния окружающей среды какой-либо территории [2, 3 и др.]. В определенной степени представление целостной картины взаимодействия окружающей среды и состояния здоровья возможно через анализ заболеваемости болезнями органов дыхания. Этот класс включает в себя различные нозоформы – вазомоторный и аллергический ринит, хронический фарингит, астма, хронический бронхит, пневмония и другие. Отмечается, что именно патологии органов дыхания

(особенно у детей), в первую очередь, являются маркером экологического неблагополучия внешней среды [1].

Цель исследования: Цель настоящего исследования заключается в выявлении территориальных различий и проведении оценки влияния некоторых факторов окружающей среды на заболеваемость детского населения Камчатского края болезнями органов дыхания.

Материалы и методы: В ходе выполнения работы использованы сравнительный, геоинформационный и статистический методы исследований. В основу работы положены официальные статистические материалы Камчатского краевого медицинского информационно-аналитического центра за 2011-2015 годы [5-9]. Методом картограмм в ГИС QGIS 2.14.0 с использованием графического редактора CorelDraw X7 построена карта заболеваемости детского населения в разрезе районов Камчатского края. Для поиска и выявления взаимосвязей между заболеваемостью и факторами окружающей среды использован корреляционный анализ (вычисления выполнялись с помощью IBM SPSS Statistics 24). Связь оценивалась по шкале Чеддока (0,1-0,3 – слабая; 0,3-0,5 – умеренная; 0,5-0,7 – заметная; 0,7-0,9 – высокая; 0,9-1,0 – весьма высокая).

Результаты и обсуждение: Общая заболеваемость всего населения с 2008 по 2015 гг. в Камчатском крае увеличилась на 3,8% (составив к 2015 г. – 1575,5‰). В структуре заболеваемости всего населения региона 1 место занимают болезни органов дыхания (24,1%). Наиболее высокие значения показателей заболеваемости всего населения болезнями органов дыхания типичны для районов Корякского округа (максимальный показатель в Тигильском районе – 764,7‰), а также Быстринского, Усть-Камчатского и Алеутского районов. Наименьшая заболеваемость исследуемым классом болезней отмечается в Вилючинске (280,3‰) и Соболевском районе (307,8‰).

В 2015 г. общая заболеваемость детского населения (до 14 лет) составила 2422,6‰, что хоть и ниже прошлогоднего показателя, но всё же остается на уровне выше принятой нормы для данной возрастной группы [4]. Для сравнения в 2014 г. – 2532,3‰, в этот же период по РФ она составляла 1834,9‰, а в среднем по Дальневосточному федеральном округу – 2059,7‰. В общей сложности динамика заболеваемости детского населения за 2008-2015 гг. отличалась положительным трендом и снизилась на 11,8%.

Заболеваемость детского населения Камчатского края болезнями органов дыхания в 2015 г. составила 1537,5‰. В период 2008-2015 гг. произошло её увеличение на 2,5% (на фоне позитивной динамики общей заболеваемости). Средний многолетний показатель (2008-2015 гг.) составляет 1577,6‰. В структуре общей заболеваемости камчатских детей болезни органов дыхания занимают лидирующее положение (62,8%).

Для формирования более целостной картины нами осуществлена территориальная дифференциация районов края по заболеваемости детей болезнями органов дыхания (рис. 1). Выявлено, что для Камчатского края в целом типична напряженная эпидемическая ситуация по данной группе патологий. Наиболее высокие значения за период 2011-2015 гг. заболеваемости (более 2100‰) наблюдаются в Тигильском, Олюторском, Карагинском и Быстринском районах. Относительно благополучная ситуация сложилась в Вилючинском городском округе, где показатель заболеваемости составляет в пределах 900-1000‰. Остальные районы характеризуются средними значениями (в пределах 1400-1800‰).

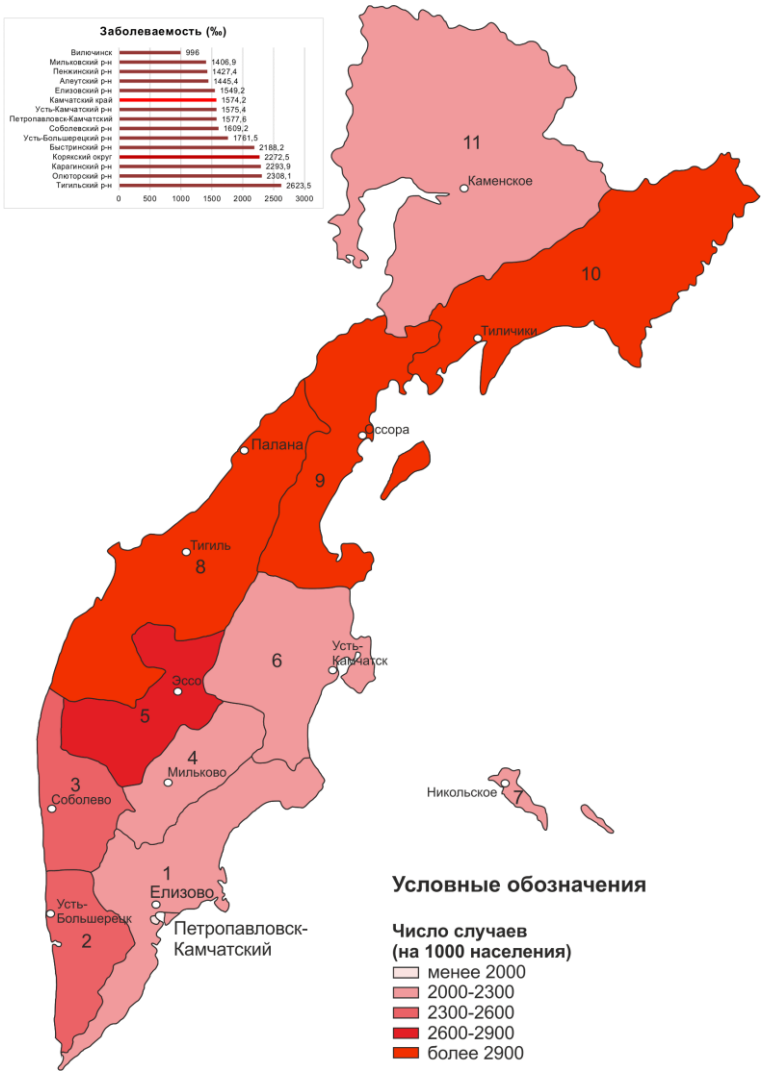


Рис. 1. Заболеваемость детского населения болезнями органов дыхания в разрезе районов Камчатского края по данным за 2011-2015 гг. (условные обозначения районов: 1 – Елизовский, 2 – Усть-Большерецкий, 3 – Соболевский, 4 – Мильковский, 5 – Быстринский, 6 – Усть-Камчатский, 7 – Алеутский, 8 – Тигильский, 9 – Карагинский, 10 – Олюторский, 11 – Пенжинский)

Внутрирегиональные различия в распределении уровня заболеваемости болезнями органов дыхания во многом обусловлены окружающей средой (природные, социально-экономические и экологические факторы). Она определяет не только исходные адаптивные способности местного населения, но и условия для жизнедеятельности. Нами выбрано 18 показателей, характеризующих отдельные природные, социально-экономические и экологические факторы.

Природные и экологические факторы включают в себя показатели сейсмической, вулканической активности, геоморфологических условий (рельеф), солнечного сияния, средних температур января и июля, осадков, влажности воздуха, ветрового режима, снежного покрова, лесистости территории и загрязнения атмосферы (выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух). Социально-экономические факторы представлены показателями доходов и жилищных условий населения, а также значениями стационарной помощи (обеспеченность больничными койками), обеспеченности врачебными кадрами и средним медицинским персоналом.

Ни с одним фактором не была найдена статистически достоверная весьма высокая связь с заболеваемостью детского населения болезнями органов дыхания. Высокие связи выявлены с показателями системы здравоохранения – стационарной помощью (r=0,77), обеспеченностью врачами (r=0,73) и средним медперсоналом (r=0,71). Заметная связь найдена с осадками (r=0,51). Умеренные связи найдены со снежным покровом (r=0,41), жилищными условиями (r=0,36), средней температурой июля (r=0,33) и лесистостью местности (r=0,33). Со всеми остальными факторами выявлены слабые связи.

Заключение и выводы: Таким образом, заболеваемость детского населения Камчатского края болезнями органов дыхания в большей степени зависит от системы здравоохранения, т.е. социально-экономической среды. В меньшей степени выявлена роль природных и экологических факторов. В то же время, всё же не менее важное значение до сих пор играют некоторые метеопоказатели, такие как осадки, температурный режим, снежный покров.

Можно предположить, что природные условия в настоящее время играют в большей степени фоновую роль, в то время как социально-экономические условия обусловливают реальные территориальные и структурные различия в заболеваемости людей. Поэтому для установления более глубоких причинно-следственных связей заболеваемости с географическим факторами в перспективе планируется проводить более детальные медико-географические и медико-экологические исследования с применением не только корреляционного, но и регрессионного, кластерного и прочих видов анализа.

Список литературы:

1. Ватлина Т.В. Медико-географическая оценка заболеваемости детей болезнями органов дыхания // Смоленский медицинский альманах. – 2016. – №1. – С. 49-52.

2. Ватлина Т.В., Тикунов В.С. Типология районов Смоленской области на основе динамики заболеваемости // Известия Смоленского государственного университета. – 2011. – №2(14). – С. 92-99.

3. Лозовская С.А., Степанько Н.Г., Изергина Е.В. Здоровье населения как индикатор экологического состояния ДВ региона России // Фундаментальные исследования. – 2014. – №5-6. – С. 1334-1338.

4. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с.

5. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Камчатского края за 2008-2012 годы: Стат. сборник. Вып. 12. Т. 1. – Петропавловск-Камчатский: ККМИАЦ, 2013. – 42 с.

6. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Камчатского края за 2011-2015 годы: Стат. сборник. Вып. 15. Т. 1. – Петропавловск-Камчатский: ККМИАЦ, 2016. – 42 с.

7. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Камчатского края за 2014-2015 годы: Стат. сборник. Вып. 15. Т. 2. – Петропавловск-Камчатский: ККМИАЦ, 2016. – 209 с.

8. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Камчатского края за 2013-2014 годы: Стат. сборник. Вып. 14. Т. 2. – Петропавловск-Камчатский: ККМИАЦ, 2015. – 210 с.

9. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Камчатского края за 2011-2012 годы: Стат. сборник. Вып. 12. Т. 2. – Петропавловск-Камчатский: ККМИАЦ, 2013. –209 с.

УДК 61

А. С. Попов

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ

Научный руководитель – к. б. н., доцент С. М. Измайлова

Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в данной работе представлено изучение состояния сердечно-сосудистой системы студентов в зависимости от учебной нагрузки. Большая нагрузка влияет на здоровье учащихся, что является актуальной проблемой в наше время.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, студенты, нагрузка.

A. S. Popov

THE STATE OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM OF STUDENTS, DEPENDING ON THE TRAINING LOAD

Scientific Advisor - Candidate of biological Sciences, Associated Professor S. M. Izmaylova

Department of Biology, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: in this paper, the study of the state of the cardiovascular system of students is presented depending on the training load. A large load affects the health of students, which is an actual problem in our time.

Keywords: cardiovascular system, students, workload.

Актуальность: Важнейшим фактором работоспособности организма является здоровье. Понятие здоровья включает не только отсутствие заболевания, болезненного состояния, физического дефекта, но и состояние полного социального, физического и психического благополучия [1].

Здоровье – это капитал, данный нам не только природой от рождения, но и теми условиями, в которых мы живем. Конечным результатом в политике любого государства является здоровье нации, именно здоровье выступает как мера качества жизни.
Многочисленные статистические данные по исследованию физического здоровья человека показывают, что среди них 10-15% относятся к организации здравоохранения, 10-20% к природным условиям, 18-25% к наследственности и 50-52% к образу жизни [4].

При интенсивной или длительной умственной деятельности у студентов развивается утомление.

Среди молодых людей все чаще встречаются такие, у которых исчезает интерес к учебе, и ухудшается здоровье.

Поэтому я решил изучить влияние учебной нагрузки на учащихся моей группы, а также их отношение к учебе.

Цель исследования: Изучить зависимость состояния сердечно-сосудистой системы студентов от интенсивности учебной нагрузки.

Материалы и методы: Для определения влияния учебной нагрузки на самочувствие студентов мы провели следующие исследования:

1) Анкетирование одногруппников для выявления их отношения к учебной нагрузке.

В анкетирование входили следующие вопросы: Возраст; Пол; Влияет ли количество учебной нагрузки на ваше самочувствие?; Какой день вы считаете самым сложным и почему?; Какой день лёгкий и почему?; Какой самый неуспешный?; Изменяется и как настроение в конце недели?; Чувствуете ли вы недомогание, головные боли? Как часто?

2) Функциональная проба сердечно-сосудистой системы при подсчете пульса после физической нагрузки.

Измерялся пульс в покое и в течение 30 секунд после нагрузки: 20 приседаний, 60 подскоков, спокойный бег 3 минуты, бег с максимальным ускорением в течение 1,5 минут. В эксперименте участвовали одни и те же учащиеся в оба дня, замеры проводились в одно и то же время.

Результаты и обсуждение:

Среди опрошенных было 52,7% девушек 47,3% юношей (рис. 1)

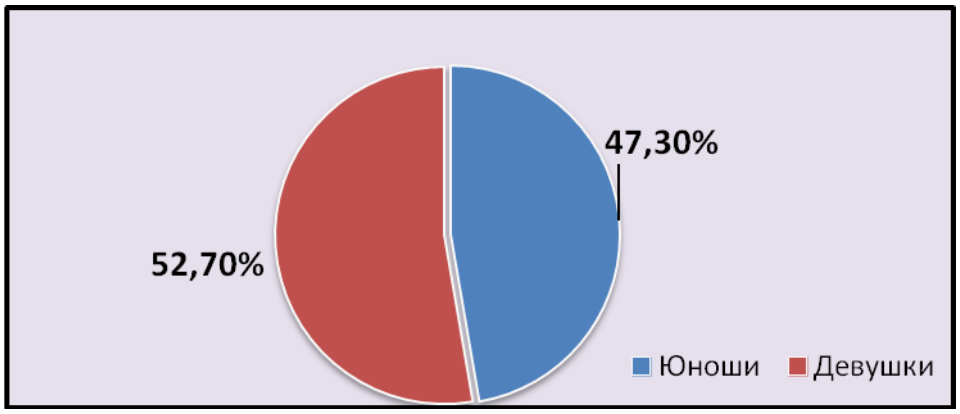


Рис. 1 Гендерная градация опрашиваемых.

Не вызвал трудностей вопрос о влиянии учебной нагрузки на самочувствие. 18 человек из 19 дали положительный ответ, для них было очевидно, что учебная нагрузка влияет на самочувствие.

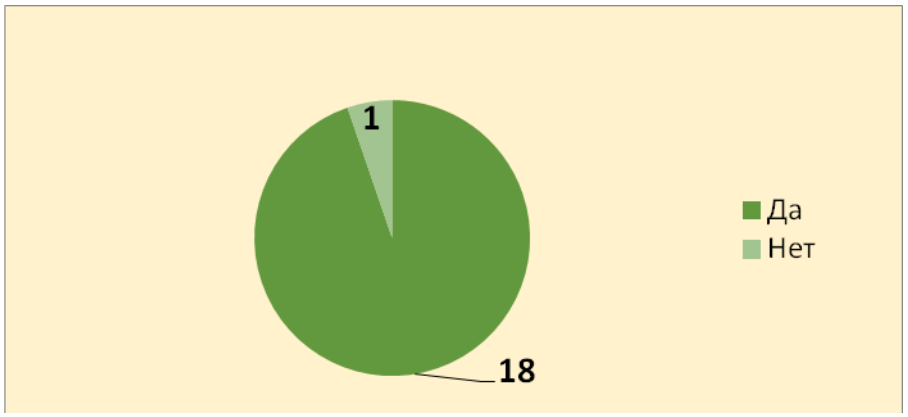


Рис. 2 Влияние учебной нагрузки на самочувствие студентов.

По мнению самих учащихся самые сложные дни распределились следующим образом: в понедельник, среду и четверг в расписании стояли предметы, по которым затрачивается больше всего времени и сил, также в эти дни учёба заканчивалась поздно.

В субботу, однако, учёба тоже заканчивалась поздно, но из-за того что предметы не требовали затрачивания многих усилий этот день не казался тяжёлым.

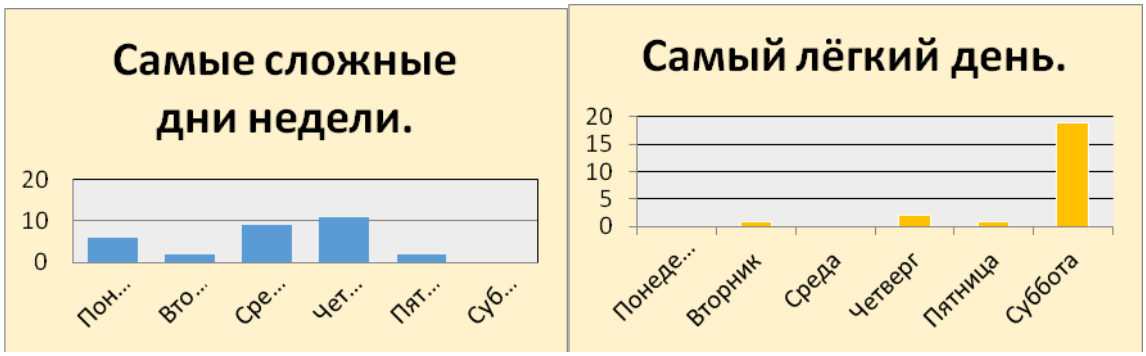


Рис. 3 Самый легкий и самый трудный день

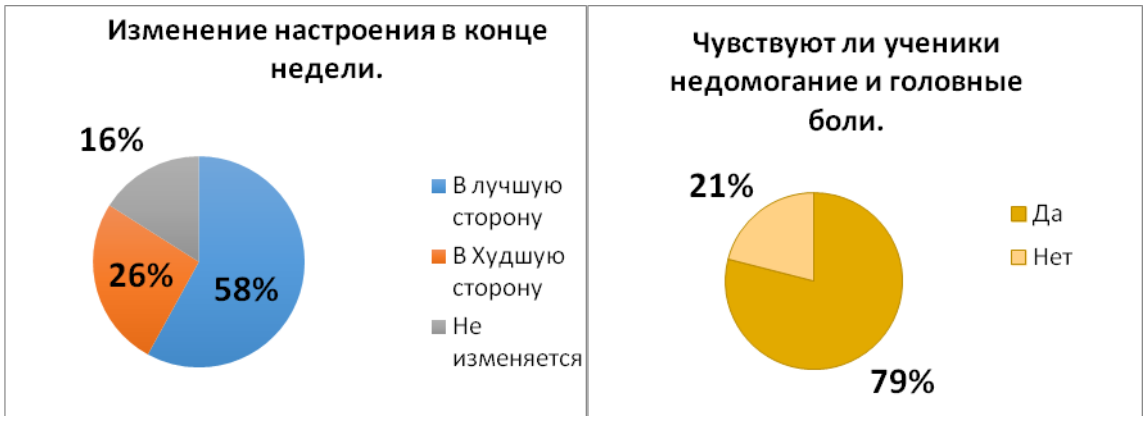


Рис. 5 Настроение и самочувствие учащихся

У 58% испытуемых настроение растет к концу недели, но лишь потому что они ждут выходных. Однако после измерения пульса оказалось, что сердечно-сосудистая система учащихся изматывается к концу недели и организм чувствует себя хуже чем в начале недели. 26% учащихся чувствую ухудшение состояния из-за накопления утомляемости. И 16% студентов не замечают изменений. Также 79% учащихся испытывают головные боли в связи с утомлением и недосыпом, особенно в последние дни недели. Несмотря на то, что сами учащиеся отметили субботу как самый легкий день в неделе, он является последним в неделе, когда накапливается усталость перед выходными. Понедельник – первый учебный день после выходного. Поэтому мы решили сравнить именно эти два дня недели.

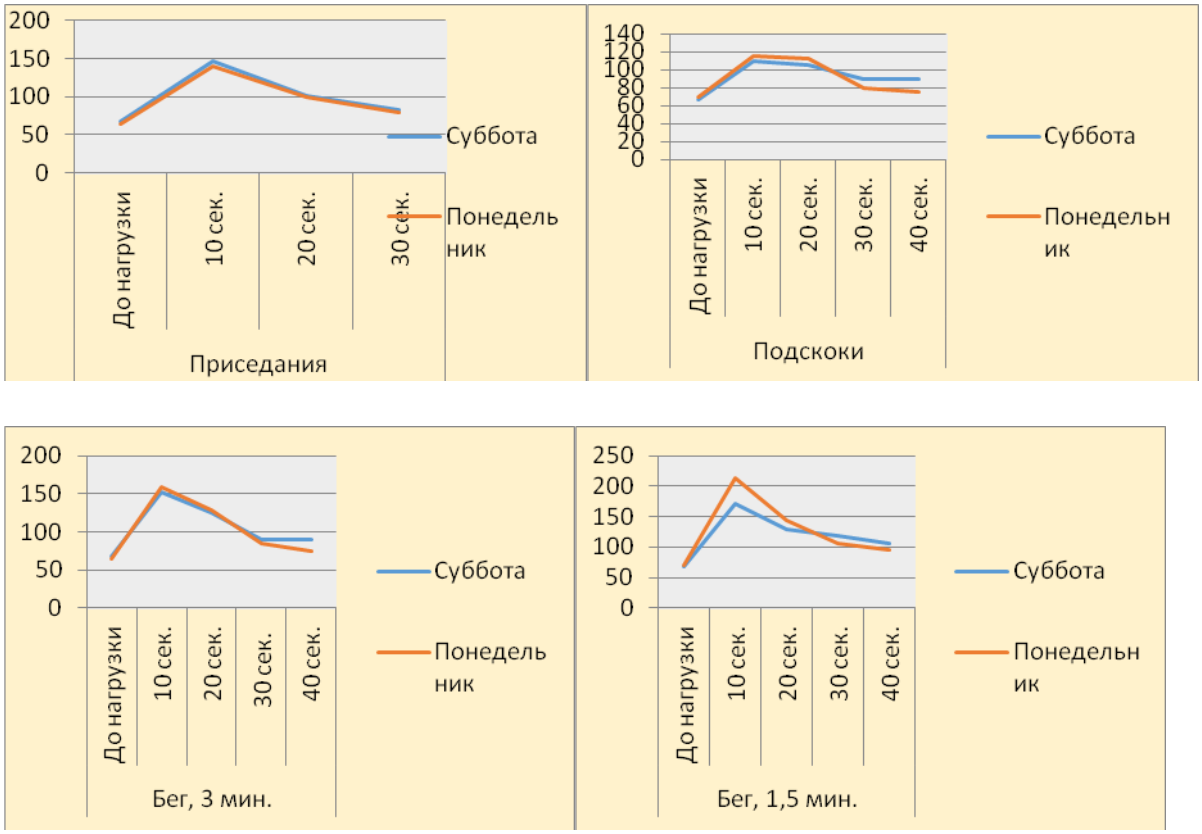


Рис 6 Графики средних значений пульса в субботу и понедельник после нагрузки

Таким образом, можно сделать вывод, что предположения самих учащихся не оправданы: показатели субботы значительно хуже понедельника. При этом если значение пульса в понедельник оказалось больше субботы, оно выровнялось значительно быстрее, что говорит о лучшем состоянии испытуемых.

Заключения и выводы: Умственная деятельность, связанная с процессом обучения, относится к числу самых трудных для обучающихся. Учебная работа требует длительного сохранения вынужденной рабочей позы, создающей значительную нагрузку на органы человека. Эти факторы влияют на утомление учащихся.

Таким образом, в конце учебной недели сердечно-сосудистая система справляется с физическими нагрузками хуже, чем в начале, нормальные показатели выравниваются медленнее.

Список литературы:

1. Адаптация организма подростков к учебной нагрузке. Под ред. Д.В. Колесова, 1987.-С.152
2. Краевский В.В. Общие основы педагогики. М., "Академия", 2005.-С.256
3. Кучер Т.В., Колпащикова И.Ф. Медицинская география: Учебник для 10-11 кл. профильных школ. М.: Просвещение, 1996. 160 с.
4. Словарь – справочник по психодиагностике. Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. Москва-Харьков-Минск, 1999.-С.528
5. Студенецкая В.Н. Решение задач по статистике, комбинаторике и теории вероятностей, 2005.-С.428

УДК 930.24.18.

У.В. Романенко

ЭТАПЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССОРА В.М. РОМАНКЕВИЧА

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в личном деле организатора трех морфологических кафедр Башкирского государственного медицинского института имени 15-летия ВЛКСМ профессора В.М.Романкевича интересные ранее не известные биографические факты.

Ключевые слова: профессор В.М.Романкевич, Башкирский государственный медицинский институт имени 15-летия ВЛКСМ.

U.V. Romanenko

STAGES OF LIFETIME OF PROFESSOR V.M. ROMANKEVICH

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP,

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstact: in the personal file of the organizer of the three morphological departments of the Bashkir State Medical Institute named after the 15th anniversary of the Komsomol Professor V.Romankevich, interesting previously unknown biographical facts.

Keywords: professor VM Romankevich, Bashkir State Medical Institute named after the 15th anniversary of the Komsomol.

Актуальность: Изучение биографии врача В.М.Романкевича позволяет проанализировать творческий путь ученого и его вклад в развитие морфологических наук БАССР.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о биографии профессора В.М.Романкевича.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Родился 10 сентября 1889 г. в Гродне. Отец- офицер, мать-учительница. Учился в Морском корпусе в Ленинграде. Сделал два морских плаванья. Решил готовить военно-морскую профессию и ушел из корпуса в конце 1907 года. С 1908

года учился в разных высших учебных заведениях (Полко-Неврологическом институте, Военно-медицинской Академии в Ленинграде, в Юрьевском и Харьковском университетах). С того же времени занимаюсь случайной работой. С 1915 года в мае призван в армию врачом второго разряда, после окончания четырех курсов медицинского факультета Харьковского университета. Работал два года младшим врачом 166 пехотного Уфимского полка на западном фронте и полгода ординатором лазарета Архангельского военного порта. Одновременно был старшим врачом ледокола «Микула Семянинович». Непосредственного активного участия в октябрьской революции не принимал. За студенческие беспорядки был уволен из военно-медицинской академии в 1913 г. В других партиях не состоял. Для окончания образования в 1918 году (в начале) выехал в Харьков . Диплом врача получил в мае 1918 года. Был оставлен сверхштатным ординатором при факультетской хирургической клинике Харьковского университета профессором Тринклером. В ноябре 1918 года выехал в Ярославль к родным, где занял место главного врача и хирурга Центральной амбулатории.

С 15 апреля 1918 года вступил на службу в Красную Армию. Занимал места ординаторов хирургических госпиталей и хирургических отделений их: № 1 Красного креста в Ярославле, № 6 Красного креста в Уфе, № 193, 54, 39 и местного военного госпиталя в Уфе и в Бирске. Был старшим врачом 100 полка в Уфе, по совместительству работал ординатором в областной хирургической больнице и оперировал в госпиталях, подготавливал сестер на курсах при РОКК и при других организациях, вёл занятия на курсах переподготовки хирургов госпиталей. Был до войны и в течении её консультантом-хирургом больниц № 2, № 3 в городе Черниковске. Один год в медицинском институте вёл доцентский курс военно-полевой хирургии и травматологии. Один семестр заведовал клиникой госпитальной хирургии. Имею степень кандидата медицинских наук . Работаю над окончанием докторской диссертации. Имею 19 печатных работ. На всесоюзных и отраслевых съездах хирургов-анатомов и легочных хирургов сделал 3 доклада, помещённые в трудах съездов. За время моего заведования с кафедры оперативной хирургии вышло 6 печатных работ, помещенных в журналах, сборниках и трудах съездов и 1 кандидатская работа. На научных конференциях мединститута и научных обществах был поставлен ряд сообщений мной и работниками кафедры. Несколько лет состоял секретарем научного медицинского общества в г. Уфе и заместителем председателя хирургического общества. В 1951 году выбран в президиум единого научного медицинского общества Башкирии. По совместительству работаю главным хирургом

Минздрав БАССР. 3 раза премирован в мединституте за хорошую организационную и педагогическую работу. Награжден медалями « за доблестный труд» и двумя почетными грамотами Президиума Верховного Совета БАССР. Неоднократно избирался в местком и местные бюро СНР. 3 раза был избран председателем, зам. председателем хирургического общества и членом участковых и районных избирательских комиссий по Выборам в Верховный и местные советы трудящихся. Закончил университет марксизма-ленинизма, сдал экзамены за первый курс и готовлюсь сдать за 2-ой курс. Из справки следует, что Доктор Романкевич В.М. в том, что он был ординатором медицинского института в городе Уфе и служил в БашНарКомЗдраве с 1 сентября 1931 года до 22 июля 1932 года. Врач Романкевич В.М. состоял на службе в 1-ой советской хирургической больнице(ныне Республиканской специализированной клинической больнице) в должности ординатора, а затем проректора с августа 1920 года по октябрь 1930 года.

Заключение и выводы: Выявлены новые факты из биографии профессора В.М.Романкевича.

Список литературы:

Личное дело профессора В.М.Романкевича.

УДК 314.4

Л.Ф. Садикова, Р.А. Аскаров

ПРОСТРАНСТВЕННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН ОТ КОЛИЧЕСТВА АТМОСФЕРНЫХ ВЫБРОСОВ

Научный руководитель – к.т.н., доцент И.А. Лакман

Кафедра вычислительной математики и кибернетики, Уфимский государственный авиационный технический университет, г. Уфа

Российский государственный геологоразведочный университет им. С. Орджоникидзе, Москва

Резюме: рассматривались данные, представляющие собой выборку из 54 муниципальных образований и 8 городов Республики Башкортостан, прослеженные в динамике с 2002 по 2015гг. Использованы инструменты пространственной эконометрики, такие как индекс Морана, Гири. В результате проведенного анализа обнаружена пространственная зависимость регионов по смертности, а также по выбросам газообразных и жидких загрязняющих веществ в атмосферу.

Ключевые слова: пространственная эконометрика, индекс Морана, индекс Гири, выбросы в атмосферу, смертность.

L.F. Sadikova, R.A. Askarov

SPATIAL MODELING OF THE MORTALITY LEVEL OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN FROM THE ATMOSPHERIC EMISSIONS

Scientific Advisor – Ph D in Technical Science, Associated professor I.A. Lackman

Department of Computational Mathematics and Cybernetics, Ufa state aviation technical university, Ufa

Russian State Geological Prospecting University n. a. Sergo Ordzhonikidze, Moscow

Abstract: data were considered that represent a sample of 54 municipalities and 8 cities of the Republic of Bashkortostan, traced in the dynamics from 2002 to 2015. The tools of spatial econometrics, such as the Moran index, Geary, are used. As a result of the analysis, the spatial dependence of the regions on mortality, as well as on the emission of gaseous and liquid pollutants into the atmosphere was found.

Keywords: spatial econometrics, Moran's Index, Geary's Index, emissions, mortality.

Актуальность:

В настоящее время рост промышленности и числа автотранспорта в городах приводит к увеличению количества выбросов в атмосферу. По качеству атмосферного воздуха Республика Башкортостан (РБ) традиционно относится к числу наиболее экологически неблагополучных регионов России, о чем свидетельствуют данные Росгидромета по удельному весу городского населения, проживающего в городах с высоким и очень высоким уровнем загрязнения атмосферы. По величине индекса загрязнения атмосферы (ИЗА) в 5 городах РБ (54% городского населения) уровень загрязнения воздуха характеризуется как высокий и очень высокий (ИЗА>7). [1,2,3]

Неблагоприятные факторы окружающей среды, среди которых лидирующее место занимает загрязнение атмосферного воздуха в городах, являются второй по значимости причиной, определяющей уровень смертности населения (Б.А. Ревич, 2007).

Таким образом, проблема влияния загрязнения атмосферного воздуха выбросами газообразных, жидких, твердых веществ на смертность требует детального изучения.

Цель исследования: данной работы являлось выявление пространственной зависимости районов РБ по смертности и выбросам (газообразным, жидким, твердым).

Материалы и методы: В качестве объекта настоящего исследования была принята вся территория РБ, как объект регионального уровня с площадью 143 тыс. кв. км, с населением 4 071987 человек, включающий 21 промышленный город, 2 поселка городского типа, 54 муниципальных района, 4534 сельские населенные пункты [4, 5].

В работе использовались данные официальных государственных статистических отчетов Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Башкортостан «2ТП-Воздух» за 2000-2013 гг.; анализировались данные государственных докладов «О состоянии природных ресурсов и окружающей среды Республики Башкортостан», «О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации (РФ) [1, 2, 3, 7]; данные о числе умерших по таблице С 51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» (2002-2014 гг.), Росстата [6].

Для выявления пространственной зависимости между регионами использовались индексы Морана и Гири. Индекс Морана измеряет пространственную автокорреляцию, основанную одновременно на расположении объектов и их значениях. Исходя из предложенного набора объектов и связанных с ними атрибутов, инструмент Пространственной автокорреляции оценивает, имеется ли кластеризация объектов или

они распределены разбросанно, или случайно. Инструмент рассчитывает также z-оценку и p-значение, чтобы оценить значимость индекса.[8]

Индекс Морана высчитывается по формуле:

$$I_G = \frac{N}{\sum_i \sum_j w_{ij}} \cdot \frac{\sum_i \sum_j w_{ij} (x_i - \mu)(x_j - \mu)}{\sum_i (x_i - \mu)^2}, \quad (1)$$

где N – число регионов; w_{ij} – элемент матрицы пространственных весов для регионов i и j; μ – среднее значение показателя; x – анализируемый показатель.

Результаты и обсуждение: Одной из основных экологических проблем РБ является загрязнение атмосферного воздуха. От стационарных источников выбросов, расположенных на территории республики ежегодно поступает в атмосферу 431,381±10,302 тыс.т/год различных веществ (среднее за 2000-2014 гг.). По данным формы «2ТП-Воздух» в 2013 г. на территории республики насчитывается 45176 стационарных источников выбросов загрязняющих веществ от 1104 предприятий. В 2014 г. по сравнению с 2000 г. увеличилось на 20,6% улавливание (с 55,7 до 67,1%), а утилизация загрязняющих веществ снизилась на 50,4% (с 87,5 до 43,4%) отходящих от стационарных источников. Разнообразие предприятий химического, нефтехимического и нефтеперерабатывающего, машиностроительного и металлообработки, строительного профилей, теплоэнергетики и др. обуславливают широкий набор вредных веществ, поступающих в воздушный бассейн республики, оказывающее неблагоприятное влияние на здоровье населения и состояние объектов окружающей среды.

Был проведен графический анализ пространственной зависимости для всех показателей (смертность, выбросы) за все года (2002-2015).

Для примера возьмем график Морана общей смертности среди мужчин и женщин за 2005г. Такие районы как Бижбулякский, Архангельский, Балтачевский, Бураевский, Караидельский расположены в квадранте HH, что говорит об их положительном влиянии друг на друга. Снизу слева в квадрате LL расположены районы, в которых у самого района и его соседа низкие показатели. Справа внизу в квадрате HL расположены районы, в которых собственные значения высокие, а у соседа низкие. В квадрате LH представлены районы с собственным низким показателем, но высоким у соседа.(Рис.1):

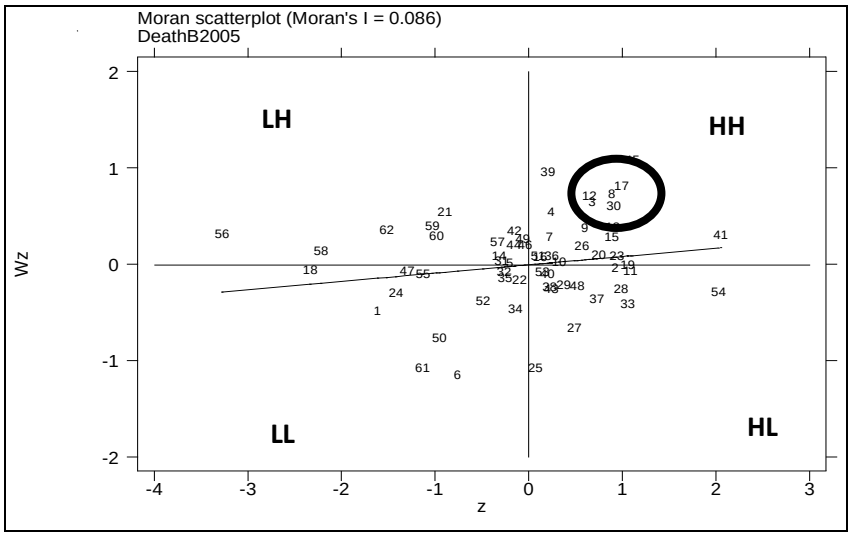


Рисунок 1 – график Морана по общей смертности населения

Заключение и выводы:

Индексы Морана и Гири показали, что существует пространственная зависимость уровня смертности среди женщин и мужчин. Также в ходе работы выявлена пространственная зависимость газообразных и жидких выбросов в атмосферу. Но в то же время пространственной зависимости твердых выбросов выявлено не было.

В дальнейшем исследовании будут построены модели пространственного лага для выявления пространственной зависимости смертности от выбросов в атмосферу.

Список литературы:

1. Государственный доклад «О состоянии природных ресурсов и окружающей среды Республики Башкортостан в 2014 году». Уфа; 2015.
2. Государственный доклад «О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации в 2013 году». 2014.
3. Государственный доклад «О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации в 2014 году». 2015.
4. Демографические процессы в Республике Башкортостан: стат. сб./Уфа; 2013.
5. Демографические процессы в Республике Башкортостан: статистический сборник. Уфа; 2015.
6. Демографический ежегодник России: Москва; Росстат; 2015.
7. Охрана окружающей среды в России. 2012: Стат. сб./Росстат. - 0-92 М., 2012.
8. Павлов Ю.В., Королева Е.Н. Пространственные взаимодействия: оценка на основе глобального и локального индексов Морана // Пространственная Экономика № 3. С. 95—110; 2014.

УДК 930.24.19.

В.Э.Сакаев

ДИНАСТИЯ УФИМСКИХ ВРАЧЕЙ САКАЕВЫХ — ВЫПУСКНИКОВ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ИМЕНИ 15-ЛЕТИЯ ВЛКСМ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в ноябре 2017 года научная и медицинская общественность республики будет отмечать 85-летие Башкирского государственного медицинского университета, значительный вклад в развитие здравоохранения Республики Башкортостан внесли её выпускники, среди которых наиболее известные врачебные династии: офтальмологов Азнабаевых, Китай; терапевтов Загидуллиных, Терегуловых; хирургов Гатауллиных-Ганцевых, Корнилаевых, Титовых и др. Особый интерес представляют династия Сакаевых, в которых есть представители хирургии, педиатрии, фармакологии, онкологии, организаторы здравоохранения.

Ключевые слова: Башкирский государственный медицинский институт, врачебные династии, врач, традиции, деонтология.

V.E. Sakayev

DYNASTY OF URAMSKY DOCTORS OF SACAEVSH - ALUMNIAS OF THE BASHKIR STATE MEDICAL INSTITUTE NAMED AFTER THE 15th ANNIVERSARY OF THE KLUSM

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP,

Bashkir State Medical University, Ufa

Summary: in November 2017, the scientific and medical community of the republic will celebrate the 85th anniversary of the Bashkir State Medical University, its graduates made a significant contribution to the development of public health in the Republic of Bashkortostan, among them the most famous medical dynasties: ophthalmologists Aznabayevs, China; Therapists Zagidullin, Teregulovs; Surgeons Gataullins-Gantsevs, Kornilayevs, Titovs, etc. Of particular interest are the Sakayev dynasty, in which there are representatives of surgery, pediatrics, pharmacology, oncology, and health care organizers.

Keywords: Bashkir State Medical Institute, medical dynasties, doctor, traditions, deontology.

Актуальность: Изучение истории медицины родного края имеет исключительное значение для подготовки будущих врачей. Передача врачебного опыта в семье носит более доверительный характер, преемственность традиций и особенностей в лечение, усовершенствование «фирменных» методов лечения, высокая культуры поведения с коллегами и больными и др. — это неполный перечень значения врачебной династии на современном этапе.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о врачебной династии Сакаевых и ее вклада в развитие здравоохранения Республики Башкортостан.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: В Башкирском государственном медицинском университете есть свои врачебные династии, как и в других 46 вузах Министерства здравоохранения России, 36 медицинских факультетов Министерства образования и науки России, 2 Правительственных, 8 негосударственных, 4 субъективных, 2 Министерства спорта России, которые ежегодно выпускают 35 тысяч специалистов (из них 22 тысячи обучавшихся на бюджетной основе) [1]. Основоположником династии Сакаевых является — Марат Махмутович Сакаев, который поступил в 1957 году на лечебный факультет Башкирского государственного медицинского института имени 15-летия ВЛКСМ (БГМИ). После окончания БГМУ в 1963 году работал хирургом в Шумихинской центральной районной больнице (ЦРБ) Курганской области. В ноябре 1963 года был зачислен в клиническую ординатуру БГМИ (в связи с поднятием оклада врачам), которую окончил в 1965 году. В школьные годы Марат Махмутович увлекался математикой и поступал в Уфимский авиационный институт (ныне Уфимский государственный авиационный технический университет — УГАТУ), но не сдал предпоследний экзамен, тогда он сделал заключение: «… что "сельской" математики недостаточно для поступления в технический вуз». Работал на стройке, пока его друг детства не предложил поступить вместе в медицинский университет, но после поступления в вуз Марат начал своё успешное обучение и видел своё будущее только во врачебной деятельности. Во время учёбы в медицинском институте он активно занимался спортом, в частности, лёгкой атлетикой, которая очень популярна среди студентов. Марат Махмутович является многократным чемпионом и призёром первенства Башкирской АССР, чемпионом СДО

«Буревестник». В составе члена сборной республики дважды выступал на зональном и финальном первенствах РСФСР среди медицинских ВУЗов на центральных стадионах Москвы. Занятия спортом сыграли исключительно положительную роль в становлении будущего хирурга. При прохождении ординатуры учтены его неплохие способности к изучению языков и отличные хирургические навыки. Он был приглашён на обучение в Москву, куда и взял свою молодую жену Фариду. С 1970 года Марат Махмутович работает хирургом в Городской клинической больнице №1 (ГКБ №1), которая осенью 2017 года будет отмечать своё 80-леттие образования. ГКБ №1 являлась «Кузницей хирургов всех специальностей», благодаря своему самоотверженному труду Марат Махмутович дослужился до заведующего отделением абдоминальной хирургии. В 19?? Году был переведён в ГКБ №21 в связи с ремонтом. По окончании ремонта вернулся в ГКБ №1 ординатором, где проработал до 2005 года до выхода на пенсию. За свой многолетний труд награждён медалью «Ветеран труда», имел высшую категорию. Невозможно представить Марата Махмутовича без своей супруги Фариды Зуфаровны Сакаевой.

Фарида Зуфаровна Сакаева (Султанова), как и Марат Махмутович, поступила в 1957 году на лечебный факультет БГМИ. После окончания в 1963 году. Фарида Зуфаровна решила стать врачом из-за семейных обстоятельств: ее тетя училась в медицинском институте в Челябинске, была выгнана оттуда за то, что отец моей бабушки был признан врагом народа. Мечта стать врачом в семье стало общей, которую решили воплотить Фарида Зуфаровна. На данный выбор повлияла и бабушка Фариды, последними словами которой стало пожелание, что «ты будешь отличным врачом». В 1963—65 гг. работала педиатром в городе Шумиха (Курганская область), в 1966—70 гг. участковым педиатром в г Ишимбае, в 1970—72 гг. проходила клиническую ординатуру по педиатрии в БГМИ. В 1972 году была приглашена на работу во вновь открытую Республиканскую детскую клиническую больницу (РДКБ), где работает по сей день. С сентября 1973 года по май 1974 года проходила обучение в Москве, чтобы отправится на работу за рубеж. Во время обучения интенсивно изучали иностранные языки, тропическую медицину и «научный коммунизм». С апреля 1975 года по апрель 1978 года супруги Сакаевы работали в Республике Зимбабве, Фарида Зуфаровна была педиатром в госпитале. По возвращение продолжила работу детским нефрологом в РДКБ. Фарида Зуфаровна за свой многолетний самоотверженный труд награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения СССР», в 1992 году ей присвоено почётное звание «Заслуженный врач Республики

Башкортостан», она имеет высшую категорию специалиста, награждена медалью РДКБ «За верность профессии».

Сакаев Эрнест Маратович поступил в 1980 году в БГМИ (учился сначала на санитано-гигиеническом факультете потом перевелся на леч) Закончил в 1986 . В 1987 году проходил интернатуру в ЦРБ Янаульского РКБ. На протяжении всей жизни наблюдал за работой родителей, "крутился в этих кругах", так что ни в чем другом себя не видел, представлял чем будет заниматься . В 1987 года работал в ГКБ 1, в дальнейшем был переведен в городскую клиническую больницу №21 , где начал свою работу с 1 января 1988, где и продолжает работать по сей день. В 2003 году стал заместителем главного врача по абдоминальной хирургии. Удостоен таких наград, как засл. врач Рб; кандидат медицинских наук; Профессионал России; удостоен грамоты министра здравоохранения РБ.

Сакаева(Хасанова) Дина Дамировна . В 1984 году поступила на леч фак . В 1990 окончила университет с красным дипломом . Стать врачом было семейной мечтой : бабушка не смогла стать врачом. Мечту воплотили в Дине и ее Брате - Артуре. С 1990 по 1993 проходила по ординатуру анестезиологии и реанимации. В 1994 пошла работать реаниматологом в 18 больницу. В 1995 года ушла химиотерапевтом в онкоцентр. Стать химиотерапевтом ей предлагали еще в институте, там она занималась научной деятельностью:

отраслью ее исследований была лекарственная терапия , и она была одним из немногих, кто обладал опытом в этой сфере. В 1996 году защитила кандидатскую, а в 2004 году защитила докторскую диссертацию. Удостоена таких наград, как: Грамота Министерства здравоохранения РФ. Является членом правления RUSCO и председателем регионального отделения RUSCO(Российского общества клинической онкологии). Член рабочей группы по клиническим рекомендациям по лекарственной терапии рака легкого , рака желудка. Председатель рабочей группы по лечению гематологических осложнений химиотерапии. Член редакционной коллегии журнала "Ланцет" на русском языке.

Хасанов Артур Дамирович (брат Дины) в 1977 году поступила на педиатрический факультет, закончил в 1983 году. Проходил ординатуру с 1983-1984, сначала в ГКБ №6 (Клинике БГМУ), затем в Республиканском кардиологическом диспансере. С 1984-1986 годы работал в реанимации Республиканском кардиологическом диспансере. С 1986-2000 годы работал в реанимации ГКБ №21. В 2000-2004 гг. начал работать в фонде социального страхования в отделе медицинской экспертизы. В 2004-2006 гг. перешел на

работу в Министерство здравоохранения РБ, работал в отделе развития медицинской помощи. В 2006-2014 гг. орбитражный управляющий. С 2014 г. по настоящее время врач УЗД в Поликлиники №46 г.Уфы.

Хасанова (Шакирова) Альфия Абубакировна поступила на педиатрический факультет в 1984 году, окончила в 1990 году. В 1991-1992 годы проходила ординатуру в РДКБ. Стать врачом было ее детской мечтой: будучи еще в детском садике, она играла с ребятами в " Больницу". В 1992-1997 гг. работала участковым педиатром в детской поликлинике №7 г.Уфы. С марта 1997 года и по настоящее время работает в РДКБ сначала врачом ревматологом , а потом детским кардиологом. В 2006 году удостоилась звания лучший врач РДКБ . В 2008 отличник здравоохранения РБ. В 2010 году снова была удостоена звания лучший врач РДКБ. В 2015 почетная грамота РФ. С 2008 года стала врачом высшей категории.

Заключение и выводы: 1) Из четырёх выпускников БГМИ династии Сакаевых — трое (Фарида Зуфаровна, Эрнест Маратович, Дина Дамировна) отмечены государством почётным званием «Заслуженный врач Республики Башкортостан».

2) В династии Сакаевых защищены 3 диссертации (2 кандидатские и одна докторская).

Список литературы:

1. Семёнова Т.В. Медицинское образование в России / Доклад Директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении. М., 2015 - С.4.

2. Киньябулатов А.У. Медики Республики Башкортостан. Уфа, 2009. 378 с. с илл.

УДК 613.953

И. И. Салигаскаров

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕФИЦИТА ЙОДА В ОРГАНИЗМЕ УЧАЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ЧЕКМАГУШЕВСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Научные руководители - учитель МБОУ Гимназия с. Чекмагуш Р.З Ахметова ,
к. б. н., доцент С.М. Измайлова
Кафедра биологии, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: исследование дефицита йода в организме учащихся 6 и 11 классов проводилось следующими методами: йодная сетка, психологический тест. Показано, что йододефицит является одной из основных и распространенных проблем Чекмагушевского района.

Ключевые слова: содержания йода, йододефицитность, йод, методы.

I. I. Saligaskarov

THE STUDY OF IODINE DEFICIENCY IN THE ORGANISM OF PUPILS IN CONDITIONS OF CHEKMAGUSHEVSKY REGION OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor — The teacher of Municipal budget educational institution - Gymnasium the village Chekmagush R. Z. Akhmetova,
PhD in Medical sciences, Associated Professor S. M. Izmaylova
Department of biology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the study of iodine deficiency in the body 6 students and 11 classes were conducted by the following methods: iodine mesh, psychological test. It is shown that iodine deficiency is a major and common problems of Chekmagushevsky area.

Keywords: iodine content, iododeficiency, iodine, methods.

Актуальность: Здоровье – это бесценный дар, который преподносит человеку природа. Организму человека для нормального функционирования требуются различные микроэлементы.

К жизненно важным элементам относится и йод. Многим он известен как антисептический препарат. Однако не все знают, что йод составляет основу гормонов щитовидной железы. Дефицит йода может создать угрозу для жизни. В условиях постоянного дефицита йода нормальная выработка гормонов нарушается, в организме появляются серьезные нарушения обмена веществ и энергии, деятельности головного

мозга и нервной системы, нарушается здоровье половых и молочных желез, развивается зоб щитовидной железы [5].

Врачи утверждают, что наши интеллектуальные способности страдают, прежде всего, от нехватки йода в организме. Недостаток йода вызывает такие симптомы как слабость, сонливость, апатию

Главными источниками йода являются пищевые продукты. Чтобы восполнить недостаток данного микроэлемента, необходимо обогащать йодом основные продукты из нашего рациона: хлебобулочные изделия, соль и т.д.

Проблема дефицита йода крайне актуальна почти для всех регионов России, в том числе и для Республики Башкортостан. Заболеваемость населения республики в 1,3 раза выше, чем в целом по Российской Федерации. В 2008 году заболеваемость составила 1233,0 на 100 тыс. населения (РФ в 2007 г. – 1150,0), детей – 2413,1 (РФ в 2007 г. – 1860,9). В 23 районах Башкирии сохраняется неблагоприятная ситуация по заболеваемости населения болезнями, связанными с недостатком йода. Территорией риска является и Чекмагушевский район [7**].**

Цель исследования: оценка влияния йодного дефицита на состояние здоровья учащихся гимназии с. Чекмагуш.

Материал и методы: Объектом исследования были учащиеся 6-х (N=20 человек) и 11-х (N=20 человек) классов, а также учителя (N=20 человек) МБОУ-Гимназия с.Чекмагуш Чекмагушевского района РБ.

Для определения содержания йода и йододефицитности применялись следующие методы:

1. Титриметрический метод анализа - один из наиболее распространенных способов количественного определения йода. Он прост и доступен к выполнению в любых условиях, имеет высокую чувствительность при определении всех форм йода - молекулярного, йодидов, йодатов [**12**].

2. Фотометрические методы определения йода делятся на 2 группы:

а) метод определения йода в органических растворителях - хлороформе, бензоле, 4-х хлористом углероде и фотометрические методики, которые основываются на соединении йода с различными реактивами. Эта группа методов нетрудоемкая, однако, с достаточной достоверностью выполнима только при достаточно большом содержании йода в пробе;

в) кинетические методы анализа, обладающие высокой чувствительностью, но реакции необходимо проводить в строго контролируемых условиях, с установленной

температурой и pH. Эти методы широко применяются для определения йода в ряде биологических жидкостей, пищевых продуктах растительного и животного происхождения, например, в картофеле, моркови, яблоках, молоке, морских продуктах, чае, сладостях и др. [7]

3. Хроматографические методы. Метод газожидкостной хроматографии разработан для определения общего йода в пищевых продуктах. Для подготовки пробы, после золения, йодид растворяется в воде. Его окисление до свободного йода осуществляется бихроматом калия в присутствии серной кислоты. Освобождающийся при этом йод взаимодействует с 3-пентаноном, и полученное соединение экстрагируется н-гексаном либо другим аналогичным растворителем, после чего поступает в хроматограф. Метод достаточно чувствителен, используется для объектов с малым содержанием иода [13].

4. Электрохимические методы подразделяются на несколько типов: вольтамперометрические, полярографические, амперометрические и др. Первый основывается на переводе йода в электрохимическую форму йодида с последующим определением йодид ионов с помощью инверсионной вольтамперометрии. Йодид-ионы накапливаются на поверхности ртутного электрода в виде ртутного соединения с последующим катодным его восстановлением. Метод достаточно чувствителен, предел обнаружения йодидов составляет 0,5 мкг в 100 г продукта [1].

5. Метод **потенциометрического титрования** основан на определении потенциала индикаторного серебряного электрода, в процессе титрования йодид-ионов серебром. Количество серебра, израсходованное на потенциометрическое титрование соответствует концентрации йодид-ионов. Метод, возможно, использовать в широком диапазоне концентраций - 0,2 до 500 мг/кг [4].

Существует также метод определения содержания йода в продуктах питания с использованием крахмального клейстера и перекиси водорода. Если соль была йодирована, то перекись водорода вытеснит свободный йод, который окрасит крахмал в синий цвет [6].

К методам определения содержания йода в организме относятся очень простые методы для того, чтобы узнать, есть ли у вас недостаток йода в организме. Вот один из них:

1) Йодная сетка. Перед сном необходимо нанести на запястье ватной палочкой несколько полосок йода: одним движением нанести первую полоску, вторую нужно нанести двумя слоями, а третью полоску - тремя. Утром станут заметны результаты - если исчезла одна полоска - то дефицита йода нет. Если пропали две полосы - то необходимо

добавить в свой рацион продукты, содержащие йод, а если исчезли три полоски, то незамедлительно нужно идти на прием к врачу-эндокринологу. Данную методику предлагает ученый-естествоиспытатель Старожук Б.А. [11].

Можно нанести сетку на запястье и затем проверить, через сколько часов она станет незаметной. Если йодная сетка пропала через 3 часа – ваш организм нуждается в данном микроэлементе, 6-8 часов - нехватка йода не так сильно выражена, через сутки - йода в организме достаточно, либо в избытке.

2) Следующий способ - тщательно рассмотреть свои руки. О йододефиците может свидетельствовать мозоль или огрубевшая кожа на внешней части больших пальцев [8.]

3) Психологический способ. Вспомните, какому цвету, вы отдаёте предпочтение. Ученые пришли к выводу, что пристрастие к фиолетовому (цвету, соответствующему парам йода) имеют люди, которые подвержены апатии, легковозбудимые, имеют слабую иммунную и нервную систему, т. е. обладают явными признаками йододефицита [10].

Было решено использовать более доступные методики: нанесение йодной сетки и проведение анкетирования.

Результаты и обсуждение:

В результате исследования проведена оценка влияния йодного дефицита на состояние здоровья учащихся гимназии с. Чекмагуш

1. Исследования по выявлению йододефицита у учеников методом йодной сетки показали, что 75 % учащихся 6 класса, 90% учащихся 11 класса с. Чекмагуш организм испытывает недостаток йода (в среднем 87,5 %).
2. Исследования методом анкетирования по методике профессора Денисова В.Л показали, что 77% учащихся 6 класса и 86% учащихся 11 класса с. Чекмагуш организм испытывает недостаток йода (в среднем 87,5 %). У 14 учителей (70%) также выявлена йодонедостаточность. Опрос на предпочтение показал йододефицит у 26-30% , что является недостоверным.
3. Анкетирование у учеников и учителей с. Чекмагуш на употребление в пищу йодированной продукции показало, что йодсодержащие продукты не пользуются популярностью.5% респондентов чаще употребляет в пищу йодированную соль, чем обычную, а 67%– чаще используют обычную соль, чем йодированную. Совсем не употребляют в пищу йодированную соль 20%, употребляют ее постоянно - 8%. Илецкая соль выгоднее, так как концентрация йода оказалась в ней выше, и стоит такая соль

гораздо дешевле.

4. Анализ литературных данных показал, что в Чекмагушевском районе произрастают следующие йодсодержащие растения: вахта трехлистная, дрок красильный, дурнишник, звездчатка средняя, ряска малая.

5. Результаты беседы с педиатром показали, что йододефицит является одной из основных и распространенных проблем Чекмагушевского района. Первая причина: низкое содержание этого микроэлемента в почве. Вторая: низкий уровень потребления употребления йодсодержащих продуктов (рыба, креветки, ламинария) населением.

Заключение и выводы: Данное исследование показало, что на сегодняшний день большой процент населения Чекмагушевского района страдает от заболеваний, вызванных нехваткой йода. Мы уверены в том, что люди обратят внимание на данную проблему, благодаря нашей работе, и задумаются о цене своего здоровья.

Список литературы:

1. Айметова Г.Я. «Эколого-валеологическая направленность обучения химии» - Москва 2005 год;

2. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы: руководство. — 3-е изд., перераб. и доп. / Е.А. Валдина. — СПб.: Питер, 2006. - С. 81—87.

3. Волкова А. Р. Йоддефицит: миф или реальность // СПб. врачеб. ведомости. - 2002. - №2.С43-45.

4. Гельджинс Ю.А. Определение содержания йода в продуктах питания – Москва 2007 год.

5. Герасимов Г.А. Безопасность йода и йодата калия// Клиническая тиреоидология,2004.Т.2.№3.С.10–14.

6. Штенберг А.И. Руководство к практическим занятиям по гигиене. М., «Медицина», 1976.

7. http://herbalpedia.ru/ (дата обращения: 07.10.2015)

8. http://proeco.visti.net/naturalist/biology/blg_024.htm (дата обращения: 30.10.2015)

9. 02.rospotrebnadzor.ru (дата обращения: 11.12.2015)

10. http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=32806 (дата обращения: 18.02.2017)

11. http://redirect.viglink.com (дата обращения: 07.03.2016)

12. **http://www.critical.ru/ThyreoSchool/d_index.pht** (дата обращения: 09.03.2016)

13. http://www.tiensmed.ru/news/iodus1.html (дата обращения: 15.03.2017)

УДК 61(09) – 036.2 (470.57)

В.А. Сбитякова, Л.С.Корнейчук

СТАНОВЛЕНИЕ АКУШЕРСКОГО ДЕЛА В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.С. Рахимкулов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: в статье приводится история становления и развития акушерской службы Уфимской губернии: начиная с повитух до помощи в фельдшерско-акушерских пунктах и земских больницах.

Ключевые слова: медицина, повитухи, акушерство, роды, Уфимская губерния.

V.A. Sbityakova, L.S. Korneichuk

THE FORMATION OF THE OBJECTIVE BUSINESS IN UFIMOVSKAYA GUBERNIA

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor A.S. Rakhimkulov

Department of Public Health and Health Organization IAPE

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: in the article the history of formation and development of obstetric service of the Ufa province: from midwives to midwifery posts and rural hospitals.

Keywords: medicine, midwives, midwifery, childbirth, Ufa province.

Актуальность: в данной статье мы провели характеристику, анализ и сделали вывод об акушерском деле в Уфимской губернии. Несмотря на свою малочисленность, акушерское дело в Уфимской губернии вносило существенный вклад в оказании акушерско-гинекологической помощи.

Цель исследования: изучение развития и становления акушерского дела в Уфимской губернии.

Материалы и методы: был применен исторический метод исследования, а именно: книг, архивных данных.

Результаты и обсуждения: роды в 19 веке в Уфимской губернии принимала повитуха. Чаще всего эта была женщина в возрасте, которая имела своих детей и с безупречной репутацией. Свои знания и умения она передавала дочери или своей помощницы. Задача

повитухи были: принятие родов и послеродовый период. Во время родов повитуха развязывала на одежде роженицы все узлы, вынимала у нее серьги, распускала волосы. Также делала массаж поясницы, теплый компресс, при неправильном положении плода выправляли положение младенца в утробе. Также для приведения в порядок внутренних органов выполнялся ритуал послеродового пеленания и перетягивания живота роженицы. Но из-за многих предрассудков, незнаний повитух и беспомощности женщин в Уфимской губернии в 19 веке смертность была очень высока: из одной тысячи родившихся в Уфимской губернии в 1867-1881 годах почти одна четверть младенцев умирала, не прожив и одного года, а до 5 лет из одной тысячи доживало всего 406 детей, то важнейшей задачей земства была охрана здоровья матери и ребёнка. Факторами высокой детской смертности в губернии, как и в других регионах России, были плохие экономические и бытовые условия жизни, неграмотность населения, особенно женщин, а также некоторые устоявшиеся стереотипы оказания помощи роженицам и ухода за младенцами и детьми. Так, мусульмане и язычники брали с собой детей на полевые работы, а христиане оставляли их дома , на попечение стариков или детей, которые кормили их из плохо вымытых сосок и рожков, а молоко в них прокисало[4,5,8].

Из-за этого было решено повышать уровень акушерской службы: обучив повитух, используя в качестве наставников акушерок, и сами акушерки оказывали помощь, но они были менее востребованными. Обращение при родах к помощи повитух, а не к помощи медицинских работников, среди женщин объяснялось самим укладом сельской жизни. Население шло к повитухам потому, что они не только принимали роды, но и готовили пищу, стирали белье, выполняли всю чёрную работу. В результате этого земские акушерки оставались без работы или служили тем, кто мог оплатить их помощь. В 1888 году акушерская помощь на домах во всех уездах земской России была оказана земскими врачами в 50500 случаях, а вместе со случаями, бывшими в родильных отделениях земских больниц, это число не превышало 60000 случаев. В среднем на каждую губернию приходилось около 1800 и на каждый уезд – около 170 случаев земской акушерской помощи населению. Такая помощь была оказана менее, чем в 2 % всех родов. Сельские женщины по-прежнему предпочитали помощь повитух, а к акушеркам обращались лишь в тех случаях, когда срочно требовалась оперативная помощь врача[3].

Из-за религиозных убеждений губерний требовались женщины-врачи и фельдшерицы-акушерки, а не мужчины. Доклады участковых земских врачей Уфимской губернии начала 80-х годов XIX века свидетельствовали о том, что деятельность земских акушерок была малоэффективной, по причине противодействия им местных повитух, которые

опасались «с появлением акушерок при роженицах лишиться собственной практики». Врач Гадамер предложил изменить положение дел следующим образом: «Тем из сельских повитух, которые пригласят акушерку для участия вместе с нею при приёме новорожденного, и будут исполнять требования и наставления последней, выдавать за каждого новорожденного по 50 копеек и, сверх того, предоставить им получать те доходы, которыми они пользуются по местным обычаям; независимо от сего выдавать по 50 копеек и акушерке за каждого новорожденного, принятого при ней повитухой»/ Мера эта была введена в Уфимском уезде в качестве эксперимента и вскоре принесла положительные результаты. Практика акушерок значительно увеличилась, сельское население стало относиться большим доверием, а многие повитухи приучились к правильному уходу за роженицами и новорожденными[3].

Однако, несмотря на успешные результаты инноваций в деле оказания помощи роженицам, уездное земское собрание отклонило предложение о вознаграждении акушерок за совместно принятые роды вместе с повитухами. Выдавалось вознаграждение от 1 до 5 рублей повитухам только при одобрении акушерки.

Весьма успешно в 1879 году выглядела деятельность повивальной бабки 1-го Бирского земского участка Н.И. Ватлашевой, что выразилось в оказании медицинской помощи в 273 случаях, а именно: принято младенцев – 17, оказано помощь женщинам после родов – 26 случаев, при женских заболеваниях – 80 случаев, осмотрено по предложению врача больных женщин – 100 случаев, оказана помощь больным грудным детям – 50 случаев. По мнению участкового врача П. Гоняева, «её деятельность принимала солидные размеры» . Однако это был один из немногочисленных случаев[2].

Второй съезд земских врачей губернии, который состоялся в 1889 году, признал, что квалифицированная акушерская помощь «не прививается ни в одном уезде, в каком бы виде не практиковалась», число принятых акушерками и фельдшерицами-акушерками младенцев колеблется от 10 до 40, а каждые роды обходятся земству не дешевле 10 рублей. Секция, посвящённая вопросам акушерства и гинекологии, рассматривая этот вопрос, приняла, а съезд поддержал следующее решение: «Считать деятельность акушерок не оправдывающей затраченных на неё материальных затрат земств и, в виду этого, рекомендовать заменить акушерок фельдшерицами-акушерками, которые могут заменять врача». Также было решено «считать полезным обучать простых женщин правильному родовспоможению, устроить в губернии специальные родильные дома и приёмные покои»[1].

В начале XX века в Уфимской губернии, в большинстве случаев, роды принимали повитухи, так как в губернии не было родильных приютов, родильных кроватей и отделений во всех земских больницах, родовспоможений с участием врачей-акушеров также не было (Табл. 1).

Таблица 1

Организация акушерской помощи в Уфимской губернии в 1901 году

Показатели	Значение показателей
Численность населения	2469476
Число родильных приютов и кроватей в них	–
Число больничных кроватей в родильных отделениях	–
Число акушерок	22
Число акушерок-фельдшериц	40
Число родовспоможений на дому	636
Число родовспоможений в больнице	–
Число родов, принятых врачами-акушерами	–
Число рождённых младенцев за год	117409
Удельный вес родовспоможений к общему количеству родов	0,6%
Удельный вес родов, выполненных повитухами	99,4%
Количество населения на одну акушерку	1122489
Количество населения на одну акушерку-фельдшерицу	617369

(Составлена по:Бокодаров В.К. Организация акушерской помощи в земских губерниях. СПб., 1906. С. 6-22.)

На всё население Уфимской губернии (2469476 человек) приходилось всего 22 акушерки (112249 человек на одну акушерку), 40 акушерок-фельдшериц (61737 человек на одну акушерку-фельдшерицу). Родовспоможений на дому было 636 от 117409 рождённых за год детей (0,6 %). Удельный вес родов, принятых повитухами, составлял 99,4 % (только на каждые 166-е роды вызывались акушерка или акушерка-фельдшерица). Тем не менее, деятельность фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных участков, просветительная работа земского медицинского персонала имела определённые успехи. В 1903 году, согласно данным П.И. Куркина, Уфимская губерния относилась к числу губерний с самой малой младенческой смертностью (18,8-14,9 %) среди всех губерний России . Согласно его же исследованиям, в 1908-1910 годах среди 50 губерний

Европейской России она по этому показателю уступала только 11 губерниям и относилась ко 2-й группе губерний России, где смертность составляла 18-20 % [6].

Заключение и выводы: К середине 10-х годов XX века, помимо фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, такую помощь можно было получить в Уфимской губернской земской больнице, в Уфимской земской гинекологической лечебнице, в родильном благотворительном приюте Уфы, на специально организованных родильных кроватях в уездных земских больницах, в родильных отделениях сельских больниц в деревнях Ардальоновка, Семёновка, Иглино, Благовещенского завода. Несмотря на свою малочисленность, акушерское дело в Уфимской губернии вносило существенный вклад в оказании акушерско-гинекологической помощи женщинам региона.

Список литературы :

1. Вестник Уфимского земства. Уфа, 1880.- С.89-90

2. Земский ежегодник за 1878 год. - С. 276.

3. Корнейчук Л.С., Рахимкулов А.С., Нагаев Р.Я. Становление и развитие земской медицины в Белебеевском уезде Уфимской губернии\\Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № S3. С. 108-109.

4. Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина. - С. 185-186.

5. Памятная книжка Уфимской губернии на 1878 год.- С. 56.

6. Рашин А.Г. Население России за 100 лет.- С. 197

7. Труды II съезда земских врачей Уфимской губернии.- С. 14.

8. Шарафутдинова Н.Х., Павлова М.Ю., Рахимкулов А.С. История медицины Башкортостана. Учебное пособие. - Уфа, 2007. – 92с

УДК 61(09) – 036.2 (470.57)

В.А. Сбитякова, Л.С.Корнейчук

ТРАДИЦИОННЫЕ РОДИЛЬНЫЕ ОБРЯДЫ БАШКИРСКОГО НАРОДА

Научный руководитель: доцент, к.м.н. А.С. Рахимкулов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет г.Уфа

Резюме: в статье будут рассмотрены традиционные родильные обряды башкирского народа. На основе полевых этнографических материалов реконструируется традиционная родильная обрядность башкирского народа. Анализируются обычаи и обряды, связанные с до-и послеродовым периодом у женщин, с рождением ребенка.

Ключевые слова: традиция, обычаи, родильные обряды, приметы, верования, повитухи.

V.A. Sbityakova, L.S. Korneichuk

TRADITIONAL MATERNITY BREADS OF THE BASHKIR PEOPLE

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor A. S. Rakhimkulov

The Department of public health and health organization IAPE

Bashkir state medical University, Ufa

Abstact: the article will consider the traditional maternity rites of the bashkir people. Based on field ethnographic materials, the traditional maternity ceremony of the bashkir people is being reconstructed. The customs and rituals associated with the pre- and post-natal period in women, with the birth of a child, are analyzed.

Keywords: tradition, practices, maternityrituals, superstitions, beliefs, midwives.

Актуальность: в данной статье мы провели характеристику, анализ и сделали выводы об традиционных родильных обрядах башкирского народа. Многие выработанные народом правила ухода за роженицей у башкир имеют и сегодня практическое значение.

Цель исследования: изучение традиционных родильных обрядов башкирского народа.

Материалы и методы: был применен исторический метод исследования, а именно: книг, архивных данных.

Результаты и обсуждения: башкир семья много значила в жизни человека, создавалась с главной целью – рождение детей. Одна из восточных пословиц гласит: палаларыөй – базар, паласысөй – мазар (дом, где есть дети, – базар, без детей – кладбище).

Беременность и роды считались у башкир своеобразной инициацией: после рождения ребенка, женщина возрождалась как плодородная мать. Женщина-мать пользовалась в обществе особым уважением, у бездетной женщины напротив, авторитет среди окружающих пропадал [1,6].

В рождении детей существуют три этапа. К первому этапу относят дородовые обряды, которые состоят из зачатия и беременности. Второй этап связан с родами. Третий этап – послеродовые отношения матери и ребенка.

Обряды и магические действия, способствовавшие рождению детей, предпринимались еще во время свадебных торжеств. К ним относилось, например, осыпание молодых сладостями, монетами. С целью пожелания рождения детей при въезде во двор жениха на колени невесте сажали ребенка (чаще мальчика), на постель новобрачных – двух младенцев, обычно мальчика и девочку. Когда супруги узнавали, что жена беременна, этот факт скрывался от посторонних. Беременную женщину старались радовать: поощряли ее желания, особенно в еде. Считалось, если беременная пожелала какую-то еду и это желание не было исполнено, ребенок может родиться с физическим изъяном.

Беременная женщина не должна была вязать, так как считалось, что пуповина может опутать плод, нельзя было перешагивать через коромысло. Женщине нельзя было оставаться дома одной без огня, выходить во двор после захода солнца: считалось, что зародышем может завладеть «нечистая сила». Беременная была избавлена от визитов соболезнования в дом, где находился покойник, от посещения похорон. Это и сейчас подтвердилось наукой: беременную женщину стрессовые эмоции могут привести к неблагоприятным последствиям.

Близкие родственники старались определить пол ребенка. Самым распространенным подобным обычаем было предсказание по форме живота женщины. Чаще всего при остроконечном животе ожидали мальчика, при круглом и ровном – девочку. Также смотрели на поведение и внешность матери. Если внешность в течение беременности не меняется, это говорило о том, что будет мальчик, если же она дурнеет в лице– будет девочка. Если беременной снились мужские предметы, такие как: нож, топор, мужская шапка, то ожидали мальчика. Расческа, лента, украшения снились к рождению девочки. В башкирских семьях мальчики были желаннее.

Чтобы роды прошли благополучно, давали различные обеты о жертвоприношениях, раздавали милостыню нуждающимся (блаженным, незрячим или калекам). Момент родов до последнего хранился в тайне, считалось, что чем больше людей знает о родах, тем сложнее они будут проходить. Круг посвященных был очень узок – мать, повитуха, муж и

свекровь. Женщины у пермских башкир часто рожали прямо в доме, часто в бане. Обязательно на полу, застеленной соломой или платьями. Муж выпроваживал из дома всех посторонних, и для родильницы выбиралось самое удобное помещение. Роды помогала принимать бабушка-повитуха, кендек-эбей (пуповая бабушка) или кендек иней (пуповая мама), которая обычно на всю деревню была одна. Чаще это женщина пожилого возраста, которая сама имела детей. Потом свои знания она старалась передать молодой девушке, например, дочери. Услуги повитухи щедро, в меру состоятельности семьи, оплачивались, а принятый повитухой ребенок всю жизнь должен был заботиться о ней, не забывать по праздникам, а после смерти заказывать поминальные молитвы [5,6].

Среди саратовских башкир бытовало представление о том, что любое серьезное дело нужно начинать с правой руки, а выходить в путь для совершения процесса необходимо с правой ноги, или приступать к делу с правой стороны, поэтому кендекәй строго соблюдали этот обычай. При получении вестей о начавшихся схватках кендекәй с молитвами спешила в дом роженицы [2,6].

Во время родов повитуха развязывала на одежде роженицы все узлы, вынимала у нее серьги, распускала волосы. Также делала массаж поясницы, теплый компресс, при неправильном положении плода выправляли положение младенца в утробе. Для ускорения родов повитуха взваливала роженицу себе на спину (спина к спине) и носила ее по помещению, иногда стряхивая и заставляя тянуться. Иногда это делал муж, если он присутствовал при родах, это не запрещалось. При тяжелых родах применяли различные религиозно-магические меры, например, просили помощь у предков: роженицу водили под руки по комнате и заставляли трижды ударять правой ногой о порог дома, дверной косяк. В фольклорном сознании порог, косяк сакральны, неприкосновенны в силу их отношения к древним формам погребения (под порогом дома). Такое «беспокойство» духов предков соотносилось с выспрашиванием помощи. Старались вызывать рвоту – просили жевать свои волосы.мусульманок опрыскивали молитвенной водой. Тяжелые роды связывали с совершенным грехом, чаще всего, если не было очевидных проступков перед другими односельчанами, то согрешившей роженица считалась перед мужем. В этом случае к роженице звали мужа, и он должен был ее «простить». Если видели грех рожавшей перед кем-то другим, то обряд «снятия вины» в точности повторяли. В ряде случаев мать во время тяжелых родов просила прощения у всех в доме, даже у детей.

Существовало множество обрядов, которые были направлены на сохранение жизни ребенка. Одним из таких обрядов являлся, например, обряд купли-продажи ребенка. Роды

проходили в чужом доме, после чего женщина возвращалась домой. Хозяева дома, где она родила, приносили к ней ребенка и «продавали» его, подавая через окно. В Пермской области после такой купли-продажи они становились названными родителями [1].

Другим способом сохранения жизни новорожденному выступало наречение имени, которое имело таинственное охранительное значение. Имена чаще образовывались на основе таких слов как «ульмяс» (не умирающий), «тере» (живой), «исян» (здоровый), они были как мужскими, так и женскими, например, Исянбика, Исянбай, Ульмасбай, Ульмасбика, Исянгол, Терегол, Теребаш и др.[3].

Сразу после родов совершались обязательные пострродовые обряды, способствующие вхождению новорожденного в общину. Для роженицы и ребенка топили баню подряд три дня, купанием ребенка и роженицы занималась повитуха. Существовали определенные ритуалы в отношении последа и пуповины, захоронение последа и пуповины лежало в круге обязанностей повитухи. После завершения родов послед, предварительно вымыв в чистой воде, повитуха заворачивала в тряпочку и закапывала под основанием дома или в подполье. Плаценту и пуповину ребенка, за чью жизнь особенно переживали, хранили очень бережно, плаценту хранили в засушенном виде, так как она оберегала от влияния злых сил [4].

У саратовских башкир для приведения впорядок внутренних органов выполнялся ритуал послеродового пеленания и перетягивания живота роженицы. По сообщениям повитухи Г. А. Латыповой: после выхода последа роженицу омывали («гөсөлкөйөндөрөу»). После роженица часто засыпала на 3-4 часа. После сна роженицу подмывали, переодевали в сухую одежду, обмазывали ей живот топленым маслом и массировали круговыми движениями снизу-вверх. Потом живот перетягивали платком, или полотенцем, а поверх уже платья живот фиксировали шалью, или «билғау» (*диал.)*, специальной повязкой для поясницы. На второй или третий день топили баню роженице и новорожденному. Роженице каждый день делали массаж. После массажа перетягивали живот, чтобы он вернулся в прежнее свое состояние, а не опустился (имеется ввидуопущение матки, яичников, мочевого пузыря, влагалища). Обычно женщина сорок дней должна была перетягивать живот, беречь груди, их накрывали грудной повязкой («түшелдерек») и сорок дней не спать с мужем [5]. С точки зрения современной медицины древний ритуал послеродового пеленания, а после собственно перетягивание живота роженицы, известный и у других народов, не просто ритуал, а сильное, продуманное физиологическое воздействие на роженицу в целях скорейшего ее восстановления.

Заключение и выводы: дородовые обряды и обычаи башкир представляли собой поведенческие нормы, сформированные на основе ранних магических знаний, духовных элементов путем сохранения множества ограничений и указов для беременных. Роды и родильная обрядность были одинаково значимыми как для роженицы, так и для ребенка в качестве переходного периода. Через родильную обрядность совершался поэтапно перевод ребенка из природы в культуру. Несмотря на это многие выработанные народом правила ухода за роженицей у башкир имеют и сегодня практическое значение.

Список литературы:

1. Бикбулатов Н.В., Фатыхова Ф.Ф. Семейный быт башкир 19–20вв. - М.: Наука, 1991г.

2. Георги И.Г. Описание всех обитающих в Российском государстве народов, их житейских обрядов, обычаев, одежд, жилищ, упражнений, забав, вероисповеданий и других достопамятностей. СПБ., 1799. Ч.II.4. ПМА, 2006 г.

3. Информатор Нигматулина Шаркия Исмагиловна, 1925 г. р., с. Кузябаево Перелюбского района Саратовской области, дочь Латыповой Гульзагиды Асфандьяровны, повитуха во втором поколении. ПМА, 2005 г.

4. Информатор Дасаева Малика Шариповна, 1925 г. р., с. КунакбаевоПерелюбского района Саратовской области, дочь повитухи Дасаевой Гульзамины, 1897 г. р. Аналогичный диалог описан Р. А. Султангареевой. См.: Духовное наследие башкир. - С. 241.

5. Кусимова Т.К. Башкортисемдаре. - Уфа, 1982г.

6. Рахимкулов А.С. Исторические аспекты башкирских национальных традиций в пропаганде здорового образа жизни. // В сборнике: Актуальные проблемы истории, этнологии, археологии и культуры Башкортостана. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной юбилею видного общественного и научного деятеля, профессора Марата Махмутовича Кульшарипова. 2016.- С. 392-400.

УДК 613.6.02

Л.И. Саттарова

АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОБРАЗА ЖИЗНИ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ РБ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Научный руководитель – к.м.н., А.Ш. Галикеева,

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: представлены результаты оценки медико- социального статуса, образа жизни взрослого работающего населения РБ по результатам анкетирования. Проведен анализ самооценки здоровья, двигательной активности и физических нагрузок, режима питания, наличие вредных привычек. Установлено, что почти 48% опрошенных работников оценивают свое здоровье удовлетворительным и плохим, в тоже время 73% респондентов отметили, что ведут «сидячий образ жизни».

Ключевые слова: медико- социальный статус, образ жизни, работающее население.

L. I. SATTAROVA

ANALYSIS OF MEDICAL- AND SOCIAL CHARACTERISTICS AND LIFESTYLES OF THE WORKING POPULATION OF BELARUS ACCORDING TO THE SURVEY

Scientific Advisor – PhD in Medical Sciences, Associated Professor A. S. Galikeeva,

Department Of Public Health and Care Organization with the course of IAPE,

Bashkortostan State Medical University, Ufa

Abstract: the results of evaluation of medical and social status, lifestyle of the adult working population of the Republic of Bashkortostan according to the results of the survey. The analysis of self-rated health, physical activity and physical activity, diet, presence of harmful habits and level of social optimism. Found that nearly 48% of workers rate their health as satisfactory and poor, at the same time 73% of respondents said that they are doing "sedentary lifestyle" and interviewed.

Keywords: medical and social status, lifestyle, working population.

Актуальность: обусловлена чрезвычайно высокой распространенностью основных стоматологических заболеваний среди работающего населения в возрасте 35 - 45 лет, которая, по данным ВОЗ, достигает 98% и наличием причинно-следственных связей между показателями стоматологического здоровья работающего населения и медико-социальными факторами.

Социальные факторы, большая часть которых вместе с гигиеническими характеристиками жизнедеятельности входит в обобщенное понятие “образ жизни обусловлены социально-экономической структурой общества, уровнем образования, культуры, производственными отношениями между людьми, традициями, обычаями, социальными установками в семье и личностными характеристиками. Доля их влияния на здоровье составляет более 50% среди всех факторов, следовательно, изучение связи механизмов их влияния на здоровье различных групп населения является необходимым для разработки научно обоснованных рекомендаций по предупреждению и устранению неблагоприятных социальных условий и факторов, а также для разработки оздоровительных мероприятий среди населения [1,2].

Цель исследования: изучение основных социальных факторов формирования здоровья и оценка наиболее значимых факторов риска формирования стоматологического здоровья трудоспособного населения

Материалы и методы: в основу работы положено медико-социальное обследование 630 человек экономически активного населения РБ в возрасте от 18 до 60 лет. Из общего числа участников исследования (630 человек) мужчины составили 41,7% (263 человека), женщины – 58,3% (367 человек).

Для анализа значимости психосоциальных факторов формирования здоровья проведен анонимный опрос с использованием анкеты, разработанной экспертами ВОЗ и адаптированной с учетом стоматологического статуса и факторов влияющих на развитие патологии рта.

В процессе обработки вопросы анкеты группировались по основным разделам: "паспортные" данные; система эколого-гигиенических представлений; образ жизни и

уровень социального оптимизма; показатели здоровья; факторы стресса и особенности межличностных отношений на работе; доступность и качество стоматологической помощи; уровень информированности о проблемах стоматологических заболеваний.

Результаты и обсуждение: По результатам исследования выявлено, что опрошенные представляли, преимущественно, население, стабильно проживающее в одном населенном пункте. Удельный вес лиц, проживающих в данном поселении менее одного года, составил менее 3,0%, а доля проживающих менее 5 лет не достигает 10%. Чаще всего в группах были представлены работники со сроком проживания в данном поселении от 10 до 20 лет (40,5%) и свыше 20 лет – 29,7% при среднем сроке постоянного проживания 15,1±1,4 (Рисунок 1).

Во всех выделенных профессиональных группах практически не было мигрантов из других стран.

По семейному положению преобладали лица, проживающие в семьях из 2 – 5 человек; респонденты, имеющие семью из 5 и более человек, составили 13,6%, одинокие – 4,5%. Среднее количество членов семьи составило 3,1±0,7 человек.

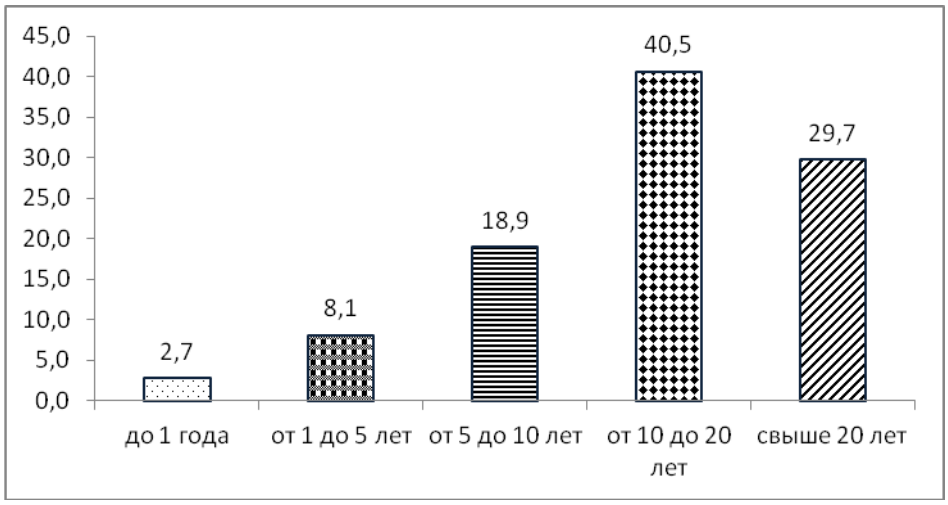


Рисунок 1 - Распределение обследованных работников по срокам проживания в данном поселении, %

О показателях распространенности вредных привычек можно судить по ответам на вопрос: «Что бы вы хотели сделать в следующем году, чтобы поправить или поддержать свое здоровье?». Из 20 предложенных вариантов ответов почти три четверти опрошенных (73,0%) выбрали ответ «больше двигаться», а еще 40,5% - «регулярно заниматься

физической культурой», что свидетельствует как о достаточной осведомленности опрашиваемых относительно вреда гиподинамии, так и о высокой значимости планируемых личностных достижений в улучшении сложившейся ситуации. Каждый пятый респондент (21,7%) «мечтает» бросить курить или курить меньше, а 13,5% - употреблять уже в будущем году меньше алкоголя, что позволяет считать именно эти показатели наиболее близкими к истине в части распространенности в анализируемой когорте данных вредных привычек. Практически половина опрошенных (45,9%) надеется, что в будущем году станет задумываться о своем здоровье и будет больше уделять себе внимания.

Среди работающих наблюдалось от полного отсутствия до четырех заболеваний одновременно. На долю лиц с четырьмя и более хроническими болезнями приходится от 6 до 10%, а удельный вес лиц, имеющих не более одного заболевания, колеблется в пределах от 30 до 45%

В процессе проведения данного исследования всем опрошенным было предложено оценить собственное здоровье по четырехбалльной шкале: «очень хорошее», «хорошее», удовлетворительное», «неудовлетворительное». Из общего числа опрошенных примерно равное количество обследованных (41,5 и 42,5% соответственно) отнесли его к «хорошему» и «удовлетворительному»; 4,3% опрошенных сочли свое здоровье «неудовлетворительным» и только 6,0% - «очень хорошим».

Проведенные исследования свидетельствуют о достаточно высокой значимости психосоциальных факторов для работающего населения. Наиболее значимыми факторами у исследуемых являются причины страха, нервозности или стресса на работе и экономическое обеспечение семьи, отношения с супругами и партнерами и состояние здоровья самих опрошенных, членов их семьи.

Проведенные исследования по изучению фактического питания позволили выявить, что у всех опрошенных, за последние три года возросла масса тела, причем удельный вес лиц, отметивших это явление составляет от 18,2% до 35,9% . Кроме того, от 60% до 80% опрошенных осознают необходимость употребления большего количества овощей и фруктов; от четверти до 30,0% считают необходимым, чаще есть пищу, содержащую меньше жира.

Среди опрошенных респондентов достаточно низкий удельный вес лиц, готовых в ближайшем будущем сократить до минимума потребление нездоровой пищи быстрого приготовления и перекусывания на ходу, что свидетельствует о недостаточной информированности работающего населения в вопросах здорового и рационального питания.

Согласно результатам опроса, большинство лиц трудоспособного возраста, принимавших участие в исследовании, достаточно осведомлены о значимости гигиены рта для стоматологического здоровья. Так, около половины всех опрошенных 53,6±2,9% связывает имеющуюся у них патологию рта с несоблюдением требований гигиены рта.

Значительно реже, в 15 – 25% случаев они связывают имеющиеся у них заболевания с использованием некачественной питьевой воды, недостаточностью рациона питания, переохлаждением, травмами, наследственностью (наличием аналогичных заболеваний у их прямых родственников).

Такие характеристики, как регулярность чистки зубов, используемые средства гигиены рта и их сочетания между собою, использование лекарственных препаратов и аппликации мазей, в целом складывается впечатление, что большинство лиц трудоспособного возраста уделяют достаточное внимание проблемам стоматологического здоровья, чем здоровью в целом, но в тоже время обращаемость к врачу-стоматологу многократно более ниже, по сравнению с показателем обращаемости к врачу-терапевту.

Таким образом, итоговый сравнительный математический анализ выявил статистически достоверные взаимозависимости и тенденции для наиболее значимых групп факторов формирования здоровья работающего населения, куда вошли: показатели соматического статуса; антропогенные факторы, образ жизни и ведущие психосоциальные факторы.

Заключение и выводы:

1. В группе психосоциальных факторов, способных влиять на формирование здоровья, превалируют факторы: нервозность или стресс на работе, экономическое обеспечение семьи, физическая и моральная усталость в конце рабочего дня и недели.

2. Показатель обращаемости к врачу-стоматологу многократно более низкий, что свидетельствует о недостаточном внимании к проблемам стоматологического здоровья.

3. Санитарно-просветительская работа среди работающего населения является необходимым компонентом комплексной профилактики соматических и стоматологических заболеваний.

Список литературы:

1. Величковский, Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б.Т. Величковский // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – № 2. – С. 8-17.

2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов под ред.: В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова М. – МЕДпресс-информ, 2009. – 655 с..

УДК 614.2

Н.П. Зылева, Л.Р. Идрисова, В.Ф.Асадуллин, А.Р. Азаматова, Э.Р.Абдуллина

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В МУНИЦИПАЛЬНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель – доцент Р.Ш. Азаматов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье анализированы основные показатели деятельности медицинских учреждений акушерско-гинекологической службы в районах Республики Башкортостан за 2015 г. Приведены следующие показатели: сведения об абортах РБ в 2014 г. на 1000 женщин фертильного возраста; мертворождаемость на 1000 родившихся детей живыми и мертвыми; ранняя неонатальная и перинатальная смертность на 1000 родившихся живыми детей; заболеваемость новорожденных на 1000 живорожденных; процент беременных, не взятых на учет по беременности до 12 недель. Представлен пример подсчета коэффициента корреляции и проведен анализ взаимосвязи между показателями – смертностью новорожденных, перинатальной смертностью, мертворождаемостью, заболеваемостью новорожденных и женщинами, вставшими на учет после 12 недель беременности. Вычисления проводились в программе Excel 2013.

Использовали формулу для подсчета коэффициента корреляции $r_{xy} = \frac{\Sigma d_x \cdot d_Y}{\sqrt{\Sigma d_X^2 \cdot \Sigma d_Y^2}}$ *, где x и y - переменные варианты сопоставляемых вариационных рядов, dx и dy - отклонение каждой переменной (варианты) от своей средней арифметической (Mx и My).*

Ключевые слова: показатели акушерско-гинекологической службы, коэффициент корреляция, взаимосвязь.

N.P.Zyleva, L.R.Idrisova, V.F. Asadullin, A.R. Azamatova, E.R.Abdullina

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE MAIN INDICATORS OF MEDICAL CARE DURING PREGNANCY, CHILDBIRTH AND POSTPARTUM WOMEN IN THE MUNICIPAL DISTRICTS OF THE RESPUBLIC OF BASHKORTOSTAN.

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor R.SH. Azamatov

The Department of Public Health and Health Organization with IDPO course, Bashkir State Medical University, Ufa.

Abstract: the article analyses main indicators of activity of medical institutions of obstetric-gynecologic services 54 districts of the Republic of Bashkortostan for 2015 includes the following indicators: information about abortions RB in 2014, 1,000 women of childbearing age; stillbirths per 1,000 live births and stillbirths; early neonatal mortality per 1000 live births; perinatal deaths per 1,000 live births and stillbirths; neonatal morbidity rate per 1,000 live births; infant mortality per 1,000 live births; the percentage of pregnant women, not taken on account of pregnancy up to 12 weeks. Presents an example of calculation of correlation coefficient and the analysis of the relationship between the indicators – infant mortality, perinatal mortality, stillbirths, neonatal morbidity and women embarked on the record after 12 weeks of pregnancy. The calculations were done in Excel 2013. Used formula for calculation of the correlation coefficient , where x and y successive options mapped variational series, DX, and dy is the deviation of each variable (options) from their arithmetic mean (MX, Mu).

Keywords: indicators of obstetric-gynecologic service, coefficient of correlation, correlation.

Актуальность: Одним из важных показателей и характеристик уровня смертности в мире является уровень смертности детей до 5 лет и, особенно детей до 1 года, так как именно в этом возрасте умирает большая часть этих детей. В России также понимают важность этого показателя: изменение его уровня заложено в «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», «Основных направлениях государственной социальной политики по улучшению положения детей в

Российской Федерации до 2010 г. (национальный план действий в интересах детей)» и т.д. В отличие от ожидаемой продолжительности жизни уровень младенческой смертности в России постоянно снижается уже в течение длительного периода, в частности вначале 21 в. был преодолен так называемый «парадокс младенческой смертности» (у мальчиков - в 2002 г., а у девочек – в 2000 г.). Встать на учет по беременности необходимо в сроке до 12 недель. Скрининг 1 триместра – диагностическое исследование, которое проводится беременным группы риска с 10 до 14 недели. Оно, являясь первым из двух скрининговых наблюдений, позволяет с большой точностью определить, насколько высок риск рождения больного плода. Состоит такое обследование из двух частей – сдачи крови из вены и УЗИ. На основании их, с учетом многих индивидуальных факторов, врач-генетик и выносит свой вердикт. Ранняя явка в консультацию позволяет своевременно выявить и пролечить возможные осложнения беременности, что обеспечит рождение здорового малыша. Кроме того, ранняя постановка на учет позволяет максимально точно определить срок беременности и родов. Маленький и приятный сюрприз – при постановке на учет до 12 недель беременности позволяет будущей маме получить единовременное денежное пособие от государства (в 2017г. -705 рублей 11 копеек).

Цель исследования: 1) найти взаимосвязь между показателями – смертностью новорожденных, перинатальной смертностью, мертворождаемостью, заболеваемостью новорожденных и женщинами, вставшими на учет после 12 недель беременности, вычислить коэффициент корреляции.

Материалы и методы: данные взяты из сборника МИАЦ Минздрава РБ «Здоровье населения и деятельность медицинских организаций Республики Башкортостан в 2015 году». За стандарт принято среднее республиканское значение выбранных показателей. Были анализированы показатели деятельности медицинских организаций 54 районов нашей Республики без показателей городов. Вычисления проводились в программе Excel 2013. Использовали формулу для подсчета коэффициента корреляции $r_{xy} = \frac{\Sigma d_x \cdot d_Y}{\sqrt{\Sigma d_X^2 \cdot \Sigma d_Y^2}}$, где

x и y - переменные варианты сопоставляемых вариационных рядов, dx и dy - отклонение каждой переменной (варианты) от своей средней арифметической (Mx и My).

По коэффициенту корреляции построили график в программе Excel 2013 по формуле и выявили, что:

- коэффициент корреляции (r) между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и перинатальной смертностью равен 0,0819 - слабая прямая зависимость;

- (r) между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и мертворождаемостью - 0,0270 - слабая прямая связь, то есть связь практически отсутствует;

- (r) между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и смертностью новорожденных равна 0,1725 - слабая прямая зависимость;

- (r) между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и заболеваемостью новорожденных - 0,1630 - слабая прямая зависимость.

Результаты и обсуждение:

Коэффициент корреляции между сравниваемыми показателями низкий, это говорит об отсутствии взаимосвязи между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и мертворождаемостью, перинатальной смертностью, заболеваемостью и смертностью новорожденных.

Заключение и выводы: 1.Проанализировав коэффициенты корреляции между сравниваемыми показателями, можно сказать, что низкие коэффициенты говорят об отсутствии взаимосвязи между женщинами, вставшими на учет после 12 недель и мертворождаемостью, перинатальной смертностью, заболеваемостью и смертностью новорожденных.

2. Однако, даже такая небольшая сумма материальной поддержки, способна стимулировать раннюю постановку на учёт беременных женщин. А это, в свою очередь, позволяет улучшить демографическую ситуацию в нашей стране.

Пример диаграммы:

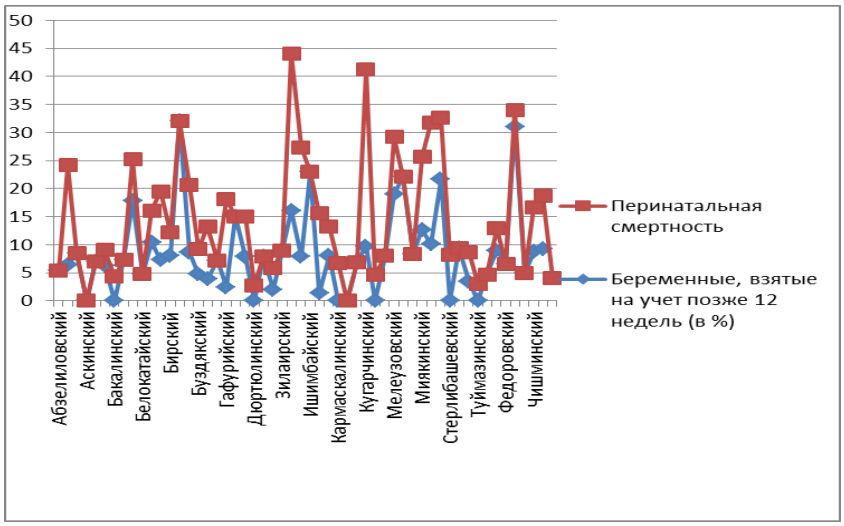


Рисунок 1. Сравнительная диаграмма показателей корреляции перинатальной смертности и беременных, взятых на учет позже 12 недель в муниципальных районах Республики Башкортостан в 2015 году.

Список литературы:

1) Азаматов Р.Ш., Шамаева З.Х., Негара Ю.А. Сравнительный анализ основных показателей медицинского обслуживания беременных, рожениц и родильниц в муниципальных районах республики Башкортостан. Вестник Башкирского государственного медицинского университета. №4, 2016г. – с.836 -840.

2) Тарент И.Г. Проблемы и задачи реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года на современном этапе. Символ науки. №4-4, 2016г. - с.217-219.

3) Айламазян Э. К. Акушерство : учебник для студентов мед. вузов / Э.К.Айламазян. - 7-е изд.,испр. и доп. - СПб. : Специальная литература, 2010. - 544 с.

4) Гмурман В.Е. Теория вероятностей и математическая статистика: Учебное пособие для вузов. — 10-е издание, стереотипное. — Москва: Высшая школа, 2004. — 479 с. — ISBN 5-06-004214-6

5) Inter-Agency Group for Safe Motherhood. The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. Report on the safe motherhood technicaln consultation, 18-23 October 1997, Colombo, Sri Lanka. New York: Family Care Intenational, 1998: 15-9.

УДК 61:1. 76.01.09

О. Р. Султанов

АНАЛИЗ ТЕКСТА ВЕТХОГО ЗАВЕТА БИБЛИИ В АСПЕКТЕ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕЙ ИУДЕИ

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.Б. Латыпов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье приведены данные анализа текста Ветхого Завета Библии на предмет наличия исторических источников медицинских знаний, гигиенических правил, социального статуса врача в Древней Иудеи. Подробно представлены методы лечения проказы, описываются симптомы грибковых заболеваний, представление о природе возникновения болезней.

Ключевые слова: история медицины, Ветхий Завет, врачевание, Древняя Иудея.

O. R. Sultanov

ANALYSIS OF THE TEXT OF THE OLD TESTAMENT OF THE BIBLE IN THE ASPECT OF THE HISTORY OF MEDICINE OF ANCIENT JUDEA

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor A.B. Latypov

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE, Bashkortostan state medical university, Ufa

Abstract: the article presents the analysis of the text of the Old Testament of the Bible for the existence of historical sources that include hygienic rules, the social status of a doctor in Ancient Judea. The methods of treatment of leprosy are described in details, the symptoms of fungal diseases and the conception of the origin of diseases are also described.

Keywords: History of Medicine, Old Testament, healing, Ancient Judea.

Актуальность: Исследование исторических аспектов становления медицины представляют исключительную значимость в понимании роли врачевания в древних обществах. Помимо религиозной значимости тексты Библия имеют исторически значимый характер.

Приведенный анализ Библейских текстов позволил выявить аспекты, указывающие на наличие в них упоминаний о врачевании.

Цель исследования: Установить практические, социальные и морально-этические аспекты деятельности иудейских врачевателей на основе анализа Ветхого Завета Библии. Задачами исследования были: определить место врачевателя в социальной структуре общества Древней Иудеи и установить влияние, оказываемое религиозными постулатами на врачевание.

Материалы и методы: Материалом (историческим источником) для исследования послужил русскоязычный перевод текста Ветхого Завета. Методом исследования были: аналитический, историко-генетический (ретроспективный), историко-системный.

Результаты и обсуждение: В процессе анализа исторических текстов нами был выявлен значительное число разделов относящихся к вопросам врачевания. Книга Левит Ветхого Завета указывает на то, что иудеи получали медицинские знания от Бога. Диагноз по кожным заболеваниям обязаны ставить священники, то есть коэны (потомки Аарона), а помогают им в этом левиты (потомки Левия). Человек болеет проказой (лепрой), если пятно на коже и волосы на ней белые. Лишай – это белое пятно без изменения цвета волос. Чтобы не спутать лишаи с проказой, священник должен выждать 2 недели, чтобы понять, что волосы не побелели. Простые лишаи смываются водой. Если же лишаи распространяются по телу, то это однозначно проказа. Участки тела, лишенные кожных покровов, (т.е. «живое мясо»), как правило, свидетельствуют о наличие развитой («застаревшей») проказы. При ожоге цвет кожи белый или красный, пятно со временем уменьшается в размерах. Белое пятно, которое покрывает всю кожу человека, свидетельствует об отсутствии кожных заболеваний. Паршивость – это язва в желтых волосах головы или бороды. Красные и зеленоватые пятна на одежде больного – явный признак проказы, причем особой, «едкой». В этом случае следует сжечь одежду больного, промыть кожную язву. При дальнейшем уменьшении размеров язвы ее можно смело оторвать от одежды или тела. При увеличении, наоборот, стоит ее прижечь. Больной проказой должен жить вне мест нахождения здоровых людей, оповещая других о том, что он болен [1].

Левит также содержит целый закон о прокаженном, который представляет собой последовательность действий священника, направленных на окончательное исцеление от проказы больного, идущего на поправку. Для начала священник брал двух птиц, кедровое дерево, червленую нить, растение иссоп из семейства Яснотковые. Одну птицу священник

закалывал над глиняным сосудом с живой водой, чтобы в него стекла кровь. Оставшиеся ингредиенты, в том числе и живую птицу, следовало окунуть в этот раствор. Затем прокаженного нужно 7 раз окропить этой водой. Живая птица при этом отпускалась в поле. После этой процедуры прокаженный обязан был сбрить волосы на голове, бороду, брови, постирать свою одежду. 7 дней прокаженному стоит находиться вне своего дома («шатра»). На 8 день прокаженный обязан был принести священнику двух однолетних, здоровых баранов («овнов»), 3/10 части ефы (ефа - 1 ведро или 6 кружек) пшеничной муки, перемешанной с елеем (оливковое масло), а также лог (1/3 литра) елея. Одного барана священник закалывал в качестве повинности, за грех. Данная жертва принадлежала священнику. Затем священник погружал левую руку в лог елея, а также правый перст левой руки. Правым перстом семь раз он должен был окропить больного, а левой рукой помазать правое ухо большие пальцы правой ноги и руки, голову прокаженного. Второй баран закалывался в качестве жертвы всесожжения. В конце хлебное приношение (пшеничная мука, перемешанная с елеем) ставилось на жертвенник. В случае если больной не мог дать двух баранов, то на 8 день он приходил с одним, брал лишь 1/10 ефы муки, перемешанной с елеем, лог елея и двух молодых голубей. Процедура происходила так же, как и описано выше. В жертву вместе с бараном приносились и голуби [2].

Для изгнания демона или злого духа из нужно было поводить перед человеком тлеющими сердцем или печенью (то есть «курить»). Для лечения бельма глаза мазали желчью [3].

Книга Премудростей Иисуса, сына Сирахова указывает на высокое положение врача в обществе. Все врачи созданы Богом, наделены знаниями от Всевышнего. Наиболее важные стихи данной главы. Стих 1 «Почитай врача честью по надобности в нем, ибо Господь создал его». Стих 2 «и от Вышнего - врачевание, и от царя получает он дар». Стих 3«Знание врача возвысит его голову, и между вельможами он будет в почете». Стих 4 «Господь создал из земли врачевства, и благоразумный человек не будет пренебрегать ими». Стих 11 «Вознеси благоухание и из семидала памятную жертву и сделай приношение тучное, как бы уже умирающий». Стих 12 «и дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен». Стих 13 «В иное время и в их руках бывает успех». [4].

Ветхий Завет не раз упоминает о чудесных исцелениях иудеев от всевозможных болезней. Так, например, Авраам, первый из трех Библейских пророков, родоначальник всего еврейского народа, вознеся свои молитвы к Богу, исцелил от бесплодия род Авимелеха, потому что тот не обесчестил жену Авраама, Сарру. Авимелех - правитель города Герар

[5].Ветхий Завет упоминает и о чудесном исцелении Езекии, царя Иудеи, от неизвестной смертельной болезни. Езекия помолился Богу по наставлению пророка Исайи [6].

Архангел Рафаил (или Рафаэль), один из семи святых архангелов, был ниспослан Богом на землю на молитвы Товита, израильтянина из колена Нефаллимова, который был женат на Анне и имел сына Товия. Свои молитвы к Богу вознесла и Сарра, дочь Рагуилова, семерых мужей которой убил злой дух Асмодей. Товит вернул себе утраченное зрение, избавился от бельма, а Сарра вышла замуж за Товию, избавившись от венца безбрачия [7].

Молитва в Древней Иудеи – ключ к непосредственной связи между Богом и человеком, с помощью которой человек мог просить об исцелении. Существуют непосредственно оформленные молитвы и обращения к Богу, а также благодарности за исцеление - псалмы, содержащиеся в Псалтыре. В плане исцеления и просьбе к исцелению примечательны Псалмы 6, 29, 40 [8, 9, 10].

Божьи сыны, то есть последователи божьих заповедей, всегда исцеляются от всех болезней и напастей – «твоих сынов не одолели и зубы ядовитых змиев», лечит, прежде всего, не «пластырь», а «всеисцеляющее слово Господа» [11].

В Книге пророка Исаии сказано о том, что придет тот священный, светлый день, когда Бог исцелит свой народ от всех ран и страданий, «обвяжет рану, исцелит нанесенные ему язвы» [12]. Похожий момент или день упоминается и в Книге Пророка Малахии: «А для вас, благоговеющие пред именем Моим, взойдет Солнце правды и исцеление в лучах Его» [13]. Для праведных откроется вечный («нетленный») рай, где «покой и врачевство» [14].

Заключение и выводы: священнослужитель, т.е. коэн, руководствуясь священным писанием, мог лечить прокаженного. Успех данных манипуляций ставится нами под сомнение, однако, тем не менее, практическая медицина, так или иначе, существовала. Люди верили в исцеление через молитву. Врачеватель в обществе ставился намного ниже религиозных служителей, однако все знания он получал непосредственно от Бога, и поэтому он имел значительный авторитет и положение в обществе.

Список литературы:

1. Библия. Ветхий завет. Книга Левит. Глава 13 (Лев 13).

2. Библия. Ветхий завет. Книга Левит. Глава 14 (Лев 14).

3.Библия. Ветхий завет. Книга Товита. Глава 6, 9 стих (Тов 6:9).

4. Библия. Ветхий завет. Книга премудрости Иисуса, сына Сирахова. Глава 38, стихи 1-15 (Сир 38:1-15).

5. Библия. Ветхий завет. Книга Бытия. Глава 20, 17 стих (Быт 20:17).

6. Библия. Ветхий Завет. Четвертая книга царств. Глава 20, стихи 1-5(4 Цар 20:1-5).

7. Библия. Ветхий Завет. Книга Товита. Глава 3, стихи 16-17 (Тов 3:16-17).

8.Библия. Ветхий Завет. Псалтирь. Псалом 6, стихи 3-4 (Пс 6:3-4).

9. Библия. Ветхий Завет. Псалтирь. Псалом 29, стих 3(Пс 29:3).

10. Библия. Ветхий Завет. Псалтирь. Псалом 40, стих 5(Пс 40:5).

11.Библия. Ветхий Завет. Книга Премудрости Соломона. Глава 16, стихи 6-12 (Прем 16:6-12).

12. Библия. Ветхий Завет. Книга пророка Исаии. Глава 16, стихи 6-12 (Ис 30:26).

13. Библия. Ветхий Завет. Книга пророка Малахии. Глава 4, стихи 1-3 (Мал 4:1-3).

14. Библия. Ветхий Завет. Третья книга Ездры. Глава 7, стих 53(3 Ездр 7:53).

УДК 796.011.2

О. Р. Султанов

ФОРМИРОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ П.Ф. ЛЕСГАФТОМ

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Ю.В. Яркин

Кафедра физической культуры, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье приведен анализ деятельности Петра Францевича Лесгафта как основоположника отечественной системы физического воспитания детей школьного и дошкольного возраста. Разобраны научные труды П.Ф. Лесгафта, обосновавшие теоретически состоятельность данной системы. Выявлены основные принципы формирования физической культуры у ребенка посредством физического воспитания.

Ключевые слова: физическая культура, физическое воспитание, воспитание подрастающего поколения.

O. R. Sultanov

FORMATION OF RUSSIAN PHYSICAL EDUCATION SYSTEM OF CHILDREN BY P.F. LESGAFT

Scientific Advisor – Associated Professor J.V. Yarkin

Department of Physical Culture, Bashkortostan state medical university, Ufa

Abstract: the article gives an analysis of the activities of Peter Franzevich Lesgaft as the founder of Russian system of children physical education in school and preschool age. The scientific works of P.F. Lesgaft, which substantiated the soundness of this system in theory, are disassembled. The main principles of formation of physical culture in a child through physical education are revealed.

Keywords: physical culture, physical education, education of the younger generation.

Актуальность: Физическая культура, ключом к которой является физическое воспитание, является неотъемлемой частью нормального развития любого человека, начиная с самого

рождения. Развитие без отклонений и патологий во многом определяет, будет здоровым человек, будучи взрослым или нет, что скажется, прежде всего, на его будущей трудоспособности, а соответственно и на возможности нормально продолжать им свой род, то есть на состоянии генофонда нации в целом.

Цель исследования: Проанализировать научную и практическую деятельность П.Ф. Лесгафта на предмет развития системы физического воспитания подрастающего поколения на территории нашей страны. Оценить его вклад в развитие данной системы.

Материалы и методы: Историческим материалом для исследования послужили прижизненные статьи, научные труды, исследования П. Ф. Лесгафта, касающиеся физического воспитания детей, изложенные самим ученым, либо упоминаемые другими авторами. Методами исследования были: аналитический, историко-генетический (ретроспективный), историко-системный.

Результаты и обсуждение: Для точности, правильности и уместности использования терминов «физическая культура» и «физическое воспитание» как основополагающих данной статейной работы, ниже приведены их эталонные формулировки согласно законодательству Российской Федерации:

Физическая культура - часть культуры, которая представляет собой общность ценностей, норм и знаний общества, целью которых является физическое и интеллектуальное развитие человеческих способностей, улучшение его двигательной активности, формирование положительного отношения к здоровому образу жизни, а также социальная адаптация человека [1].

Физическое воспитание - процесс, направленный на формирование личности человека, развитие его физических способностей, получение им теории и практических навыков в области физической культуры и спорта для формирования всесторонне развитого человека с хорошими показателями здоровья. Физическое воспитание в узком смысле может быть названо и физическим образованием (нельзя путать с системой профессионального физкультурного образования) [2].

Петр Францевич Лесгафт родился 20 сентября 1837 года в Санкт-Петербурге. В течение 5 лет с 1856 года обучался в Императорской Военно-медицинской академии, где изучал анатомию под руководством известного профессора-немца В.Л. Грубера. Свои самостоятельные научные изыскания начал преимущественно как анатом, о чем свидетельствуют его

многочисленные труды в этой области. Только с 1874 года Лесгафт начинает свою параллельную научную деятельность, связанную с вопросами физического воспитания человека, опубликовав статью «Основы естественной гимнастики» [3].

В данной статейной работе Лесгафт отмечал, что в задачи гимнастики входят: 1. правильное развитие человеческого тела; 2. увеличение физических сил организма; 3. правильное функционирование органов и их положение в теле; 4. эстетическое удовлетворение человека своим телом [4].

Петр Францевич активно интересовался состоянием западной системы физического образования, но не находил в ней ничего прогрессивного, даже критиковал подходы некоторых европейских школ физического воспитания. Так, например, касательно французской школы он сказал, что физически совершенный гимнаст не обладает нужной теоретической базой, позволявшей бы ему минимизировать порог вхождения в свою дисциплину для учеников [5].

Лесгафт всегда активно отстаивал свои идеи, по которым физкультурное образование способствует не только повышению физических сил, но и развитию умственных способностей [6]. Причем для формирования полноценного человека нельзя пренебрегать его физическим совершенствованием в угоду исключительно умственному развитию [7].

Лесгафт не останавливался одними лишь заключениями о важности физического воспитания, его интересовали вопросы правильного соотношения умственного и физического воспитаний, что нашло отражение в его фундаментальном труде «Руководство по физическому образованию детей школьного возраста» (вышла в 2-х частях, 1888 и 1901 годах). Ученого беспокоил тот факт, что отсутствие физического образования в школах часто приводило к отсутствию целеполагания у учеников. Это ставило под сомнение само существование школы как системного явления. Ученый отмечал, что древние греки не случайно придавали большую значимость физическому воспитанию молодежи и обществу в целом [8]. Речь конечно же идет о знаменитых греческих гимнасиях, где молодежь получала не только теоретические знания, но и проходила курс усиленной физической подготовки (греко-римская борьба, дискобол, кулачный бои, легкая атлетика и т.д.).

Согласно П. Ф. Лесгафту, любое физическое упражнение должно включать в себя биологическую и духовную стороны. Биологическая сторона – это непосредственное физическое развитие человека путем разнообразных движений. Духовная сторона –

осознание человеком самой сущности упражнения благодаря своим мыслительным ресурсам, органам чувств, представлению человека об упражнении и запоминанию его правильной техники [9].

Лесгафт предложил свою собственную классификацию упражнений для развития физических способностей детей, которая не теряет своей актуальности и в наше время. Все физические упражнения он делил на 4 группы: 1. простые движения (упражнения, направленные на овладение ребенком своего тела); 2. упражнения с повышенным напряжением (совершенствование тела ребенка); 3. ориентированные по времени и в пространстве (учет времени и расстояния, нормативный подход); 4. проверка на практике (игры, прогулки, плавание и т.д.) [10].

Лесгафт выделяет и три последовательные ступени физического образования ребенка. Первая ступень заключается в развитии элементарных физических навыков: бег, прыжки, метания. При этом стоит посвящать половину от всего времени занятий игре, причем для начала лучше одиночной.

Вторая ступень – преодоление трудностей, возрастание нагрузок. Необходимо не просто бегать, а делать это как можно быстрее. Метать более тяжелые снаряды, прыгать дальше. Время на игры в этом случае сокращается до 1/3, стоит подумать о коллективной игре.

Третья ступень – управление временем, точностью, силой выполнения физического задания. То есть создание точной ответной реакции мышечной системы и связанной с ней скелетной на запросы центральной нервной системы. Время на игровую активность сокращается до 1/4 [11].

Касательно игровых физических занятий Лесгафт считал, что игра способствует не только физическому совершенствованию человека, но и нравственному, особенно, если игра носит коллективный характер, так как для успешной игры обязательным условием является постоянное общение участвующих в ней игроков. Игра, по мнению Петра Францевича, никогда не должна переходить в состязание, так как отключается взвешенное мышление человека, удовольствие от игры и общения перекрывается желанием победить, быть первым.

Заключение и выводы: П. Ф, Лесгафт безусловно внёс огромный вклад в развитие системы физического воспитания детей, подростков и людей юношеского возраста на территории нашей страны. Именно он заложил ее теоретические основы своими многочисленными научными трудами и публикациями. Стоит отметить, что нормальное развитие человека не

представляется возможным только с позиции его умственного совершенствования, физическая культура играет и свою не менее важную роль.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ (ред. от 22.11.2016) "О физической культуре и спорте в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017). Статья 2. Пункт 26.

2. Федеральный закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ (ред. от 22.11.2016) "О физической культуре и спорте в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017). Статья 2. Пункт 25.

3. Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона (ЭСБЕ). Т. 17А (34): Ледье — Лопарев. — 1896. — 6, 483—960, II, 2 с, 15 л. ил., карт. – С. 591.

4. Лесгафт, П. Ф. Основы естественной гимнастики [Текст] / Лесгафт П. Ф. // Собрание педагогических сочинений. Т. 4. – М. : Физкультура и спорт, 1953. – С. 7-22.

5. Лесгафт, П. Ф. Приготовления учителей гимнастики в государствах Западной Европы (извлечения) [Текст] / Лесгафт П. Ф. // Собрание педагогических сочинений. Т. 4. – М. : Физкультура и спорт, 1953. – С. 133.

6. Выдрин, В. М. История и методология науки о физической культуре [Текст] : учебно-методическое пособие / В. М. Выдрин. – СПб. : СПбГУФК им. П. Ф. Лесгафта, 2006. – С. 85.

7. Лесгафт, П. Ф. Физическое развитие в школах [Текст] / Лесгафт П. Ф. // Собрание педагогических сочинений. Т. 4. – М. : Физкультура и спорт, 1953. – С. 241.

8. Лесгафт, П. Ф. Руководство по физическому образованию детей школьного возраста [Текст]. Ч. II. / Лесгафт П. Ф. // Собрание педагогических сочинений. Т. 2. – М. : Физкультура и спорт, 1952. – С. 338, С. 323, С. 339.

9. Алимов, Г. М. Генезис теории обучения двигательным действиям в системе физического воспитания России второй половины XIX – начала XX вв. [Текст] / Г. М. Алимов // Ярославский педагогический вестник. – 2012 – № 4. – С. 153.

10. Выдрин, В. М. История и методология науки о физической культуре [Текст] : учебно-методическое пособие / В. М. Выдрин. – СПб. : СПбГУФК им. П. Ф. Лесгафта, 2006. – С. 85-86.

УДК 614.1

Л.З. Турумтаева, И.Ф. Кадаев, М.М. Шевнина

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.Х. Шарафутдинова

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье приведены результаты исследования образа жизни пациентов с онкологическими заболеваниями. Среди них 40,0% составили мужчины, средний возраст мужчин 65,3±0,7 года, средний возраст женщин – 67,3±0,5 года. Преобладали лица с высшим (40,0%) и средним специальным (35,0%) образованием. Уровень дохода был низким у 39,0% опрошенных, частые конфликты в семье отметили 55,0%, не соблюдали режим питания 42,0%, часто употребляли алкоголь около 10,0%, курили 45,0%, 80,0% опрошенных имели хронические заболевания, около половины характеризовались низкой медицинской активностью.

Ключевые слова: онкология; онкологические заболевания; образ жизни; факторы риска; хронические заболевания.

L.Z. Turumtaeva, I.F. Kadaev, M.M. Shevnina

SOCIAL AND HYGIENIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, Full professor N.H. Sharafutdinova

Department of Public Health and Health Organization with the course of IDPO

Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Abstract: the article presents the results of research of the lifestyle of patients with oncological diseases. Among them, 40.0% were men, the average age of men was 65.3 ± 0.7 years, and the average age of women was 67.3 ± 0.5 years. People with higher education (40.0%) and secondary

specialized (35.0%) were predominant. 39,0% of respondents had a low income, frequent family conflicts were noted by 55,0%, 42% did not adhere to the diet, drank alcohol about 10,0%, smoked 45,0%, 80,0% had chronic diseases, about half were characterized by low medical activity.

Keywords: oncology; oncological diseases; lifestyle; risk factors; chronic diseases.

Актуальность: По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), приверженность здоровому образу жизни населения России очень низкая. Опросные листы [2] также свидетельствуют о том, что 37,4% больных курят, а 49,8% периодически употребляют спиртные напитки. 41,6% опрошенных недостаточно физически активны, 16,8% ведут малоподвижный образ жизни, 23,7% имеют избыточную массу тела.

ВОЗ называет основные факторы риска развития злокачественных опухолей: урбанизация; ухудшение экологии; нездоровый образ жизни, в частности не рациональное питание [4]. В рейтинге факторов риска онкологии отмечаются также избыточное ультрафиолетовое облучение, профессиональные вредности, а также «стиль жизни», т.е. наличие склонности к разным излишествам, особенности питания, поведения и др. [1,2,3].

Цель исследования: Оценка и анализ социально-гигиенической характеристики пациентов с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы: Социально-гигиеническая характеристика пациентов с онкологическими заболеваниями изучалась путем анкетирования 180 пациентов, находящихся на диспансеризации в Республиканском клиническом онкологическом диспансере г.Уфа. Вопросы анкеты были направлены на изучение условий и образа жизни. В исследование не были включены лица старше 75 лет и с IV стадией процесса.

Результаты и обсуждение: Среди обследуемых 40,0% составили мужчины, 60,0% – женщины, большинство – в возрастных группах 65-69, 70-74 года (в двух возрастных группах 43,0%). Другими возрастными группами, занявшими 14,0% и 13,0% были 55-59 и 60-64 года.

Средний возраст мужчин был равен 65,3±0,7, средний возраст женщин – 67,3±0,5 годам.

Анализ образовательного уровня респондентов показал преобладание лиц с высшим (40,0%) и средним специальным (35,0%) образованием. Среднее общее образование имели 10,5% опрошенных, неоконченное высшее – 8,6% и неполное среднее образование – 4,7%. Состояли в первом браке 41,0%, во втором браке 22,0%, не состояли в браке – 12,0%, разведены – 13,0%, были вдовами – 11,0%.

До заболевания не работали 19,0% (14,0% мужчин и 24,0% женщин). Среди мужчин 30% задействованы в промышленных предприятиях, на строительных объектах работали 16,0%, в торговле – 14,0%, на транспортных объектах – 10,0% и т.д. Большинство женщин работали на торговых объектах (20,0%), в строительстве – 15,0%, в сфере образования были заняты 7,0%, в здравоохранении – 5,0%.

Высоким уровень дохода оценили 17,0% опрошенных (10,0% мужчин и 24,0% женщин), низким – 39,0% (соответственно 48,0% мужчин и 39,0% - женщин). Источниками дохода мужчины указали зарплату, женщины – зарплату и пенсию.

Воздействию неблагоприятных факторов и профессиональных вредностей, по данным респондентов, подвергались больше мужчины, чем женщины – 60,0%, против 43,0%. Респонденты, имеющие контакт с вредными факторами производства, чаще указали на воздействие вредных химических веществ - 34,0% (43,0% мужчин и 25,0% женщин), вредных условий работы в строительстве - 15,0% (16,0% мужчин и 14,0% женщин), взвешенных веществ - 26,0% (33,0% мужчин и 20,0% женщин), работа, в условиях повышенной температуры – 18,0% (25,0% мужчин и 11,0% – женщин), в условиях низкой температуры – 17,0% (26,6% мужчин 12,0% – женщин). Кроме того, 25,0% подвергались воздействию вибрации и шума (среди мужчин таковых было 36,0%, среди женщин –13,0%).

Частые ссоры и конфликты в семье отметили около 55,0% опрошенных (среди мужчин - 60,0%, среди женщин – 51,0%). Причиной частых конфликтов в семье было указано частое потребление алкоголя мужем или женой (72,0%) и низкий доход семьи (52,0%).

Исследования показали, что не соблюдали режим питания 42,0% респондентов (52,0% мужчин и 31,0% женщин). Большинство (около 40,0%) респондентов принимали пищу до 4 раз в день, 3 раза в день – 35,0%, 2 раза – 19,0%, 5 раз – 4,0%, более часто – 2,0%. Питались в основном дома – 35,0% опрошенных, в общепите или на работе – 41,0%, остальные – по-разному. Чаще питались в общепите мужчины (36,0%), чем женщины (20,0%). Употребляли часто жирную пищу 39,0% мужчин и 39,0% женщин, часто острую пищу – соответственно

42,0% и 51,0%. Употребляли свежие овощи и фрукты в достаточном количестве 27,0% мужчин и 35,0% женщин, не употребляли 32,0% и 25,0%, употребляли редко 40,0%.

Курение сигарет является причиной 25-30% всех случаев злокачественных опухолей. Материалы исследования позволили установить, что курили 45,0% респондентов, курящих мужчин среди них было 67,0%, женщин 23,0%. Среди курящих продолжительность курения более 10 лет отметили 56,0% мужчин и 24,0% женщин. Выкуривали в день до 10 сигарет 20,0% мужчин и 51,0% женщин, в день от 10 до 20 сигарет – соответственно 39,0% мужчин и 25,0% женщин и более 20 сигарет 40,0% мужчин и 23,0% женщин.

Результаты некоторых исследований доказывают воздействие алкоголя на заболеваемость раком некоторых локализаций. Так, чрезмерное потребление алкогольных напитков повышает риск развития рака полости рта, глотки, гортани, пищевода, желудка, печени, поджелудочной железы, ободочной и прямой кишки, молочной железы. Среди пациентов с онкозаболеваниями употребляли алкоголь до заболевания 75,0%, в том числе 76,0% мужчин (из них 41,0% предпочитали пиво) и 75,0% женщин (59,0% – вино). Среди мужчин 10,0%, среди женщин – 43,0% указали, что алкогольные напитки употребляли только по праздникам. Однако 12,0% мужчин и 8,0% женщин употребляли их ежедневно.

Изучение распространенности хронических заболеваний позволило установить, что хронические заболевания имели около 80,0% обследованных, из них 28,0% указали на наличие нескольких хронических заболеваний. Мужчины чаще указали на заболевания органов пищеварения, дыхания, мочеполовой системы, женщины – органов пищеварения, женских половых органов, молочной железы. Так, у 71,4% мужчин в анамнезе были заболевания желудка, у 52,0% – заболевания органов дыхания, у 34,0% - предстательной железы, у 28,0% - мочевого пузыря и другие, у 45,0% женщин – заболевания желудка, 22,0% - кишечника, 46,0% - молочной железы, 62,0% - женских половых органов и другие.

Кроме того, 34,0% мужчин и 28,0% женщин отметили наличие онкологических заболеваний у близких родственников.

Изучение медицинской активности до заболевания показало, что не обращались в поликлинику в течение года 33,2% респондентов. В то же время в анкетах было указано, что 23,0% мужчин и 20,0% женщин 1 раз за последний год посетили поликлинику, соответственно 10,0 и 13,0% - 2 и более раза.

Выявлена низкая медицинская активность и в плане прохождения медицинских осмотров. В течение года не проходили его две трети обследованных (66,4% мужчин и 65,8% женщин).

Для социально-гигиенической характеристики женщин в анкете были предусмотрены вопросы о репродуктивной функции и репродуктивном поведении. Исследования показали, что у 37,7% были одни роды, у 31,7% – двое и 14,2% – трое. Не было родов у 16,3% женщин. Три и более аборта в анамнезе имели 55,0% опрошенных женщин. Применение гормональных контрацептивов отметила половина женщин (51,0%). Выявлен низкий уровень медицинской активности женщин. Так, 24,0% женщин отметили, что не посещали акушер-гинеколога в течение года, 44,0% посетили 1 раз за год. Лишь 7,0% посетили акушер-гинеколога 2-3 раза за год.

Заключение и выводы: По данным выполненного исследования дана медико-гигиеническая характеристика пациентов с онкологическими заболеваниями. Выявлены наиболее значимые негативные факторы, связанные с образом жизни, условиями труда и отдыха, профессиональной деятельностью, состоянием репродуктивного и соматического здоровья, медицинской активностью.

Выявленные характеристики имеют практическое значение в работе врачей для своевременной диагностики и формирования групп риска, а также позволяют провести оценку качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями.

Список литературы:

1. Вазиев, И.К. О канцерогенной опасности в условиях автомобилестроительной отрасли / И.К.Вазиев / Материалы 21 научно-практической конференции Поволжского региона «Окружающая среда и здоровье населения». – Казань. – 2009. – 32 с.
2. Гордиенко, В.П. Медико-социологическая оценка образа жизни и некоторых показателей онкологической помощи населению Амурской области. / Гордиенко В.П., Вахненко А.А. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – Т. 26 (№4). – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/61/30/lang,ru/
3. Жерновой, М.В. Бедность и стресс - как факторы риска онкологической патологии (на примере Приморского края) / М.В.Жерновой, С.В. Юдин // Онкологической службе Амурской области - 55 лет: сб. науч. тр. – Благовещенск, – 2008. – С. 152-155.
4. Чукаева, И.И. Вопросы ранней диагностики и профилактики заболеваний /И.И.Чукаева, М.А.Шургая, А.З.Кашежева, [и др.]// Формирование здорового образа жизни. Лечебное дело. – 2011. – № 3. – С. 25-31.

УДК 378; 613

Н. А. Усцелемова

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОВРЕМЕННОМ ТЕХНИЧЕСКОМ ВУЗЕ

Научный руководитель – д.п.н., профессор Т. Ф. Орехова

Кафедра физической культуры, Магнитогорский государственный технический университет им. Г. И. Носова, г. Магнитогорск

Резюме: здоровьесберегающая деятельность в современном техническом вузе определяется внедрением методов, средств и форм физической культуры оздоровительной направленности, а также в формировании здоровьесберегающего образовательного пространства с использованием учебно-методических и технологических ресурсов, основу которых составляют здоровьесберегающие технологии. Представленные разработки, по нашему мнению, направлены на формирование у студентов технического вуза ориентации на сохранение здоровья, умения управления своим поведением, навыков самонаблюдения, самоконтроля, саморегуляции, самообладания, повышение квалификации и качества трудовых ресурсов, что отвечает требованиям ФГОС ВО.

Ключевые слова: вуз, здоровьесберегающая деятельность, здоровьесберегающие технологии, здоровьесберегающая компетентность, бакалавры физической культуры.

N. A. Ustselemova

EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION OF HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES IN THE MODERN TECHNICAL UNIVERSITY

Scientific Adviser – Ph.D. in pedagogical sciences, Full Professor T.F. Orekhova

Department of Physical Culture, Nosov Magnitogorsk State Technical University, Magnitogorsk

Abstract: health-saving activity in a modern technical university is determined by the introduction of methods, means and forms of physical fitness, as well as in the formation of a health-saving educational space using educational, methodological and technological resources, based on health-saving technologies. The presented developments, in our opinion, are aimed at forming in the students of a technical university an orientation toward preserving health, managing their behavior, self-monitoring skills, self-control, self-control, self-control, improvement of skills and quality of labor resources, which meets the requirements of FSES HE.

Keywords: high school, health-saving activities, health-saving technologies, health-saving competence, bachelors of physical culture.

Актуальность: В современных условиях организации процесса образования в вузе проблема здоровьесбережения студенческой молодежи является одной из важнейших на сегодняшний день. Изучив нормативные документы, регулирующие организацию образовательного процесса в вузах, особенности образовательных программ в области физической культуры и спорта, исследования ведущих специалистов в педагогике, нами выделены факторы, определяющие актуальность данной проблемы.

Первый фактор – это политика государства, направленная на развитие человеческого потенциала, сохранение и укрепление здоровья, повышение работоспособности, уровня физического развития, увеличение продолжительности активной жизни населения [7]. Второй фактор – это глобальные проблемы человечества, связанные с техногенным загрязнением окружающей среды; с социально-экономической нестабильностью в стране и мире; с компьютеризацией труда, что приводит к психоэмоциональным перегрузкам человека, сокращению двигательной активности и различным заболеваниям, ухудшающим состояние здоровья населения. Третий фактор – повышение требований к качеству образования, предъявляемые государством, обществом, работодателями, что требует от выпускников технического вуза наличия необходимого и достаточного уровня здоровья. Четвертый фактор – это исследования ведущих специалистов в педагогике (Н. В. Третьякова, В. А. Федоров и др.), определяющие перед современными вузами задачу такой организации процесса профессиональной подготовки, при которой обеспечивается не только охрана здоровья обучающихся, но и формирование их профессиональной компетентности в области здоровьсберегающей деятельности через организацию здоровьесберегающей образовательной среды и формирование их здоровьесберегающей компетентности [2, 8]. В связи с этим необходимость внедрения здоровьесберегающих технологий в современном техническом вузе как фактора повышения качества здоровьесберегающей деятельности участников образования является актуальной педагогической задачей.

Цель исследования: Описание опыта внедрения здоровьесберегающих технологий в современном техническом вузе как фактора повышения качества здоровьесберегающей деятельности участников образования – студентов и преподавателей.

Материалы и методы: Исследование проводилось с использованием комплекса теоретических (анализ, обобщение, индуктивный и дедуктивный методы) и эмпирических (наблюдение, методы устного и письменного опроса, педагогический эксперимент) методов,

позволяющих выявить степень разработанности проблемы в педагогической науке. На основе данных научных работ и методических разработок [3, 4, 5, 6] создана компьютерная программа «Оценка физического развития и уровня здоровья человека». Программа прошла стандартную процедуру проверки: при ее апробации протестировано 40 студентов факультета физической культуры и спортивного мастерства ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г. И. Носова». Тестирование проводилось во время практических занятий по дисциплине «Восстановление работоспособности спортсмена».

Результаты и обсуждение: Понятие «здоровьесберегающая деятельность» мы рассматриваем с позиции В. А. Федорова и определяем его как «целенаправленная деятельность по сохранению и укреплению здоровья, предполагающая определенные преобразования, прежде всего, интеллектуально-эмоциональных сфер личности, направленных на повышение ценностного отношения как к собственному здоровью, так и к здоровью окружающих» [8, с. 143]. Важное значение для нашего исследования имеют выводы относительно феномена здоровья, сделанные Т. Ф.Ореховой [1], в которых понятие «здоровье» определяется как системное интегральное явление, отражающее состояние целостного организма человека в единстве всех его активно функционирующих составляющих – тела, души и разума. По мнению автора, в здоровье человека присутствует природное начало, которое функционирует стихийно и начало культурное, которое регулируется сознанием человека и зависит от уровня образованности человека, от условий его целенаправленного воспитания и самовоспитания, от степени воли человека к здоровью, что позволяет ввести определение сущности здоровья в состав педагогических категорий, а становление здоровья рассматривать как педагогическую задачу [1]. Состояние здоровья, характеризующееся уровнем умственной и физической работоспособности человека, является значимой характеристикой профессионала и во многом определяется ценностным отношением к здоровью. Для выявления ценностного отношения студентов к собственному здоровью в начале эксперимента по методике М. Рокича проведено исследование ценностных ориентаций студентов 1-4 курсов факультета физической культуры и спортивного мастерства ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г. И. Носова», в результате которого установлено, что всеми студентами здоровье признается приоритетной универсальной и социальной ценностью и занимает самую высокую ступень в иерархии ценностей человека [6]. Проведенное исследование показало, что ориентация студентов на высокое качество жизни предопределяет необходимость формирования у них способности использовать здоровьесберегающие технологии, что в большинстве своем зависит от уровня профессиональной компетентности педагогических кадров. В свою очередь, повышается

значимость подготовки педагогических кадров с физкультурным профилем, от профессионализма которых в определенной мере зависит готовность подрастающего поколения к здравосохранной жизни и деятельности. Понятие «здоровьесберегающие образовательные технологии» мы используем в понимании таких авторов, как Н. П. Абаскалова, В. Н. Ирхин, В. В. Колбанов, Н. Н. Малярчук, Т. Ф. Орехова, Т. М. Резер, Н. К. Смирнов и др. и определяем его как совокупность таких принципов, приемов, методов педагогической работы, которые наряду с традиционными технологиями обучения, воспитания и развития позволяют решать задачи здоровьесбережения [2]. В современных условиях применение высокоэффективных информационных технологий, в том числе здоровьесберегающих, позволяют ускорить процесс получения объективной информации о состоянии здоровья студентов, об уровне их физической подготовленности. К учебно-методическим ресурсам образовательного процесса вуза относятся разработки авторского коллектива в составе профессора кафедры педагогики Т. Ф. Ореховой, доцента кафедры спортивного совершенствования В. Ф. Неретина и преподавателей кафедры физической культуры Н. А. Усцелемовой и С. В. Усцелемова: 1) учебное пособие «Тестирование физической культуры и здоровья студентов средствами контроля и самоконтроля», в котором освещаются вопросы врачебно-педагогического и самоконтроля студентов при занятиях физической культурой и спортом за состоянием своего здоровья, работоспособности [5]; 2) паспорт здоровья студентов, на основании которого имеется возможность отслеживать динамику становления и развития здоровья студентов, оценивать воздействия физкультурно-спортивных занятий на собственный организм и своевременно корректировать физическую нагрузку [5]; 3) дневник здоровья, разработанный профессором Т. Ф. Ореховой и включенный в вышеуказанное учебное пособие. К технологическим ресурсам здоровьсберегающей деятельности вуза относится компьютерная программа «Оценка физического развития и уровня здоровья человека», позволяющая: 1) проводить мониторинг физического развития; 2) определять уровень физического здоровья студентов; 3) индивидуализировать процесс физического воспитания; 4) оценивать его оздоровительную эффективность; 5) рационально строить учебно-тренировочные и самостоятельные занятий по физической культуре, а также 6) оценивать такие показатели, как тип телосложения, содержание жировой ткани и воды в организме, антропометрические, физиометрические и гемодинамические показатели, уровень физического здоровья человека.

Заключение и выводы: Использование компьютерной программы «Оценка физического развития и уровня здоровья человека» стимулирует внедрение в практику физического воспитания индивидуализированных здоровьесберегающих технологий, может

применяться для оценки морфологического статуса студентов, в том числе лиц, занимающихся оздоровительной физической культурой, а также для проведения лабораторных занятий по возрастной морфологии. Здоровьесберегающая деятельность в современном техническом вузе определяется внедрением методов, средств и форм физической культуры оздоровительной направленности, а также в формировании здоровьесберегающего образовательного пространства с использованием учебно-методических и технологических ресурсов, основу которых составляют здоровьесберегающие технологии. Представленные разработки, по нашему мнению, направлены на формирование у студентов технического вуза ориентации на сохранение здоровья, умения управления своим поведением, навыков самонаблюдения, самоконтроля, саморегуляции, самообладания, повышение квалификации и качества трудовых ресурсов, что отвечает требованиям ФГОС ВО.

Список литературы:

1. Орехова Т. Ф. Организация здоровьетворящего образования в школе : монография. Магнитогорск : МаГУ, 2001. 350 с.

2. Третьякова Н. В. Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций : теория и технологии обеспечения : монография / Н. В. Третьякова, В. А. Федоров. Екатеринбург : Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2014. 208 с.

3. Усцелемова Н. А. Актуальность разработки автоматизированной системы экспертной оценки физического развития и состояния здоровья студентов вуза / Н. А. Усцелемова, Е. А. Ильина // Математическое и программное обеспечение систем в промышленной и социальной сферах. 2015. № 2. С. 57-58.

4. Усцелемова Н. А. Внедрение паспорта здоровья в процесс физического воспитания студентов ФГБОУ ВПО «МГТУ им. Г. И. Носова» / Н. А. Усцелемова, Р. А. Козлов, В. Ф. Неретин // Филологические науки : вопросы теории и практики. 2016. № 5-3 (59). С. 206-209.

5. Усцелемова Н. А. Тестирование физической культуры и здоровья студентов средствами контроля и самоконтроля: учебное пособие для студентов / Н. А. Усцелемова, С. В. Усцелемов, В. Ф. Неретин, Т. Ф. Орехова. Магнитогорск : Изд-во Магнитогорск.гос. техн. ун-та им. Г. И. Носова, 2016. 111 с.

6. Усцелемова Н. А. Ценностные ориентации личности как фактор профессиональной устойчивости бакалавров физической культуры / Н. А. Усцелемова, Т. Ф. Орехова // Педагогический журнал Башкортостана. 2016. № 2 (63). С. 35-40.

7. Федеральный закон РФ от 04.12.2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_73038/ (дата обращения: 28.02.2017).

8. Федоров В. А. Основные проблемы профессионального образования в аспекте охраны здоровья его основных субъектов / В. А. Федоров, Н. В. Третьякова // Проблемы качества физкультурно-оздоровительной и здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: сб. материалов VI Междунар. науч.-практ. конф. Екатеринбург, 2016. С. 139-148.

УДК 614.2: 616-009: 616.853: 314.44

А. И. Фатихова, Л. Р. Сахибуллина

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭПИЛЕПСИЕЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.Б. Латыпов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в работе исследована заболеваемость эпилепсией среди детей в Республике Башкортостан за 2013-2015 год, а также проведен медико-социальный анализ данных медицинских карт стационарного больного 566 пациентов больных эпилепсией в возрасте от 0-17лет детского центра психоневрологии и эпилептологии ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ РБ (ДЦПНиЭ) за 2016 год. Заболеваемость за период с 2013 по 2015 года увеличилась на 29,3 % и неравномерно распределена по территориям РБ. Исследования позволили установить, что уровень урбанизации не влияет на заболеваемость эпилепсией, так как в ряде районов она превышает показатели городов. В большинстве случаев диагноз "эпилепсия" установлен как сопутствующий. Развитие эпилепсии сопровождалось отягощенным акушерским анамнезом, при малой доле пациентов с отягощенной неврологической наследственностью.

Ключевые слова: эпилепсия, дети, Республика Башкортостан, заболеваемость

I. Fatikhova, L. R. Sakhibullina

MEDIKO AND SOCIAL ASPECTS OF THE MORBIDITY OF EPILEPSY THE CHILD POPULATION OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor A.B. Latypov

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE,

Bashkortostan state medical university, Ufa

Abstract: the work investigated the incidence of epilepsy among children in the Republic of Bashkortostan for 2013-2015, as well as a medical and social data analysis-patient medical records of 566 patients with epilepsy aged 0-17 years children's center of Psychoneurology and epileptology GBUZ "Republican children's clinical hospital" MZ RB (DPNI) for the year 2016. The

incidence for the period from 2013 to 2015 increased by 29.3 % irregularly distributed on the territories of the Republic of Bashkortostan.

Researches have allowed to establish that level of urbanization does not affect the incidence of epilepsy, as in some areas it exceeds the indicators of the city. In more cases the diagnosis of epilepsy is exhibited as a concomitant disease, the development of which we have had burdened obstetric history, and heredity in the development of epilepsy did not play a big role.

Keywords: epilepsy, children, Republic of Bashkortostan, morbidity

Актуальность: Психологические и социальные проблемы, связанные с эпилепсией (качество жизни) являются принципиально значимыми. До 15 % случаев эпилепсии и эпилептических синдромов приводят к выраженным и стойким нарушениям адаптации у детей. Одним из важных аспектов реабилитации детей, страдающих эпилепсией, является организация комплексной медицинской помощи. [5] Такое серьезное внимание к эпилепсии и глубокая озабоченность проблемы вызвано тем, что ежегодно регистрируется во всем мире от 5 – 10 больных эпилепсией на 1000 населения; из них 18% составляют дети; а 20 – 30% больных страдают пожизненно. Эпилепсия является хроническим полиэтиологическим заболеванием головного мозга, но потенциально излечимым при правильной организации лечения [6]. По классификации, для эпилепсии у детей, характерны два вида нарушения психического развития – недостаточность и поврежденность, однако пластичность психических процессов у детей обусловливает возможность компенсации нарушении при направленной коррекции, значительная часть приобретенных вследствие заболевания дефектов обратима при адекватной терапии [1]. Таким образом, исследование медико-социальных особенностей и показателей заболеваемости эпилепсией среди детского населения является актуальной проблемой общественного здоровья и здравоохранения.

Цель исследования: исследовать показатели заболеваемости эпилепсией детского населения РБ в 2013-2015 гг., провести медико-социальный анализ пациентов больных эпилепсией проходивших лечение в детском центре психоневрологии и эпилептологии ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ РБ в 2016 году.

Материалы и методы: в качестве материала исследования были использованы данные формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» по Республике Башкортостан за 2013-2015 годы. Данные выкопировки карт стационарного больного (форма 003/у) детского центра психоневрологии и эпилептологии

ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ РБ за 2016 год. Выкопировка данных проводилась по разработанной методике с использованием карты выкопировки данных, которая включала 8 вопросов. Объем выкопировки составил 566 карт детей (0-17 лет) больных эпилепсией проходивших лечение в детском центре психоневрологии и эпилептологии ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ РБ в 2016 году. Использовались методы: статистический, аналитический, эпидемиологический. Статистическая обработка проводился программным продуктом Microsoft Office Excel**Результаты и обсуждения: При статистическом анализе данных установлено, что показатель заболеваемости эпилепсией и эпилептическим статусом в республике Башкортостан на 100 тыс. детского населения среди детей 0-17 лет в динамике с 2013 по 2015 возросла на 29,3 % по сравнению с предыдущим годом. При анализе отдельных регионов Республики Башкортостан было выявлено, что заболеваемость эпилепсией имеет неравномерное распространение по городам и районам в пределах от 1,6 до 19,2 на 100 000 детского населения. Средний показатель заболеваемости по РБ 4,6 на 100 000 детского населения. Высокие показатели имели г. Салават, г. Стерлитамак, г. Кумертау, г. Нефтекамск, там они составляют в среднем 10,4 на 100 000 детского населения. Высокая заболеваемость отмечается в северо-восточной группе районов (Белокатайский, Мечетлинский), а также в западной (Илишевский, Чекмагушевский районы) и северной зоне (Аскинский, Балтачевский, Бирский районы), где заболеваемость колеблется в пределах 5,5 – 15,9 на 100 000 детского населения. Примером района со средним показателем является Белорецкий район, где значение несколько превышает средних показателей по РБ (4,9 на 100 000 детского населения). К территориям с низкими показателями относится Бурзянский район - 3,36 на 100 000 детского населения. Таким образом, мы можем сделать вывод что уровень урбанизации не влияет на заболеваемость эпилепсией, так как в ряде сельских районов она превышает показателей городов. Удельный вес случаев инвалидность по диагнозу "эпилепсия" в РБ составляет 7,3 % в структуре общей неврологической инвалидности среди детей. Среди детей больных эпилепсией 6,4 % имеют инвалидность**

Исследование проводилось на базе детского центра психоневрологии и эпилептологии ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ РБ - медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь детям больным эпилепсией в РБ. В настоящее время коечный фонд ДЦПНиЭ составляет 90 коек

круглосуточного пребывания и 10 коек дневного стационара. Имеется 3 психоневрологических отделения, отделения реанимации и интенсивной терапии №3. Вспомогательная служба представлена приемным отделением №2, круглосуточной экспресс лаборатория, рентген кабинетом, кабинетом ультразвуковой, функциональной диагностики и физиотерапии, отделениями рефлексотерапии, медицинской реабилитации №2 и медико-педагогического отделения. Организовано оказание ортопедической, стоматологической, педиатрической помощи. Все больные по необходимости консультируются окулистом, ЛОР врачом, нейрохирургом и хирургом. Нами были проанализированы некоторые показатели деятельности данной медицинской организации. Среднее пребывание пациента на койке составляет - 11,4 дня, оборот койки - 29,3. Среди контингента больных у 42 % детей выявлено недостаточное психическое развитие у 32 % - поврежденное психическое развитие, у 26 % детей наблюдался интеллект соответствующий возрасту.

При исследовании истории болезней распределение по полу больных эпилепсией было следующим: девочек – 226 (39,9%) , что в 1,5 раза меньше чем мальчиков – 340 (60,1%). Распространенность заболевания между городской и сельской местностью существенно не отличается (49,1 % и 50,8% соответственно). В 97% случаев диагноз эпилепсии установлен как сопутствующее заболевание, только в 3% - основное заболевание. В 6 % случаев эпилепсия сочетается с синдромом Веста, приходящиеся на младенческий возраст. В 85% случаев дополнительно устанавливаются следующие заболевания: пороки развития головного мозга (30%), туберозный склероз (12–16%), гипоксически-ишемическая энцефалопатия (до 15%), наследственные дефекты обмена (6–10%), хромосомные аномалии (4%), другие факторы (внутриутробные инфекции, опухоли и другие изменения). Таким образом, наиболее частая форма синдрома – симптоматическая, т. е. сопутствующая другому заболеванию. Дебют заболевания – на 1-м году жизни с пиком в 3–7 месяцев (77% больных).

В 98 % всех случаев заболевания эпилепсией, отягощено негативным акушерским анамнезов, в большинстве случаев это были гестозы. Согласно нашему исследованию, наследственность в развитии эпилепсии не играла большой роль, так как отягощенная неврологическая наследственность была отмечена у 3 % исследуемых детей.

Заключение и вывод:

1. Распространенность эпилепсии среди детей (0-17 лет) в Республике Башкортостан в 2013-2015 году выросла на 29,3 % -соответственно с 54 до 69 на 100000 детского населения.

2.Уровень урбанизации в целом не является определяющим фактором влияющим на уровень заболеваемости эпилепсией детей (0-17 лет), так как в ряде сельских районов она превышает показатели городов, при этом показатели удельного веса больных эпилепсией из городской и сельской местности существенно не отличаются между собой (соответственно 49,1 % на 50,8%).

3. В структуре заболеваемости эпилепсией детей (0-17 лет), по нашим исследованиям, преобладают дети мужского пола -340 пациентов (60,1%), женского соответственно - 226 (39,9%).

4. В 98 % всех случаев заболевания, дети больные эпилепсией родились от матерей имеющих отягощенный акушерский анамнез при течении их беременности.

5. Отягощенная неврологическая наследственность была выявлена у 3 % среди исследуемых случаев заболевания эпилепсией детей

6. В 97% случаев диагноз "эпилепсия" установлен как сопутствующее заболевание, только в 3% - основное заболевание (в 6 % случаев эпилепсия сочетается с синдромом Веста).

Список литературы:

1. Балканская С.В., Студеникин В.М., Кузенкова Л.М. и др. Когнитивные нарушения и их коррекция у детей с эпилепсией // Практ. педиатра. Неврология. – 2008. – №3. – С. 24-27.
2. Благиных Е. С. Симптоматическая эпилепсия у детей. Саратовский научно-медицинский журнал. -2014. – С. 318-319.
3. Гехт А.Б., Мильчакова Л.Е., Чурилин Ю.Ю. Эпидемиология эпилепсии в России // Журн. неврологии и психиатрии. – 2006. – № 1. – С. 3-7.
4. Коробов М. В., Помников В. Г., ред. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. СПб.: Гиппократ. – 2010.
5. Нурмухаметова С.Р. Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии в г. Стерлитамак // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа. – 2011. - №4. – С. 115-118.
6. Шнайдер Н. А., Шаповалова Е. А. Эпидемиология детской эпилепсии. – Красноярск. – 2015. – С. 2-6.

УДК 614.2: 616-009: 314.44

А. И. Фатихова, Л. Р. Сахибуллина

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В 2013-2015 ГОДЫ

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.Б. Латыпов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье приведены данные анализа статистических данных по детской инвалидности в Республике Башкортостан за 2013-2015 годы по 10 наиболее часто встречаемых заболеваниям. Структура детской инвалидности по классам болезней, распределение по территориям республик, возрастная структура. В период с 2013 по 2015 годы в РБ наблюдалась относительно стабильная структура заболеваний, приводящих к инвалидности среди детей. Наибольший удельный вес в структуре детской составляли психические расстройства и расстройства поведения - 32,1 %. Набольшее число инвалидов регистрируется в возрасте от 10 до 14 лет – 4753 (33,0%).

Ключевые слова: детская инвалидность, структура, Республика Башкортостан.

A. I. Fatikhova, L. R. Sakhibullina

ANALYSIS OF INDICATORS OF CHILD DISABILITY IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN IN 2013-2015

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor A.B. Latypov

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE,

Bashkortostan state medical university, Ufa

Abstract: the article presents data analysis of statistical data on child disability in the Republic of Bashkortostan for 2013-2015 on 10 of the most common diseases. Structure of child disability by class of disease, the distribution on the territory of the Republic, the age structure. In the period from 2013 to 2015 in the Republic Bashkortostan of has experienced a relatively stable structure of diseases leading to disability among children. The greatest specific weight in structure of children was a mental disorder and conduct disorder to 32.1 %. The greatest number of disabled persons registered in the age from 10 to 14 years – 4753 (33,0%).

Keywords: child disability, structure, Republic of Bashkortostan.

Актуальность: Одним из основных показателей общественного здоровья является инвалидность населения. Особого внимания заслуживает мониторинг детской инвалидности. Важность оценки данного показателя предопределяется тем, что распространенность и структура детской инвалидности, с одной стороны, являются важнейшими характеристиками здоровья населения территорий, а с другой - создают предпосылки для падения трудовых ресурсов на территории и ставят дополнительные задачи перед системой социальной защиты населения [1]. Анализу показателей детской инвалидности посвящена работа ряда авторов [4,7], авторы отмечают, что за последние 10 лет количество детей-инвалидов выросло на 110,6 тыс., это связано с ростом заболеваемости среди детей, которая обуславливает нарастание инвалидизации детского населения. В связи с неуклонным ростом детской инвалидности в России и во всем мире, все более пристальное внимание уделяется врачами-исследователями проблеме факторов формирования данного явления [2,4,5]. Таким образом, исследовании структуры детской инвалидности является актуальной проблемой общественного здоровья.

Цель исследования: проанализировать структуру детской инвалидности в Республике Башкортостан (РБ) по 10 наиболее часто встречаемых заболеваниях в динамике за 2013-2015 годы.

Материалы и методы: Материалами исследования были статистические данные, содержащие показатели детской инвалидности в РБ, информация по детской инвалидности представлена по данным годовой статистической формы № 19 «Сведения о детях-инвалидах». Была проанализирована структура детской инвалидности по 10 наиболее распространенным заболеваниям. Объект исследования: дети инвалиды, находившиеся под наблюдением в медицинских организациях Республики Башкортостан в период с 2013 по 2015 годы. В процессе исследования применялись статистический и аналитический методы. Результаты обсуждения. На основании проведенного анализа нами было выявлено, что в целом за период 2013-2015 гг., число детей признанных инвалидами – 14393, из них большее число приходится на возраст от 10 до 14 лет – 4753 (33,0%), второе место занимает возрастная группа 5 – 9 лет – 4474 (31,1 %). Наименьшие проценты приходятся на возрастные группы от 0 – 4 лет и 15 – 17 лет (от 17,8 % до 18,1 %). В том числе с впервые установленной инвалидностью - 1700 детей, из них первое место занимают дети от 0- 4 лет - 791 (46,5 %), второе место возрастная группа от 5 – 9 лет – 470 (27,6%). Наименьшие проценты

приходятся на возраст от 10 до 17 лет (от 18,5 – 7,3%) (табл.1). Таким образом, количество детей с впервые установленной инвалидностью уменьшаются с увеличением возраста.

Таблица 1

Возрастная структура детской инвалидности по Республике Башкортостан за 2015 год

Возраст ребенка	Число детей инвалидов		В т.ч. с впервые установленной инвалидностью	
	Всего (абс. число)	%	Всего (абс. число)	%
0-4 года	2568	17,8	791	46,5
5-9 лет	4474	31,1	470	27,6
10-14 лет	4753	33,0	315	18,5
15-17 лет	2598	18,1	124	7,3
Итого 0-17 лет	14393	100	1700	100

В целом за период 2013-2015 гг. число случаев детской инвалидности было на одном уровне, с небольшими волнообразными колебаниями в пределах (табл. 1). В 2013 году зарегистрировано 169,9 случай заболеваний на 10000 населения в возрасте 0-17 лет, в 2014 году – 170,1 (рост на 1,2% по сравнению с предыдущим годом), в 2015 году – 163,6 (убыль на 3,9%).

В показателях детской инвалидности в Республике Башкортостан с 2013-2015 годы на первом месте располагалась психические расстройства и расстройства поведения. Удельный вес психических расстройств и расстройств поведения в 2013 году составлял 30,5%, в течение периода наблюдения практически не менялся и в 2015 году составил 33,6% (табл.2).

Таблица 2

Показатели детской (0 – 17 лет) инвалидности и ее структура по группам заболеваний в Республике Башкортостан за 2013 – 2015 год (%)

№	Наименование классов болезней	Год					
		2013		2014		2015	
		На 10.тыс населения	%	На 10.тыс населения	%	На 10.тыс населения	%
1	Новообразования	6,0	3,5	6,2	3,6	5,9	3,6
2	Болезни эндокринной системы	11,0	6,5	11,1	6,5	9,9	6,0
3	Психические	51,8	30,5	53,7	31,6	55,0	33,6

	расстройства и расстройства поведения						
4	Болезни нервной системы	32,9	19,4	33,5	19,7	35,5	21,7
5	Болезни глаза и придаточного аппарата	8,0	4,7	7,9	4,6	7,6	4,7
6	Болезни уха и сосцевидного отростка	9,3	5,5	9,3	5,5	9,1	5,3
7	Болезни системы кровообращения	1,3	0,8	1,3	0,8	1,3	0,8
8	Болезни органов пищеварения	1,2	0,7	1,0	0,6	1,0	0,6
9	Болезни костно-мышечной системы	5,2	3,1	4,9	2,9	4,4	2,9
10	Врожденные аномалии	36,3	21,4	34,9	20,5	28,5	17,4
11	Прочие заболевания	3,9	3,9	6,3	3,7	5,4	3,4
12	Всего	169,9	100,0	170,1	100,0	163,6	100,0

На втором месте в 2013, 2014 годах в структуре заболеваемости были врожденные аномалии, их удельный вес характеризовался стабильностью показателя от 21,4% до 20,5%. 2015 году произошло снижение удельного веса до 17,4%. При этом врожденные аномалии переместились на 3-е место в структуре. На третьем месте среди заболеваний, приведших к инвалидности, в 2013, 2014, находились болезни нервной системы и в 2015 годах они переместились на 2-е место. С 2013 по 2015 годы их возросло с 32,9 до 35,5 на 10000 населения (на 2,3 %). Значение болезней костно-мышечной системы с 2013 по 2015 год остается на одном уровне (3,1-2,9%). Новообразования, болезни эндокринной системы, глаза и придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка, системы кровообращения, органов пищеварения в исследуемый период имели стабильные показатели зарегистрированных случаев, их доля в общей структуре практически не менялась. Удельный вес этих заболеваний за 2013-2015 год от 0,6 % до 6,3%.При анализе медицинских округов Республики Башкортостан за 2015 год, наибольшее число детей инвалидов на 10000 детского населения от 0- 17 лет выявлено в Октябрьском медицинском округе – 184,9. На втором месте Белорецкий медицинский округ – 176,5 и Сибайский медицинский округ – 173,6. Более низкие показатели инвалидности среди детского населения имеют Дуванский – 167,1,

Бирский – 163,9, Кумертауский – 156,6 медицинские округа. Самый низкий Уфимский медицинский округ – 154,3.

Заключение и выводы: Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что в период с 2013 по 2015 годы в РБ наблюдалась относительно стабильная структура заболеваний, приводящих к инвалидности среди детей. На основании проведенного анализа нами было выявлено, что в целом за период 2013-2015 гг., число детей признанных инвалидами – 14393, из них большее число приходится на возраст от 10 до 14 лет – 4753 (33,0%), количество детей с впервые установленной инвалидностью уменьшаются с увеличением возраста. При анализе медицинских округов Республики Башкортостан за 2015 год, наибольшее число детей инвалидов на 10000 детского населения, выявлено в Октябрьском медицинском округе – 184,9, а самый низкий показатель в Уфимский медицинском округе – 154,3. Исследование показателей заболеваний, приводящих к инвалидности, среди детей от 0 до 17 лет позволяет наиболее эффективно разрабатывать и применять меры по их снижению.

Список литературы:

1. Анаева Л. А., Жетишев Р. А., Крымукова М. А., Ацканова Б. Л. Динамика распространенности и нозологической структуры детской инвалидности в Кабардино-Балкарии// Фундаментальные исследования. – 2014. - № 10-9. – С.1680-1684.
2. Дмитриева М. В. Особенности комплексной реабилитации детей, родившихся с низкой массой тела: материалы научно-практической конференции с международным участием «Молодые ученые XXI века – от идеи к практике», посвященной 85-летию Клиник СамГМУ. Самара, 2015. – С. 113-114.
3. Дмитриева М. В., Мазур Л. И., Щербицкая О. В. Организация комплексной реабилитации детей родившихся с низкой массой тела, в условиях реабилитационного центра // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17, № 5-3. – С. 758-761.
4. Лукашов А.Г и др.; под ред. А.Л. Санникова.Инвалидность и смертность – доминанты, снижающие жизненный потенциал и безопасность общества/ – Архангельск: Солти, 2007. – С.8-67
5. Решетников А. В. Медико-социологические представления о моделях болезни и здоровья / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2003. – № 2. – С. 3-18.
6. Шаикина Н. В. Социальный анализ детей с ограниченными возможностями / Н. В. Шаикина. – М. : Просвещение, 2001. – 146 с.
7. Яцышена Т.Л., Аброськина Н. В. Структура первичной и общей инвалидности детского населения Волгоградской области // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 7: Философия. Социология и социальные технологии- 2008. - N 2 (8)– С. 166-171

УДК 930.24.23.

И.С. Фаткуллина, Г.Ф. Гаянова, А.З. Фаюршин

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ БОЛЬНИЦ, ПОЛИКЛИНИК, ДИСПАНСЕРОВ БЕЛЕБЕЕВСКОГО РАЙОНА

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: развитие здравоохранения в г. Белебее связано с деятельностью НПУ «Аксаковнефть», которое находит финансирование, проектирование и застройку новых лечебно-профилактических учреждений в городе и районе.

Ключевые слова: здравоохранение, Республика Башкортостан, больницы, поликлиники, диспансеры.

I.S. Fatkullina, G.F. Gayanova, A.Z. Fayurshin

THE HISTORY OF THE FORMATION AND DEVELOPMENT OF HOSPITALS, POLYCLINICS, DISPENSERS OF BELEBEEVSKY DISTRICT

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Healthcare development in Belebey is connected with the activities of the NHA "Aksakovneft", which finds financing, design and construction of new medical and preventive institutions in the city and the district.

Keywords: Healthcare, Republic of Bashkortostan, hospitals, polyclinics, dispensaries.

Актуальность: Изучение истории здравоохранения г.Белебея и Белебеевского района имеет важное значение для прогнозирования развития города и района в ближайшем будущем.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о становлении и развитии здравоохранения в Белебее и Белебеевском районе.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: В начале октября 1965 года в г.Белебее была открыта новая городская больница, построенная нас средства НПУ « Аксаковнефть». С точки зрения современных требований, это было невесть какое лечебное учреждение, но в то время новая

больница для провинциального Белебея была чуть ли не верхом совершенства. Городская газета «Вперед», чей корреспондент побывал на официальном открытии, писала: «Поликлиника и детская консультация с оборудованием для приема кабинетами врачей, регистратура и приемный покой встречают, как только перешагнешь порог главного входа.

А дальше пред нами хирургическое и терапевтическое отделения и отделение для самых маленьких жителей нашего города. И всюду палаты, процедурные, кабинеты врачей и санитарные посты, столовые и раздаточные поражают чистотой, новой мебелью, белоснежными постелями… А вот рентгеновский кабинет, операционная…»

Так начиналась новая страница в истории здравоохранения города и района. Новая больница сыграла неоценимую роль в лечебно-профилактической работе, оздоровлении населения, пропаганде медицинских знаний, внедрении в быт санитарно-гигиенической культуры.

С тех пор прошло более 40 лет. Система и здравоохранения города и района никогда не стояла на месте. Сегодня ее возглавляет Центральная больница Белебеевского района и города.

Учреждения здравоохранения оказывают помощь по 53 видам медицинской деятельности, охватывающим все основные направления организации специализированной, стационарной и амбулаторной помощи населению.

В настоящее время систему здравоохранения представляют 4 поликлиники, стоматологическая поликлиника, поликлиника ОАО « БелЗАН», Приютовский корпус имени А. Г. Гайнуллина, родильный дом с женской консультацией, несколько специализированных отделений и диспансеров, 3 отделения врача общей практики, 33 фельдшерско-акушерских пункта. Амбулаторно-поликлиническая сеть рассчитана на 2667 посещений в смену, круглосуточно стационарная помощь осуществляется на 776 человек. При амбулаторно-поликлинических учреждениях функционируют дневные стационары на 225 коек.

Стационарная служба имеет 23 отделения по 31 профилю и 9 вспомогательных, в их числе межрайонные отделения: микрохирургии глаза, травматологическое, урологическое, кардиологическое; межрайонный консультативно-диагностический центр; межрайонная лаборатория диагностики ВИЧ и инфекционных заболеваний.

За последние 15 лет проводилась большая работа по реформированию и совершенствованию системы здравоохранения города и района. С 1991 по 2005 год введены в эксплуатацию здания центра Роспотребнадзора, отделения переливания крови, лаборатории ВИЧ и инфекционных заболеваний, пищеблок для терапевтического корпуса,

прачечная, гараж для санитарного автотранспорта, галокамера при пульмонологическом отделении, хирургический корпус и другие объекты.

В декабре 1999 произошло слияние городской и районной больниц с преобразованием их в дальнейшем в муниципальное учреждение здравоохранения Центральная больница города Белебея и Белебеевского района, которое ныне возглавляет отличник здравоохранения РФ, заслуженный врач РБ М.А. Газизов.

В поликлинике после соответствующей подготовки открыты многопрофильные дневные стационары для проведения этапа восстановительного лечения.

Значительным событием стало открытие 6 июня 1998 гола хирургического корпуса. Он позволил поднять медицинское обслуживание населения на качественно новый уровень. В современном лечебном учреждении, рассчитанном на 160 коек, работают почти 200 медиков. Здесь разместились отделения абдоминальной хирургии, межрайонное травматологическое, гинекологическое и урологическое. За время работы корпуса квалифицированную помощь получили более 30 тысяч человек.

В июне 1998 года начал функционировать межрайонный консультативно-диагностический центр при поликлинике № 1. Он обслуживает население 7 районов и города Белебея.

В октябре 2001 года открыл свои двери реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями. На базе роддома действует ограниченными возможностями. На базе роддома действует отделение патологии новорожденных.

В 2003 году Знаменская сельская врачебная амбулатория и Метевбашевская участковая больница капитально отремонтированы и реорганизованы в отделения врача общей практики.

Первым главным врачом центральной городской больницы был Е.Я. Фролов, фронтовик, опытный организатор здравоохранения. В разные годы в больнице и ее подразделениях работали известные врачи А.Я. Соколов, Г.П. и Б.П. Стуковы, С.Г. Абдуллина, В.Я. Жилкина, Б.И. Парфенов, Н.Я. Литовченко, М.В. Бородаенко, С.М. Яубатырова, А.С. Султанов, В.Х. Галимова и десятки других уважаемых и любимых населением медиков.

В березовой роще дивной красоты, в «шишкинском» сосновом бору разместились многопрофильные санатории-профилактории «Прометей», «Буровик» и «Здоровье», в которые приезжают отдыхать и лечиться со всех концов Башкортостана.

Заключение и выводы: Развитие здравоохранения г. Белебея и Белебеевского района напрямую связана с финансированием, планированием и строительством НПУ «Аксаковнефть».

Список литературы:

Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

УДК 930.24.25.

И.С. Фаткуллина, Г.Ф. Гаянова, А.З.Фаюршин

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ САНАТОРИЯ

«ГЛУХОВСКАЯ»

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: развитие кумысолечения в Уфимской губернии и Башкирской АССР неразрывно связано с развитием санатория «Глуховская».

Ключевые слова: Уфимская губерния, Башкирская АССР, кумысолечение, санаторий.

I.S. Fatkullina, G.F. Gayanova, A.Z. Fayurshin

THE HISTORY OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF SANATORIUM «GLUKHOVSKAYA»

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the development of kumysotherapy in the Ufa province and the Bashkir ASSR is inextricably linked with the development of the Glukhovskaya sanatorium.

Keywords: Ufa province, Bashkir ASSR, kumy treatment, sanatorium.

Актуальность: Изучение истории развития санаториев в Уфимской губернии и Башкирской АССР неразрывно связано с развитием кумысолечения в стране.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о становлении санатория «Глуховская» и проанализировать его вклад в развитие здравоохранения БАССР.

Материалы и методы: В работе использован исторический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: В 1982 году кумысолечебницу в пяти километрах от страниц Глуховская Самаро-Златоустовской железной дороги открыл Иван Петрович Коньшин. Местность, на которой располагалась новая здравница, была необычайно красивой: естественный сосновый бор, березовые рощи, лесистые холмы, прозрачные ручейки, богатая растительность. По-видимому вся эта благодать и разбудила фантазию И. П. Коньшина, и он,

не мудрствуя лукаво, назвал местность Русской Швейцарией. Может быть, это был и элемент рекламы.

Примитивная кумысолечебница состояла из двух отделений, между которыми было 1,5 километра. Она была похожа на лечебницу О. Г. Аксаковой: такие же деревянные домики без элементарных удобств, каждый на 5-6 человек; время работы - летние месяцы, число мест от 80 до 100. Нередко больные расселялись в близлежащих деревнях. Начиная с 1920 года кумысолечение стало делом государственным. После выхода декрета «О лечебных местностях общегосударственного значения» в 1921 году на базе кумысолечебницы «Русская Швейцария» недалеко от основного санатория был развернут детский туберкулезный санаторий «Ключевка» на 50 мест, в разгар сезона – на 80. Функционировал санаторий до января 1956 года, когда из-за ветхости и аварийного состояния зданий был закрыт. В 1925 начал работать сезонный санаторий имени Воровского на 50 мест. Лечебное учреждение относилось к наркомату путей сообщения. Но и он был закрыт в 1941 году. В опустевших помещениях жили эвакуированные семьи из западных регионов страны, затем недолго работал сезонный подростковый туберкулезный санаторий, который вновь закрыли в начале 1945 года.

Сразу же после окончания войны в Русской Швейцарии начались работы по возведению капитального, действующего круглый год санатория для больных с активными формами туберкулеза легких. Новый санаторий находился в ведении Министерства внутренних дел. Первая очередь санатория вошла в эксплуатацию в декабре 1957 года. В начале нового года функционировали первый и второй корпуса на 150 коек. К концу 1958 года закончилось возведение третьего, четвертого и пятого корпусов, ряда хозяйственно-бытовых зданий. Здания и сооружения были построены по типовому проекту как ведомственный санаторий для сотрудников НКВД (КГБ) СССР. В 1961 году он был предан Минздраву РСФСР.

Ныне санаторий «Глуховская» представляет собой целый комплекс современных спальных, лечебных и социально-культурных корпусов, построенных в стиле советского неоклассицизма, « начиненных» новейшим оборудованием и аппаратурой. К 50-й годовщине « второго рождения» санатория многие корпуса капитально отремонтированы с использованием новых материалов и строительных технологий и ничуть не уступают ни по внешнему виду, ни по интерьеру лучшим санаториям страны.

В центральной части санатория - регулярный парк с партером, вековыми соснами, причудливыми беседками. Самое большое здание « Глуховской» - клуб столовая. Здание двухэтажное. На первом этаже - обеденный зал на 350 мест, кухонный блок с подсобными

помещениями. На втором этаже – клуб на 350 мест, библиотека. В настоящее время в санатории развернуто 250 круглогодичных коек, санаторный этап лечения проходят больные с внелегочными формами туберкулеза из 80 субъектов Российской Федерации. Функционируют три отделения: лечебно-диагностическое, внелегочного туберкулеза № 1 на 130 коек и внелегочного туберкулеза № 2 на 120 коек.

В составе лечебно-диагностического отделения - кабинеты физиотерапии, лечебной физкультуры, зубоврачебный, смотровые мужской и женский, офтальмологический, рентгенологический, функциональной диагностики, эндоскопии, ультразвуковой диагностики.

Клинико-диагностическая лаборатория выполняет общеклинические, гематологические, биохимические и микробиологические анализы. Кроме того, имеются аптечный распределительный пункт, лечебно-трудовые мастерские. Отделение оснащено самым современным отечественным и импортным оборудованием. Здесь можно получить лечение у терапевта, кардиолога и других специалистов.

Ведущим лечебным фактором в санатории « Глуховская» является кумыс. Высокие питательные и лечебные свойства этого богатырского напитка объясняются особым составом кобыльего молока, которая весьма близко к женскому не только по количеству молочного сахара, но и по количеству качественной характеристики белков, жиров, витаминов.

Кумысолечение нормализует обмен веществ, усиливает окислительно-восстановительные процессы, оказывает положительное действие при расстройстве нервной системы, заболеваниях органов дыхания, сердечно-сосудистой и кроветворных систем, нормализует секреторную деятельность желудка. Кумыс является хорошим моче- и желчегонным средством.

Одной из важнейших деталей лечения является диетотерапия. Питание в санатории осуществляется по заказной системе. Ежедневно готовится более двадцати наименований блюд. Питание весьма разнообразное. Сроки пребывания в санатории зависят от стадии активности специфического процесса и составляют от 1,5 до 4 месяцев. За это время можно не только успешно пройти курс лечения, но и в полной мере насладиться красотами местного ландшафта, совершить экскурс в историческое и культурное прошлое края, пройти тропинками С. . Аксакова, М.И. Цветаевой, К.В. Иванова, Я. Г. Ухсая. Прекрасные условия для проведения полноценного досуга созданы и в самом санатории.

С февраля 2003 года на базе санатория организованы оздоровительные заезды для медицинских медработников, имеющих профессиональный контакт с больными

туберкулезом. Больные, находившиеся на лечение в здравнице, уезжают с зарядом бодрости и сил и изъявляют желание вернуться, т.к. настолько пленительна здешняя природа и настолько благотворно лечение.

С 1987 года коллектив санатория « Глуховская» возглавляет отличник здравоохранения, заслуженный врач Республики Башкортостан Ильдус Рафкатович Фархшатов.

В санатории сложился профессиональный коллектив из 12 врачей различных специальностей, 9 из них имеют высшие первые квалифицированные категории, 2 человека – заслуженные врачи Республики Башкортостана, 4-отличника здравоохранения РФ. Пополнились кадры и молодыми специалистами: в течение последних двух лет приняты на работу 4 новых врача. Все доктора имеют 2-3 сертификата специалиста по основной и смежным специальностям. Санаторий работает в тесном сотрудничестве с кафедрами урологии, фтизиатрии БГМУ, со специалистами Санкт–Петербургского, Екатеринбургского НИИ фтизиопульмонологии. Под их руководством апробируются экспериментальные методики, осваиваются новые лечебные технологии, ведутся научные работы. Врачи санатория- настоящие асы в своем деле, имеющие многолетний опыт работы. Получить их консультации и лечение стремятся пациенты не только не из нашей республики, но и других регионов РФ. Хорошо знают работников санатория в городе Белебее и в Белебеевском районе.

Заключение и выводы: Развитие санатория «Глуховская» внесло значительный вклад в развитие здравоохранения БАССР.

Список литературы:

Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

УДК 614.2: 615 :617-089

А.Т. Хайруллин

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ ДЮРТЮЛИНСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫВ 2013 - 2015 ГГ.

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.Б. Латыпов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в работе представлен сравнительный анализ контингента пациентов терапевтического и хирургического отделений Дюртюлинской ЦРБ по полу и роду занятий за 2013- 2015 гг. В структуре пациентов терапевтического отделения Дюртюлинской ЦРБ преобладали женщины (52,5% - 56%), хирургического – мужчины (52,0% - 55,5%). Среди пациентов терапевтического отделения преобладали пенсионеры (44,1% - 85,0%).

Ключевые слова: пол, род занятий, терапия, хирургия, стационар.

A.T. Khayrullin

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF PATIENTS OF THERAPEUTIC AND SURGICAL DEPARTMENTS OF DYURTYULI CENTRAL DISTRICT HOSPITALIN 2013-2015

Scientific Advisor – PhD in Medical sciences, Associated Professor A.B. Latypov

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE,

Bashkir State Medical University, Ufa

The paper presents a comparative analysis of the contingent of patients in the therapeutic and surgical departments of the Dyurtyuli Central District Hospital by gender and occupation for 2013-2015. Women (52.5% - 56%) prevailed in the structure of patients of the therapeutic department of Dyurtyuli Central District Hospital, and men (52,0%-55.5%) were women. Among the patients of the therapeutic department, pensioners (44. %1 - 85.0%) prevailed.

Keywords: gender, occupation, therapy, surgery, hospital.

Актуальность: социально-экономические процессы, происходящие в сельской местности, затрагивают все аспекты жизнеобеспечения и особенно влияют на показатели здоровья сельчан. В связи с этим ряд работ авторов констатируют преобладание лиц пенсионного возраста в структуре терапевтических стационаров [1]. Совершенствование организации и

управления медицинской помощью для сельского населения, направленное на повышение ее доступности и своевременности с учетом территориальных условий, является актуальной проблемой [2]. Оказание специализированной помощи сельскому населению хирургического и терапевтического профиля на уровне межмуниципальных центров с анализом структуры пациентов посвящены исследования ряда авторов [4]. Исследуются аспекты работы врачей общей практики в сельском районе по анализу структуры населения обслуживаемого участка [3]. Таким образом, исследование вопросов оказания специализированной медицинской помощи сельским жителям является актуальной для общественного здоровья и здравоохранения, в частности это касается изучения структуры пациентов стационара различного профиля.

Цель исследования: Сравнительный анализ контингента пациентов терапевтического и хирургического отделений Дюртюлинской ЦРБ за 2013- 2015 гг.

Материалы и методы: В исследовании были проанализированы статистические данные терапевтического и хирургического отделений Дюртюлинской ЦРБ за 2013- 2015 гг. При анализе производилось сравнение относительных величин в динамике за три года по данным формы федерального статистического наблюдения "Сведения о медицинской организации" (Форма № 30) ГБУЗ РБ Дюртюлинская ЦРБ за 2013- 2015 гг. Данные медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у) пациентов терапевтического и хирургического отделений ГБУЗ РБ Дюртюлинская ЦРБ за 2013- 2015 гг. Рассчитывались экстенсивные показатели структуры пациентов по полу и роду занятий. Количество пациентов хирургического и терапевтического отделений за 3 года составило 6177 пациентов (3277 - терапевтического, 2900 - хирургического). Использовались методы: статистический, аналитический. Статистическая обработка проводился программным продуктом MicrosoftOfficeExcel.

Результаты и обсуждение: анализ структуры пациентов терапевтического отделения Дюртюлинской ЦРБ по полу показал, что женщины поступали в терапевтическое отделение чаще, чем мужчины (табл. 1). Наибольшее удельный вес женщин регистрировался в 2014 г. - 56%, при этом в 2013 и 2015 гг. он составлял соответственно 53,0% и 52,5%. То есть можно сделать вывод о стабильной структуре пациентов терапевтического профиля, с преобладанием женщин. При этом число пациентов выросло с 866 до 1345 (на 55,3%).

Таблица 1

Структура пациентов терапевтического отделения Дюртюлинской ЦРБ по полу в 2013- 2015 гг.

Пол	Количество больных по годам					
	2013 г		2014 г		2015 г	
	Число	Удельный вес, %	Число	Удельный вес, %	Число	Удельный вес, %
Мужской	408	47,0	468	44,0	639	47,5
Женский	458	53,0	598	56,0	706	52,5
Итого	866	100,0	1066	100,0	1345	100,0

Анализ структуры пациентов хирургического отделения Дюртюлинской ЦРБ по полу показал, что здесь преобладали уже мужчины (табл. 2). Наибольшее удельный вес мужчин регистрировался в 2013 г. - 55,5%, при этом в 2014 и 2015 гг. он составлял соответственно 52,0% и 54,0%. То есть можно сделать вывод о стабильной структуре пациентов хирургического профиля, с преобладанием мужчин. При этом число пациентов оставалось приблизительно на одном уровне.

Таблица 2

Структура пациентов хирургического отделения Дюртюлинской ЦРБ по полу в 2013- 2015 гг.

Пол	Количество больных по годам					
	2013 год		2014 год		2015 год	
	Число	Удельный вес, %	Число	Удельный вес, %	Число	Удельный вес, %
Мужской	506	55,5	536	52,0	516	54,0
Женский	407	44,5	497	48,0	438	46,0
Итого	913	100,0	1033	100,0	954	100,0

При анализе структуры пациентов терапевтического отделения Дюртюлинской ЦРБ по роду занятий было выявлено, что наибольший удельный вес составляли пенсионеры их удельный вес вырос с 44,1% в 2013 г., до 67% в 2014 г., а в 2015 г. составил уже 85,0% (табл. 3). Доля работающих сократилась с 37,4 % в 2013 г. до 10,5% в 2015 г. Удельный вес безработных пациентов также снизился с 18,0% в 2013 г. до 4,0% в 2015 г. Студенты составляли 0,5-0,7%.

Таблица 3

Структура пациентов терапевтического отделения Дюртюлинской ЦРБ по роду занятий в 2013- 2015 гг.

Род занятий	2013 год	2014 год	2015 год

	Число	Удельный вес, %	Число	Удельный вес, %	Число	Удельный вес, %
Работающие	324	37,4	232	21,7	139	10,5
Безработные	156	18,0	108	10,1	56	4,0
Студенты	4	0,5	8	0,7	5	0,5
Школьники	-	-	-	-	-	-
Пенсионеры	382	44,1	718	67,5	1145	85,0
Итого	866	100,0	1066	100,0	1345	100,0

В структуре пациентов хирургического отделения Дюртюлинской ЦРБ по роду занятий также первое место занимали пенсионеры 38,3%, 37,5% и 35,8% соответственно (табл. 4). Однако удельный вес работающих тоже был значительным и составлял 32,4%, 31,2% и 29,0%. Безработные и студенты находились на 3 и 4 местах их удельный вес колебался от 14,5% до 16,2%, и от 12,6% до 17,7% соответственно. В отличие от терапевтического отделения в хирургическом доля студентов достигала 5%.

Таблица 4

Структура пациентов хирургического отделения Дюртюлинской ЦРБ по роду занятий в 2013- 2015 гг.

Род занятий	2013 год		2014 год		2015 год	
	Число	Удельный вес, %	Число	Удельный вес, %	Число	Удельный вес, %
Работающие	296	32,4	320	31,2	277	29,0
Безработные	148	16,2	160	15,5	139	14,5
Студенты	5	0,5	32	3,0	29	3,0
Школьники	115	12,6	133	12,8	169	17,7
Пенсионеры	349	38,3	388	37,5	340	35,8
Итого	913	100,0	1033	100,0	954	100,0

Заключение и выводы: Таким образом, в структуре пациентов терапевтического отделения Дюртюлинской ЦРБ преобладали женщины (52,5%-56,0%), хирургического – мужчины (52,0%-55,5%). Среди пациентов терапевтического отделения преобладали пенсионеры(44,1%-85,0%).Исследование структуры пациентов отделений различного профиля позволяет разрабатывать мероприятия по оптимизации процесса оказания медицинской помощи, а также по повышению ее качества и доступности.

Список литературы:

1. Калининская А. А., Дзугаев А. К., Воробьев В. М. Социальные факторы и организации медицинской помощи сельскому населению (по результатам социологического опроса) // Социальные аспекты здоровья населения. - 2011 - № 6. - С. 5.

2. Коробкова О.К. Исторический аспект организации оказания медицинских услуг сельскому населению России // Актуальные вопросы экономических наук: - 2014 - № 5. — С. 106–110.

3. Каширин А.К. Опыт работы врачей общей практики в сельском районе // Первый Всероссийский съезд врачей общей практики: сб. тезисов и статей. Самара,- 2009- № 4- С. 165–166.

4. Никифоров С.А., Ползик Е.В. Медицинские округа как способ совершенствования системы управления здравоохранением // Главврач. -2008 - № 3 -С. 29–32.

УДК 616.12.008.1.1

А.Н. Хасанова

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Р.С. Низамутдинова

Кафедра поликлинической терапии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье приводится анализ заболеваемости гипертонической болезнью взрослого населения, прикрепленного к ГБУЗ РБ Поликлиника №43 города Уфы, за период с 2012 по 2015 годы. Установлено, что за анализируемый период времени общая заболеваемость болезнями системы кровообращения составила в среднем 16004,7 на 100 тыс. населения, что ниже аналогичных показателей по Российской Федерации (соответственно 22965,9 на 100 тыс. населения). Доля больных первичной гипертонии среди всех больных с повышенным АД составляет 92-96%.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, поликлиника, заболеваемость.

A.N. Khasanova

ANALYSIS OF MORBIDITY OF HYPERTENSION FOR EXAMPLE CITY POLYCLINIC

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor R.S.Nizamutdinova

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the article analyzes the incidence of hypertensive adult population, attached to GBUZ RB polyclinic № 43 city of Ufa, for the period from 2012 to 2015 years. It was established that for the analyzed period the overall incidence of diseases of the circulatory system averaged 16004.7 on 100 thousand. the population, which was lower than the similar indicators for the Russian Federation (respectively 22965.9 on 100 thousand population). The proportion of patients with primary hypertension among all patients with increased AD is 92-96%.

Keywords: hypertension, incidence.

Актуальность: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются важнейшей причиной смертности во всем мире. На глобальном уровне от ССЗ ежегодно умирает более 17 млн. человек. По оценкам ВОЗ, на долю гипертонической болезни приходится по меньшей мере 45% смертных случаев, вызванных болезнями сердца [2]. Повышенное артериальное давление – важный фактор риска развития ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний. Доказана положительная и монотонно возрастающая зависимость между уровнем артериального давления и риском возникновения инсульта и ишемической болезни сердца. В некоторых возрастных группах риск ССЗ увеличивается в два раза с каждым повышением уровня артериального давления на 20/10 мм рт. ст., начиная со 115/75 мм рт. ст. Помимо ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, неконтролируемое повышение артериального давления приводит к сердечной недостаточности, нарушениям функции почек, заболеваниям периферических кровеносных сосудов и сосудов сетчатки глаза, а также к нарушениям зрения. Растущее бремя неинфекционных заболеваний, в значительной степени обусловленное ССЗ, представляет собой одну из самых больших опасностей для здоровья человечества[1].

Цель исследования: На основе исследования медицинской документации за период с 2012 по 2015 г.г. проанализировать заболеваемость гипертонической болезнью взрослого населения, прикрепленного к городской поликлинике.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГБУЗ РБ Поликлиника №43 города Уфы. Анализу подверглись данные годовых статистических отчетов (форма №30) за период с 2012 по 2015 г.г. В работе были использованы стандартные методы статистического анализа (Microsoft Excel 2010).

Результаты и их обсуждение: Проведенный анализ заболеваемости по данным обращаемости в городскую поликлинику показал, что в структуре общей заболеваемости в 2015 году лидирующее место занимают болезни органов дыхания (16,2%), на втором месте - болезни мочеполовой системы (15,3%), на третьем - болезни системы кровообращения (14,3%). Далее в порядке рангового убывания: болезни органов пищеварения, болезни эндокринной системы, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни костно-мышечной системы, болезни органов чувств и нервной системы, новообразования, болезни крови, болезни кожи и подкожной клетчатки (рис.1.).

Установлено, что за анализируемый период времени общая заболеваемость ССЗ составила в среднем 16004,7 на 100 тыс. населения, что ниже аналогичных показателей по Российской Федерации (соответственно 22965,9 на 100 тыс. населения) [3,4].

Высокий удельный вес болезней системы кровообращения (БСК) в структуре общей заболеваемости обусловлен, прежде всего, двумя наиболее распространенными нозологиями: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением и ишемическая болезнь сердца [5].

Повышение АД у большинства больных связано с наличием гипертонической болезни. Доля больных первичной гипертонии среди всех больных с повышенным АД составляет 92-96%. В остальных случаях артериальная гипертония является вторичной и обусловлена заболеваниями почек, стенозом почечных артерий, поражением надпочечников, реже другими заболеваниями. Так, по поводу гипертонической болезни в 2015 году за медицинской помощью в ГБУЗ РБ Поликлиника №43 обратилось 5166 человек, из них с впервые в жизни установленным диагнозом - 1071 человек. Динамика основных показателей заболеваемости представлена в таблице 1.

Анализ динамики общей заболеваемости гипертонической болезнью по данным годовых отчетов за период 2012-2015 гг. показал, что ее уровни были меньше, чем в Российской Федерации, составляя соответственно 6655,1 и 8795,9 на 100 тыс. населения [3,4].

Среди заболеваний, приводящих к смерти, БСК ежегодно занимает лидирующие позиции наряду со злокачественными новообразованиями. Изучение смертности населения по основным классам причин смерти показывает, что в 2014 году произошло резкое снижение показателя смертности от болезней системы кровообращения (с 326,03 в 2013г. до 177,6 на 100 000 населения - на 45,5%)(табл.2).

Стоит отметить, что в Республике Башкортостан в течение последних пяти лет смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 21%, и эта тенденция имеет положительную динамику[3,4]. В первом квартале 2016 года показатель смертности от БСК остается ниже российского уровня. Этому способствовали развитие профилактического направления, расширение объемов высокотехнологичной медицинской помощи и развитие ранней медицинской реабилитации.

Заключение и выводы:

1. Динамический анализ заболеваемости населения, прикрепленного ГБУЗ РБ Поликлиника

№43 г.Уфы за период 2012-2015 гг. показал, что в структуре общей заболеваемости болезни системы кровообращения занимают одно из лидирующий мест.

2. Исследование общей и первичной заболеваемости населения городской поликлиники гипертонической болезнью выявило снижение показателей по сравнению с общероссийскими за аналогичный период времени.

3. Изучение смертности населения по основным классам причин смерти за период 2012-2015 гг. выявило прогрессивное снижение показателя смертности от БСК. Возможно, это связано с разработкой и внедрением в практику долгосрочных стратегий профилактики, расширением объемов высокотехнологичной медицинской помощи и развитием ранней медицинской реабилитации.

Список литературы:

1. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними. Политика, стратегия и меры борьбы// Всемирная организация здравоохранения-2013.-С.163

2. Глобальное резюме по гипертонии// Всемирная организация здравоохранения-2013.-С.40

3. Российский статистический ежегодник. 2013: Стат.сб./Росстат. - Р76 М., 2013. – 717 с.

4. Российский статистический ежегодник. 2015: Стат.сб./Росстат. - Р76 М., 2015. – 728 с.

5. Шальнова С. А., Конради А. О., Карпов Ю. А., Концевая А. В., Деев А.Д., Капустина А. В., Худяков М. Б., Шляхто Е. В., Бойцов С. А. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России»// Российский кардиологический журнал.- 2012- № 5 (97) -С. 6-11

УДК: 314.14:711.435-470.57

Л.М. Шайхуллина

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОЖИВАЮЩЕГО В МОНОГОРОДАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель - д.м.н., профессор Р.Н. Кильдебекова

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф, Башкирский Государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: проведён анализ заболеваемости по основным классам болезней в моногороде Белебей . Результаты заболеваемости в г. Белебей были выше в сравнении с Республикой Башкортостан и Российской Федерацией. Уровень заработной платы в моногороде Белебей был ниже, а уровень безработицы выше, чем в Башкортостане и РФ.

Ключевые слова: заболеваемость, население, моногород.

L.M. Shaykhullina

THE STATE OF HEALTH OF THE POPULATION RESIDING IN MONOCITIES OF THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Scientific advisor - Ph. D. in Medicine, Full professor R.N. Kildebekova

Department of Mobilization preparation of public health and medicine of catastrophes, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the analysis of morbidity by main disease classes in monocity of Belebey . Results incidence in the city of Belebey were higher in comparison with the Republic of Bashkortostan and the Russian Federation. The wage level in monocity of Belebey were lower, and unemployment higher, than in Bashkortostan and the Russian Federation.

Key words: morbidity, population, monocity.

Актуальность: Здоровье нации одно из приоритетных направлений деятельности государства. Основными показателями уровня здоровья являются: первичная заболеваемость, общая заболеваемость и частота заболевания. Достижение целевых уровней

заболеваемости по отдельным классам болезней является индикативным показателем работы медицинских организаций и основой планирования системы здравоохранения[5]. Заболеваемость - многофакторный показатель, на который оказывают влияние множество групп причин: медико-биологические, социальные, организационные и экономические[9,10].Население России по условиям проживания делится на городское и сельское в соотношении 75% и 25% соответственно[7]. Городское население не однородно и делится на мегаполисы и моногорода. На уровень здоровья жителей мегаполисов влияют условия среды и внешние факторы риска развития заболевания, а для населения моногородов большее значение имеют образование и экономическое благополучие. Почти 40% городов России составляют моногорода с численностью от 20 тысяч до 50 тысяч жителей, и каждый пятый житель страны проживает в них[1,4]. По рекомендации ВОЗ правительствам всех стран необходимо обратить внимание на здоровье сельского населения и малых городов и обеспечить доступность медицинской помощи.[11,12].В Республике Башкортостан к моно профильным муниципальным образованиям, согласно распоряжению правительства РФ, от 29.07.2014г., отнесены шесть городов, в том числе и г. Белебей, которые имеют наиболее сложные социально экономические условия. Изучение динамики состояния здоровья населения для каждой страны является актуальным и необходимо для разработки медико-профилактических мероприятий по улучшению качества жизни.

Цель исследования: Оценить динамику состояния здоровья населения трудоспособного возраста, проживающего в условиях моногорода.

Материалы и методы: Нами была изучена динамика состояния здоровья населения трудоспособного возраста, проживающего в условиях моногорода, на примере города Белебей Республики Башкортостан. Анализ общей заболеваемости по обращаемости проводили по отчётной форме №12 ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ за 2011- 2015 года, общей заболеваемости в Республике Башкортостан по данным Сборников МИАЦ[6], общей заболеваемости в Российской Федерации по данным Министерства здравоохранения РФ[3]. Данные по официально зарегистрированной безработице и уровню среднемесячной номинальной начисленной заработной плате взяты на информационном портале занятости населения Минтруда РБ.

Результаты и обсуждение: Анализ динамики заболеваемости по обращаемости за период 2011-2015гг, выявил рост болезней системы кровообращения в России на 3,7% , в

Республике Башкортостан на 1% и в городе Белебей на 13%. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Динамика общей заболеваемости

НозологияОдшгзгнз9з78кгнщнеше	РФ РФ		РБ		Белебей	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Болезни системы кровообращения	27245,6	28251,7	31490,5	31800,5	27353,1	31557,4
болезни органов дыхания	21125,1	19988,8	21264,9	20740,1	26098,7	25209,7
болезни органов пищеварения	10350,3	11136,5	15146,6	16230,2	14313,8	26297,1

Изучение динамики заболеваемости органов дыхания выявило снижение за последние 5 лет в РФ на 5,4%. Имеет значение реализация закона о запрете курения №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» и проведения образовательных программ для населения. В Башкортостане показатель снизился на 2,5% и в г.Белебее на 3,5% , но остаётся выше показателей заболеваемости РФ на 26%. Данные отображены на рисунке 1.

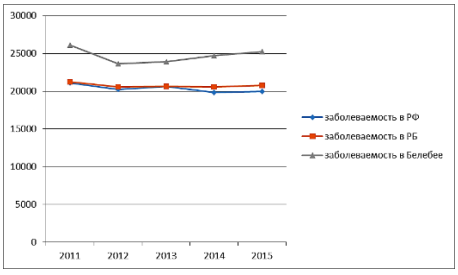


Рис.1. Динамика изменений заболеваемости органов дыхания

Анализ заболеваемости органов пищеварения в РФ за последние 5 лет показал увеличение на 7,6%, по Республике Башкортостан на 6,7% и в г.Белебей на 45,6%. Данные приведены в таблице 1.

Учитывая высокую заболеваемость в моногороде Белебее, мы решили изучить экономическую составляющую и определить уровень влияния этого фактора на здоровье населения. По данным информационного портала занятости населения Минтруда РБ среднемесячная номинальная начисленная заработная плата по Белебеевскому району в 2016 год составила 19485 рублей, по РБ 28109 рублей и в РФ 36703 рублей. Уровень официально зарегистрированной безработицы в Белебеевском районе увеличился и в 2016г. составил 1,53%, а в 2012г. был 1,2%[2]. В РБ уровень зарегистрированной безработицы практически не изменился: 1,29% в 2016 и 1,22% в 2012 годах. А по РФ уменьшился – 1,2% в 2016 и 1,4% в 2012 годах. Как видно из представленных данных, в моногороде Белебее наблюдается самый низкий уровень заработной платы и высокий уровень безработицы.

Увеличение частоты сердечно - сосудистых заболеваний и заболеваний органов дыхания вероятно связано с высоким уровнем стресса, страхом потерять работу, несвоевременным выявлением. Это обусловлено экономическими (низкая заработная плата, высокий уровень безработицы , низкий уровень жизни и т.д.) и организационными факторами, недостаточным обеспечением врачебными кадрами в амбулаторно-поликлиническом звене.

Большую роль в увеличении заболеваемости органов пищеварения занимает ухудшение качества питания населения[8], что так же связано с нестабильной экономической ситуацией (материальные проблемы на градообразующем предприятии ОАО «Белебеевский завод Автонормаль»).

Заключение и выводы: Таким образом, проведённое исследование по состоянию здоровья населения моногородов РБ показало, что для моногородов нужно разрабатывать индивидуальные программы развития здравоохранения и обеспечения качественной медицинской помощью населения с учётом всех социальных и экономических факторов. Повышение доступности и качества медицинской помощи, совершенствование управления здравоохранения становятся одним из определяющих условий снижения заболеваемости и смертности.

1.Заболеваемость в моногороде Белебее по основным классам болезней была выше общероссийских показателей.

2.В моногороде отмечается высокий уровень безработицы, низкая заработная плата в сравнении с Республикой Башкортостан и Россией.

Список литературы:

1.Боев В.М., Боев М.В., Тулина Л.М., Неплохов А.А. Детерминированные экологические факторы риска для здоровья населения моногородов//Анализ риска здоровью.-2013.-№2.-С.39-44.

2.Информация об уровне официальной зарегистрированной безработицы [Электронный ресурс] // Портал занятости населения Минтруда РБ URL: http://www. bashzan.ru.(дата обращения: 19.01.2017)

3.Какорина Е.П., Михайлов Л.А., Огрызко Е.В., Кантеева А.Н. и Кадулина Н.А. Данные по общей заболеваемости в Российской Федерации [Электронный ресурс] // Электронная версия печатной публикации URL: http://www.mednet.ru/statistika/zabolevaemost-naseleniya.html.(дата обращения: 20.10.2016)

4.Киселева Н.Н., Орлянская А.А., Гуров Г.А. Государственная политика поддержки промышленных моногородов// Современные проблемы науки и образования.-2015.-№1.-С.601.

5.Макаров В.Ю., Лазарева Е.В., Шильникова Н.Ф. Анализ заболеваемости по обращаемости как основа планирования реабилитационной помощи на уровне субъекта РФ // Вестник общественного здоровья и Здравоохранения Дальнего Востока России.- 2015. - №2. - С.1-5.

6.Мустафина Г.Х. Основные показатели заболеваемости в Республике Башкортостан 2011-2015 г.г.[Электронный ресурс] // Сборник МИАЦ. Электронная версия печатной публикации URL: http://миац-рб.рф/activities/sborniki.php.(дата обращения: 20.10.2016)

7.Статистика населения Российской Федерации[Электронный ресурс] // Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН: Отдел народонаселения URL: http://countrymeters.info/ru/Russian_federation.(дата обращения: 18.02.2017)

8. Суслонова Н. В. Тарасова Л. В. Ефимова И. П. Евдокимова А. А. Степанова А. В.Анализ причин роста заболеваемости патологией органов пищеварения в Чувашской Республике и перспективы её снижения//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология . - 2010. - №2. - С.64-66.

9.Шарафутдинова Н.Х., Салахов Т.Э., Латыпов А.Б., Халфин Р.М., Шарафутдинов М.А. Анализ влияния возрастной структуры населения и укомплектованности врачебными кадрами поликлиник на уровень заболеваемости по основным классам болезней// Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке.- 2016.- №2. - С.459-462.

10.Шитов А.В. Использование факторного анализа для выявления роли различных факторов в изменении заболеваемости населения Республики Алтай// Мир науки, культуры, образования. -2007. -№3. - С.23-28.

11.Buchan J., Couper I.D., Tangcharoensathien V., Thepannya K., Jaskiewicz W., Perfilieva G., Dolea C. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas// Bull World Health Organ.- 2013.- N.11. - P.834-840.

12.O'Neill K., Takane M., Sheffel A., Abou-Zahr C., Boerma T. Monitoring service delivery for universal health coverage: the Service Availability and Readiness Assessment// Bull World Health Organ. 2013.- N.12.-P.- 923-931.

УДК 61(092)

А.А. Фахрисламов, А.И. Кинжалеева, Н.Н. Жданова

ФАХРИСЛАМОВА ВЕНЕРА МУХИБОВНА – ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель – к.м.н., доцент Э.Ф.Киреева

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: в статье дана биография заслуженного врача Республики Башкортостан, кандидата медицинских наук, неонатолога высшей категории, врача-педиатра с большим стажем работы в практическом здравоохранении, ассистента кафедры детских болезней, доверенного врача Советского детского фонда имени В.И. Ленина, главного специалиста Минздрава СССР в Каракалпакской АССР - Фахрисламовой Венеры Мухибовны.

Ключевые слова: педиатр, медицинский университет, ветеран.

A.A. Fahrislamov, A.I.Kinzhaleeva, N.N. Zhdanova

FAHRISLAMOVA VENERA MUHIBOVHA IS THE DOCTOR OF REPUBLIC BASHKORTOSTAN

Scientific Advisor — PhD in Medical sciences, Associated Professor E.F.Kireeva

Department of Public Health and Health Care Organization with the course of IAPE, Bashkir state medical university, Ufa

Resume: this article is about the life of the Honoured doctor of Republic Bashkortostan, the candidate of medical sciences, a neonatologist of top category, pediatrist with great work experience in practical medicine, the assistant of the Children's Diseases Department, trusted doctor of the Lenin Soviet Children's Fund, the chief specialist of the USSR Ministry of Health in Karakalpak ASSR – of Fakhrislamova Venera Mukhibovna.

Keywords: pediatrist, the Medical University, veteran.

Актуальность: Профессия врача во все времена была и остается самой гуманной и востребованной в обществе. Одним из самых приоритетных направлений развития

здравоохранения в нашей стране является охрана материнства и детства. Детский врач – это специалист, формирующий здоровье человека на всю его жизнь. Вклад педиатров в здоровье детей – вклад в будущее нашего государства. От того как организована работа педиатрической службы, во многом зависит здоровье нации. В этой связи, важно информировать в печати не только о современных технологиях и направлениях развития медицины, но и проводить исследования о вкладе врачей, имеющих большой практический опыт, обладающих высоким профессионализмом.

Цель исследования: изучить вклад в педиатрическую службу Заслуженного врача Республики Башкортостан – Фахрисламовой Венеры Мухибовны.

Материалы и методы: в работе использован социологический метод – опрос–интервью, метод выкопировки данных их материалов архива Башкирского государственного медицинского университета, личного архива Фахрисламовой В.М.

Результаты и обсуждения: Проведенное исследование позволило изучить биографию и вклад в здравоохранение Венеры Мухибовны Фахрисламовой (Бакеевой, 1936 года рождения). По окончании средней школы №3 г. Уфы, она поступила в Башкирский медицинский институт (БМИ). В ее личном деле директором Н.Ф. Воробьевым дана следующая характеристика: «За время учёбы проявила себя как добросовестная, серьёзная студентка, отличающаяся большой чуткостью к товарищам и больным. Активно участвовала в общественной жизни группы и курса, с 3 курса является бессменным комсоргом группы, 3 года избиралась членом низового коллектива ДСО «Буревестник», с 1 по 4 курс занималась в конькобежной секции, выступала на соревнованиях, имеет 3 грамоты, активно работала в научном кружке патологической анатомии. Участвовала в освоении целины. По характеру – живая, инициативная. Желает быть педиатром» (рис. 1).

По окончании в 1960 г. лечебного факультета БМИ по распределению была направлена педиатром в детский неврологический санаторий в селе Улу-Теляк, где проработала в течение года. С 1961 по 1962 гг. получила опыт практической работы в качестве врача-хирурга в городской клинической больнице №1 г. Уфы. Последующие пять лет работала микропедиатром (неонатологом) в родильном доме №2, после чего в 1966-71 гг. трудилась в качестве участкового педиатра детской поликлиники №5 г. Уфы.



Рис. 1– Венера Бакеева

– студентка БМИ



Рис. 2 – Венера Мухибовна Фахрисламова – руководитель «десанта» врачей в Каракалпакской АССР и бессменный наставник молодых врачей.

(четвертая слева)

Огромное желание заниматься научной работой привело Венеру Мухибовну в клиническую ординатуру на единственной тогда кафедре детских болезней в Городской клинической больнице №6 (ныне Клиника БГМУ), где начала научные исследования, посвященные состоянию здоровья недоношенных новорожденных под руководством зав. кафедрой, профессора Лиры Даяновны Гатауллиной.

С 1976 г., имея большой практический опыт и стаж работы в педиатрии, начала преподавательскую деятельность в Башгосмединституте в должности ассистента этой же кафедры. Много лет она была ответственным ассистентом за производственную практику университета.

В 1984 г. Венера Мухибовна в ходе выполнения научной квалификационной работы разработала «Способ реанимации недоношенных новорожденных с помощью аппарата спонтанного дыхания», которое получило высокую оценку специалистов, было получено удостоверение на рацпредложение. А через два года в г. Москве ею успешно была защищена кандидатская диссертация, посвященная состоянию здоровья недоношенных новорожденных. В течение двух десятков лет, являясь куратором неонатологов и педиатров

Бакалинского района республики, оказывала организационно-методическую, лечебно-консультативную помощь сельскому здравоохранению.

Отдельную страничку ее биографии занимает работа на протяжении пяти лет (с 1987 по 1991 гг.) в качестве руководителя медицинского десанта нашей республики в Республике Узбекистан и Каракалпакстан (в то время в составе СССР) для снижения младенческой смертности, в том числе с 1988г. в должности доверенного врача Советского детского фонда имени В.И. Ленина, главного специалиста Минздрава СССР в Каракалпакской республике. Работая в этой должности, Венера Мухибовна открыла «Центр охраны матери и ребенка», где могли получать поэтапное лечение новорожденные (рис. 2).

Вклад таких людей, как Венера Мухибовна в воспитание молодых врачей неоценим. Много помощи было оказано в медобслуживании сиротских учреждений, а также в подготовку медицинских работников республики Каракалпакия. Были организованы курсы по подготовке младших медицинских сестер, которые могли оказывать доврачебную помощь в дальних селениях республики. Будучи доверенным врачом, она организовывала выездные циклы для врачей-специалистов, привлекая профессорско-преподавательский состав факультета усовершенствования врачей БМИ. Всего было обучено 110 врачей. В этом направлении активно сотрудничала с проректором по совместной работе института М.С. Сафиным.

Принимала участие в выездных конференциях, съездах, коллегиях в городах Москва, Ташкент, Бухара, Алма-Ата. Продолжала научную работу совместно с НИИ гигиены, санитарии и профзаболеваний Министерства здравоохранения Узбекской ССР, НИИ клинической и экспериментальной медицины в г. Нукус, работая над актуальными проблемами перинатологии, над изучением влияния экологичеких и социальных факторов на здоровье детей и женщин фертильного возраста в регионе Южного Приаралья. Результатом проведенной работы можно считать снижение уровня младенческой смертности в Каракалпакии с 60 (в 1988г.) до 49 на 1000 родившихся живыми (в 1990 г). За внесенный вклад в педиатрическую службу республики, безупречную добросовестную работу была награждена правительственными грамотами ЦК КПСС и ВЦСПС, а также МЗ СССР, МЗ Узбекской ССР, МЗ Каракалпакской ССР, Минздрава РБ.

По возвращении из правительственной командировки продолжила преподавать на кафедре неонатологии, возглавляемой профессором Эльзой Набиевной Ахмадеевой, под руководством которой неонатология и перинатология достигла больших результатов, в

снижении младенческой смертности. В последующие годы Венера Мухибовна продолжает работать в должности ассистента на педиатрических кафедрах БГМУ, дежурит в качестве неонатолога в клинических родильных домах г.Уфы, оказывает практическую, консультативную помощь неонатологам республики, является наставником молодых врачей-педиатров. Общий стаж работы в практическом здравоохранении ее составил 56 лет.

В настоящее время Венера Мухибовна является заместителем председателя Совета ветеранов БГМУ на протяжении многих лет является членом профкома сотрудников БГМУ, членом Совета ветеранов и Союза женщин г. Уфа. Она, будучи неравнодушным и активным человеком, ведет большую общественную работу, активно участвует во всех мероприятиях университета.

Заключение и выводы: Таким образом, Венера Мухибовна Фахрисламова внесла существенный вклад в развитие педиатрической службы. Высокий профессионализм, любовь к своей работе, трудолюбие, организаторский талант, позволили достичь высоких результатов в работе и получить высокую оценку органов управления здравоохранением. Она – заслуженный врач Республики Башкортостан, неонатолог высшей категории, кандидат медицинских наук, имеет многочисленные награды и поощрения за многолетний и добросовестный труд, а к своему 80-ти летнему юбилею награждена медалью: «За верность БГМУ”.

Список литературы:

1. Павлова, В.Н. Сборник воспоминаний ветеранов и сотрудников Башкирского государственного медицинского университета / Под ред. д.м.н., профессора В.Н.Павлова - Уфа, 2015. – С. 238.
2. Башкирскому медицинскому институту 60 лет. – Уфа: изд. БМИ, 1992. — с.237–238.
3. Фахрисламова Венера Мухибовна – заслуженный врач Республики Башкортостан /Киньябулатов А.У., Киреева Э.Ф., Суфияров И.Ф., Бадакшанов Р.М., Гизатуллин Т.Р. – Уфа, 2016. – 20 с.

УДК 930.24.1.

Р.Р.Абсатаров, Кхан Аднан Ахмед, Шейх Масуд Махбуб, М.А.Каримов

ПЕРВЫЙ ЗАВЕДУЮЩИЙ ОТДЕЛЕНИЕМ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ КЛИНИКИ БГМУ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: первым заведующим отделением сосудистой хирургии в ГКБ №6 г.Уфы (Клиники БГМУ) был заслуженный врач РБ Раяф Кашапович Агзамов, который внедрил новые методы хирургической помощи больным с заболеваниями сосудов.

Ключевые слова: хирургия сосудов, Клиника БГМУ, больница №6.

R.R.Absatarov, Khan Adnan Ahmed, Sheikh Masud Mahbub, M.A.Karimov

THE FIRST CLINTER OF VASCULAR SURGERY OF CLINIC BSMU

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Rajaf Kashapovich Agzamov, the Honored Doctor of the Republic of Bashkortostan, was the first head of the department of vascular surgery in the City Clinical Hospital No. 6 in the city of Ufa (BSMU Clinic), who introduced new methods of surgical care for patients with vascular diseases.

Keywords: surgery of vessels, Clinic of BSMU, hospital №6.

Актуальность: Изучение истории сосудистой хирургии в республике имеет важное значение для определения перспективы дальнейшего развития.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о первом заведующем отделения сосудистой хирургии Клиники БГМУ.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Агзамов Раяф Кашапович родился 23 мая 1939 г. в деревне Абсалямово Дуванского района Башкирской АССР в семье колхозника. В 1956 г. окончил Дуван-Мечетлинскую среднюю школу и поступил в Башкирский государственный

медицинский институт имени XV – летия ВЛКСМ. В 1962 г. после окончания института был направлен в Мечетлинскую участковую больницу на 15 коек. В 1964 г. прошел первичную специализацию по хирургии и был назначен главным врачем Емашинской участковой больницы на 50 коек. В 1966 г. был переведен в Больше-Усть-Икинскую районную больницу в качестве хирурга. В 1967 г. был назначен главным врачом Мечетлинского района и в Больше-Усть-Икинской районной больницы. Одновременно продолжал хирургическую деятельность. Оказывал экстренную и плановую хирургическую помощь больным с заболеваниями органов брюшной полости, костей и суставов, с акушерской и гинекологической патологией.

В 1969 г. был зачислен в клиническую ординатуру на кафедру факультетской хирургии имени С.И. Спасокукоцкого 2 МОЛГМИ имени Н.И. Пирогова, которую закончил в 1971 г. После окончания клинической ординатуры был направлен в больницу №6 г. Уфы. До открытия хирургического корпуса временно работал хирургом в больнице №8. В апреле 1972 г. был назначен заведующим республиканским отделением хирургии сосудов больницы №6. Активно участвовал в организации экстренной и плановой хирургической помощи больным с заболеваниями сосудов в республике. Освоил основные методы диагностики и реконструктивной хирургии сосудов. Им выполены первые успешные операции реимплантации утраченных конечностей при травматической ампутации.

В 1976 г. прошел усовершенствование по хирургии магистральных сосудов в ЦОЛИУВ. В 1978 г. избран в правление республиканского общества хирургов.

С 11.11.1979 г. ассистент кафедры общей хирургии. За время работы на кафедре общей хирургии успешно освоил педагогическую работу, умело применяет свой опыт практического хирурга в подготовке молодых врачей. Выступал с докладами на конференциях хирургов Башкирской АССР, на межрайонных конференциях хирургов, на республиканском обществе хирургов, на семинарах врачей. Прошел подготовку в факультете повышения квалификации при Ленинградском санитарно-гигиеническом институте в 1980г. Посещал занятия «Школы педагогического мастерства». Активно участвует в общественной жизни института, выступает на спортивных соревнованиях. Является куратором группы студентов. В 1980,1981, 1982 гг. руководил производственной практикой студентов 4 курса в районных больницах. Выступал по телевидению, публиковался в газете.

Тема диссертации: «Хирургическое лечение острых тромбозов магистральных артерий конечностей».

С 03.01.1985 г. Ассистент кафедры хирургических болезней №2 с курсами анестезиологии, реаниматологии и хирургии ФУВ.

30.09.1987 г. Присуждена Ученая Степень Кандидата медицинских наук.

С 16.10.1989 по 09.12.1989 г. прошел цикл усовершенствования на факультете повышения квалификации преподавателей 2-го Московского ордена Ленина медицинского института им. Н.И. Пирогова по специальности хирургические болезни №1. С 23.02.1990г. Ассистент кафедры факультетской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии.

С 29.11.1993 по 25.12.1993 г. прошел цикл усовершенствования на факультете повышения квалификации преподавателей 2-го Московского ордена Ленина медицинского института им. Н.И. Пирогова по специальности хирургические болезни №1.

С 05.06.1997 по 05.07.1997 прошел цикл повышения квалификации в Российской Медицинской Академии Последипломного образования по теме «Актуальные вопросы хирургии».

С 01.09.1997 по 05.10.1997 прошел цикл повышения квалификации в Российской Медицинской Академии Последипломного образования по теме «Современные технологии обучения в высшей школе».

Сведения о поощрениях и награждениях.

1. В 1974 г. 12.06 В честь дня медика объявить благодарность. Приказ №23 от 12.06.1974г.
2. В 1976 г. 29.04 За достигнутые успехи в труде объявить благодарность. Приказ №57 от 29.04.1976г.
3. В 1977 г. 25.10 В честь праздника 60 летия Великой Октябрьской социалистической революции, за достигнутые успехи в труде объявить благодарность.
4. 03.11.1987 г. «За высокие показатели в труде, активное участие в общественной жизни института и в ознаменование 70-й годовщины Великой Октябрьской социалистической революции» объявить благодарность.
5. В 1989 г. 15.06. В связи с празднованием Дня медицинского работника, «За активное участие в оказании помощи пострадавшим в катастрофе (04.06.1989) на участке железной дороги Аша-Уфа и их родственникам» объявить благодарность.
6. «Заслуженный врач Башкирской АССР.
7. В 1997 г. 25.11 «За многолетнюю плодотворную работу в системе здравоохранения, большой вклад в подготовку высококвалифицированных медицинских кадров и в связи с 65-летним Юбилеем со дня основания башкирского государственного университета» наградить Почетной грамотой Министерства здравоохранения Республики Башкортостан.

8. В 1999 г. 05.05. «За продолжительную безупречную работу, достигнутые успехи в лечебной и научно-педагогической деятельности и в связи с 60-летием ассистента Башкирского государственного медицинского университета» наградить Почетной грамотой.

Автор 39 научных публикаций, 10 рацпредложений, 1 изобретения в области сосудистой хирургии, травматологии и пластической хирургии.

С 30.08.2003 г. на заслуженном отпуске.

Заключение и выводы: Первый заведующий отделением сосудистой хирургии Клиники БГМУ (ГКБ №6) Раяф Кашапович Агзамов внёс значительный вклад в развитие сосудистой хирургии в Республике Башкортостан.

Список литературы: Личное дело Р.Ш.Агзамова из Архива БГМУ.

УДК 930.24.2.

Р.Р.Абсатаров, Кхан Аднан Ахмед, Шейх Масуд Махбуб, М.А.Каримов

ИШМУХАМЕТОВ РЕЙТЕР УСМАНОВИЧ – ПЕРВЫЙ СОСУДИСТЫЙ ХИРУРГ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: первым сосудистым хирургом в Республике Башкортостан был участник Великой Отечественной войны, орденоносец, кандидат медицинских наук Рейтер Усманович Ишмухаметов, который внедрил первые новые методы хирургической помощи больным с заболеваниями сосудов.

Ключевые слова: хирургия сосудов, Клиника БГМУ, больница №6.

R.R.Absatarov, Khan Adnan Ahmed, Sheikh Masud Mahbub, M.A.Karimov

THE FIRST CLINTER OF VASCULAR SURGERY OF CLINIC BSMU

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Rajaf Kashapovich Agzamov, the Honored Doctor of the Republic of Bashkortostan, was the first head of the department of vascular surgery in the City Clinical Hospital No. 6 in the city of Ufa (BSMU Clinic), who introduced new methods of surgical care for patients with vascular diseases.

Keywords: surgery of vessels, Clinic of BSMU, hospital №6.

Актуальность: Изучение истории сосудистой хирургии в республике имеет важное значение для определения перспективы дальнейшего развития.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о первом сосудистом хирурге Башкирской АССР.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Рейтер Усманович Ишмухаметов в разные годы занимаемые различные должности: 09.1942-04.1943 Курсант полковой автоматной школы.

(г.Уфа); 04.1943-02.1946 Командир отделения автоматной роты 287 сп 51 сд (Белоруссуий фронт); 09.1947-06.1952 Студент Башкирского Медицинского института (диплом с Отличием, г. Уфа); 08.1952-08.1955 Врач-хирург участковой больницы (раб. поселок Сибай, Баймакского района БАССР).

Рейтер Усманович Ишмухаметов, родился 05.11.1954 г. в г. Баймак, Баймакского района, БАССР в семье служащего. Мать-домохозяйка. В 1934 г. уехал в город Уфу, где до 1941 г. учился в средней школе. В 1942 г. был призван в ряды Советской Армии. Участник Великой Отечественной войны. Награжден Орденом «Славы III степени» и четырьмя медалями. В 1946 г. демобилизован. В 1947 г. окончил 10-летку в г.Уфе. В 1952 г. окончил Башкирский медицинский институт с дипломом отличия. С августа 1952 г. работал в рабочем поселке Сибай на должности врача-хирурга. В феврале 1955 года избран Депутатом в Баймакский Районный Совет депутатов трудящихся.

09.1955-09.1956 Врач-хирург поликлиники №1 (г.Уфа)

09.1956-09.1959 Аспирант кафедры факультетской хирургии Башмединститута (г.Уфа) (руководитель проф. Кадыров А.Г.)

10.1959-09.1962 Ординатор 3-го хирургического отделения Республиканской клинической больницы. (г.Уфа)

09.1962-11.1969 Ассистент кафедры факультетской хирургии БГМИ (г.Уфа)

С 15 апреля 1959 г. в течение месяца был направлен на научную командировку в г. Москву, для ознакомления с работой радиологического кабинета ЦИУ и изучения литературы вопроса по радиотерапии тиреотоксикозов.

09.1962-11.1969 Ассистент кафедры факультетской хирургии БМИ (г.Уфа). С 13.09.1963-01.10.1963 гг. временно заведовал 3-м хирургическим отделением РСКБ). Проходил обучение на 6 месячных курсах французского языка Центрального института усовершенствования врачей.(С 05.10.1966-31.03.1967). С 20.10.1968 по 19.12.1968 г. был командирован в г. Москву во 2 Московский мединститут на факультет повышения квалификации по хирургии. Одновременно с врачебной и научной деятельностью, занимался педагогической работой: читал лекции студентам, вел группы, выступал с докладами на хирургических конференциях. Активно участвовал в санитарно-просветительской работе, выступал по радио, публиковался в газетах на медицинские темы. Выезжал в подшефные Мишкинский, Салаватский районы, где проводилась специализация и усовершенствование на местной базе прикрепленных хирургов путем проведения плановых операции, там же вел консультативную деятельность. В августе 1966 года вылетал в Зилаирский и Салаватский районы на консультацию и оказание неотложной помощи хирургическим больным. С

01.03.1974 по 21.03.1974 г. прошел курс повышения квалификации преподавателей на факультете повышения квалификации при Новосибирском Государственном медицинском институте по специальности факультетская хирургия.

01.12.1969-07.1978 Доцент каф. факультетской хирургии БГМИ (г.Уфа)

Автор 27 научных работ по темам ради- и хирургического лечения зоба, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Тема кандидатской диссертации «К вопросу о лечении тиреотоксикозов радиоактивным изотопом I-131» (Уфа, 1965 г.)

Тема докторской диссертации «Пути снижения осложнений и летальности при хирургическом лечении больных токсическим и эутиреоидным зобом» (г. Уфа, 1975 г.)

За активное участие в охране здоровья населения награжден «Почетными грамотами» Министерства здравоохранения БАССР и Башкирского обкома профсоюза (дважды), «Почетной грамотой» Президиума Башкирского обкома Профсоюза Медработников и «Почетной грамотой» Исполнительного Комитета Уфимского городского Совета депутатов трудящихся и знаком Отличник здравоохранения (27.02.1974).

Награжден медалью «За боевые заслуги», «За отвагу», орденом «Славы 3 степени», медалью «За взятие Кенигсберга», медалью «За победу над Германией в ВОВ 1941-1945гг.».

30 августа 1985 г. вышел на заслуженный отдых.

Заключение и выводы: Первый сосудистый хирург в Республике Башкортостан Рейтер Усманович Ишмухаметов внёс значительный вклад в развитие сосудистой хирургии в Республике Башкортостан.

Список литературы: Личное дело Рейтер Усманович Ишмухаметов из Архива БГМУ.

УДК 930.24.3.

Р.Р.Абсатаров, Кхан Аднан Ахмед, Шейх Масуд Махбуб

РАЗВИТИЕ ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ В БАШКИРСКОЙ АССР

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: развитие эндокринной хирургии в Республике Башкортостан связано с именами хирургов А.Н. Нагибиным, М.В. Вакуленко и Н.Н. Байтеряковым, К.В. Мраморновым и др., которые первыми начали оперировать при заболеваниях щитовидной железы, надпочечников и др.

Ключевые слова: эндокринная хирургия, Республиканская клиническая больница.

R.R. Absatarov, Khan Adnan Ahmed, Sheikh Masud Mahbub

DEVELOPMENT OF ENDOCRINE SURGERY IN THE BASHKIR ASSR

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the development of endocrine surgery in the Republic of Bashkortostan is associated with the names of surgeons A.N. Nagibinym, M.V. Vakulenko and NN Beytryakov, K.V. Mramornov, and others, who first began to operate with diseases of the thyroid gland, adrenal glands, etc.Key words: endocrine surgery, Republican Clinical Hospital.

Актуальность: Изучение истории эндокринной хирургии в республике имеет важное значение для определения перспективы дальнейшего развития.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о развитии эндокринной хирургии в Башкирской АССР в 60—90-е гг. 20 века.

Материалы и методы: В работе использован исторический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: По архивным данным первые операции на щитовидной железе были сделаны в начале века хирургом А.Н.Нагибиным в бывшей Уфимской губернской земской больнице (ныне Башкирская республиканская клиническая больница). Широкое применение хирургических методов лечения органов внутренней секреции было начато в первые годы Советской власти хирургами больницы А.Н. Нагибиным,

М.В.Вакуленко и Н.Н.Байтеряковым. В 1925 году М.В. Вакуленко была произведена операция посадки гипофиза, серого бугра и воронки, взятых от козы, больной несахарным диабетом, с хорошим ближайшим результатом. К 1937 году К.В.Мраморновым было произведено 137 реакций щитовидной железы с наложением глухого шва. Его опыты показали целесообразность применение глухих швов при резекции щитовидной железы. В последующие годы хирургией щитовидной надпочечников и других желез внутренней секреции занимались профессор И.Г. Кадыров и его сотрудники. Под его руководством были выполнены кандидатские диссертации Р.У.Ишмухаметовым, М.И.Бадиным, И.Г.Рахмтуллиным, посвященные патологии щитовидной железы.

Создание в РКБ противозонного диспансера, эндокринного, радиологического отделения, а также отдельных палат для больных с эндокринной патологией в гастрохирургическом отделении способствовали дальнейшему развитию эндокринной хирургии в больнице.

Хирургами клиники факультетской хирургии совместно с сотрудниками эндокринного отделения выработана схема патогенетического лечения больных токсическим зобом в дооперационном периоде. На основании совместных исследований содержания микроэлементов в периоде и у больных различными формами зоба сотрудниками кафедр химии, гигиены и факультетской хирургии было констатировано, что при дефиците меди в природе зобная эндемия протекает значительно тяжелее. У больных эндемическим зобом, особенно токсическим, наблюдается дефицит меди в крови при избыточном выделении меди с мочой. Это дало основание применение солей меди при лечении больных токсическим зобом в дооперационном периоде, начиная с 1972 года. В результате средняя продолжительность пребывания больных на койке до снятия токсикоза сократилось с 32,0 до 24,7 койко дня, и к 1974 году- до 17,1 койко дня в среднем.

Сотрудниками клиники факультетской хирургии с 1960 года начато применение щадящего доступа к щитовидной железе (без рассечения мышц шеи, прикрывающих щитовидную железу спереди) и наложение глухих внутрикожных косметических швов на операционную рану. На 524 больных токсическим и эутиреоидным зобом, оперированным в гастрохирургическом отделении РКБ в период с 1960 по 1974 годы, была показана целесообразность применения указанной методики и выработаны показания и противопоказания. В результате применения глухих швов и щадящего доступа к железе снизились ближайшие послеоперационные осложнения в 2,1 раза при токсическом и в 6,7 раза - эутиреоидном зобе, снизилась послеоперационная летальность до 0,6 % при токсическом, при эутиреоидном зобе летальных исходов не было. Результаты лечения

больных различными формами зоба были обобщены доцентом Р.У.Ишмухаметовым. В 1975 году им была защищена докторская диссертация на тему : « Пути снижения осложнений и летальности при хирургическом лечении больных токсическим и эутиреоидном зобом».

С организацией отделения эндокринной хирургии открылись лучшие возможности оперативного лечения больных различной патологией желез внутренней секреции.

Поскольку Башкирия является эндемичным по зобу районом, отделение ставит на первое место задачу оказания хирургической помощи больным с различной патологией щитовидной железы, а также проведение противозобной работы в республике в плане работы эндокринного центра РКБ.

Характеристика основных групп ориентированных больных в отделении эндокринной хирургии РКБ по поводу различных заболеваний желез внутренней секреции представлена в таблице.

Средний койко-день из года в год снижается и составлял в 1972 г. При эутиреоидном зобе 17,3 дня, в 1975-13,3 дня, при токсическом зобе койко-день соответственно снизились с 36,5 до 34,5.

Из года в год сокращаются сроки дооперационного обследования и лечения больных токсическим и эутиреоидным зобом. Так, средний койко-день до операции сократился при эутиреоидном зобе с 7,6 до 4,3 дня; при токсическом с 27,0 до 32,1 дня.

Предоперативное лечение больных токсическим зобом осуществлялось, как правило, в отделении эндокринной терапии и проводилось в тесном контакте с хирургами.

В отделении эндокринной хирургии применяются также хирургические методы лечения при заболеваниях надпочечников (опухоли мозговой части), околощитовидных желез (аденомах паращитовидных желез) и других эндокринных желез.

Для улучшения диагностики отделение эндокринной хирургии пользуется диагностическими и функциональными кабинетами, биохимической, гормональной, иммунологической и другими лабораториями. В последние годы освоен ряд ценных для диагностики рентгеноконтрастных методов: артериография щитовидной и паращитовидной желез.

К 1980-у году отделение эндокринной хирургии будет расширенно до 60-и коек.

В 10-ой пятилетке в плане реализации решение 25-го съезда КПСС в области эндокринологии будут продолжены совершенствование методов диагностики и лечение больных с заболеваниями органов внутренней секреции – щитовидной, паращитовидных, надпочечных, поджелудочной и другие.

Заключения и выводы: Развитие эндокринной хирургии в Республике Башкортостан связано с именами хирургов А.Н. Нагибиным, М.В. Вакуленко, Н.Н. Байтеряковым, К.В. Мраморновым и др.

Список литературы: Воспоминания Р.У. Ишмухаметова, И.Г. Рахматуллина, Ю.В. Лузина, Г.Я. Тугузбаева, М.М. Мурзанова, С.П. Нелюбина из Архива БГМУ.

УДК 930.24.32.

Д.А.Бабрай, И.И.Мухамбетов, С.Ш.Рафиков

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

ИМ. Г. Г. КУВАТОВА
Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов
Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: развитие рентгенологического отделения Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова неразрывно связана с историей развития рентгенологической службы Республики Башкортостан.

Ключевые слова: рентгенологическое отделение, рентгенологическая служба.

D.A.Babray, I.I. Mukhambetov, S.S.Rafikov

HISTORY OF DEVELOPMENT OF THE X-RAY DEPARTMENT IN THE REPUBLICAN CLINICAL HOSPITALTHEM. GG KUVATOVA

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov
Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: development of the X-ray department of the Republican Clinical Hospital. G.G. Kuvatova is inseparably linked with the history of development of the radiology service of the Republic of Bashkortostan.

Key words: X-ray department, radiology service.

Актуальность: Изучение истории развития рентгенологической службы Республики Башкортостан позволит определить перспективы развития данной службы на ближайшие годы.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о развития рентгенологической службы Башкирской АССР.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Рентгенологическая служба в республиканской клинической больнице им. Г.Г. Куватова берет начало с 1926 года, когда впервые при 1-й Советской республиканской больнице был открыт рентгенодиагностический кабинет, в котором работал врач-рентгенолог А.А. Городецкий, приехавший в г. Уфу после окончания Пензенского мединститута. Им проводились рентгенологические исследования органов грудной клетки и желудочно-кишечного тракта, в основном рентгеноскопические и рентгенографические исследования. Будучи кандидатом медицинских наук А.А. Городецкий с 1932 года руководил доцентскими курсами при БМИ, он же был первым заведующим рентгеновской станции и в 1936 под его руководством были открыты курсы по подготовке врачей-рентгенологов Его первыми учениками были П. Л. Романова, П. Н. Патрушева, К. Е. Косых, Э. Г. Городецкая, С. П. Краснов, Е. В. Полобова.

В период Великой Отечественной войны в республиканской клинической больнице работали А.А. Городецкий и врач Л.И Краснопольская. Доктор А.А.Городецкий в 1944 году, защитив докторскую диссертацию, уехал в г. Киев в Институт усовершенствования врачей. После его отъезда работа доцентских курсов и заведование рентгеновской станцией перешли к практическому врачу К.Е. Косых, ее ассистентом был врач-рентгенолог Г.Г. Батал. В 1944 году в РКБ открылся еще один рентгенодиагностический кабинет, где рентгенологией занимались врачи А.Ф. Завьяловская и К.Е. Косых. В 1946 году в республиканской клинической больнице был открыт онкологический диспансер, заведующий Н.А. Логинов, работали врачи А.К. Федоров, А.Х. Ремеева, М. Абдюшев Н.И. Тришина.

К 1948 году в РКБ (1 Советская больница) насчитывалось 4 рентгенодиагностических кабинета оснащенных рентгенодиагностическими аппаратами марки «Буревестник». В одном из кабинетов работала практический врач высокой квалификации А.Р. Николайчук

Первым рентгенолаборантом в РКБ была П.А. Романова, которая впоследствии закончила мединститут, прошла специализацию при 1-й советской больнице и стала работать врачом-рентгенологом. С 1948 года работали рентгенолаборанты С.Л. Боровская, Ф.Б. Флехтер, которые сейчас на заслуженном отдыхе по сей день продолжают работать старшая

рентгенолаборатка Е.Т. Малькова, рентгенолабораты Н.И. Гусевич, Л.Д. Кузема, Р.Г. Мусина. Много лет трудятся рентгенолаборанты К.М. Нестерова и санитарка П.А. Рагузина. В 1947 году в неврологическом корпусе был открыт 5-й счету рентгенодиагностический кабинет с рентгеновским аппаратом марки урдд-110, который обслуживал 3 отделения: терапевтическое, неврологическое и ЛОР-отделение .где начали проводиться врачом К.Е. Косых и специальные методы рентгенологического исследования неврологических больных, такие как фитулография пневмоэнцефалография и вентрикулография

В 1952 году был открыт в том же корпусе на 1-ом этаже рентгенотерапевтический кабинет, в котором лечили больных с левыми неопухолевыми воспалительными заболеваниями. Работали врачи К. Е Косых, С.М.Ямницкая, З. И. Кель, лаборанты Ф. Б. Флехтер, Л. В. Кириленко. Врач С. М Ямницкая периодически проводит анализы результатов лечения заболевании и выступает с докладами на клинических конференциях.

В 1964 году при РКБ организована радиоизотопная лабортория, в 1966 году отделение на 5 коек для лечения больных радиоактивными изотопами. Лабораторией и отделением заведует радиолог высшей категории Н. И. Тришина.

В 1974 году в РКБ был открыт флюорографический кабинет в поликлиническом отделении, в котором кроме обычных профилактических исследований органов грудной клетки проводятся исследования костей скелета (черепа, придаточных пазух носа, позво ночника) и мочеполовой системы. С открытием флюорографического кабинета уменьшилась затрата на рентгеновские пленки увеличилась экономическая эффективность,сократились срок исследования поликлинических больных .

Если до 1950 года в РКБ проводились обычные ординарные методы исследования, такие как рентгенография и рентгеноскопия органов грудной клетки и желудочно-кишечного тракта, ирригоскопия, из специальных методов фистулография, вентрикуло графия, то с 1950 года начали проводить специальные методы рентгенокимография сердца, почек, рентгеноконтрастные иссле дования мочевыделительной системы томография различных органов и систем.

Позднее, с 1956-58 гг нейрохирургии,в неврологии,терапии, хирургии стали применяться пневмоэнцефалография, пневмомиелография, ангиография сосудов головного мозга, бронхография, дуоденография в условиях искусственной гипотонии, ренгенокимография при заболеваниях сердца метросальпигография.

В последующие годы стали широко применять томографию различных органов, особенно для диагностики опухолей, двойное контрастированиеи органов и систем

(пневмомедиастинографии) в отделении грудной хирургии применяются врачом Р.А САДЫКОВОЙ медикаментозные средства при исследовании желудочно-кишечного тракта.

Деятельность рентгеностанции и кафедры рентгенорадиологии Башмединститута (когда еще она была доцентскими курсами) всегда была тесно связана. Практические занятия доцентских курсов велись на базе терапевтической клиники по ул. Зилаирской затем на базе l-й городской больницы по ул. Тукаева, 48, затем (с 1947 г.) с переходом клиники пропедевтики в РКБ рентгеновская станция во главе с доктором К.Е. Косых переехала в РКБ переведя и ремонтномонтажную мастерскую.

С 1954 года кафедральная работа тоже проводилась на базе клинических отделений РКБ практическими врачами К. Е. Косых и Г. Г. Головач.

С 1956 года стал заведовать кафедрой РР БМИ Б.Б. Кудашев- кандидат мед. наук. В 1966 году из-за отсутствия помещения (кафедра была в полуподвальном помещении) она переехала в здание онкодиспансера.

Рентгеновскую станцию возглавляли: А. А. Городецкий, К. Е. Косых по 1949 год, Г.И. Геллерман по 1951, А. Р. Николайчук по 1952 год, Р. Г.Мамин по 1960 год с перерывами, В.Плечев с 1957 по 1958 г., Ф. К. Ахтямов по 1959 г.

В 1960 году на базе рентгено-радиологического отделения был организован рентгеноцентр, заведующим отделения был назначен М. Х. Абдюшев, он же был внештатным главным специалистом (главным рентгенологом) МЗ БАССР. Методистом рентген центра был Т. А. Нагуманов.

С 1966 года, по уходе М. Х. Абдюшева на кафедру, по 1976 год рентгено-радиологическим отделением заведовал А. Нагуманов- врач высшей категории, с перерывом с 1968 по 1971 (заграничная командировка) он же был рентгенолог МЗ БАССР

А. Нагуманова с 1968 по 1970 г. зав отделением за время отсутствия отделением и внештатным специалистом МЗ БАССР была рентгенолог 1 категории методист рентгенцентра Т. З. Сыртланова ,которая ныне на пенсии.

С сентября 1976 го зав. рентгенодиагно закончивший ординатуру при кафедре стал , Б. Б. Кудашев врач-рентгенолог ,главным рентгенологом МЗ БАССР РР БМИ, К. М. врач-Даушев.

Врачами-рентгенологами рентгено-радиологического отделения работали: А. Завьяловская, врач 1 категории, М. Н. Серазетдинова, Р. А. Садыкова, Н. В. Болотников врач 1 категории, Н. В. Чернов, Г.С. Феденева, Н. И. Тришина врач-радиолог высшей категории.

При рентгенцентре с 1967 по 1976 год работал на должности инженера Г С. Закиров, дозиметрическую службу несли рентгенлаборанты П.Т.Бутко, В. Рейтер, Бурдыкин, В. Игнатов.

Рентгено-радиологическое отделение РК (рентгенцентр) совместно с кафедрой РР БМИ осуществляет организационно-методическую ,консультативную и техническую-помощь в развитии рентгенологии республики в подготовке кадров врачей-рентге нологов и рентгенолаборантов.

На базе рентгено-радиологического отделения ежегодно готовится до 17-15 врачей-рентгенологов, до 60-рентгенолаборантов. Увеличилось количество выездов в города и районы республики врачей-рентгенологов с целью организационно-методической консультативной помощи с 3-х до 28.в 1975 году, инженеров- с 5-ти до 19-ти выездов.

Из 54 районов республики только 13 рентгеновских кабинетов имеют маломощные устаревшие рентгенаппараты типа РУМ-4 почти все рентгенкабинеты, за исключением 36 из 363, приведены в соответствие с «Правилами эксплуатации рентгеновских кабинетов».

С улучшением санитарно-технического состояния рентгенкабинетов, ростом количества аппаратов, приобретением стационарного флюорографа, увеличением числа врачей-рентгенологов, среднего медперсонала в состоянии рентгенологической помощи населению отмечаются качественные сдвиги. Повышение качества рентгенодиагностики и уровня культуры обслуживания

Рентгенологическое отделение РКБ им. Г. Куватова в настоя щее время представляет собой мощное диагностическое отделение, способное решить любые диагностические вопросы.

Отделение имело: 11 рентгенодиагностических кабинетов (3 каб. в хирургическом корпусе, 3 в терапевтическом, в гинекологическом, 2 в поликлинике и 1 флюорографический, и 1 рентгенотерапевтический кабинет).

Рентгеновские аппараты, которыми располагает отделение: ТУР-1001-1, Диагномаке РУМ-20-1, РУМ-10- 3 шт., Р-уролог.-1 шт., АРД-2-1шт., флюорограф ккСерикс» 1 шт. 8 шт. палатных чемоданных. Работает рентгенологов 12, из них высшей категории 1 категории 2. Все рентгенологи своевременно проходят усовершенствование в ГИДУВах и ЦИУВах. Освоено исследование больных с электронно-оптическим преобразователем, телевизионной установкой и видеомагнитофонной записью. В хирургическом корпусе ведется работа по применению рентгенокинематографии (кинокамера приспособлена к электронно-оптическому преобразователю).

В 1977 году планируется освоение ряда новых методов исследования в частности, рентгенодиагностическое исследование кислотности желудочного сока и желчевыводящей системы трийорованными препаратами и других специальных методов..

Заключение и выводы: Развитие рентгенологической службы Республики Башкортостан неразрывно связано с историей создания и развития рентгенологического отделения Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова.

Список литературы: Основные показатели медицинского обслуживания населения БАССР по данным годовых статистических отчётов за 1980, 1985 гг.

УДК 930.24.5.

С.А.Васильева, А.П.Нагаева, А.З. Фаюршин

А.П.ЧЕХОВ НА КУМЫСОЛЕЧЕНИИ В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: врач, писатель, драматург Антон Павлович Чехов приезжал на кумысолечение в Уфимскую губернию в знаменитую кумысолечебницу — Андреевский санаторий. В статье представлены воспоминания друзей, современников, членов семьи об этом периоде его жизни.

Ключевые слова: Уфимская губерния, кумысолечение, санаторий, туберкулез.

S.A. Vasilieva, A.N. Nagaeva, A.Z. Faurshin

A.P. CHEKHOV AT THE KUMOVOLOCATION IN THE UFA STATE GUBERNIA

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Doctor, writer, playwright Anton Pavlovich Chekhov came to kumysothek in Ufa province to the famous kumyslechebnitsu - Andreevsky sanatorium. The article presents memoirs of friends, contemporaries, family members about this period of his life.

Keywords: Ufa province, kumys treatment, sanatorium, tuberculosis.

Актуальность: Изучение истории жизнедеятельности врача, писателя, драматурга А.П.Чехова имеет исключительное значение, т.к. по словам академика РАН А.Г.Чучалина – пульмонология в России начинается с приезда А.П.Чехова на кумысолечение в Уфимскую губернию.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о пребывании писателя, врача, драматурга А.П.Чехова в Уфимской губернии.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: В марте 1901 года, после возвращения из-за границы, А.П. Чехов вновь почувствовал себя плохо. "Мой кашель отнимает у меня всякую энергию, я вяло думаю о будущем и живу совсем без охоты", - пишет он в это время О.Л. Книппер. "Не

понимаю, - продолжал Чехов, - зачем это здоровые люди в Ялту ездят? Что там хорошего? Берез - нету, черемухи - нету, скворцов - и то нет".

В апреле Антон Павлович начинает настойчиво говорить о вероятной поездке на Волгу к истинно русской природе. Мысль поехать на Волгу, а затем в степи Башкирии лечиться кумысом подал Чехову Лев Николаевич Толстой.

25 мая 1901 года Чехов с женой Ольгой Леонардовной Книплер-Чеховой, артисткой Московского Художественного театра, выезжают в Уфимскую губернию. В Нижнем Новгороде они навестили А.М. Горького, отбывавшего домашний арест. По Волге, Каме, Белой пароходом добрались до Уфы, откуда супруги часов шесть ехали по железной дороге до стенции Аксеново.

Писателя и его жену встретили радушно. По приезде они ближе познакомились с санаторием. Вот как о нем отзывалась Ольга Леонардовна:

"В те времена эта санатория была очень примитивна и, конечно, ничем не была похожа ни на одну из наших современных здравниц. В центре усадьбы стояло большое деревянное здание, в котором размещалась столовая. Там мы завтракали, обедали, ужинали. До сих пор с улыбкой вспоминаю ритмичный топот босых ног здоровых краснощёких девушек, беспрерывно бегающих из кухни в столовую с блюдами и посудой. Мы с Антоном Павловичем поместилась в небольшом домике (скорее беседке) на две крошечные комнатки-кабинки (домик этот сохранился. - Ред.). В каждом было по одному столу и кровати. Причем, как оказалось, подушки и постельное белье мы должны были привезти с собой, так как казенного белья там не полагалось. Мне пришлось на другой же день ехать и Уфу и покупать подушки, простыни, наволочки и прочие мелочи. Кровать для Антона Павловича была очень коротка (он, как известно, был высокого роста). Для того, чтобы ему было удобнее спать, и каждый вечер подставляла к кровати табуретку, на которую просовывал ноги сквозь спинку кровати. Но все эти неудобства жизни в первобытной, примитивной санатории искупались чудесной природой, воздухом. Кругом были дубовые леса, зеленая сочная трава, ароматные полевые цветы".

К Антону Павловичу был приставлен кучером Захирьянов, знаток родного края. С ним Чехов побывал в деревнях Воздвиженке, Самодуровке.

"А природа здесь, кстати сказать, чудесная. Масса полевых цветов, поверхность гористая, много ручьев, охота, по-видимому, дивная, хариусы и форель ловятся в речке", - писал он В.М. Соболевскому. Частенько за почтой в соседнюю деревню Самодуровку Чехов ездил сам. Там он встретился с учительницей земской начальной школы Фаиной Васильевной Ивановой (Костроминой). Они подолгу разговаривали, Антона Павловича

интересовала, как учатся деревенские ребята, любят ли они сказки Л.Н. Толстого, в чем нуждаются.

Чехов расспрашивал о жизни крестьян, вероисповедании. Иванова рассказала писателю случай, который произошёл в Воздвиженской церкви и нашел отражение в рассказе А.П. Чехова "Канитель": священник был в отъезде, службу справлял дьячок, поутру изрядно выпивший у церковного старосты; народу было много. Кого отпеть, кому за здравие спеть, а кого и окрестить - перепутал всё на свете дьяк.

Находясь на лечении Антон Павлович вел переписку с писателями и близкими. Вот письмо А.М. Горькому от 8 июня 1901 года: "Здравствуй, милый Алексей Максимович. Я живу в Аксеново, пью кумыс, и во мне прибавилось уже 8 фунтов. Еще раз повторяю свой адрес: Аксеново Уфимской губернии. Жизнь сытая, но скучная. Моя жена кланяется Вам."

любимым местом отдыха Чехова была лесистая гора с крутым спуском. на ней находился самодельный, врытый в землю стол и такой же стул. Тут порой целыми днями он и сидел. Читал книги, просматривал свежую почту, писал письма друзьям. Именно здесь Чехов корректировал вторую часть пятого тома полного собрания своих сочинений, выходящего в издательстве "Нива".

Всего один месяц жил великий писатель в Аксеново, но уехал из Башкирии окрепшим, поправившимся. Кумыс и благодатный Башкирский климат сделали то, что не могли сделать курорты Ниццы.

Сохранилась фотография того времени. Добротный дом с бельэтажем, аллейка, а подле - легкая пролетка. В ней сидит Антон Павлович...

Дом это и по сей день стоит, сейчас в нем расположено Аксеновское лесничество. Из Уфимской губернии Чехов вновь вернулся в Ялту. И здесь он опять почувствовал себя плохо. Это явствует из письма Антона Павловича М. Горькому от 24 июля 1901 года:

"Простите, милый Алексей Максимович, не писал Вам так долго, не отвечал на Ваше письмо по законной, хотя и скверной привычке, - похварывал. В Аксеново чувствовал себя сносно, даже очень, здесь же, в Ялте, стал кашлять, и прочее, отощал, и, кажется, ни к чему хорошему не способен".

Заключение и выводы: Антона Павловича Чехова любят и чтут в нашей республике. Башкирские страницы его биографии довольно подробно исследовал журналист В. Шмаков. Именем Чехова назван санаторий, в котором отдыхал писатель. Улицы многих городов и районных центров республики носят имя Чехова.

Список литературы:

1. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

2. Чехов Антон Павлович / Башкирская энциклопедия. В 7 т. Т. 7. Ф—Я / гл. ред. М. А. Ильгамов. — Уфа : Башк. энцикл., 2011. — С.239.

3. Гильмутдинова Л.Т. Кумысолечение / Башкирская энциклопедия. В 7 т. Т. 3. З—К / гл. ред. М. А. Ильгамов. — Уфа : Башк. энцикл., 2007. — С,602.

4. Шамаев А.Г. Кумыс. Уфа, 2000. – 80 с.

5. Гильмутдинова Л.Т., Хабибрахманов М.М. Реабилитация и комплексное лечение больных в кумысолечебном санатории “Юматово”. Уфа, 2004. – 90 с.

УДК 930.24.6.

Г.Р. Галяутдинова, Ю.И. Гайсина

СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БЕЛЕБЕЕВСКОМ УЕЗДЕ ДО РУССКО-ЯПОСКОЙ ВОЙНЫ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов
Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в Уфимской губернии до 1917 года было 6 уездов, один из них Белебеевский уезд. Здравоохранение в Белебеевском уезде вплоть до последней четверти XIX века находилось в плохом состоянии, незначительно улучшилось к началу XX века.

Ключевые слова: Уфимская губерния, земские врачи, заболеваемость.

G.R. Galyautdinova, Yu.I. Gaisina

HEALTH CONDITION IN BELEBEEVSKY UZZDE BEFORE THE RUSSIAN-JAPANESE WAR

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov
Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: In Ufa province until 1917 there were 6 counties, one of them Belebeevsky district. Health care in Belebeyevsky district until the last quarter of the XIX century was in poor condition, slightly improved by the beginning of the XX century.

Keywords: Ufa province, zemstvo doctors, morbidity.

Актуальность: Изучение истории Башкирского медицинского института имеет исключительное значение для подготовки будущих врачей.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о выпускниках БГМИ.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Здравоохранение в Белебеевском уезде вплоть до последней четверти XIX века находилось в зачаточном состоянии. К 1875 году, когда в уезде были созданы первое уездное земское собрание и уездная управа, на весь обширный уезд с полумиллионным населением и свыше полутысячи населенных пунктов имелась одна больница, размещенная в небольшом здании, купленном у жены майора В. П. Редина за 1500

рублей. Заведовал ею уездный врач К. К. Чайковский. Должность городского врача была вакантной.

Уездный врач значительную часть своего рабочего времени проводил в разъездах по городу. В больнице же работали один фельдшер, один смотритель, прислужник, сторож и кухарка. Из отчета управы между двумя собраниями уездного земства следует, что медицинская служба в уезде на 1 января 1876 года была в следующем состоянии: по высочайше утвержденной смете (императором Александром II – Т. А.) на трехлетие с 1875 года Белебеевский уезд был разделен на 13 участков, в которых полагалось иметь 13 фельдшеров с жалованием 100 рублей и разъездными 30 рублей в год. Также имелась должность сельского врача с жалованием 400 рублей и разъездными в год 100 рублей. Он был обязан следить за медицинским обслуживанием сельского населения, осматривать больных, «практикуемых» фельдшерами, давать им наставления о способах лечения, наблюдать за оспопрививанием, учить составлять полную медицинскую документацию. В связи с тем, что жалование сельского врача было небольшим, желающих занять его место не находилось, поэтому эти обязанности возлагались на уездного врача.

Уездная земская управа ходатайствовала перед уездным земским собранием о приглашении для заведования больницей особого врача с окладом 1000 рублей в год и предоставлением квартиры с отоплением от земства. Больничному врачу полагалось заведовать аптекой, больничной библиотекой и хирургическими инструментами. Предлагалось также в три раза увеличить жалование сельскому врачу и довести до 1200 рублей с предоставлением пар разъездов на бесплатных обывательских подводах.

В целях обеспечения уезда в будущем кадрами сельских врачей управа высказывала свое мнение земскому собранию о необходимости двух стипендий по 350 рублей каждая для студентов-медиков, обучающихся в Казанском и Петербургском университетах. Управа считала, что деньги эти не пропадут бесследно, а принесут пользу, потому что стипендиаты были обязаны служить земству столько лет, сколько они пользовались стипендией, получая жалование от 800–1000 рублей в год.

Управа обращала внимание и на развитие акушерской, родовспомогательной работы в уезде. До введения акушерок в земстве их работу выполняли две повивальные бабки – «сельская» для православного и «башкирская» для мусульманского населения уезда. Первой полагалось жалование 40 рублей в год, еще разъездных 20 рублей.

«Башкирская» бабка, нагрузка у которой была намного больше, сверх того получала 200 рублей из «башкирского капитала», собранного с башкир в период кантонного управления. Обе эти акушерки проживали в городе и очень редко выезжали в сельскую

местность, а роженицы из села не только не пользовались их услугами, но и не знали об их существовании. Управа считала, что сословное деление повивальных бабок на «башкирскую и «сельскую» надо уничтожить так как в это время намечалось разделение уезда на шесть станов. Управа предлагала назначить шесть бабок с содержанием 200 рублей каждой. Эти бабки должны были объезжать все население своего акушерского участка, наблюдать за действиями местных сельских повитух, присутствовать при родах, учить их приемам акушерства, иметь именной список сельских повитух (в башкирских и татарских деревнях их называли «кендек эбисе» – «пуповинная бабушка»), знать их лично. Медикаменты для сельских повитух отпускались «безденежно» из больничной аптеки по требованиям сельского врача, которой заведовал больничный врач.

Медикаменты предполагалось получать со склада при Уфимской губернской земской управе. На приобретение медикаментов для больницы предлагалось ассигновать 200 рублей и на уезд – 300 рублей.

Как семейному врачу, так и фельдшерам и повивальным бабкам для разъездов выделялись бесплатно обывательские подводы по «открытым местам» управы. Врачу полагалось ездить на тройках лошадей, а фельдшерам и акушерам – на паре лошадей.

Управа предлагала также построить в Белебее новую больницу, ссылаясь на решение губернского земского собрания, ассигновать для этого 10416 руб. 34 коп. Однако уездное собрание решило к постройке новой больницы не приступать, на жалование сельского врача ассигновать 1200 рублей, на содержание четырех повивальных бабок – по 150 рублей каждой, возложив на них и оспопрививание. Жалование 13 фельдшерам, получавшим деньги из губернского земства, увеличили до 20 рублей с возложением на них обязанностей по оспопрививанию, которое начало применяться в конце XIX и начале XX веков.

Местожительство сельского врача должно было быть в уезде и избиралось по его усмотрению. Соединение должностей по врачебной части не разрешалось, кроме больничного с должностью городского врача. В уезде то и дело вспыхивали эпидемии и эпизоотии (болезни скота), тиф, оспа, дифтерия, трахома, гинекологические заболевания, чахотка (туберкулез).

В 1875–1880 годах свирепствовала чума рогатого скота, и врачам приходилось бороться не только с эпидемиями, но и с эпизоотиями, так как в уезде не было ни одного ветеринарного врача. И как писал в своем отчете уездный санитарный врач А. А. Цареградский, помог случай. Оказалось, что на одном из участков фельдшером работал дипломированный санитарный врач, которого и возвели в ранг уездного ветеринарного врача. Его фамилию установить не удалось.

В 1884 году в Белебей приехал выпускник медицинского факультета Казанского университета Яков Николаевич Соколов, проработавший в нашем городе до 1919 года и вырастивший целую династию врачей.

Население уезда стало привыкать к врачам. В 1894 году количество врачебных участков было доведено до шести, число амбулаторных больных, обратившихся за медицинской помощью, достигло 51669 человек, стационарную помощь в городе получили 644 больных. Больничный врач Я. Н. Соколов обратился к земскому собранию с предложением учредить еще один врачебный участок в Белебее и принять еще одного врача. К этому времени в Белебеевской городской больнице стали проводить хирургические и глазные операции. Было построено новое здание больницы.

В уезде же первая сельская больница на 10 коек была построена в Бакалах. Расширение сети медицинских учреждений проходило с большими препятствиями – не хватало средств, часто менялись врачи, так как для них не были созданы необходимые условия.

О состоянии здравоохранения в нашем крае оставила яркие воспоминания двоюродная сестра В. И. Ленина А. И. Веретенникова. Белебеевские земские деятели встретили появление в уезде женщины-врача настороженно, но все же ее направили на Буздякский участок, населенный в основном башкирами и татарами. Заведуемый ею участок включал в себя семь волостей, ныне они входят в Белебеевский, Буздякский, Туймазинский, Давлекановский и Шаранский районы. «В первую же неделю моего приезда, – вспоминала она, – перебывала масса хронических больных с нагноениями, затяжными болезнями суставов, застаревшими язвами, глазными болезнями. Я получала ежедневные приглашения к больным, которые не могли явиться сами, двери моей избы не затворялись с утра до вечера». Белебеевское земство, направив на четвертый участок врача, ограничилось установлением ей жалования.

Медикаменты, перевязочный материал Анна Ивановна зачастую приобретала на свое жалование, благо жизнь в деревне стоила недорого и у нее не было семьи. Местное население прониклось к ней глубоким уважением. Но популярность грамотного, приехавшего из самой столицы врача пришлась не ко двору руководству Белебеевской земской управы. Через два года Анна Ивановна вернулась в Петербург.

Завершилось строительство Самаро-Златоустовской железной дороги, что ускорило развития товарно-денежных капиталистических отношений, а это вызвало к жизни новые профессии, усилился приток переселенцев, возросли и темпы распространения локальных, очаговых эпидемий. Все это потребовало развития и народного образования, и

здравоохранения. К началу XX века возросло число врачебных участков и врачей, фельдшеров, расширилась сфера медицинских услуг.

В XX веке здравоохранение в уезде вступало, уже имея определенный опыт организации медицинского обслуживания населения, борьбы с эпидемиями, однако с очень небольшими материальными и кадровыми ресурсами. В 1898 году число врачебных участков было доведено до семи, при каждом из них были «больнички» на четыре - семь коек. Продолжились, вопреки предложениям врачей отказаться от этой не очень традиционной практики, выезды по базарным дням в амбулатории крупных населенных пунктов. В нашем районе таким выездным пунктом было село Усень-Ивановское, где в начале XX века проживало 2300 человек. В 1896 году в Белебее была открыта земская аптека.

Тем не менее общее состояние здравоохранения в уезде к началу нового века оставляло желать лучшего. Об этом красноречиво свидетельствует доклад организационной комиссии уездной земской управы по медицинской части очередному XXV собранию уездного земства 1899 г. В нем говорится: «Комиссия убедилась в полной невозможности для врачей работать при настоящих условиях: помещения для приемных покоев и для амбулаторий до того тесны, грязны, холодны и антигигиеничны, что только можно удивляться, как, несмотря на такие условия жизни, «больнички» продолжали функционировать и притом довольно успешно; лучших же помещений в деревнях найти невозможно…

Квартирный вопрос для врачей… тоже представляет собой одну из главных причин частого перемещения врачебного персонала, врачи положительно бегут из своих участков за невозможностью устроиться сколько-нибудь сносно». Однако большинство земских врачей самоотверженно трудилось, не жалея ни сил, ни времени, ни личных средств для приобретения недостающих материалов. Наибольшим уважением среди населения пользовались врачи Я. Н. Соколов, М. И. Маркузе, В. В. Калашников, А. А. Цареградский, И. О. Калашникова, Б. П. Стуков, Л. П. Белова-Васильева, Н. В. Остроумов, П. Н. Владимирский. Главной болью для медицины того времени были трахома и особенно натуральная оспа. От трахомы медленно, но верно ослабевало зрение, а оспа уносила жизни сотен и даже тысяч младенцев, а иногда и взрослых. Лица тех, кто выживал, навсегда были отмечены несмываемой печатью этой коварной болезни – «оспинами» – и были похожи на вафельное полотенце. Этих людей называли «шадра» – «рябой». Белебеевское уездное земство с первых дней своей деятельности начало борьбу с этой напастью. Но врачебного персонала не хватало. В летние каникулы из студентов медицинских вузов организовывали «летучие отряды», их усилий было явно недостаточно. Выход из ситуации был найден очень

простой – с 1909 года к оспопрививанию стали привлекать… учителей. А народный учитель, как и земский врач, отличался (да и сегодня отличается) особой отзывчивостью на страдания людей.

Заключение и выводы: Под руководством уездного санитарного врача А.А. Цареградского для учителей-оспопрививателей проводились краткосрочные курсы.

Список литературы:

1. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

2. Первый всебашкирский съезд врачей. 1-6 марта 1938 год. Под ред. проф. И.В.Данилова. Уфа. Башгосиздат. 1939,144 с.

3. Десять лет Советской Башкирии. 1919-1929. Уфа. 1929, с.368.

УДК 930.24.9.

А.И. Ерохина, А.А. Сулейманова, А.М. Галимова, Р.З.Нуриманов

ОСНОВОПОЛОЖНИК СОВЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

В СССР

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: организация челюстно-лицевой хирургии в СССР связана с именем профессора А.Э.Рауэра. В 1913–1916 гг. он работал хирургом, ЛОР-врачом в Уфимской земской больнице.

Ключевые слова: профессор А.Э.Рауэр, земская медицина, Уфимское общество врачей.

A.I. Erokhina, A.A. Suleymanova, A.M. Galimova, R.Z.Nurimanov

FUNDAMENTAL OF THE SOVIET MAXIMUM-FACE SURGERY IN THE USSR

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the organization of maxillofacial surgery in the USSR is associated with the name of Professor AE Rauer. In the years 1913-1916. He worked as a surgeon, an ENT doctor in the Ufa Zemsky hospital.

Key words: Professor AE Rauer, Zemstvo medicine, Ufa Obshchevto doctors.

Актуальность: Изучение истории становления челюстно-лицевой хирургии в СССР началось с деятельности доктора медицины в г. Уфе.

Цель исследования: Ввести новые данные в научный оборот сведения об основоположнике челюстно-лицевой хирургии в СССР А.Э. Рауэре в период пребывания его в Уфе.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Александр Эдуардович Рауэр — крупный советский ученый] замечательный хирург, талантливый педагог, создатель большой школы челюстно-лицевых хирургов, отличающейся своим раз-махом работы, характерной для него самого, не знавшего труд-ностей ни в планировании, ни в проведении операции. А. Э. Рауэр родился 15 марта

1871 г. в г. Верны. В 1897 г. окончил медицин! ский факультет Томского университета и, как пользовавшийся казенной стипендией, был направлен на работу участковым вра-чом в Верхоленск. Здесь он в течение 5 лет оказывал медицинскую помощь населению и главным образом политическим ссыльным.

В 1903 г., получив командировку в Петербург для повышений квалификации, он работал в хирургической клинике Института усовершенствования врачей у профессора Тиллинга, затем был прикомандирован к хирургической и ортопедической клиникам Военно-медицинской академии.

В период русско-японской войны как военный врач работает в Хабаровском сводном госпитале с 1904 по 1906 гг. и заведует хирургическим отделением на 300 коек. С 1906 по 1909 гг. в селе Мышкино организует хирургическое отделение, в котором развернул большую деятельность. В 1909 г. он снова в Петербургской Военно-медицинской академии, но теперь в Патологоанатомическом институте у профессора Моисеева. На основе накопленного материала им была написана и блестяще защищена диссертация на тему «Учение о воспалительных изменениях в стенках черве-образного отростка».

Уже будучи зрелым хирургом и ученым, Александр Эдуардо-вич приехал-в Уфимскую губернию, где, по данным Р. Ш. Магазова (1971), вел большую, хирургическую работу с 1911 по 1914 гг. в губернской земской больнице, часто выступал с докладами и демонстрациями в обществе уфимских врачей. За исключительно плодотворную работу уфимское земство направляет его за границу в научную командировку — в институты Вены, Берлина и Парижа.

В годы первой империалистической войны Александр Эдуар-дович после мобилизации на военную службу назначается и работает с 1914 по 1919 гг. начальником Уфимского хирургического лазарета Красного Креста Западного Фронта.

Н.М. Михельсон так вспоминал о человечности и организаторском таланте своего учителя: «Когда наши лазареты были переведены в Минск, он обратил внимание, что всех тяжелораненых сгружали на вокзале Минска и развозили в различные госпитали, часто довольно отдаленные. По настоянию А. Э. Рауэра и под его руководством был организован около вокзала госпиталь, куда помещали всех тяжелораненых и где он и его помощники в трудных условиях проводили операции и оказывали необходимую помощь.

В 1919 г. А.Э. Рауэр назначается консультантом-хирургом Красноярского госпиталя РККА, где он работает до 1922 г. Глубокий аналитический ум, целеустремленность, большая сила воли, исключительная настойчивость и упорство в труде сформировали высоко эрудированного врача-хирурга с большим размахом деятельности во всех областях хирургии

и виртуозной техникой. Являясь участником русско-японской, первой мировой и гражданской войн, он видел, что помощь челюстно-лицевым раненым как в войсковом районе, так и в госпиталях глубокого тыла не была на должном уровне. Он сознавал необходимость в оказании специализированной помощи больным с резко обезображенными лицами, которые нуждались в проведении сложных пластических операций, направленных на восстановление не только формы, но и функции. Получать такую помощь было негде. Вот почему А. Э. Рауэр, искушенный в большой хирургии, в 1922 году с удовлетворением приняв предложение В. Н. Роза-нова переехал в Москву и организовал челюстно-лицевое отделение на 20 коек в Лечебно-протезном институте. Переключившись на узкую специальность, Александр Эдуардович отдавал все свои силы, знания и опыт данному разделу хирургии. Еще на заре зарождения новой специальности челюстно-лицевой хирургии он ставил вопрос об организации комплексного лечения больных с челюстно-лицевой патологией, привлекая к совместной работе врачей стоматологов.

В первые годы Советской власти отделения по лечению больных с челюстно-лицевой патологией были единичными. Среди них очень быстро стало пользоваться популярностью отделение в г. Москве, которое возглавлял А.Э. Рауэр, и в Ленинграде, во главе которого стоял профессор А.А. Лимберг. В них создавались свои школы и новые направления, совершенствовались старые и разрабатывались новые способы хирургического лечения челюстно-лицевых больных, от примитивных хирургических вмешательств на лице и челюстях переходили к более совершенным методам лечения.

Характеризуя А.Э. Рауэра как хирурга, Н.Н. Приоров писал: «А операции Александра Эдуардовича были поистине пре-красные, — это был тонкий художник и исключительный мастер своего дела.

Замечательной чертой этого выдающегося хирурга была его доброта и человечность. Он не допускал мысли, чтобы больной от него ушел неуспокоенным, не получившим надежды на выздоровление. Он заражал оптимизмом больного и тяжело переживал неудовлетворительные результаты лечения. Он всегда с большой охотой и исчерпывающими подробностями делился своим богатым опытом.

В 1932 году он избирается зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии Центрального института усовершенствования врачей, организованной им на базе челюстно-лицевого отделения ЦИТО. Через кафедру проходило ежегодно до 600 врачей, повышающих свою квалификацию. Написанная им в это время книга «Лечение переломов челюстей» долгие годы была настольным руководством для хирургов-стоматологов, выдержав четыре издания. Таким образом, еще задолго до начала Великой Отечественной войны А. Э. Рауэр создал

оригинальную школу челюстно-лицевых хирургов и подготовил немало специалистов по этой специальности.

Во время Великой Отечественной войны, несмотря на 70-летний возраст, Александр Эдуардович продолжал руководить всей работой клиники, находясь в ЦИТО дни и ночи, так как количе-ство челюстно-лицевых раненых здесь доходило до 600 человек. Одним из первых он начал внедрять наложение вторичных швов при лечении раненых с обширными гранулирующими ранами. Сделанный им в феврале 1942 г. на эту тему доклад в Московском хирургическом обществе был встречен с одобрением. Предложенный метод стал быстро внедряться в практику работы госпиталей, этим самым способствуя более быстрому выздоровлению и воз-вращению в строй сотен бойцов и командиров Красной Армии

За 26 лет работы в ЦИТО он сумел из 20-коечного отделения создать большую клинику, которая получила большую известность, не только в Советском Союзе, но и далеко за его пределами. Через клинику прошло свыше 13 000 больных, которым проведено более 18 000 операций.

А.Э. Рауэром написано 84 научные работы. Венцом его творческой деятельности является книга, написанная в соавторстве с Н. М. Михельсоном, «Пластические операции на лице», за которую в 1946 г. он был удостоен Государственной премии.

В книге проводится идея тщательного планирования каждой пластической операции после самого детального изучения боль-ного и анализа дефекта тканей лица. Основное положение: при планировании операции каждый последующий этап должен быть логическим продолжением предыдущего этапа — остается незыблемым и в наши дни.

Наряду с большой хирургической и научной деятельностью он уделял много внимания и педагогической работе. За 15 лет заведования кафедрой челюстно-лицевой хирургии у него повысили квалификацию тысячи врачей. Под его руководством научными работниками и практическими врачами выполнено более 100 научных работ, защищено 5 кандидатских и 4 докторских диссертации. Его ученики А.Е. Верлоцкий, Н.М. Михельсон, Ф.М. Хитров, В.А. Аронсон выросли до заведующих кафедрами и написали немало ценных руководств по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.

Ф.М. Хитров создал оригинальные способы замещения дефектов носа, лица, глотки, шейного отдела пищевода, гортани, трахеи с помощью круглого стебля В.П. Филатова. За монографию «Дефекты и рубцовые заращения глотки, шейного отдела пищевода, гортани, трахеи и методика их устранения» (1963) профессор Ф.М. Хитров удостоен звания лауреата Ленинской премии.

До последних лет своей жизни. Александр Эдуардович сочетал лечебную, научную и педагогическую деятельность с общественной работой: он был председателем хирургической секции Московского стоматологического общества и членом ее правления.

Многолетняя исключительно плодотворная работа А.Э. Рауэра была высоко оценена нашей партией и правительством. В 1940 г. он был награжден орденом Трудового Красного Знамени, в 1943 г. — орденом Красной Звезды и медалями «За оборону Москвы», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне», «За победу над Германией». Прошло более четверти века после смерти А.Э. Рауэра, но многие из разработанных им способов лечения больных остаются актуальными, а написанные им руководства не потеряли практической ценности и в настоящее время.

Заключение и выводы: Становление организатора челюстно-лицевой хирургии в СССР А.Э.Рауэра, как разностороннего специалиста, произошло в период его работы в г. Уфе.

Список литературы:

1. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

2. Сборник Научных работ Башкирской Республиканской клинической больницы. Вып. УII. Уфа, Башкнигоиздат, 1971, 244 с.

УДК 930.24.10.

А.В. Запасная, А.Д. Князева

РОЖДЕНИЕ В СЕВАСТОПОЛЕ ПРОФЕССИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: основоположником сестринского дела в России по праву должно считать тверского дворянина Н.И. Пирогова, то первой профессиональной медицинской сестрой, без всякого преувеличения, можно смело считать одну из самых деятельных сестёр Крестовоздвиженской общины, верную помощницу и сподвижницу Пирогова, тверскую дворянку Екатерину Михайловну Бакунину. Н.И. Пирогов сформулировал и основной нравственный принцип профессионального служения женщин в медицине.

Ключевые слова: Н.И.Пирогов, Е.М.Бакунина, сестра милосердия.

A.V. Zapasnaya, A.D. Knyazeva

BIRTH IN SEVASTOPOL OF THE PROFESSION OF THE MEDICAL SISTER

Scientific adviser - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the founder of nursing in Russia is rightly considered to be the Tver nobleman N.I. Pirogov, then the first professional medical sister, without any exaggeration, one can safely consider one of the most active sisters of the Krestovozdvizhenskaya community, a faithful assistant and associate of Pirogov, a Tver noblewoman Ekaterina Mikhailovna Bakunina. N.I. Pirogov formulated and the basic moral principle of professional service of women in medicine.

Keywords: N.I. Pirogov, E.M. Bakunin, sister of mercy.

Актуальность: Изучение истории становления движения сестер милосердия в Российской Империи, определение роли и значение в этом хирурга Н.И.Пирогова и сестры милосердия Е.М.Бакуниной.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о вкладе сестры милосердия Е.М.Бакуниной в становление милосердия в России.

Материалы и методы: В работе использован исторический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: На Крымской войне, где работали русские сёстры милосердия Крестовоздвиженской общины под руководством А.Стахович, Е.Хитрово, Е.Карцевой и Е.Бакуниной, в госпиталях противника работала одна дама – англичанка Флоренс Найтингейл, ставшая впоследствии европейским символом женского медицинского служения. Сам день медицинской сестры, являющийся Международным днём, учреждён в память Флоренс Найтингел, и приурочен ко дню её рождения 12 мая. Когда мы в России празднуем этот день, мы воистину становимся теми иванами, которые не помнят или не хотят помнить своего родства.

В 1921 г. Приказом Наркома Здравоохранения РСФСР Н.А.Семашко были упразднены все общества сестёр милосердия, а так же было сказано в постановлении, «упраздняется и само слово милосердие». Впоследствии, в поисках нравственных ориентиров в медицине, когда весь опыт дореволюционного служения русских сестёр милосердия был предан полному и намеренному забвению, было принято решение о праздновании дня медицинской сестры по международному образцу. Вот как писал Н.И.Пирогов, бывший руководителем Крестовоздвиженской общины сестёр милосердия во время Крымской войны, о первенстве Флоренс Найтингейл в деле сестринского служения. «Может, конечно, носиться слух в Западной Европе, будто мисс Найтингейль с 37 сёстрами, «дамами высокой души» была первая, которая по собственному желанию, приехала в Крымскую войну, чтобы с сёстрами взять на своё попечение всех больных и раненых, находящихся в амбулатории. Мы, русские, не должны дозволять никому переделывать до такой степени историческую истину. Мы имеем долг требовать пальму первенства в деле столь благословлённом, благотворном и ныне всеми принятом…В октябре 1854 года Крестовоздвиженская община получила высочайшее соизволение, а в ноябре того же года она находилась уже на театре войны в полной деятельности. О мисс Нейтингель и о её «высокой души дамах» мы в первый раз услышали только в начале 1885г.». [1.с.197]

Отметим лишь один исторический факт. В то время как английские сёстры работали в относительно спокойной обстановке глубокого тыла, в безопасных госпиталях Скутарии рядом со Стамбулом – сама Флоренс лишь ненадолго с инспекцией приезжала в Балаклаву – то наши сёстры прошли суровую школу оказания помощи раненым воинам в осаждённом Севастополе, под ежедневными обстрелами и бомбардировками, а также на передовой. Из 30-40 английских женщин, приехавших в госпиталь в Скутарии, половина вынуждены были покинуть общину и вернуться в Англию, не выдержав сложностей личностных взаимоотношений с Флоренс Найтингейл, которая была весьма не простым человеком.

Как сообщалось в обзоре действий Крестовоздвиженской общины во время Крымской войны «умерли при исполнении обязанностей, верные своему признанию семнадцать сестёр»[1.с.132] Несколько сестёр не выдержав кровавых ужасов и психологически – напряжённой обстановки в госпиталях Севастополя, сошли с ума. Как говорится, комментарии излишни. Но именно эта напряжённая обстановка, когда при большом количестве раненых катастрофически не хватало врачей и фельдшерского персонала, способствовала тому, что наши сестры милосердия, в отличие от сестёр сиделок в союзнических госпиталях, становились рядом с врачами за операционные столы и ассистировали при операциях.

Именно здесь, в Севастополе в обстановки вынужденного участия сестёр Крестовоздвиженской общины непосредственно в операционном процессе, родилась и сама профессия медицинской сестры, время рождения которой можно считать 1855г., а её основоположником – Н.И. Пирогова– руководителя сестринской деятельности в осаждённом Севастополе. Благодаря высокому авторитету и влиянию учредительницы Крестовоздвиженской общины Вл. Кн. Елены Павловны Романовой и Н.И. Пирогова женщины были допущены не только к госпитальному служению, чего раньше никогда не было, но и к госпитальному служению непосредственно на самом театре военных действий.

Сёстры милосердия и т.н. сердобольные вдовы были в России и до учреждения в 1854г. Крестовоздвиженской общины. Женщины, подвизавшиеся на ниве милосердного движения ближнему, эпизодически и частным образом занимались патронажным уходом и попечением за сиротами, престарелыми, увеченными в различных богоугодных заведениях и обществах, а также в некоторых больницах, никогда ранее сестре милосердия не допускались до прямого профессионального медицинского служения больным и тем более раненых. Неудивительно, что некоторые из сестёр, пройдя школу в Севастопольских госпиталях под руководством Н.И.Пирогова, впоследствии уже самостоятельно организовывали медицинские учреждения разного уровня, как например сделала Е.М.Бакунина, открывшая в начале 60-х годов XIX века в своём имении Казицино на тверской земле первую бесплатную больницу для крестьян, где самостоятельно оказывала им профессиональную первичную медицинскую помощь. Вспоминая работу в Севастополе Н.И.Пирогов писал: «Здание, где мы помещались (Дворянское собрание), само не раз получало бомбы с неприятельских кораблей. Раны почти все представляли страшные разрывы членов от бомб большого калибра. От 150 до 200 ампутаций в других тяжёлых операций случалось исполнять каждый день, имея ассистентами одних систёр». [1.с.202]

«Старшая сестра второго и третьего отделений Екатерина Михайловна Бакунина отличалась своим усердием. Ежедневно днём и ночью её можно было застать в операциионной комнате, ассестирующею при операциях; в это время, когда бомбы и ракеты то перелетали, то недолетали и ложились кругом всего Собрания, она обнаруживала со своими сообщницами присутсвие духа, едва совместимого с женскою натурою и отличавшее сестёр до самого конца осады. Трудно решить, чему должно более удивляться, хладнокровию ли этих сестёр или самоотвержению в исполнение обязанностей»[1.с.119]

«Огромная танцевальная зала беспрестанно наполнялась и опоражнивалась; приносимые раненые складывались вместе с носилками целыми рядами на паркетном полу, пропитанном на целые полвершка запекшейся кровью; стоны и крики страдальцев, последние вздохи умирающих, приказания распоряжающихся громко раздавались в зале»[1.с.120]

«Двери залы ежеминутно отворялись и затворялись; вносили и выносили по команде… На трёх столах кровь лилась при производстве операций; отнятые члены лежали грудами… Бакунина постоянно присутствовала в этой комнате с пучком лигатур в руке, готовая следовать на призыв врачей».[1.с.121]

«В это тяжёлое время без неутомимости врачей, без ревностного содействия сестёр… не было бы никакой возможности подать безотлагательную помощь пострадавшим ща Отечество» [1.с.121]

Военный врач Г. Ульрихсон вспоминал, что опытные сестры Крестовоздвиженской общины, такие как Е. Бакунина и некоторые другие так «пригляделись к разнообразным операциям, что любая из них сама бы могла произвести ампутацию, если бы ей это было дозволено».[2.с.519]

Сразу после окончания крымской войны сёстры Крестоводвиженской общины, заслужившие высокий авторитет в Севастополе, были допущены к работе с больными в госпиталях и больницах Санкт-Петербурга, а в здании самой общины на Фонтанке открылась собственная больница, где оказывалась профессиональная медицинская помощь, как сестринского, так и врачебного характера. Сёстры общины работали во 2-м Сухопутном госпитале, в двух чернорабочих больницах (у Сахарного моста и в доме Синебрюхова),Морском госпитале у Калинкина моста, а также в Кронштадтском военном госпитале. Именно Е.М.Бакунина, а после её ухода из общины следующая настоятельница общины Е.П.Карцева добилась того, что в госпиталях официально был введён постоянный сестринский уход. В 1863г. военный министр Д.А.Милютин издал указ о введении в

госпиталях военного ведомства постоянного сестринского ухода за больными из числа сестёр Крестовоздвиженской общины.

Некоторые исследователи считают, что именно эту дату следует считать временем рождения в России профессии медицинской сестры. Таким образом Крестооздвиженская община сестёр милосердия, созданная Вл.Кн. Еленой Павловной и руководимая Н.И.Пироговым, сыграла в истории отечественного здравоохранения огромную созидательную роль, так как именно профессиональная и самоотверженная деятельность сестёр общины и породила саму профессию медицинской сестры. Из всех сестёр общины Н.И.Пирогов всегда выделял Е.М.Бакунину. Её, Екатерину Хитрово и Елизавету Карцеву он называл тремя столпами общины. [1.с.206]

В отличие от Е.Бакуниной, Е.Хитрово и Е.Карцева работали в Симферополе, куда привозили уже прооперированных в Севастополе раненых, и непосредственно профессиональный медико-операционный уход за ранеными в госпиталях Симферополя сестры не осуществляли. К сожалению Е.Хитрово, прибывшая в Крым в сентябре 1855г. и назначенная настоятельницей общины в конце ноября, пробыла в этой должности слишком мало, так как скоропостижно скончалась от тифа 2 февраля 1856г. Сама Е.М. Бакунина с большим уважением относилась к Е.Хитрово, называя её недосягаемым идеалом и образцом сестры милосердия. О самой же Е.М. Бакуниной Н.И. Пирогов писал так: «Бакунина с увлечением предалась всецело служению больным и с полным самоотвержением несла эту тяжёлую службу. Она сделалась примером терпения и неустанного труда для все сестёр общины.

Вся её личность дышала истинной, полная гармония царствовала между её чувствами и её действиями. Она точно составляла слиток всего возвышенного. Чем более она встречала препятствий на своём пути самозабвения, тем более выказывала она ревности и энергии» [1.с.206]

«Сёстры продолжали неусыпно действовать. Сестра Будберг, желая дать хотя бы небольшой отдых уставшим и изнурённым сёстрам, хотела прекратить ночные дежурства; но неутомимая Бакунина не захотела отдыхать и продолжила дежурить ночью, с некоторыми другими сёстрами, до самого окончания осады». [1.с.125]

Во всём этом проявилась характерная черта личности, отличавшая многих представителей семейства Бакуниных, и присущая этому дворянскому роду. Если кто-либо из Бакуниных обращался к какому либо делу, то он отдавался ему с полным самоутверждением и самозабвением, посвящая себя целиком избранному служению. Е.М.Бакунина обладала не только завидным здоровьем для такого служения,-скажем, что она

во время обороны Севастополя переболела тифом, но сразу после выздоровления стала ухаживать за раненными,-но и крепкой, устойчивой психикой, без владения которой невозможно было выдержать все ужасы и тяготы ежедневной жизни под обстрелами и кровавую обстановку на самих перевязочных пунктах. Обстановка на перевязочных пунктах колоритно описала в романе М.Филипова «Осаждённый Севастополь», где на ряду с вымышленными персонажами выведены и реальные герои Обороны Севастополя.

«В Инженерном доме, где был в том время главный перевязочный пункт, работа кипела. Палаты были полны ранеными. Слышались стоны, крики и причитания, но иные раненые лежали спокойно и только стискивали зубы от боли… Две сестры милосердия… готовили инструменты, бинты, корпию и воду. Одна из них, Бакунина, смотрела на окружающее совершенно спокойно, другая была несколько взволнована, но крепилась…

Оператор нагибается над раненым и в два приёма обнажает кость, отделив мясо. Кровь потоком льётся из перевязанных артерий в медный таз, который подставила Бакунина; другой врач и фельдшер придавливают артерии, и кровь останавливается. Оператор быстро пилит кость. Каждый звук пилы отзывается во всём организме сестры Глебовой, но она пересиливает себя и подаёт шёлк, которым оператор быстро перевязывает артерии. Операция окончена, только фельдшер заканчивает её, заложив корпией обрезанное мясо и облепив рану пластырем». [3.с.119-120]

Н.И.Пирогов вспоминал: «В летописях науки раны такого рода, с какими мы в продолжении этого времени постоянно имели дело, едва ли не беспримерны. Тысячи пушечных ядер и бомб являли свою разрушительную силу над человеческим телом. Надлежало действовать без малейшего промедления, чтобы сохранить жизнь, которую уносило быстрое течение крови. Страшное потрясение всей нервной системы, в весьма многих случаях, делало бесполезным, даже вредным, употребление хлороформа.

На хирургических столах почти беспрерывно подавалась хирургическая помощь, при содействии сестёр. Большая танцевальная зала Благородного собрания… наполнялась сотнями людей, подвергшихся операциями и… опять очищалась, что бы дать место новым страдальцам» [1.с.114-115]

Учитывая всё вышесказанное, можно смело утверждать, что если основоположником сестринского дела в России по праву должно считать тверского дворянина Н.И. Пирогова, то первой профессиональной медицинской сестрой, без всякого преувеличения, можно смело считать одну из самых деятельных сестёр Крестовоздвиженской общины, верную помощницу и сподвижницу Пирогова, тверскую дворянинку Екатерину Михайловну Бакунину. Н.И. Пирогов сформулировал и основной нравственный принцип

профессионального служения женщин в медицине. Говоря о деятельности одной из старших сестёр Крестовоздвиженской общины Елизаветы Петровны Карцевой, Николай Иванович так высказался о сути сестринского служения: «истинной сестрой милосердия можно назвать лишь ту, которая свои формальные обязанности сестры милосердия, превратив в духовное призвание жизни». [1.с.211]

Заключение и выводы: Без всякого сомнения, можно сказать, что эти высокие слова применимы и к профессии медицинской сестры.

Список литературы:

1.Пирогов Н.И. Севастопольские письма и воспоминания.-М.,1950

2.Голикова Л. «Всё, что я мог сделать для Севастополя, я сделал…» К 200-летию со дня рождения Н.И.Пирогова // Севастопольский Ежегодный Визит Альманах. Севастополь, 2010.

3.Сысоев В.И. Сестра милосердия Екатерина Бакунина.-Тверь,2012

УДК 930.24.11.

А.В. Запасная, А.Д.Князева

МЕДАЛЬ «СЕСТРА МИЛОСЕРДИЯ ЕКАТЕРИНА БАКУНИНА»

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: основоположником сестринского дела в России по праву должно считать тверского дворянина Н.И. Пирогова, то первой профессиональной медицинской сестрой, без всякого преувеличения, можно смело считать одну из самых деятельных сестёр Крестовоздвиженской общины, верную помощницу и сподвижницу Пирогова, тверскую дворянку Екатерину Михайловну Бакунину. Н.И. Пирогов сформулировал и основной нравственный принцип профессионального служения женщин в медицине.

Ключевые слова: Н.И.Пирогов, Е.М.Бакунина, сестра милосердия.

A.V. Zapasnaya, A.D. Knyazeva

BIRTH IN SEVASTOPOL OF THE PROFESSION OF THE MEDICAL SISTER

Scientific adviser - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the founder of nursing in Russia is rightly considered to be the Tver nobleman N.I. Pirogov, then the first professional medical sister, without any exaggeration, one can safely consider one of the most active sisters of the Krestovozdvizhenskaya community, a faithful assistant and associate of Pirogov, a Tver noblewoman Ekaterina Mikhailovna Bakunina. N.I. Pirogov formulated and the basic moral principle of professional service of women in medicine.

Keywords: N.I. Pirogov, E.M. Bakunin, sister of mercy.

Актуальность: Изучение истории становления движения сестер милосердия в Российской Империи, определение роли и значение в этом хирурга Н.И.Пирогова и сестры милосердия Е.М.Бакуниной.

Цель исследования: Ввести в научный оборот информацию о наградах для медицинских сестер.

Материалы и методы: В работе использован исторический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Одним из направлений деятельности Фонда Екатерины Бакуниной (г.Тверь) является работа по возрождению в общественном сознании значимости профессии медицинской сестры и служения сестер милосердия. Для популяризации имени Е.М.Бакуниной и ее духовно-нравственного и медицинского наследия в современном медицинском сообществе, а также для повышения престижа самой профессии медицинской сестры Фондом в 2011г. была учреждена медаль общественного признания «Сестра милосердия Екатерина Бакунина».

На сегодняшний день это единственная в России награда единая для медицинских сестер и сестер милосердия. Существуют ведомственные локальные награды для медсестер в некоторых медицинских учреждениях, а также международная медаль для медицинских сестер имени Флоренс Найтингейл (1820-1910), являющейся основательницей сестринского дела в Великобритании. На той же самой Крымской войне, где работали русские сестры милосердия Крестовоздвиженской общины под руководством А.Стахович, Е.Хитрово, Е.Карцевой и Е. Бакуниной, в госпиталях противника работала и Флоренс Найтингейл. Обидно, что наших медицинских сестер (правда очень редко) награждают медалью, учрежденной международным сообществом в честь Флоренс Найтингейл или, как ее тогда называли, «дамы высокой души», а имена и деяния наших сестер преданы забвению.

Несправедливо и оскорбительно для нас русских и то, что сам праздник - День медицинской сестры, празднуемый в том числе и в России, и являющийся Международным днем медицинской сестры, также учрежден в память все той же Флоренс Найтингейл, и приурочен ко дню ее рождения 12 мая. Воистину, мы те Иваны, которые не помнят или не хотят помнить своего родства.

В 1921г. приказом Наркома Здравоохранения РСФСР Н.А.Семашко были упразднены все общества сестер милосердия, а также, как было сказано в постановлении «упраздняется и само слово милосердие». Впоследствии, в поисках нравственных ориентиров в медицине, когда весь опыт дореволюционного служения русских сестер милосердия был предан полному и намеренному забвению, было приняли решение о праздновании дня медицинской сестры по международному образцу. Вот как писал Н.И.Пирогов, бывший руководителем Крестовоздвиженской общины сестер милосердия во время Крымской войны, о первенстве Флоренс Найтингейл в деле сестринского служения. «Может, конечно, носиться слух в Западной Европе будто бы мисс Нейтингелъ с 37 сестрами, «дамами высокой души» была первая, которая по собственному желанию, приехала в Крымскую войну, чтобы с сестрами взять на свое попечение всех больных и раненых, находящихся в амбулатории.

Мы, русские, не должны дозволять никому переделывать до такой степени историческую истину. Мы имеем долг истребовать пальму первенства в деле столь благословенном, благотворном и ныне всеми принятом».

В октябре 1854 года Крестовоздвиженская община получила высочайшее соизволение, а в ноябре того же года она находилась уже на театре войны в полной деятельности. О мисс Нейтингелъ и о ее «высокой души дамах» мы в первый раз услышали только в начале 1855г.» . [1 с. 197]. Отметим лишь один исторический факт. В то время как английские сестры работали в относительно спокойной обстановке глубокого тыла, в безопасных госпиталях Скутари рядом со Стамбулом, - сама Флоренс лишь ненадолго с инспекцией приезжала в Балаклаву, - то наши сестры милосердия прошли суровую школу оказания помощи раненым воинам в осажденном Севастополе, под ежедневными обстрелами и бомбардировками, а также на передовой. Из 30 - 40 английских женщин, приехавших в госпиталь в Скутари, половина вынуждены были покинуть общину и вернуться в Англию, не выдержав сложностей личностных взаимоотношений с Флоренс Найтингейл, которая была весьма непростым человеком. Как сообщалось в обзоре действий Крестовоздвиженской общины во время Крымской войны «умерли при исполнении обязанностей, верные своему призванию семнадцать сестер». [1 с. 132]. Несколько сестер, не выдержав кровавых ужасов и психологическо-напряженной обстановки в госпиталях Севастополя сошли с ума. Как говорится, комментарии излишни.

Но именно эта напряженная обстановка, когда .при большом количестве раненых катастрофически не хватало врачей и фельдшерского персонала, способствовала тому, что наши сестры милосердия, в отличии от сестер сиделок в союзнических госпиталях, становились рядом с врачом за операционные столы и ассистировали при операциях. В Севастополе в обстановке вынужденного участия сестер Крестовоздвиженской общины непосредственно в операционном процессе, родилась и сама профессия медицинской сестры, временем рождения которой можно считать 1855г., а ее основоположником - Н.И.Пирогова - руководителя сестринской деятельностью в осажденном Севастополе. Благодаря высокому авторитету и влиянию учредительницы Крестовоздвиженской общины Вл. Кн. Елены Павловны Романовой и Н.И. Пирогова женщины были допущены не только к госпитальному служению, чего раньше никогда не было, но и к госпитальному служению непосредственно на самом театре военных действий.

Военный врач Г.Ульрихсон вспоминал, что опытные сестры Крестовоздвиженской общины, такие как Е.Бакунина и некоторые другие так «пригляделись к разнообразным

операциям, что любая из них сама бы могла произвести ампутацию, если бы ей это было дозволено». [1 с.519]

Сразу после окончании Крымской войны сестры Крестовоздвиженской общины, заслужившие высокий авторитет в Севастополе, были допущены к работе с больными в госпиталях и больницах Санкт-Петербурга, а в здании самой общины на Фонтанке открылась собственная больница, где оказывалась профессиональная медицинская помощь, как сестринского, так и врачебного характера.

Сестры общины работали во 2-м Сухопутном госпитале, в двух чернорабочих больницах (у Сахарного моста и в доме Синебрюхова), Морском госпитале у Калинкина моста, а также в Кронштадтском военном госпитале.

Именно Е.М.Бакунина, а после ее ухода из общины следующая настоятельница общины Е.П.Карцева добились того, что в госпиталях официально был введен постоянный сестринский уход.

В 1863г. военный министр Д.А.Милютин издал указ о введении в госпиталях военного ведомства постоянного сестринского ухода за больными из числа сестер Крестовоздвиженской общины. Некоторые исследователи считают, что именно эту дату следует считать временем рождения в России профессии медицинской сестры. Таким образом Крестовоздвиженская община сестер милосердия, созданная Вл.Кн. Еленой Павловной и руководимая Н.И.Пироговым, сыграла в истории отечественного здравоохранения огромную созидательную роль, так как именно профессиональная и самоотверженная деятельность сестер общины и породила саму профессию медицинской сестры.

Из всех сестер общины Н.И.Пирогов всегда выделял Е.М.Бакунину. Ее, Екатерину Хитрово и Елизавету Карцеву он называл тремя столпами общины. [1 с.206]

Учитывая все выше сказанное, можно смело утверждать, что если основоположником сестринского дела в России по праву должно считать тверского дворянина Н.И.Пирогова, то первой профессиональной медицинской сестрой, без всякого преувеличения, можно смело считать одну из самых деятельных сестер Крестовоздвиженской общины, верную помощницу и сподвижницу Пирогова, тверскую дворянку Екатерину Михайловну Бакунину.

В память великих заслуг сестер милосердия Крестовоздвиженской общины, ставшими первыми медицинскими и операционными сестрами России, Фонд Екатерины Бакуниной в 2011г. учредил медаль «Сестра милосердия Екатерина Бакунина» для медицинских сестер и сестер милосердия.

Первое награждение медалью состоялось в торжественной обстановке Международного форума «Этика и милосердие врачебного сообщества», проводимого в Твери 29-30 сентября 2011г. совместно с III Съездом православных врачей России. Первые награды вручали: губернатор Тверской области А.В.Шевелев; главный терапевт России, директор Института Пульмонологии, академик РАМН А.Г.Чучалин; председатель Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московской Патриархии, председатель Общества православных врачей России, Епископ Смоленский и Вяземский Пантелеймон; президент Благотворительного Фонда «Имени сестры милосердия Екатерины», ректор Тверской государственной акадамии, председатель Общественной палаты города Твери М.Н.Калинкин. С 2011 г. медаль ежегодно вручается в торжественной обстановке на традиционных ежегодных «Бакунинских Чтениях» в усадьбе Бакуниных Прямухино, на Областном мероприятии в честь Дня медицинского работника и на крупных медицинских форумах России. У медали есть свой эпиграф - свое особое профессиональное посвящение, высказанное Н.И.Пироговым.

Говоря о деятельности одной из старших сестер Крестовоздвиженской общины Елизаветы Петровны Карцевой, Николай Иванович так высказывался о сути служения сестер милосердия:

«истиной сестрой милосердия можно назвать лишь ту, которая свои формальные обязанности сестры милосердия превратит в духовное призвание жизни». [1 с.211]

Без всякого сомнения, можно сказать, что эти высокие слова применимы и к профессии медицинской сестры.

Девизом медали стали слова, отчеканенные на обратной ее стороне: Долг, Подвиг, Милосердие. ,,

За время, прошедшее с момента учреждения медали, ею были награждены более ста медицинских сестер и сестер милосердия Твери, Тверской области, Москвы, Санкт-Петербурга, Самары, Волгограда, Севастополя, Еревана, Спитака, Армавира и Гюмри.

Среди награжденных есть и медицинская сестра из Твери по фамилии Бакунина.

Положение о медали и условия ее получения размещены на официальном сайте Фонда Екатерины Бакуниной в разделе Медаль «Сестра милосердия Екатерина Бакунина». Основным условием получения награды является: для медицинских сестер 20- летний стаж беспорочного медицинской службы, а для сестер милосердия 10 - летний стаж милосердного служения в Общине. В 2012г. Фонд получил официальное свидетельство Геральдической палаты при президенте РФ за №490 о включении медали в признанный Геральдической палатой реестр общественных наград. Особой гордостью Фонда является и то

обстоятельство, что медаль «Сестра милосердия Екатерина Бакунина» представлена в экспозициях трех музеев: в музее Панорама «Оборона Севастополя в 1854 - 1855гг.» (г.Севастополь), музее дворянского рода Бакуниных (с.Прямухино Кувшиновского района Тверской области) и музее имени сестры милосердия Екатерины Бакуниной в Твери.

Заключение и выводы: Основным условием получения награды медаль «Сестра милосердия Екатерина Бакунина» является: для медицинских сестер 20- летний стаж беспорочного медицинской службы, а для сестер милосердия 10 - летний стаж милосердного служения в Общине.

Список литературы:

1. Пирогов Н.И. Севастопольские письма и воспоминания. - М., 1950.
2. Голикова Л. «Все, что я мог сделать для Севастополя, я сделал...» К 200-летию со дня рождения Н.И.Пирогова // Севастопольский Ежегодный Визит Альманах. - Севастополь, 2010.
3. Сысоев В.И. Сестра милосердия Екатерина Бакунина. - Тверь, 2012

УДК 930.24.12.

И.Я. Имаев, Р.А. Султанов, Д.А.Гареев, Г.Ю. Борисов, С.В. Зарипов

СОСТОЯНИЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ БАШКИРСКОЙ АССР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: четкая организация медицинской помощи в Башкирской АССР в годы Великой Отечественной войны способствовала хорошей организации нейрохирургической помощи, благодаря развертыванию деятельности Центрального исследовательского нейрохирургического института.

Ключевые слова: нейрохирургия, нейрохирургический институт, профессор Б.Г.Егоров.

I.Ya.Imaev, R.A. Sultanov, D.A. Gareev, G.Yu. Borisov, S.V. Zaripov

THE STATE OF THE NEUROSURGERIC SERVICE OF THE BASHKIR ASSR IN THE YEARS OF THE GREAT PATRIOTIC WAR

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: A clear organization of medical care in the Bashkir ASSR during the Great Patriotic War contributed to a good organization of neurosurgical care, through the deployment of the Central Research Neurosurgical Institute.

Keywords: neurosurgery, neurosurgical institute, professor B.G.Egorov.

Актуальность: Изучение истории становления челюстно-лицевой хирургии в СССР началось с деятельности доктора медицины в г.Уфе.

Цель исследования: Ввести в научный оборот материалы о пребывании Центрального исследовательского нейрохирургического института в Уфе в период эвакуации в 1941—1943 гг.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Открытие 15 ноября 1932 года Башкирского государственного медицинского института (БГМИ; с 1933 г. — имени 15 летия ВЛКСМ) сыграло важную роль

в развитие всего здравоохранения республики и Приволжского региона. Кафедра нервных болезней БГМИ была создана в 1936 году на базе Башкирского областного физиатрического института. Первым заведующим кафедрой был невролог В.К. Ворошилов. В 1937—1952 гг. заведующим кафедрой был Николай Иванович Савченко, защитивший докторскую диссертацию на кафедре нервных болезней 2-го Московского государственного медицинского института под руководством академика АН СССР М.Б. Кроля, также он был назначен директором Башкирского областного физиатрического института. Профессор Н.И. Савченко организовал в республике нейрохирургическое отделение на 10 коек при физиатрическом институте, в 1939 году по его инициативе открылась опытная Красноусольская бальнеологическая станция (ныне санаторий «Красноусольский»), один из павильонов которого был предназначен для лечения больных неврологического и нейрохирургического профиля. Использование естественных природных лечебных факторов Башкирии стало определяющим при лечении раненых и больных воинов Красной Армии в годы Великой Отечественной. На проходившем в г. Уфе в марте 1938 года 1-м Всебашкирском съезде врачей им был сделан доклад: «Диагностика и лечение опухолей головного мозга», где были выработаны методы лечения: неоперативные и оперативные [2; с.97].

Великая Отечественная война 1941—1945 гг. стала серьёзным испытанием для Башкирской АССР. С июня 1941 года город Уфа начал готовиться к приему эвакуированных заводов и населения из западных и центральных областей страны. 29 июня Совет Народных Комиссаров (СНК) СССР и ЦК ВКП(б) приняли постановление о размещении Наркома нефтяной промышленности СССР в Уфе, чтобы организовать увеличение добычи и переработки нефти, обеспечить высококачественным бензином и другими нефтепродуктами боевые самолёты, танки, морские и речные суда, автомобили. Правительство Украинской ССР (УССР) утвердило решение об эвакуации Академии наук УССР в столицу БАССР. На железнодорожной станции Уфа скапливалось много эвакуированных людей, город не успевал оперативно их размещать в семьях уфимцев. Ежедневно шло «уплотнение» жильцов: в одной квартире или комнате стали жить по несколько семей с детьми. Народный комиссариат здравоохранения (НКЗ) БАССР под руководством С.З. Лукманова работал в напряжённой обстановке военного времени. Согласно принятому 22 сентября 1941 года постановлению Государственного Комитета Обороны (ГКО) «Об улучшении медицинского обслуживания раненых бойцов и командиров Красной Армии» все эвакогоспитали, расположенные в тыловых районах страны, кроме постоянных госпиталей Наркомата обороны, передавались в ведение Народного комиссариата здравоохранения СССР (НКЗ

СССР). В это время в Башкирии быстро разворачивалась 2-я очередь эвакогоспиталей на 4600 коек. По состоянию на 1 января 1942 года коечный фонд в эвакогоспиталях республики составлял уже 11825 единиц, а на 1 августа того же года в 28 эвакогоспиталях функционировало 12995 коек. К апрелю 1943 года коечный фонд эвакогоспиталей Башкирии достиг 13395 единиц. Госпиталь на 200 коек был открыт на территории бывшего санатория в Шафраново. В докладе начальника госпитального отдела отмечается: «…В настоящее время в системе НКЗ БАССР имеется 15 эвакогоспиталей с коечным фондом 7400, из них 12 эвакогоспиталей расположены в г. Уфе на 6450 коек, 1 госпиталь в Белебее на 400 коек, 1 госпиталь в г. Ишимбае на 450 коек и один в Шафраново [ЦГИА РБ. Ф.1295, оп.2., д.3, ед.16.]. В том же докладе показано распределение коечной сети по профилям: челюстно-лицевых коек 200 коек, нейрохирургических 50, легочно-хирургических 375, глазных 100, оториноларингологических 100, урологических 50, восстановительной хирургии 600, терапевтических 415, туберкулёзных 200, женских коек 60. «В каждом госпитале проведено размещение раненых и больных по локальному признаку (палата раненых в плечо, в кисть, в бедро и т.д.). Такая профилизация была бы невозможна, без основательной специализации самих врачей, в котором приняли участие учёные из Башкирского и 1 го Московского медицинских институтов, других научных учреждений. Специализация врачей госпиталей в Башкирской АССР распределяется следующим образом: хирургов 85 человек, терапевтов 12, нейрохирургов 6, физиотерапевтов 9, рентгенологов 9, общей специальности 25, стоматологов 4, врачей ортопедов 6, окулистов 5, венерологов 2, отоларингологов 2, фтизиатров 2, неврологов 2, лаборантов 11, зубных врачей 10. Всего 193 человек. Интересные показатели укомплектованности врачей по стажу работы: со стажем работы до 3 х лет 3,7% от всех врачей, до 5 лет 16,7%, до 10 лет - 36,2%, до 15 лет - 14,2%, свыше 15 лет - 24,5%. Как видно из показателей, более 40% врачей имели опыт работы по своей специальности более 10 лет и лишь 3,7% врачей имели небольшой стаж врачебной деятельности. Сочетание опыта и молодости помогли в преодолении перегрузок, которые конечно же были. Как отмечается в выше названном документе, эвакогоспитали в 1944 году были укомплектованы врачами лишь 80,3%. За этот год из эвакогоспиталей выбыло по приказу НКЗ СССР и РФСР в количестве 29 человек, уехали с передислоцированными эвакогоспиталями – 55 человек, убыли по болезням и семейным обстоятельствам. Недостающие врачебные вакансии замещались путём внутригоспитальных совместительств наиболее опытных врачей.

Ведущими хирургами все госпитали укомплектованы полностью. Именно их не хватало в начальный период, в результате переподготовки при госпитальном отделе НКЗ

БАССР был даже создан резерв хирургов в количестве 8 человек, причём половина из этого числа до войны являлись врачами других специальностей. За время работы в госпиталях они овладели профильной хирургией и стали успешно справляться с новой для них специальностью (протезно-ортопедической или нейрохирургической). Велика роль операционных и других медицинских сестёр. Поэтому в госпиталях особо учитывались и направлялась работа 25 наиболее опытных медицинских сестёр, работающих в качестве субординаторов. Для них специально проводились семинары по следующей тематике: оформление медицинской документации; лечение инфицированных ран; хирургическое лечение остеомиелитов; методы обезболивания; профилактика и лечение сепсиса; переливание крови; гипсовая техника; физиотерапия и массаж; применение ЛФК (лечебной физической культуры) при лечении огнестрельных повреждений костей и суставов. В годы Великой Отечественной войны сотрудники кафедры вели большую консультативную работу в госпиталях и, в соответствии с потребностями времени, изучали травмы черепа и мозга (проф. Н.И.Савченко, к.м.н. М.Р.Еникеева). Материалы этих исследований опубликованы в многотомном издании «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне».

В годы Великой Отечественной войны (1941—1943 гг.) в г. Уфе функционировал нейрохирургический госпиталь № 1019 под руководством профессора Б.Г.Егорова. Осенью 1941 года, когда над Москвой нависла угроза, большая часть сотрудников Центрального исследовательского нейрохирургического института была эвакуирована в тыл для оказания специализированной нейрохирургической помощи раненым. В Казани, в нейрохирургическом эвакогоспитале, лечение раненых осуществлялось под наблюдением А.А. Арендта и М.Ю. Рапопорта. В Уфе эвакогоспиталем «Голова» руководил Б.Г. Егоров. В тыловом госпитале г. Фрунзе нейрохирургическое отделение возглавлял Ю.В. Коновалов. В этих госпиталях лечились десятки тысяч раненых в ЦНС и ПНС, было выполнено многие тысячи операций. Одновременно изучались научные проблемы огнестрельных повреждений центральной и периферической нервной системы в остром, промежуточном и отдаленном периодах. В БАССР было сформировано 53 эвакогоспиталя (ЭГ), два из них №1019 и 3767 были нейрохирургического профиля. ЭГ №1019 располагался в хирургическом корпусе 1 й Советской больницы по адресу: ул. Достоевского, 132 (начальник Г.А.Головач), второе отделение было спрофилировано для нейрохирургических больных с ранениями в голову.

Заключение и выводы: Организация нейрохирургической помощи в Башкирской АССР в годы Великой Отечественной войне помогла спасти сотни раненых и больных.

Список литературы:

1. К 50-летию нейрохирургической службы Республики Башкортостан. С.В.Шагарова, Р.В.Магжанов, К.Г.Валеева, Ш.М.Сафин, Р.Д.Каусаров, Г.В.Тазетдинов// Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии детского и подросткового возраста: Материалы научно-практической конференции. Здравоохранение Башкортостана, 2000. - 196 с.

2. V съезд нейрохирургов России. Материалы съезда / Под ред. Сафина Ш.М. - Уфа: Изд-во «Здравоохранение Башкортостана», 2009. - 464 с.

3. Сафин Ш.М., Нагаев Р.Я., Киньябулатов А.У., Тазетдинов Г.В. История и становление нейрохирургии в Республике Башкортостан. Уфа, 2009. - 44с.

УДК 930.24.14.

М.А.Каримов, Е.С.Карпова

ПЕРВЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ БГМИ ПРОФЕССОРА Н.М.ДОРОФЕЕВА

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Башкирского государственного медицинского института (1968—1969 гг.) Н.М.Дорофеев первым в СССР провел эндоскопические операции при женских заболеваниях.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, эндоскопические операции, БГМИ.

M.A. Karimov, E.S. Karpova

FIRST ENDOSCOPIC OPERATIONS OF THE PROSECUTOR OF OBSTETRIC OBSTETRICS AND GYNECOLOGY OF BGMI PROFESSOR NMDOROFEEVA

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Head of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Bashkir State Medical Institute (1968-1969) NM Dorofeev was the first in the USSR to perform endoscopic operations in case of female diseases.Key words: obstetrics and gynecology, endoscopic operations, BGMI.

Актуальность: Изучение истории первых эндоскопических операций в СССР имеет большое значение для развития малоинвазивной хирургии.

Цель исследования: Ввести архивные данные о первых эндоскопических операциях в СССР в научный оборот.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Впервые в феврале 1960 года акушер-гинеколог Верхне-Любажской районной больницы Курской области Николай Михайлович Дорофеев выполнил эндоскопию полости малого таза у женщин по разработанной им методике, назвав метод «пельвеоскопией». Для его осуществления автор троакаром проникал в брюшную полость

через задний свод влагалища, а затем вводил через прокол отечественный торакоскоп завода «Красногвардеец». Причем не только с диагностической, но и с лечебной целью. Так , 15 июня 1960 года он впервые выполнил самую настоящую эндоскопическую операцию – рассек «»пережиганием спайки в малом тазу электрокаутером, назвав это вмешательство «пельвеокаустикой» По нашим данным, это была первая операция на органах брюшной полости в России и СССР, выполненная под контролем оптического эндоскопа. Всего же к июлю 1960 года Н.М. Дорофеев выполнил 19 пельвеоскопий , часть из которых сопровождалась простейшими оперативным пособиями

Позднее в соаавторстве с И.В. Анпилоговым Н.М. Дорофеев опубликовал статью «К методике прокола брюшной стенки при перитонеоскопии», в которой сообщил о 49 выполненных ими лапроскориях.

«за монографию «Пельвеоскопия и его диагностическое значение в гинекологии» Н.М Дорофееву присвоена степень доктора медицинских наук 1967г. ».

История с последующим возрождением лапароскопии в отечественной гинекологии оказалась похожа на историю ее внедрения в советскую хирургию. Как в 1930-е годы обычный врач-хирург обычной районной больницы города Людиново Орловской (ныне Калужской) области Александр Семёнович Орловский первым среди отечественных хирургов стал применять лапароскопию для диагностики заболеваний органов брюшной полости, так и в феврале 1960 г. акушер-гинеколог Верхне-Любажской районной больницы Курской области Николай Михайлович Дорофеев впервые выполнил эндоскопию полости малого таза у пациентки по разработанной им методике, назвав ее «пельвеоскопией» (на самом деле впервые термин «пельвеоскопия» использовал в 1955 г. американский гинеколог А.Р.Абарбанель, работавший в 1950-1960 гг. в Беверли-Хиллс, штат Калифорния, США).

Для ее осуществления автор с помощью троакара проникал в брюшную полость через задний свод влагалища, а затем вводил через прокол отечественный торакоскоп. Причем метод использовался не только с диагностической, но и с лечебной целью. Так, 15 июня 1960 г. Дорофеев впервые выполнил самую настоящую эндоскопическую операцию - рассек «пережиганием» спайки в малом тазу электрокаутером, назвав это вмешательство «пельвеокаустикой».

По нашим данным, это была первая операция на органах брюшной полости в России и СССР, выполненная под контролем оптического эндоскопа. Всего же к июлю 1960 г. Николай Дорофеев выполнил 19 пельвеоскопий, часть из которых сопровождалась простейшими оперативными пособиями. Позднее в соавторстве с Иваном Анпилоговым он опубликовал статью «К методике прокола брюшной стенки при перитонеоскопии», в

которой сообщил о 49 выполненных ими лапароскопиях. Подробное описание техники вмешательств, как и использование «шприцевой пробы», говорит о том, что авторы статьи были хорошо знакомы с работами западных коллег, в частности французского гинеколога Рауля Пальмера.

Нам посчастливилось разыскать одного из участников этих событий - Ивана Анпилогова. В частном письме Иван Васильевич писал: «В Верхнем Любаже мы с Н. М. Дорофеевым начали заниматься пельвеоперитонеоскопией. Нашими эндоскопическими приборами были цистоскопы, торакоскопы. ... У меня было огромное количество рисунков, снимков и даже была попытка создания короткометражного фильма, за который меня осмеяли и назвали кое-чем. Совестно вспомнить! ... Поэтому я всё собрал и сжег...» Эти полные драматизма слова одного из пионеров метода лишний раз подчеркивают существовавшую вокруг первопроходцев атмосферу скепсиса и недоверия к применению лапароскопии как в хирургии, так и в гинекологии.

В 1961 г. Дорофеев защитил кандидатскую диссертацию «К методике первичной обработки пуповины и последующего ухода за ее остатком» в Воронежском мединституте, а затем переехал из Курской области. Он продолжил внедрение эндоскопии уже на кафедре акушерства и гинекологии Новокузнецкого института усовершенствования врачей. В 1965 г. в Кемеровском книжном издательстве вышла его монография «Пель-веоскопия и ее диагностическое значение в гинекологии», за которую ему в 1967 г. была присуждена ученая степень доктора медицинских наук. Автор сохранил и опубликовал и часть рисунков своего коллеги Анпилогова, о чем поблагодарил его в предисловии книги. К сожалению, работа не упоминается в современных руководствах по эндоскопической гинекологии. А это первая отечественная монография по данному вопросу. Она основана на опыте применения метода с диагностической и лечебной целью у 275 пациенток. Автор выполнил 70 трансабдоминальных и 218 трансвагинальных пельвеоскопий. Большая часть исследований (185) выполнялась по разработанной им методике. Вот как он описывает истоки идеи: «Этот вид исследования полости таза, как уже было сказано, нами разработан в начале 1960 г. независимо от предложений зарубежных авторов. С литературой по кульдоскопии, в частности с монографией Франген-хейма «Лапароскопия и кульдоско-пия в гинекологии» (1959), работая в условиях села, ознакомились спустя полгода, а с работой Деке-ра - еще позднее. При выработке своей методики основывались на установках профессора Д.О.Отта».

Ссылаясь на рекомендации основоположника эндоскопии брюшной полости о возможном изменении положения больной с опущенным туловищем на коленно-локтевое, Дорофеев указал на приоритет и в этом вопросе за русским гинекологом. Автор

кульдоскопии А.Декер (1944) действительно умолчал об этом, хотя в одной из своих работ подробно изложил методику Отта и говорил о его заслугах в исследовании тазовых органов.

Вклад Н.М.Дорофеева в развитие эндоскопии в отечественной гинекологии недооценен, вернее сказать, забыт. Помимо написанных монографии и десятка статей, ученый занимался и практическим обучением коллег основам эндоскопии. В 1960-1961 гг. он демонстрировал трансвагинальную пельвеоскопию в научно-исследовательских институтах акушерства и гинекологии АМН СССР и МЗ СССР в Ленинграде и Москве, в 1962 г. - трансвагинальную и трансабдоминальную пельвеоско-пию в гинекологических клиниках 2-го Московского, Курского и Воронежского мединститутов. В 1963 и 1964 гг. Дорофеев принял непосредственное участие в организации работы по эндоскопии в гинекологических клиниках Рязанского мединститута и Новокузнецкого ГИДУВа.

Отношение к пионерам лапароскопии в 1960-е годы характеризуют воспоминания одного сотрудника Новокузнецкого ГИДУВа в разговоре с автором статьи: «Дорофеев - странный был человек, не от мира сего, носил в штанах какие-то электроды и делал лапароскопию нестерильными инструментами!» Как здесь ни вспомнить, что коллеги рекомендовали немецкому гинекологу Курту Земму после его первых лапароскопических операций обследовать мозг и пройти психиатрическое обследование. Вероятно, многим первопроходцы кажутся сумасшедшими.

Заключение и выводы: Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Башкирского государственного медицинского института (1968—1969 гг.) Н.М.Дорофеев первым в СССР провел эндоскопические операции при женских заболеваниях в Верхне-Любажской районной больницы Курской области.

Список литературы: Личное дело Н.М.Дорофеева из Архива БГМУ.

УДК 930.24.15.

А.В. Кириллова, Г.Б. Султанаев

ЧУВАШИ — МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИЗ БАШКОРТОСТАНА

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Чувашская диаспора в Республике Башкортостан внесла значительный вклад в развитие здравоохранение республики, поэтому изучение биографии является одним из методов исторического исследования родного края.

Ключевые слова: чуваши, врачи, медицинские работники.

A.V. Kirillov, G.B. Sultanaev

CHUVASHI - MEDICAL WORKERS FROM BASHKORTOSTAN

Scientific adviser - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The Chuvash diaspora in the Republic of Bashkortostan has made a significant contribution to the development of the republic's healthcare, so studying biography is one of the methods of historical research of the native land.

Keywords: Chuvash, doctors, medical workers.

Актуальность: Изучение истории чувашей, имеющих медицинское или биологическое образование, в Республике Башкортостан имеет большое значение для развития краеведения и истории медицины.

Цель исследования: Ввести в научный оборот информацию о медицинских работниках из чувашей, проживающих и урожденных в Республике Башкортостан.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Чувашская диаспора в Башкортостане представлена наиболее известными врачами, биологами, среди которых: Фёдоров Ким Александрович. Родился 05.10.1936 г. в д. Чуваш-Карамалы Аургазинского района БАССР. Жил и учился в с. Бишкаин. Окончил Тряпинскую среднюю школу 1954г., затем Башкирский медицинский институт в 1960г. в 1960-1962 гг. работал хирургом в Чусовской городской больнице

Пермской области. В 1962-1963 годы в Советском военном госпитале в г. Берлине. В 1963-1980 гг. работал грудным хирургом в больницах №1 и №6 в г.Уфе. В 1975-1980 гг. – заведующий отделением грудной хирургии в больнице №6. С 1980-1998 гг. - хирург медицинского отдела МВД РБ. Одновременно - хирург в медицинской службе ФСБ по РБ. С 1998-2009 годы работал хирургом в поликлинике №40 г.Уфы. С 1975г. хирург высшей категории. опубликовал 17 научных работ по хирургии. Печатались рассказы и воспоминания в журнале «Бельские просторы», газетах «Вечерняя Уфа», «Урал сасси». Автор книги воспоминаний «Записки уфимского хирурга».

Пугачев Илья Васильевич. Родился 01.08.1963г. в деревне Кушелга Яльчикского района Чувашской Республики. После окончания восьми классов в местной школе. Закончил ее в 1980г. Продолжил учебу в Кильдюшевской средней школе. После этого прошел курсы водителей и окончил автошколу ДОСААФ. Трудовую деятельность начал с работы водителем в колхозе «Знамя». С 1981 по 1983гг. служил в СА в Польше, был санинструктором в танковом полку. После демобилизации поступил на подготовительное отделение Башкирского медицинского медицинского института. С августа 1990 г. прошел интернатуру по терапии в больнице №10, затем в порядке перевода работал диетврачом в Республиканском онкологическом диспансере до ноября 1991 года. С 1992 по 1998 гг. работал ПКАО «Башкортостан». С 1998 г. принят на должность санитарного врача в отделение коммунальной гигиене ЦГСЭН Октябрьского района г.Уфы. С 2002 по 2005 гг. работал врачом по общей гигиене отдела социально-гигиенического мониторинга ГУ «Центр госсанэпиднадзора в г. Уфе и по Уфимскому району», с марта 2005г. по настоящее время работает врачом по общей гигиене в отделе социально-гигиенического мониторинга ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Республики Башкортостан. Активный общественный деятель. Тесно сотрудничает с Обществом чувашской культуры Республики Башкортостан, принимает активное участие в проводимых им мероприятиях, живо интересуется культурой, языком, традициями и обычаями чувашей. Награжден многочисленными почетными грамотами разных уровней, вручались благодарственные письма.

Соколов Геннадий Васильевич родился 19.05.1947 г. в д. Рождественка Шаранского района БАССР. Среднее образование получил в Мичуринской средней школе. В 1973г. окончил Башкирский медицинский институт. Интернатуру проходил в октябрьской городской больнице. С 1974г. работает заведующим неврологическим отделением Шаранской районной больницы. Под его руководством внедрялись новые технологии в лечении неврологических больных, в лечебной практике активно применяются мануальная терапия, иглорефлексотерипия, новокаиновые блокады и др. Врач высшей категории.

Присвоено почетное звание «Заслуженный врач Республики Башкортостан»(1999). Награжден почетными грамотами Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, рескома профсоюза, Президиума райсовета.

Сергеев Николай Яковлевич (26.11.1918-20.03.2005) родился в д.Базгиево Шаранского района БАССР. В 1934 г. окончил 7 классов Шаранской средней школы. В 1934-1935г. учился в медицинском рабфаке в г.Уфе. В 1940 году с отличием окончил Башкирский государственный педагогический институт и был призван на службу в красную Армию. С первых дней Великой Отечественной войны на фронте. С 1943 года служил в передвижном военном госпитале начальником хирургического отделения. Демобилизовался в 1947г. в звании гвардии подполковника медицинской службы. Вернувшись в Уфу, поступил в клиническую ординатуру хирургической кафедры медицинского института. Работал ассистентом кафедр обще и госпитальной хирургии БГМИ. С 1960 по 1970 годы - главный хирург Минздрава БАССР. Диссертацию на звание кандидата медицинских наук защитил в 1996г. Хирург высшей категории. Присвоено почетное звание «Заслуженный врач БАССР», награжден боевыми орденами и медалями.

Кононов Евгений Михайлович родился 01.05.1971г. в с. Слакбаш Белебеевского района БАССР. В 1988 г. окончил Слакбашскую среднюю школу с серебряной медалью. Поступил в Башкирский медицинский институт, который успешно окончил в 1994году с кранным дипломом. После окончания института направлен в качестве кардиохирурга №6 г.Уфы. Вскоре переехал в г.Самару, где трудится в настоящее время кардиохирургом. Специалист высокой квалификации. Для оказания медицинской помощи и консультаций по своей помощи квалификации систематически выезжает в разные города и регионы Российской Федерации.

Трофимов Георгий Романович родился в 1934г. в пос. Сосновка Кош-Елгинского сельсовета Бижбулякского района Башкирской АССР. В 1951г. поступил в Белебеевское медицинское училище. После окончания медицинского училища служил в Советской Армии (1955-1958). После демобилизации поступил в уфимский медицинский институт. В 1963-1969гг. работал врачом, а в 1972г.-врачом в системе МВД. В том же году успешно окончил аспирантуру в Институте гигиены труда и профзаболеваний академии медицинских наук СССР. Защитил кандидатскую диссертацию. В марте 1972 года ему присвоена ученая степень кандидата медицинских наук.

Савельева Ольга Васильевна (11.02.1925-03.10.2005) родилась в деревни Бишкаин Аургазинского района БАССР. В 1939г. окончила местную школу, в 1941 г- Белебеевскую школу медсестер. 1941-1944гг.-медсестра в здравпункте пос.Красноусольский, в 1944-

1973гг.- возглавляла фельдшерский акушерский пункт с. Башкаин. В 1952г. заочно окончила Уфимское медицинское училище. В 1973г.работала председателем Бишкаинского сельсовета. В 1973-1981г. заместителем председателя колхоза по культуре, а в 1982-1984гг.- директором Бишкаинского сельского Дома культуры. Была также секретарем партийной организации колхоза «Искра». Возглавляла Совет ветеранов войны и труда СПК «Искра». Увлекалась публицистикой, писала стихи и прозу, рассказы на чувашском и русском языках. Лауреат и дипломант межрегионального фестиваля поэзии «Родники вдохновения». Член литературного объединения «Шур-Атал» («Агидель») РБ. Присвоено почетное звание «Отличник здравоохранения БАССР»(1956). Награждена медалями «За трудовую доблесть», «Ветеран труда», почетными грамотами Президиума Верховного Совета РСФСР и БАССР, Президиум ЦК общества Красного Креста РСФСР(1959).

Русаков Аркадий Никандрович родился в 1952г. в д. Веселовка Федоровского района БАССР. Окончил Стерлитамакское медицинское училище, затем Башкирский государственный медицинский институт. Член Союза писателей Российской Федерации и Чувашской Республики, с 1988 года - член литературного объединения «Шур Атал»(Агидель) Республики Башкортостан. Поэт, прозаик. Имеет несколько изданных книг. Его творчество во многом связанно с родным краем. Рассказывает о людях, проживающих в родных местах, умело знакомит широкий круг читателей со своими земляками. Его повести тесно связаны с описанием красоты природы родных мест, интересными наблюдениями, сравнениями и др. Рассказы повествуют о характере героев, об их взаимоотношениях. Произведения автора заставляют глубоко задуматься над жизненными ценностями и сделать для себя соответствующие выводы. В настоящее время продолжает трудиться врачом невропатологом в Федоровской рай больнице. Проживает в с.Федоровка РБ.

Петров Владимир Михайлович родился 27.01.1963г. в д. Елань-Чишма Ермекеевского района БАССР. Окончил Елань- Чишминскую восьмилетнюю школу, затем поступил в Белебеевское медицинское училище, по завершении которого был призван на службу в СА. После демобилизации поступил в Башкирский медицинский институт, в педиатрический факультет, который окончил в 1991году. Трудовую деятельность начал в 1993году врачом неврологом в РДКБ, где и трудится по настоящее время. Врач-невролог вышей категории.

Патракова Елизавета Архиповна родилась в 1941г.в д.Чув-Кармалы Аургазинского района БАССР. Окончила Бишкаинскую среднюю школу с серебряной медалью. Указом Президента РБ от 13 июня 1997г. за заслуги в области здравоохранения ей- врачу высшей категории присвоено почетное звание «Заслуженный врач Республики Башкортостан» . Проживает в г. Уфе.

Матвеева Марина Владимировна родилась в 1968 г. в д. Новосеменкино Белебейевского района БАССР. В 1983 г. окончила Новосеменкинскую восьмилетнюю школу, в 1987 г. - Белебеевское медицинское училище по профессии фельдшера. В 1993 г. окончила Ростовский государственный институт им. Дружбы народов, медико-профилактический факультет. С 1993 г. по настоящее время трудится в Башкирском государственном медицинском университете, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения. Кандидат медицинских наук (1996). Присвоено почетное звание «Отличник здравоохранения Республики Башкортостан» (2007).

Константинова Светлана Викторовна родилась в 1957 г в д. Ташлыкуль Аургазинского района БАССР. После окончания средней школы поступила в Уфимское республиканское медицинское училище, которое окончила в 1978 г., получила специальность «Зубной техник». Трудовая деятельность началась в Островском районе Костромской области на должности зубного техника районной больницы. С1985 г живет в Салавате и работает зубным техником-ортодонтом высшей квалификации в детской стоматологической поликлинике. Со школьных лет увлекалась историей родного края и своего народа. Самостоятельно изучила культуру, фольклор, вышивку чувашей. В 1995 г. впервые в республике организовала женский клуб «Палхарпи». Женщины под ее руководством своими руками изготавливали национальные костюмы, организовывали экскурсии в чувашскую «мекку» - Слакбаш, выставки народного творчества, факультатив для чувашских детей, провели цикл передач в телекомпании «Галстрир» и радио Салавата. После создания Салатватского отделения общества чувашской культуры, женский клуб «Палхарпи» в полном составе вошел в это общество. Награждена медалью «Ветеран труда». Благодарственным письмом Министерства здравоохранения РБ и Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Заключение и выводы: Медицинские работники из чувашей, проживающих на территории Республики Башкортостан внесли значительный вклад в развитие здравоохранение.

Список литературы:

Чуваши Республики Башкортостан.

УДК 930.24.16.

А.В. Кириллова, Г.Б. Султанаев

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ БАШКОРТОСТАНА ИЗ ЧУВАШСКОЙ ДИАСПОРЫ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: вклад в развитие здравоохранения представителей чувашской диаспоры Республики Башкортостан значительный, имеет свои исторические корни и последователей.

Ключевые слова: врач, хирург, биография.

A.V. Kirillova, G.B. Sultanaev

MEDICAL WORKERS OF BASHKORTOSTAN FROM THE CHUVASH DIASPORA

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: contribution to the development of public health of representatives of the Chuvash diaspora of the Republic of Bashkortostan is significant, has its historical roots and followers.

Keywords: doctor, surgeon, biography.

Актуальность: Изучение биографий известных деятелей здравоохранения и медицины Республики Башкортостан имеет важное значение для развития краеведения республики..

Цель исследования: Ввести в научный оборот материалы о чувашей, урожденных и проживающих на территории Башкортостана, имеющих медицинское и биологическое образование.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Чувашская диаспора в Башкортостане представлена наиболее известными врачами, биологами, среди которых:

Лазарев Владимир Кириллович родился 15.03.1941 г. в пос. Потаповка Аургазинского района БАССР. В 1960 году окончил Башкирскую среднюю школу. В 1961-1963 гг. работал на производстве. С 1964 г. учился в Стерлитамакском медицинском училище по специальности «Фельдшер». По окончании работал в поликлинике Толбазинской центральной районной больницы. В 1976 году окончил Башкирский государственный

медицинский институт по специальности «Врач – лечебник». В 1976-1977 гг. - работал в Уфимском городском противотуберкулезном диспансере по специальности «Врач - фтизиатр». В 1980-1991 гг. - главный врач Красноусольской противотуберкулезной больницы. С 1992 г. по настоящее время - фтизиатор Гафурийского района Красноусольской центральной районной больницы.

Награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации (2000), активный член общества чувашской культуры в районе. Пропагандирует чувашскую культуру и язык.

Матвеев Александр Владимирович родился в 1981 г. в д. Новосеменкино Белебеевского района Республики Башкортостан. В 1997 году окончил Новосеменкинскую основную школу, в 1999 г.-Старо- семенкинскую среднюю школу с серебряной медалью. Поступил в 1999 г. в Башкирский государственный медицинский университет на лечебный факультет и успешно окончил его в 2004 г. Трудовую деятельность начал врачом-травматологом. ортопедом травматологического пункта поликлиники № 32 г. Уфы. где и трудится успешно по настоящее время. Награждён дипломом «За лучшую хирургическую операцию» с вручением «Золотого скальпеля» (2006).

Митрофанова Зоя Ивановна (25.12.1921 - 08.01.2003) родилась в с. Ермолкино Белебеевского района БАССР. В 1935 году окончила начальную школу, в 1938 - Аделькинскую семилетнюю школу, в 1940 - Белебеевскую школу медицинских сестёр. Трудовую деятельность начала в Аургазинском районе, с 1941 года медицинской сестрой в Аделькинском фельдшерском пункте, где трудилась до 1976 года. Присвоено почётное звание «Отличник здравоохранения СССР» (1956). Награждена Почётной грамотой Президиума Верховного Совета БАССР, медалью «За доблестный труд».

Петров Пётр Иванович родился 23.09.1956 г. в д. Николаева Кармаскалинского района БАССР. Окончил Николаевскую восьмилетнюю школу в 1972 году, затем с 1972 по 1976 гг. учился в Уфимском медицинском училище №21 по специальности «Фельдшер». С 1976 по 1978 гг. служил в СА. Воинское звание - лейтенант запаса. С 1978 по 1983 гг. учился в Башкирском государственном медицинском институте в стоматологическом отделении по специальности «Врач-стоматолог». Трудовую деятельность начал в 1972 году врачом ортодонтом в детской стоматологической клинике, БГМИ, затем поступил в очную целевую аспирантуру в Московский медицинский стоматологический институт имени Н.А. Семашко. Начиная с 1994 г. работает ассистентом кафедры ортопедической стоматологии в БГМУ. С 2003 г. доцент кафедры стоматологии БГМУ. Кандидат медицинских наук. В 1994 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Диагностика и профилактика нарушения дикции при

ортопедическом лечении с использованием пластиночных протезов». Имеет восемь исследований в области классического гипноза, нейролигвинистического программирования, свободного дыхания и т.д., 37 опубликованных научных работ, одно изобретение, пять методических разработок для студентов по стоматологии. В 1994 г. получил авторское свидетельство и патент «Способ определения и направления воздушной струи при произношении отношении фрикатильных звуков». В настоящее время работает над докторской диссертацией, является заместителем декана по производственной практике на стоматологическом факультете БГМУ.

Семенов Евстафий Евдокимович родился 05.01.1939 года в д. Асавбашево Аургазинского района БАССР. После окончания Шланлинской средней школы в 1956 году поступил в Стерлитамакское медицинское училище. После окончания которого служил в Советской Армии, был военным фельдшером в Дальневосточном военном округе. После демобилизации поступил в Башкирский медицинский институт. В 1968 году успешно окончил и начал работать хирургом в Толбазинской Центральной районной больнице. С 1969 года работал заведующим хирургического отделения Толбазииской центральной районной больницы и главным хирургом Аургазинского района. За годы работы в больнице он провел более 20000 операций. Освоил и внедрил самые современные методы лечения, как в плановой хирургии, так и в экстренной. Делал операции нейрохирургическим, травматологическим, урологическим, проктологическим. торакальным, сосудистым, эндокринологическим, гинекологическим больным. Оказывал помощь роженицам - операции кесарево сечения. Производил весь спектр операций плановой и ургентной хирургии. Был главным военным врачом по призыву на военную службу. Им проведены уникальные восстановительные операции при травматических ампутациях пальцев и конечностей. Является автором более 20 научных статей, автором 3 патентов на изобретения. Хирургическое отделение, возглавляемое им, было одним из лучших в республике, выходило победителем в соц. соревновании. Стаж работы по специальности составляет более пятидесяти лет. Награждён Почетными грамотами ЦК КПСС, Совета Министров СССР. ВЦСПС и ЦК ВЛКСМ (1987, 1990), Президиума Верховного Совета Башкирской АССР (1981), многими грамотами отрасли и района. Имеет почётное звание «Заслуженный врач Башкирской АССР», он является «Почётным гражданином Аургазинского района» (2000). награжден знаком отличия «За заслуги перед Аургазинским районом» (2012) его заслуженно и уважительно называют «Народным доктором».

Сухарева Ирина Витальевна родилась в 1969 г. в с.Чувашский Нагадак Аургазинского района БАССР. Окончила исторический факультет Башкирского государственного

университета. Трудовую деятельность начала с 1995 г. на должности младшего научного сотрудника. С октября 2000 г. - старшего научного сотрудника Музея этнографии народов Башкортостана, а с 2001 г. - учёного секретаря Национального музея РБ. Окончила заочную аспирантуру при Башкирском государственном университете. В 2004 г. защитила кандидатскую диссертацию по теме «Социально-экономическое развитие чувашей Башкортостана (XVII—XIX вв.)». Ученая степень кандидат исторических наук присуждена по специальности «Отечественная история» диссертационным советом при Башкирском государственном университете 1 июня 2004 года и утверждена высшим аттестационным комитетом РФ 1 сентября 2004 г. В 2004-2005 гг. - старший преподаватель кафедры правовых и гуманитарных дисциплин Уфимского института – филиала Российского государственного торговоэкономического университета. С 2005 г. работает на кафедре философии с правоведением, курсом истории и основ экономики Башкирского государственного медицинского университета старшим преподавателем, а с 2008 г. в связи с избранием по конкурсу - на должности доцента кафедры, где работает по настоящее время. Имеет музыкальное образование (окончила музыкальный факультет Московского государственного университета искусств). Автор-исполнитель. Дипломант и лауреат республиканских фестивалей эстрадной и народной песни (Стерлитамак - 1997), (Уфа - 1999). Она пишет стихи и на их основе песенные произведения на чувашском и русском языках, первый аккомпаниатор фольклорно- этнографического ансамбля «Нарспи».Решением Президиума Р0О Чувашской народной академии наук и искусств от 18 марта 2012 г. присвоено ученое звание «Народный академик Чувашии». Всего опубликовано свыше 60 научных и учебно-методических работ (из них две монографии и девять учебно-методических пособий), рецензирует и оппонирует диссертационные работы на присуждение степени кандидата исторических наук. 2 октября 2013 г. она защитила диссертацию на соискание ученой степени доктора исторических наук по специальности «Отечественная история» на тему «Чуваши Башкортостана: историко-культурное развитие в XVIII - начале XIX веков» в диссертационном совете при ФГБОУ ВПО «Башкирском государственном университете».

Александрова Вера Максимовна родилась в 1922 г. в д. Кашка - Миякинского района БАССР. Окончила 4 класса местной школы, затем училась в Ново-Карамалинской средней школе. В 1938 г. поступила в Уфимский фельдшеро-акушерский техникум, который окончила в 1941 г. Направлена на работу в Бижбу- лякский район. Работала при администрации общества Красного Креста и полумесяца. Обучала молодых призывников оказывать первую медицинскую помощь, готовила призывников к отправке на фронт.

Вскоре сама ушла на фронт. В 1943-1944 гг. работала в эвакогоспитале палатной медсестрой в г.Туле, Клинцы, Гомель. Победу встретила в Польше. Вернувшись с фронта в 1945 г., до выхода на заслуженный отдых, работала дерматологом в Миякинской центральной больнице. Награждена орденом Отечественной войны и медалью «Ветеран труда».

Антонов Виталий Никитович родился 28.07.1936 г. в д. Суюсулово Ермекеевского района БАССР. В 1954 г. окончил Среднекармаялинскую школу. С 1956 по 1962 гг. учился в Башкирском медицинском институте, 1962 по 1965 гг. работал хирургом в Новотарьямском районе Марийской АССР. В 1966 г. переехал в г. Стерлитамак, работал хирургом медсанчасти танкостроительного завода им. Ленина в г. Стерлитамак, с 1977 г. - ординатор хирургического отделения первой городской больницы г. Стерлитамак, с 1979 по 2000 годы - заведующий хирургическим отделением медсанчасти завода синтетического каучука, с 2001 г. I по настоящее время - хирург I городской клинической больницы № 1 г. Стерлитамак. Награждён орденом Дружбы народов (1986), присвоено почётное звание «Заслуженный врач Республики Башкортостан (1996).

Бадретдинова Людмила Михайловна родилась в 1959 г. в пос. Белогорский Бишкаинского сельсовета Аургазинского района БАССР. В 1976 г. окончила Бишкаинскую среднюю школу. В 1982 году окончила санитарно-гигиенический факультет Башкирского государственного медицинского университета. В 1982-2000 гг. работала врачом-бактериологом и заместителем главного врача территориального центра Госэпид-надзора в Дуванском районе РБ. За достижения в спорте награждена бронзовой медалью. Кандидат медицинских наук, врач высшей категории, удостоена почётного звания «Заслуженный врач Республики Башкортостан».

Заключение и выводы: Представители чувашской диаспоры, имеющие медицинское и биологическое образование, в Республике Башкортостан внесли значительный вклад в развитие здравоохранение.

Список литературы: 1. Чуваши Республики Башкортостан

УДК 930.24.31.

И.И.Лукманов, В.Н.Пешков

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШАРАНСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Научные руководители — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов, к.м.н., доцент Р.Ш.Азаматов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: становление и развитие системы здравоохранения в Шаранском районе имеет свои этапы и особенности.

Ключевые слова: организация здравоохранения, Шаранский район, Республик Башкортостан.

I.I. Lukmanov, V.N. Peshkov

THE HISTORY OF THE FORMATION OF HEALTH SHARANSKY AREA OF REPUBLIC BASHKORTOSTAN

Scientific advisor— PhD in Medical sciences, Associated Professor A. U. Kinyabulatov, PhD in Medical sciences, Associated Professor R.S. Azamatov

The Department of public health and organization of healthcare with a course of EITI, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: the Formation and development of the health system in the Sharansky area has its stages and peculiarities.

Keywords: health organization, Sharanskiy rayon, Republic of Bashkortostan.

Актуальность: Изучение истории становления и развития здравоохранения Шаранского района имеет важное значение для истории медицины Республики Башкортостан.

Цель исследования: Ввести в научный оборот новые сведения о здравоохранении Шаранского района Республики Башкортостан.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: До середины 70-х годов XIX века народное врачевание было единственной формой лечебной помощи населению. Население было полностью лишено врачебной помощи. Лишь земская реформа 1875 года приоткрыла пути

медицинского обеспечения крестьян. Был введен участковый принцип обслуживания. По Постановлению Белебеевского 2-го очередного уездного земского собрания №52 от 12 октября 1876 года в Шаране была открыта постоянная больничка в квартире станового пристава, на содержание которого было выделено 500 рублей в год.

Первыми врачами Шарана были уездной врач - заведующий Белебеевской земской больницей - Кирияк Казимирович Чайковский; земские врачи Иван Яковлевич Воронцов(1876) и Яков Николаевич Соколов(1881); санитарные врачи Евгений Владимирович Светловский, рекомендовавший первым построить приемный покой в с.Шаран, Альфонс Егорович Гроссгейм(1877) и Вячеслав Алексеевич Шибаев(1878). Для оказания медицинской помощи населению Шарана земские врачи 2-4 раза в месяц выезжали в Шаран. Жители Шарана сразу не так ясно понимали пользу лечения, а в 2-х комнатной тесной обветшалой квартире станового пристава не было элементарных условий для приема и лечения больных. Так же врачу нигде было жить и никто из жителей Шарана не согласилось выделить удобное помещение ему. Поэтому медицинское обслуживание Никольской, Богадинской и Кичкиняшевской волостей было передано 2-му врачебному участку с центром с.Буздяк в 1882-84годы. Возглавила ее известный деятель земской медицины - Анна Ивановна Веретенникова, двоюродная сестра В.И.Ленина, одна из первых женщин - врачей России, которая завоевала за короткий срок баснословный авторитет среди населения. Из-за отсутствия фельдшера она часто ездила в Шаран, вела амбулаторный прием больных, лечила, сама занималась оспопрививанием, впервые начала делать сложные операции применяя общий хлороформный наркоз, она же одна из первых критиковала на земских собраниях малоэффективную разъездную систему медобслуживания, требуя приближение стационарной помощи к селу и ввести для улучшения медицинской помощи женщинам в штат должности фельдшерицы-акушерки в Шаране, но шаранцам увидеть фельдшерицу - акушерку у себя суждено было только через 15 лет, когда открылся первый пункт фельдшериц-акушерок. Анна Ивановна Веретенннкова оставила яркий след в развитии сельской медицины по участковому принципу. С 1885 года до 1910года медицинское обслуживание Шарана проводил 1-й врачебный участок с центром с.Бакалы, откуда врач выезжал 2 раза в месяц в с.Шаран. Ввиду тесного расположения дворов в Шаране, из-за большой пожарной опасности и отсутствия сносного дома для врачебного приема, первая больница была построена в Бакалах, которая начала функционировать с 26 января 1897 года, где ежегодно лечились только 60 больных, хотя в эти годы свирепствовали натуральная оспа, дифтерия, туберкулез, малярия, сифилис и другие тяжелые инфекции. За лекарствами участковые врачи ездили в аптеку г.Белебея, которая была открыта 29 июня 1880 года и была

единственной аптекой на весь Белебеевский уезд. В 1909 году на врачебном совете врачи И.А.Агарев и З.В. Калашников внесли предложение о преобразовании Шаранского фельдшерского пункта во врачебный. В 1910 году был создан 10-ый врачебный участок с центром в с.Шаран, со штатом 9 человек: 1 врач - зав. участком, 1 фельдшерица-акушерка, 1 школьный фельдшер, 5 временных оспопрививателей, 1 прислуга. Он состоял чисто из амбулатории, где начал работать с 28 января 1910 года хирург Шарт Семенович. На этом же участке работали зав. участком - врач П.М.Стерлигов, фельдшерица-акушерка Е.И.Филинова, фельдшер П.В.Филинов. 10 врачебный участок обслуживал целиком населенные пункты Никольской волости (в 1910 году переименована в Шаранскую), частично - населенные пункты Богадинской, Заитовской, Карьявдинской и Тюменяковской волостей с общей численностью населения 65704 человек и общей площадью 1764 кв. верст. Разостояние амбулатории составило от 19 до 35 верст. В 1910 году принято 16554 больных, в 1911 году 19585 больных, в 1912 году - 21094 больных. Из них - более 60-70% больных принято врачом. Среднее число посещений в день составило в среднем 53-57 человек в день. Среднее число посещений на 1 больного -1,4. Среди населения в те годы были распространены натуральная оспа, паротит, скарлатина, брюшной тиф, коклюш, дифтерия, малярия, корь, сибирская язва и другие инфекции. Из-за трудных условий работы на селе врачи очень часто менялись, например, за 5 лет (1908-191 Зг.) работали в Шаране 11 врачей: Рашковский, Марчевский, Б.П.Блюменсон, Ш.Семенович, П.М.Стерлигов, Фрейдсон, Гамалей, Кривченко, А.Я.Соколов, Алашев, Г.Д.Гурин. Для оказания медицинской помощи фельдшерица-акушерка Шарана выезжала в базарные дни по пятницам в первой половине месяца в с.Аднагулово, а второй половине месяцам в с.Базгиево. Хотя еще в 1914 году Земство вынесло решение о постройке больницы в с.Шаран, первая больница со стационаром на 20 коек и аптекой была открыта только в 1921 году со штатом 14 человек в 1,5 верстах от с.Шаран в сосновом лесу в бывшем хуторе Бикмухаметова в малоприспособленном здании, в половине которого была расположена амбулатория с аптекой, в другой половине - стационар, состоящий из 2-х больших палат и 1 малой, ванной комнаты, кабинетов фельдшериц-акушерок и сиделки, кухни. В 1922 году поступило всего 468 больных, проведено 6105 койко-дней, умерло 25 больных. Заведовал больницей фельдшер Савин, с 1922 года Г.П.Стуков. В 1923 году был проведен капитальный ремонт в течение 4-х месяцев. Стационар состоял уже из 4 палат (3 палаты по 3 койки, 1 палата на 2 койки, 1 палата на 4 койки), операционной и предоперационной комнат, а амбулатория - из приемной, перевязочной и аптеки. Объединенный съезд участковых врачей и председателей ВИКО Белебеевского кантона в августе 1925 года для оказания высококвалифицированной

помощи населению вносит решение об организации 2-х районных больниц, в т.ч. в Шаране и о привлечении туда высококвалифицированных специалистов. С 1925 года в штат введены 2 должности врача. В 1925 году в Шаранской больнице начали впервые оказывать квалифицированную хирургическую помощь, делая глазные и ушные операции, удаление зоба, грыжесечение, ампутацию нижних конечностей, удаление опухолей и др. операции. Под общей анестезией был оперирован 25 больных, под местной - 52 больных. 193 больным было сделано прижигание термокоагулятором, 85 больных был охвачен массажом. За год было принято 25741 больных. В стационар поступило 338 больных, проведено ими койко-дней 3903. С именем Николая Васильевича Афанасьева, который возглавлял больницу 1924-1926 годах, положено начало высококвалифицированной хирургической помощи в Шаране. В 1925году была открыта первая родильная койка в составе больницы, а в Республике их было всего 13. В те трудные годы из-за плохих условий работы очень часто менялись врачи, более 10 лет работали единицы. Это-супруги врачи Василий Алексеевич Хмырёв, Прасковья Сергеевна Дмитриева; супруги фельдшера Филиновы, фельдшер Пётр Иванович Саввин, зав. больничной аптекой Георгий Захарович Шепелёв, Д.И. Соков. Здравоохранение Шарана, хотя медленно, но развивалось, об этом говорит то, что в 1930 году не было больницы в 10 районах Башкирии, а в троих- даже амбулатории, а в тоже время в Шаране была и амбулатория и больница на 25коек. Открывались новые фельдшерские пункты. В 1930 году в д. Акбарисово (центр Кичкиняшевской волости) открыт фельдшерский пункт, заведовал пунктом фельдшер Ф.П.Тихонов. С 1930 по 1935 год Шаранская больница на 25 коек относилась к Туймазинскому району. В 1932 году была построена врачебная амбулатория по ул.Центральной. К 1933 году фельдшерских пунктов стало 5 (Акбарисово, Базгиево, Чекан-Тамак, Нижне-Заитово, колхоз «Красный Чулпан»), к 1937 году число ФАП и ФП увеличилось до 7, к 1957 году - до 38, к 1977 году - до 41, к 1997 году - до 45. Основная работа по организации медицинской помощи населению началась с 31 января 1935 года, когда был образован Шаранский район и учрежден райздравотдел во главе инспектором Я.Т.Епейкиным. В 1935 году медики района обслуживали 136 населенных пунктов; где проживало 51000 человек. В начале июня 1938 года по Шаранскому району были следующие медицинские учреждения: Шаранская врачебная амбулатория со штатом 5 единиц, Шаранская больница с мощностью на 35 коек со штатом 28,5 единиц, детская и женская консультация со штатом 2,5 единиц, трахоматозные пункты со штатом 10 единиц, райздравотдел со штатом 3 единицы, госсанинспектор со штатом 1,5 единиц и 6 оспопрививателей, 5 фельдшерско-акушерских пунктов, со штатом 22 единиц(Акбарисово, Зириклы, Н.Юзеево, Нуреево, Темняковка),2 акушерского пункта со штатом 4 единиц.

Построены были деревянные здания для родильных, хирургических коек, для отделения взрослых и детей. Мощность коек достигло к 1944году- до 70 коек, из них-10 временных инфекционных. Многие руководители здравоохранения района долго не задерживались, что создавало определенные трудности в развитии здравоохранения. Несмотря на трудные военные годы медицина, хотя медленно, но развивалась. 1 февраля 1943 года открылось хирургическое отделение на 7 коек для полостных операций, в 1944 году было введена механотерапия (ЛФК) для восстановительной терапии фронтовиков с травмами. Для улучшения диагностики 1 августа 1943 года открыта клинико-диагностическая лаборатория. 7 января 1944 года на основании указания Башнаркомздрава открыта Шаранская санэпидстанция, начальником которого была назначена А.Т.Дьяконова. В 1945-50 годах открыты ФП и ФАП в д.Сакты (1946), в д.Сарсазово (1947), в Михайловской нефтеразведстанции (1948) и др. медпункты. В 1940-60 годах при Шаранской райбольнице было подсобное хозяйство, где содержалось 10 коров, 20 овец, пчелосемьи. Больница имела участок с площадью 2,5 га для выращивания картофеля и капусты, 17,5 га - для зерновых. Медработники, кроме основной работы, готовили сено, дрова для больницы. Для питания больных использовались продукты своего подсобного хозяйства (мясо, молочные продукты, мед и овощи). В 1950 годы открыт колхозный родильный дом в Шаране на 10 коек. В 1953 годы были упразднены врачебные амбулатории. В 1954 годы открыта сельская больница в Нуреевском сельсовете на 5 коек. 1 сентября 1954 года открыт фельдшерский пункт при Зириклинской МТС. 24 августа 1957 года была открыта Зириклинская участковая больница на 10 коек, зав. больницей назначена Л.А.Хафизова. 11 июля 1955 году была открыта Шаранбашкнязевская участковая больница на 15 коек (с 1961 года — Мичуринская), зав. больницей назначена врач К.А.Вознесенская. Здание больницы состояла из 4-х комнат, кухни, приемной, родовой, одной общей палаты, которая была разделена ширмой на мужскую и женскую половины. В развитии участковой службы немалый вклад внесли главные врачи СУБ М.К.Аминева, А.М.Газизова, Ф.Г.Исмагилова и супруги Захаровы.

Заключение и выводы: Становление здравоохранения Шаранского района Республики Башкортостан имело свои этапы и особенности.

Список литературы: Архив кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПОБГМУ.

УДК 930.24.17.

А.П.Нагаева, С.А.Васильева

ПУТЬ ВРАЧА О.В.АПТЕКМАНА В УФИМСКОЙ ГУБЕРНИИ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: большой вклад в развитие здравоохранения в Уфимской губернии внесли земские врачи. Врач О.П.Аптекман занимался врачебной и общественной деятельностью, участвовал в революционном движении.

Ключевые слова: Уфимская губерния, земские врачи.

A.P. Nagaeva, S.A. Vasilieva

THE WAY OF THE DOCTOR OV APTEKMAN IN UFIMIAN GOVERNMENT

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: zemsky doctors made a big contribution to the development of public health in Ufa province. Doctor OPAptekman was engaged in medical and social activities, participated in the revolutionary movement.

Keywords: Ufa province, Zemsky doctors.

Актуальность: Изучение истории земской медицины в Уфимской губернии имеет важное значение для подготовки будущих врачей.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о земских врачах Уфимской губернии.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: В книге Ю. А. Узикова «Это с нами навсегда (Литературная карта Башкирии)» (Уфа: Башкирское книжное издательство, 1983. – 240 с. с ил.) рассказывается о о видных деятелях культуры, замечательных писателей и поэтах, чья жизнь и деятельность в той или иной степени связаны с Башкирией, ее людьми и природой.

Литературные памятные места, как и другие памятники истории и культуры, с нами навсегда. Ибо с познания родных мест начинается любовь к Родине. В книге «Писатели

современной эпохи», вышедшей в Москве, довольно подробно рассказывается об Осипе Васильевиче Аптекмане (1846 – 1926). Его перу принадлежит ряд книг и статей по истории революционного народничества.

Уфимцы знают О. В. Аптекмана как одного из тех социал – демократов, кто не только встречался с В. И. Лениным во время его приезда в Уфу зимой 1900 года, но и практически содействовал этим встречам. Старая большевичка О. А. Варенцова вспоминала о встрече уфимских социал – демократов с В. И. Лениным на квартире О. В. Аптекмана.

Врач – ординатор, он жил тогда в здании больницы на окраине города, в доме № 21 по улице Церковной (ныне Худайбердина). Ему шел уже шестой десяток нелегкой жизни революционера, испытавшего годы тюрьмы, этапов, ссылки.

«Бодрый, жизнерадостный, хотя и седовласый старик Аптекман не утратил своего революционного настроения… - рисует его облик один из уфимских политических ссыльных А. И. Петренко. – У него собирались еженедельно… Квартира Аптекмана служила сборным пунктом, когда устраивались собрания по случаю приезда в Уфу кого – либо из возвращающихся из Сибири товарищей…»

Доктор О. В. Аптекман входит в славную плеяду выдающихся деятелей освободительного движения в России. Один из руководителей революционного народничества семидесятых годов, он вслед за Плехановым пришел к признанию марксизма как единственно правильной теории.

Биография О. В. Аптекмана исследована уфимским историком – краеведом Г. Ф. Павлюченковым. Во время учебы в Петербургской медико – хирургической академии Аптекман участвовал в работе народнический кружков, воспитавших таких беззаветных героев революционной борьбы, какими были Софья Перовская, Николай Кибальчич, Андрей Желябов. Вспоминая то время, О. В. Аптекман писал: «Весной 1873 года раздался лозунг: «В народ!» Электрическим ударом пробежал этот лозунг по массе молодежи и всколыхнул ее». Жаждущая революционных действий молодежь, прежде всего студенческая, отправилась в деревню, в районы, которые были некогда очагами крестьянских восстаний – на Волгу, Дон, на Украину и Урал.

Отправился «в народ» и Осип Аптекман, работал столяром, затем фельдшером. Вел революционную пропаганду. Не много понадобилось времени, чтобы убедиться в бесплодности «хождения в народ». Крестьянство в своей массе не могло воспринять народнической идеологии, а царское правительство беспощадно расправлялось с пропагандистами – народниками. Тысячи их оказались в тюрьмах, ссылках.

В 1876 году возникает тайное общество революционных народников – «Земля и Воля». Впоследствии оно раскололось и образовалась еще одна организация – «Черный передел», во главе которой встали Г. В. Плеханов, В. И. Засулич, П. Б. Аксельрод, О. В. Аптекман и другие.

В январе 1880 года полиция разгромила типографию «Черного передела» в Петербурге, арестовали многих, в том числе и О. В. Аптекмана. «Тяжелые для меня это были годы: Петропавловская крепость, пересыльные тюрьмы, этапы, Якутка», - писал он позже.

Вернувшись в 1880 году из якутской ссылки, Осип Васильевич едет в Швейцарию повидаться во старыми товарищами, организовавшими марксистскую группу «Освобождение труда».

«Я не был тогда еще марксистом, но что Плеханов стал твердо на этот путь – меня несказанно радовало», - вспоминал он.

В Уфу О. В. Аптекман приехал в 1898 году убежденным марксистом. «В Уфе пристал к местной социал – демократической молодежи… был кооптирован местной социал–демократической группой (Крохмаль и др.)», - пишет он в автобиографии.

После отъезда из города Аптекман активно работал в социал–демократических организациях Симбирска, Вологды, Вильно. За участие в революции 1905 года был арестован, заключен в тюрьму, а затем эмигрировал за границу. На родину возвратился только после Февральской революции.

Горячо приветствовал Осип Васильевич Аптекман победу Великой Октябрьской социалистической революции. Последние годы жизни, тяжело больной, он много трудился над созданием научной истории революционного движения в нашей стране. Этой теме и посвящены его книги.

Заключение и выводы: Врач Осип Васильевич Аптекман внес значительный вклад в развитие медицины в Уфимской губернии.

Список литературы:

1. Ю. А. Узикова «Это с нами навсегда (Литературная карта Башкирии)» (Уфа: Башкирское книжное издательство, 1983. – 240 с. с ил.)

2. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

УДК 930.24.20.

С.И. Стрельцова, Т.А.Тагиров

ОТРАЖЕНИЕ ПОДВИГА В ИСТОРИКО - КРАЕВЕДЧЕСКОМ МУЗЕЕ ГОРОДА БЕЛЕБЕЯ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: отражение подвига и ратного труда знаменитых граждан города Белебея имеет важное воспитательное, патриотическое и просветительное значение для молодежи.

Ключевые слова: почетные граждане города, врач.

S.I. Streltsova, T.A. Tagirov

REFLECTION OF THE MOBILE IN THE HISTORICAL AND LOCAL MUSEUM OF THE CITY OF BELEBAY

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the reflection of the heroism and military labor of the famous citizens of the city of Belebey has an important educational, patriotic and educational significance for the youth.

Keywords: honorary citizens of the city, doctor.

Актуальность: Изучение истории знаменитых людей города Белебея имеет исключительно важное значение в патриотическом воспитании молодежи.

Цель исследования: Ввести в научный оборот музейные и архивные сведения медицинских работниках города Белебея.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: В историко-краеведческом музее Белебея есть раздел, посвященный хирургу Астату Султановичу Султанову. «О хирурге Асгате Султановиче Султанове я многое слышала, прежде чем увидеть его. В народе ходит молва, что он устанавливает диагнозы без лабораторных анализов и рентгеновского снимка. Говорят также, что он не уходит из больницы, пока не убедится, что оперированный вне опасности, а потом то и дело звонит из дома дежурному персоналу и задает один и тот же вопрос: “Как

дела у имярек?”». Приведенные цитаты из газетного материала, воспоминаний медсестры, ученического сочинения - штрихи к профессиональному и личностному портрету нашего уважаемого земляка-хирурга, заслуженного врача Башкортостана, кавалера ордена Дружбы народов, почетного гражданина города Белебея Асгата Султановича Султанова. Родом А.С. Султанов из соседнего Татарстана, из деревни Новокаширово Альметьевского района, родился он 10 февраля 1931 года. Знал ли он в детстве, юности о своем предназначении? Вряд ли, но что будет медиком точно, поэтому упорно шел к этой цели. После учебы в Бугульминской фельдшерско-акушерской школе служил в знаменитом Порт-Артуре, где поверх тельняшки носил белый халат и где убедился в правильности выбора своего профессионального пути. Поступление в Башкирский медицинский институт стало логическим продолжением предшествующей его жизни. Учился А.С. Султанов основательно, доходя до мельчайших деталей изучаемых дисциплин. Мединститут подарит Астату Султановичу его вторую половину - Фанию Газизовну, ту единственную женщину, которая стала его судьбой. В 1961 году молодой специалист А. С. Султанов стал работать в Приютовской медсанчасти, где уже год шла к вершинам мастерства акушер-гинеколог Ф.Г. Султанова. Молодой хирург с ходу взял высокий темп в работе, операция следовала за операцией, и каждый вылечившийся приютовец уносил с собой вместе с чувством благодарности частицу души доктора. Пять с половиной лет чуть не круглыми сутками трудился Асгат Султанович, за это время, есть сведения, он сделал более тысячи операций. Истинный врач пропускает через себя страдания больных, и это не проходит бесследно, у А. С. Султанова стало пошаливать сердце. В 1967 году, когда в Белебее стала работать новая городская больница, Асгата Султановича попросили переехать в город. Здесь талант хирурга раскрылся в полном объеме. За этой мыслью стоят кропотливая работа над собой, курсы повышения квалификации в лучших медицинских центрах страны: в Москве, Казани, Харькове, Уфе, Ленинграде, Новокузнецке и других городах. С 1967 по 1996 год А. С. Султанов - заведующий хирургическим отделением Белебеевской центральной городской больницы. После ухода с этого поста Асгат Султанович продолжал оперировать, готовить молодых хирургов, консультировать при сложных операциях. Тридцать два года работы в Белебее - это чуть ли не ежедневные включения в борьбу с коварными болезнями, это изучение и внедрение новых технологий и техники, это бесконечные часы за операционным столом, у постели больных, это напряжение нервов, это... Да что там писать - бешеная нагрузка, тяжелейшая ответственность. Но и радостные мгновения - тоже, когда улыбка возвращалась к больному, когда он делал первый шаг.

Естественно, жизнь хирурга состоит не только из бесконечных операций. В ней есть место и для подготовки смены. Здесь у Астата Султановича все в порядке - редко кто из молодых хирургов не признает в нем учителя (кто недавно приехал), а так судите сами: и главврач больницы М.А. Газизов, и хирурги В. Ласкин, И. Бахитов, М. Камалов, А. Голубев, Д. Даутов и многие другие не были обойдены вниманием мэтра, более того, они переняли и приемы, и методы мастера, и, главное, неистребимое желание совершенствоваться. А.С. Султанов не давил своим авторитетом, не подавлял знаниями, скорее, приглашал коллег следовать за собой.

В отношении к больным у Астата Султановича прирожденный такт. Он им служил, он никогда и ни при каких обстоятельствах не изменял им, более того, одно его появление в палате оказывало благотворное влияние на оперированных и готовящихся к операции. «Вот в палату вошел Асгат Султанович, с кем-то пошутил, кого-то по-отечески пожурил, третьего подбодрил, в четвертого вселил уверенность. И у них вспыхнула надежда...» - такую запись оставили бывшие больные. День ли, ночь ли, зима или лето, в любую погоду, если понадобится, Асгат Султанович идет к больному. Ну как тут оперированным не тянуться к солнышку!

Учащиеся города посвящают свои научно-поисковые работы А. С. Султанову, он - герой их сочинений и стихотворений. Образ доктора служит им жизненным ориентиром, юноши и девушки, видя столь яркий пример преданности профессии, идут в медицинские училища и институты.

Например, выпускница гимназии № 1 Катя Фаткуллина, окончившая ее с золотой медалью, поступила в Башкирский медицинский университет, получила красный диплом и работает в одной из больниц столицы республики. Можно смело утверждать, что в выборе жизненного пути ей помог хирург Султанов. Отрывок из сочинения Кати (естественно, сейчас она Екатерина Вячеславовна): «И вот я увидела этого доктора. По улице шел крупный лобастый мужчина с озабоченным лицом. Если не каждый второй, то уж точно каждый третий человек здоровался с ним, причем, чувствовалось, не только из-за воспитанности, а от души, искренне и радостно, как приветствуют самого дорогого друга. Доктор шел со стороны больницы. И я поняла: он идет с очередной операции. Какой по счету? Он и сам давно сбился со счета. Да и столь ли важен этот показатель? Важно, что в нашем городе есть ангел-хранитель человеческой жизни. Высококвалифицированный хирург. Уважаемый горожанин. Маэстро...». Продолжение газетного материала, отрывок из которого приведен выше: «Я встречаю этого человека чуть ли не каждое утро. Какие мысли скрываются за его глубокой задумчивостью? О только что проведенной операции? О своем жизненном пути или отчем

доме? О том, кому он передаст свой скальпель или о новой методике операции, которую сейчас осваивает? Десять лет назад, когда Асгат Султанович извлек из меня тяжелую хворь и благословил жить дальше. И вот уже одиннадцатый год живу с благодарностью к нему, зная, что каждый новый рассвет подарен мне им ...

Я встречаю этого человека, чуть ли не каждое утро. Встречаю и улыбаюсь: еще один недужный (а может, несколько?) родился сегодня заново...»

Энциклопедический арсенал медицинских знаний А. С. Султанов собирал по крупицам всю свою жизнь, так же как и составляющие мастерства. В своей работе он не только человек целеустремленный, энергичный, но и терпеливый, весьма разборчив в выборе средств, которыми пользуется для достижения своих целей. Сколько лет хирург начинал свой непредсказуемый рабочий день! Были операции, в которых он знал каждое движение своих рук. Были случаи, когда требовалось молниеносно найти единственно верное решение. Были и такие моменты, когда вместо ожидаемой болезни обнаруживалась совершенно другая, коварнее и злее. И хирург искал и находил выход из нештатной ситуации...В 2001 году общественность города и района отметила 70-летие Асгата Султановича. Это был его день. День триумфа и признания. День, который был праздничным не только для него. Он шел к этому дню семь десятилетий, разметая, повергая по пути человеческие недуги, сея, щедро раздавая улыбки, хорошее настроение, да чего там скромничать - жизни, наполненные радостью и счастьем. На торжество пришли коллеги, его многочисленные ученики, представители трудовых коллективов, бывшие больные, руководители района и города. Какие произносились слова! Весь набор литературных тропов и стилистических фигур. Какие искренние и сердечные чувства были выражены! Они рождаются в самых заветных уголках души. Какие были высказаны пожелания! Вот только одно их них: «Пусть долго и ярко светит звезда, под которой Вы родились!». Так чествуют только народных героев, всеобщих любимцев, национальную гордость. 75-летие доктора тоже отметили, тоже от души, добрые и теплые слова тоже звучали. Среди последних было пожелание выздороветь и вновь надеть белый халат. Дело в том, что Асгат Султанович сам перенес сложнейшую операцию. Она даже описана в республиканской печати. Врачи, сделавшие ее, получили самую высокую профессиональную награду - «золотой скальпель», иначе говоря, стали победителями ежегодного традиционного конкурса на лучшую хирургическую операцию, то есть операция была сложнейшей среди сложных. И еще один нюанс: А.С. Султанову делали операции несколько раз. Одной из них он руководил сам. Как тут не вспомнить выдающихся российских, мировых хирургов, которые ради обогащения науки и практики шли на подобные шаги! Подвижники. Асгат Султанович защищал Жизнь не только храбро, но и

мастерски, не только мастерски, но и талантливо, не только талантливо, но и самоотверженно. И выходил победителем!

Заключение и выводы: Хирург Асгат Султанович Султанов внес значительный вклад в развитие здравоохранения г. Белебея и Белебеевского района.

Список литературы: 1. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

2. Киньябулатов А.У. Медики Республики Башкортостан. Уфа, 2009. – 378 с.

УДК 930.24.21.

С.И. Стрельцова, Т.А.Тагиров

ЗНАМЕНИТЫЕ ЛЮДИ ГОРОДА БЕЛЕБЕЯ В ИСТОРИКО - КРАЕВЕДЧЕСКОМ МУЗЕЕ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: отражение подвига и ратного труда врачей города Белебея имеет важное воспитательное, патриотическое и просветительное значение для молодежи.

Ключевые слова: почетные граждане города, врач.

S.I. Streltsova, T.A. Tagirov

FAMOUS PEOPLE OF THE CITY OF BELEBAY IN THE HISTORICAL AND LOCAL MUSEUM

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the reflection of the heroism and military labor of the famous citizens of the city of Belebey has an important educational, patriotic and educational significance for the youth.

Keywords: honorary citizens of the city, doctor.

Актуальность: Изучение истории знаменитых людей города Белебея имеет исключительно важное значение в патриотическом воспитании молодежи.

Цель исследования: Ввести в научный оборот новые сведения уроженцев города Белебей и Белебеевского района, имеющих медицинского и биологическое образование.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: В историко-краеведческом музее Белебея есть разделы посвященные врачам, среди них:

Владимирский Петр Николаевич (1884-1953), участник Октябрьской революции, врач, общественный и политический деятель. Долгое время работал санитарным врачом Белебеевского уездного земства. Пользовался значительным авторитетом среди населения как организатор профилактики и лечения различных эпидемий, то и дело вспыхивавших в

различных местностях уезда. В 1912-1917 гг. работал судебно-медицинским врачом уезда, был членом земской управы. Вел активную революционную работу в Белебеевском уезде. Один из первых депутатов Белебеевского уездного Совета рабочих и крестьянских депутатов. В1918 г. становится уездным наркомом здравоохранения. Участвовал в Гражданской войне. Подвергался арестам белочехами и контрразведкой колчаковских войск. После последнего ареста был этапирован в тюрьму города Иркутска, откуда его освободили в 1919 г. Впоследствии работал в лечебных учреждениях и медицинских учебных заведениях в Сибири. Кандидат медицинских наук, доцент. Его имя, наряду с другими, увековечено в названии одной из улиц нашего города - улицы Революционеров.

Даль Владимир Иванович (10(22).11 1801, г. Луганск - 22.09(04.10) 1872, г. Москва), русский писатель, лексикограф, этнограф, врач-хирург. Окончил медицинский факультет Дерптского (Тартуского) университета (1829). В 1838 г. избран членом-корреспондентом Петербургской академии наук по классу естественных наук за собирание коллекций по флоре и фауне Оренбургского края. Свыше полувека В. И. Даль отдал работе над основным своим трудом - «Толковым словарем живого великорусского языка», за который был удостоен Ломоносовской премии Академии наук и звания почетного академика. В годы собирания своих коллекций и работы над словарем В. И. Даль посетил башкирский край, в частности был в Усеньивановском лесничестве, на Усень-Ивановском заводе и в районе озера Асылыкуль. Его впечатлении отражены в произведении «Башкирская русалка».

Еникеев Дэрд Галиевич (р. 1925, г. Белебей), крупный ученый, широко известный врач. В феврале 1943 г. прямо со школьной скамьи был призван в армию, служил в 333-й дивизии 80-й танковой бригады. После окончания войны получил медицинское образование. Работал заведующим кафедрой невропатологии и психиатрии Казанского института усовершенствования врачей. Доктор медицинских наук. Награжден орденом Красной Звезды.

Имельбаева (Саттарова) Эльвира Аркамовна (р. 02.01 1955, с. Ермекеево Ермекеевского р-на Б АССР), доктор биологических наук (1998), профессор. Окончила среднюю школу № 8 г. Белебея, биологический факультет Башкирского государственного университета, фармацевтический факультет Башкирского государственного медицинского института. Круг научных интересов - аллергия и иммунология. Автор более 180 научных работ, монографий, опубликовала более 70 научных статей в различных изданиях. Э. А. Имельбаева читает курс лекций по иммунологии врачам последипломного образования на кафедре лабораторной диагностики БГМУ, заведует кафедрой ВЭГУ. Член Международного научного общества по иммунореабилитации, действительный член Ассоциации

специалистов по медицинской лабораторной диагностике, участница многих российских и европейских научных конгрессов, руководитель научно-исследовательского центра «Иммунологические исследования населения Республики Башкортостан».

Кидияров Александр Семенович (1890-1936). Активный участник создания органов здравоохранения. С 1918 г. - член коллегии здравоохранения, а с 1919 г. - заведующий уездным здравотделом. В 1919 г. был избран председателем Правления Уфимского союза «Медсантруд». Пользовался большим уважением среди населения.

Пашков Михаил Петрович (25.12 1908, ныне Курская обл. - ?), медицинский и советский работник, работник органов внутренних ,тел. В 1909 г. семья переехала в д. Кирилловку Белебеевского уезда. В 1930-1937 гг. служил в рядах Красной Армии. После окончания военно-фельдшерской школы работал фельдшером Белебеевского райздравотдела, в 1939-1941 гг. заведовал райздравотделом. С июня 1941 г. – помощник начальника эвакогоспиталя №1744 в г. Белебее, с декабря 1941 г. – начальник 2-й части Белебеевского райвоенкомата. В феврале 1942 г. откомандирован в 124-ю отдельную стрелковую бригаду, формировавшуюся в Белебее. Участник Сталинградской битвы. Демобилизован из армии в 1947 г. В 1947-1952 гг. - председатель исполкома Белебеевского горсовета. В 1952-1962 гг. служил в Министерстве внутренних дел БАССР. М. П. Пашков - почетный гражданин г. Белебея. Награжден орденами Отечественной войны, Красной Звезды, «Знак Почета», медалями.

Соколов Александр Яковлевич (20.08 1886, г. Белебей - 1968, г. Белебей), выдающийся врач. Сын Я.Н. Соколова. Окончил медицинский факультет Казанского университета. Некоторое время работал хирургом в университете, затем старшим врачом Аитовского земского участка Белебеевского земства. С января 1914 г. -врач-эксперт по хирургии Казанской губернской земской больницы, откуда в том же году был мобилизован на империалистическую воину, служил врачом. С 1918 г. - участковый врач в Стерлитамакском уезде. Участник Гражданской войны. В 1922 г. вернулся в г. Белебей и до 1948 г. работал врачом, главным врачом Белебеевской районной больницы, в 1948-1958 гг. - заведующим хирургическим отделением, одновременно - преподавателем школы медицинских сестер. Награжден двумя орденами Ленина, орденом «Знак Почета», двумя Почетными грамотами Президиума Верховного Совета БАССР(1942), заслуженный врач РСФСР (1949), почетный гражданин Г. Белебея. Избирался депутатом Белебеевского райсовета четырех созывов. На доме, где жил доктор Соколов, установлена мемориальная доска. Его именем названа одна из улиц в исторической части Белебея.

Соколов Яков Николаевич 1854-1919), врач-универсал, общественный деятель. Сын лекаря. По окончании Казанского университета в 1881 г. работал земским врачом Белебеевского уезда и заведовал земской больницей 38 лет. Вел большую общественную работу: являлся членом Белебеевского училищного совета, почетным мировым судьей. Успешно лечил практически все болезни, внес большой вклад в дело развития здравоохранения и санитарного просвещения населения города и уезда. В 1910 – е гг. медицинская общественность Белебея и Белебеевского уезда организовала музей Я.Н, Соколова.

Заключение и выводы: Разделы в историко-краеведческом музее Белебея, посвященные биографиям врачей, имеют исключительно важное значение для патриотического воспитания молодежи.

Список литературы:

1. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

2. Сборник Научных работ Башкирской Республиканской клинической больницы. Вып. УII. Уфа, Башкнигоиздат, 1971, 244 с.

УДК 930.24.34.

У.Ф. Сулейманов, О.С. Соколова, С.В.Зарипов

СТАНОВЛЕНИЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: становление нейрореабилитационной службы в Республике Башкортостан неразрывно связано с открытием реабилитационного отделения Республиканской клинической больницы имени Г.Г.Куватова.

Ключевые слова: реабилитация, Республиканская клиническая больница имени Г.Г.Куватова.

U.F. Suleymanov, O.S. Sokolov, S.V. Zaripov

FORMATION OF THE NEURORABILITATIONAL SERVICE

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the formation of the neurorehabilitation service in the Republic of Bashkortostan is inextricably linked with the opening of the rehabilitation department of the Republican Clinical Hospital named after G.G. Kuvatov.

Keywords: rehabilitation, Republican Clinical Hospital named after G.G. Kuvatov.

Актуальность: Изучение истории становления реабилитационного отделения РКБ им. Г.Г.Куватова позволит сделать прогноз развития реабилитационной службы в Республике Башкортостан.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о истории становления реабилитационного отделения РКБ.

Материалы и методы: В работе использован исторический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Восстановление нарушенных функций является важной медицинской и социальной проблемой, связанной с вопросами активного, творческого долголетия (Н.К. Боголепов, С.Г. Бурд, М.К. Дубровская, 1975).

Рост сосудистых заболеваний головного мозга, травматических повреждений черепа и периферических нервов, наличие воспалительных заболеваний головного и спинного мозга с

двигательными нарушениями и гипоталамическими синдромом, а также современные возможности лечения этих заболеваний обуславливают актуальность разработки и проведения реабилитации больных с данными формами болезней.

В связи с этим, по предложению зав. кафедрой нервных болезней профессора Н.А. Борисовой, в республиканской клинической больнице с 1 сентября 1975 г. Было организовано нейрореабилитационное отделение на 30 коек под руководством ассистента к.мн. М.Е. Третьяковой и при активном участии врача высшей категории Б.А. Лоскутникова.

В соответствии с заболеваемостью в отделении было выделено 10 коек для лечения больных с последствиями нарушениями мозгового кровообращения давностью от 2 месяцев до 2 лет; 9 коек – для больных с последствиями энцефалитов (клещевого, весенне-летнего, хронической стадии эпидемического энцефалита, диэнцефалитов); 9 – для больных с последствиями закрытых травм черепа и травм периферических нервов; 2 – для больных с наследственными нервно-мышечными заболеваниями.

Реабилитация больных с заболеваниями нервной системы включает комплекс мероприятий, необходимых для восстановления нарушенных функций и социально-трудовой реадаптации больных. Наряду с медикаментозной терапией и физическими методами лечения в лечебную практику широко внедряются методы психотерапии, лечебной физкультуры и трудотерапии.

В отделении работали высококвалифицированные невропатологии – к.м.н. А.Г. Галлямов, врач 1 категории Н.К. Суркова, владеющие электрофизиологическими методами исследования, (ЭЭГ, РЭГ), и врач психотерапевт И.Х. Исанбердин.

Две медсестры имеют звание «медсестра золотые руки» - это старшая медсестра О.А. Богородицкая, медсестра Н.М. Переходова, проработавшая в больнице более 20 лет. Молодая, но опытная медсестра Е.И. Петренко обеспечивает квалифицированную работу процедурной. Ветеран больницы – сестра-хозяйка К.П. Стенина неустанно следит за материальным снабжением и санитарным состоянием отделения. Ее ближайшие помощницы – заботливые няни В.П. Романова и П.С. Чайникова – проработали в больнице десятки лет. Опытные буфетчицы П.П. Никифорова и Ф. Мухаметзянова обеспечивают хорошую организацию питания больных согласно назначенной диеты. Одиннадцать сотрудников имеют высокое звание ударника коммунистического труда.

Для повышения эффективности реабилитации врачами отделения разработаны реабилитационные мероприятия при всех формах заболеваний, подлежащих реабилитации. Внедряются методы аутогенной тренировки и гипносуггестивной психотерапии, сделаны записи на магнитофонные ленты, которые применяются для групповой психотерапии.

Силами сотрудников отделения и больных изготовлены изделия, необходимые для реабилитационных мероприятий, проводимых непосредственно в отделении. Это станок для ходьбы, лесенка, аппараты для активных упражнений в плечевом, локтевом, лучезапястном, коленном суставах; стол-станок с набором изделий для выработки дифференцированных координированных движений пальцев рук.

С целью выработки навыков самообслуживания больные привлекаются к уборке палат, дежурству в столовой, а также, в зависимости от профессии, к столярным, малярным работам, художественному оформлению отделения и т.д.

За 10 месяцев работы отделения прошли реабилитацию 280 больных, в том числе: с сосудистыми заболеваниями – 92 чел., воспалительными заболеваниями ЦНС - 63, травмами черепа и периферических нервов – 41 чел. Сельские жители составили 54,6% ко всем больным. К сожалению, в нейрореабилитационное отделение госпитализируются больные с острыми заболеваниями нервной системы. Сходя из целей реабилитации, средний койко-день в отделении должен составлять 30-45 дней. В прошедший период средний койко-день колебался от 27,3 до 29,2, лишь при сосудистых и наследственных нервно-мышечных заболеваниях он был выше (соответственно, 30, 8, 32), что частично объясняется малым количеством нейрореабилитационных коек и значительным количеством больных, подлежащим реабилитации. Однако от длительности пребывания больных в отделении зависит эффективность их реабилитации. Так, увеличение среднего койко-дня в I квартале 1976 года по сравнению с IV кварталом 1975 г. На 1,9, привело к повышению процента больных, выписанных с выздоровлением и улучшением, на 1,3%.

Критериями эффективности реабилитации, кроме объема восстановления движений, силы мышц, чувствительных нарушений, речи являются состояние биоэлектрической активности головного мозга, реаэнцефалографическое показатели при сосудистых заболеваниях. Исследование состояния регионарной гемодинамики реоэнцефалографически в динамике до и после лечения больных с последствиями нарушения мозгового кровообращения дали убедительное подтверждение эффективности проводимого лечения.

С целью улучшения преемственности в работе и повышения качества обследования и реабилитации неврологических больных в поликлинике республиканской клинической больницы организован кабинет реабилитации. В кабинете ведется прием врачом нейрореабилитационного отделения больных с последствиями нарушения мозгового кровообращения, клещевого и эпидемического энцефалита, закрытой травмы черепа и травмы периферических нервов. С открытием пансионата больные с неврозами и

невротическими состояниями, логоневрозами, травмами периферических нервов принимают лечение амбулаторно.

На всех реабилитируемых больных заведены карты реабилитации с указанием функциональных нарушений, степени их реабилитации. При выписке больных из отделения карты реабилитации передаются в кабинет реабилитации поликлиники.

В плане развития реабилитационной службы предусматривается нейрореабилитационное отделение гг. Ишимбае, Уфе, организация специализированных сосудистых кабинетов при городских поликлиниках с целью профилактики и реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга.

С целью повышения эффективности реабилитации в отделении запланировано в 1977-78 гг. внедрение методов: коллективной аутогенной тренировки по радио; гипноза с закисью азота; гипноза в кабинете реабилитации в поликлинике; электромиографии с целью диагностики и оценки эффективности реабилитации больных с заболеваниями периферической нервной системы.

Заключение и выводы: Становление нейрореабилитационной службы в Республике Башкортостан началось с открытия реабилитационного отделения Республиканской клинической больницы имени Г.Г.Куватова

Список литературы: Основные показатели медицинского обслуживания населения Республики Башкортостан по данным годовых статистических отчётов за 1975, 1980 гг..

УДК 930.24.22.

А.А. Сулейманова, А.И. Ерохина

СТАНОВЛЕНИЕ СУРДОЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ БАШКИРСКОЙ АССР

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: снижение и отсутствие слуха проблема XX-XXI вв. – осложнения беременности, пороки развития, токсическое воздействие антибиотиков, шум на производстве и в городах, а также несвоевременное оказание сурдологопедической помощи — все это звенья одной цепи. Становление сурдологопедической помощи в Башкирской АССР происходило по этапам..

Ключевые слова: сурдологопедическая помощь, снижение слуха, отсутствие слуха.

A.A. Suleymanova, A.I. Erokhina

THE FORMATION OF THE SURGULAR PEDIATRIC SERVICE OF THE BASHKIR ASSR

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Decrease and absence of hearing problem of the XX-XXI centuries. - complications of pregnancy, malformations, toxic effects of antibiotics, noise in the workplace and in cities, as well as untimely rendering of surgical aid - all these are links in one chain. The formation of the aid in the Bashkir ASSR occurred in stages

Keywords: hearing aid, hearing loss, absence of hearing.

Актуальность: Изучение истории становления сурдологопедической помощи в Башкирской АССР имело свои особенности и этапы, которые необходимо учитывать в дальнейшей работе по её развитию.

Цель исследования: Ввести в научный оборот ведения о состоянии сурдологопедической помощи в Башкирской АССР.

Материалы и методы: В работе использован исторический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Профилактика и лечение тугоухости и глухоты являются актуальной проблемой современной оториноларингологии. В настоящее время 2% населения страдают различной формой тугоухости. Раннее выявление, улучшение качества диагностики, лечение больных с различными формами нарушения слуха и речи и диспансерное обслуживание их имеют большое значение в профилактике заболеваний социального характера.

Этой проблемой в Башкирии стали заниматься с момента открытия сурдологопедического кабинета при поликлинике республиканской клинической больницы в 1952 году, где работал в единственном числе оториноларинголог Енгалычева Адель Саидовна. Штаты сурдологопедического кабинета были утверждены в 1957 году, но только в 1965 году кабинет был полностью укомплектован врачебными и педагогическими кадрами, размещен в соответствующем помещении в отдельном блоке поликлиники, оснащен медицинским и специальным оборудованием. Большая заслуга в этом принадлежит Степановских Руфине Архиповне, которая возглавила кабинет в 1963 году. А. С. Енгалычева в 1963 году организовала и возглавила межрайонный сурдологопедический кабинет в г. Стерлитамаке, где работает и в настоящее время.В 1965 году в кабинете работали следующие специалисты: Степановских Р. А. — логопед, заведующая кабинетом; Патаракина Е. А. сурдолог; Платонова Г. И. — сурдопедагог; Иванова Л. Н. — психоневролог; Набиуллина Л. Ш. — медсестра, которая стала с 1966 года работать логопедом со средним образованием.

С 1966 года по 1969 годы сурдологом в кабинете работала врач оториноларинголог Акаева Надежда Петровна, которая подняла на должный уровень вопросы диагностики, лечения, диспансеризации больных с патологией слуха, организовала выездную работу по проверке ЛОР-обслуживания и правильности укомплектования школ для глухих и слабослышащих детей в республике.

С 1970 года кабинет возглавила психоневролог Иванова Людмила Николаевна, которая совместно с логопедом, методистом Чистовской Н. А. добилась открытия городского детского сурдологопедического кабинета при детской поликлинике №2 Уфимского горздравотдела (1971 год), сурдологопедического кабинета при Детской республиканской клинической больнице (1974 год), логопунктов в городах республики (Ишимбае, Октябрьском, Нефтекамске), детских поликлиниках г. Уфы.

На сегодняшний день сурдологопедическая служба Башкирии представлена четырьмя сурдологопедическими кабинетами (при республиканской клинической больнице, поликлинике № 2 Уфимского горздравотдела, детской РКБ, в г. Стерлитамаке), 8

логопедическими кабинетами в городах Башкирии для обслуживания 1 детей с патологией речи (Нефтекамск, Салават, Сибай, Белорецк, Ишимбай, Стерлитамак, Октябрьский, Улу-Теляк) и 7-ю логопедическими кабинетами при детских поликлиниках г. Уфы.

Сурдологопедические кабинеты и логопункты оказывают организационно-методическую и лечебно-консультативную помощь больным с расстройствами слуха и речи по всей республике н г. Уфе. Изучение заболеваемости населения проводится по данным обращаемости в кабинеты и материалам профилактических осмотров, проводимых специалистами кабинетов. При исследовании больных используются аудиометрические, камертональные, отоневрологические исследования, ультразвук, рентгенографическое изучение черепа и шейного отдела позвоночника, уточняются этиологические факторы наследственности в кабинете медицинской генетики. Выявленные больные берутся на диспансерный учет. По данным отчета, сурдологопедического кабинета за 1975 год, в структуре больных с тугоухостью преобладают больные с невритами слухового нерва 68%, остальные с адгезивными отитами, хроническими гнойными средними отитами и пр. заболеваниями уха. При изучении причин резкого снижения слуха или наступления полной глухоты на одном из первых мест стоят ототоксические антибиотики. Основной контингент больных с речевой патологией, находящихся на лечении в кабинете, составляют больные с лого- неврозом 61% и дислалией—20%.

В зависимости от характера выявленной патологии слуха назначается различное лечение: слухоулучшающая операция при хроническом гнойном среднем отите, адгезивном отите, отосклерозе, экссудативном отите, операции при болезни Меньера, хордотомия и разрушение барабанного сплетения при кохлеарных невритах с шумовым компонентом. Определенное место в комплексе проводимого лечения тугоухости занимает консервативная терапия: медикаментозное лечение, физиолечение, механотерапия, обучение чтению с лица, иглотерапия, слухопротезирование. При патологии речи проводятся логопедические занятия групповые или индивидуальные, медикаментозное лечение, один из видов психотерапии (гипноз или аутогенная тренировка).

В последние годы изучение ЛОР-заболеваемости проводится при массовых осмотрах населения. Так в 1972—1973 гг. были осмотрены учащиеся массовых школ районов Башкирии (Чишминского, Иглинского, Благоварского). Из 6600 осмотренных учащихся в возрасте 7—17 лет выявлено 10,2% больных с заболеваниями уха, горла и носа, в их числе 0,6% больных с тугоухостью, столько же с хроническим гнойным средним отитом, 2% — с дислалией, заиканием, 7% — с заболеваниями носа, глотки. Анализ полученных данных

показал, что таким путем выявляются ранние формы тугоухости, а своевременная санация ЛОР-органов предупреждает тугоухость.

С 1974 года силами специалистов проводились осмотры рабочих шумных предприятий республики (сталепроволочный завод г. Белорецка, завод медицинского стекла в г. Туймазы, медно-серно-обогатительная фабрика в г. Сибае, опытно-экспериментальный завод в г. Белебее, некоторые цеха завода РТИ г. Уфы).

Из общего числа 4217 осмотренных выявлено с ЛОР-патологией 26,6%. Из них с невритами слуховых нервов — 5,4%, адгезивными отитами — 2,1%, гнойными отитами— 1,2%, с заболеваниями глотки, носа, гортани 10,1%. Профилактические осмотры рабочих на промышленных предприятиях позволили изучить условия труда, выявить больных с патологией слуха и других ЛОР-органов и выделить определенную группу больных для проведения соответствующих лечебно-профилактических мероприятий.

Таким образом, за последние годы органы и учреждения БАССР провели определенную работу по улучшению специализированной медицинской помощи населению при нарушениях слуха и речи. С 1976 года организован сурдологопедический центр республики на базе сурдологопедического кабинета РКБ, где работают следующие специалисты: Григорьева Г.К — сурдолог, заведующая сурдологопедическим центром; Иванова Л.Н. — психоневролог; Платонова Г.И. — сурдопедагог; Коломенцева Г.Х. — логопед с высшим дефектологическим образованием; Набиуллина Л.Ш. — логопед со средним образованием. Однако в организации помощи населению республики со слухоречевой патологией имеются серьезные недостатки. Органы здравоохранения не уделяют должного внимания раннему выявлению, своевременному лечению и диспансеризации больных со слухоречевой патологией. Существующая сеть кабинетов и коек в стационаре не в состоянии обеспечить квалифицированным лечением всех лиц со слухоречевой патологией. Большая часть логопунктов и сурдологопедических кабинетов не имеет соответствующих помещений, современного оборудования, дидактических и методических пособий. Действующая сеть сурдологопедических кабинетов не полностью укомплектована персоналом, недостаточно уделяется внимание вопросам подготовки, повышению квалификации и усовершенствованию специалистов кабинетов.

В целях дальнейшего развития специализированной помощи населению республики при нарушениях речи и слуха необходимо:

1.Обеспечить раннее выявление дефектов слуха и речи у взрослых и детей педиатрами, терапевтами, фельдшерами совместно с органами просвещения при проведении профилактических осмотров и на приеме.

2.Расширить диспансеризацию больных со слухоречевой патологией.

3.Открыть в республике аудиологические кабинеты.

4.Обеспечить специализацию и усовершенствование специалистов кабинетов.

5.Обеспечить кабинеты соответствующим оборудованием, дидактическими и методическими пособиями.

Заключение и выводы: Становление сурдологопедической помощи в Башкирской АССР имеет свои особенности и перспективы развития.

Список литературы:

1. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

2. Сборник Научных работ Башкирской Республиканской клинической больницы. Вып. УII. Уфа, Башкнигоиздат, 1971, 244 с.

УДК 930.24.33.

Г.Р. Хамидуллина, С.Я. Исмаилова, С.В.Зарипов

СТАНОВЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА УФЫ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: больница скорой медицинской помощи является самым молодым больничным учреждением в Башкортостане, в которой работают высококвалифицированные, талантливые специалисты, имеющие большую перспективу в будущем.

Ключевые слова: больница, круглосуточное дежурство, хирургия.

G.R. Khamidullina, S.Ya. Ismailova, S.V. Zaripov

FORMATION OF HOSPITAL SUPPORT HOSPITAL OF UVA

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: the ambulance hospital is the youngest hospital in Bashkortostan, which employs highly qualified, talented professionals with a great future perspective.

Keywords: hospital, round-the-clock duty, surgery.

Актуальность: Изучение истории становления и развития Больницы скорой медицинской помощи в республике имеет важное значение для определения перспективы дальнейшего развития республиканского здравоохранения.

Цель исследования: Ввести в научный оборот исторические данные об оказании экстренной медицинской помощи населению миллионного города на современном этапе.

Материалы и методы: В работе использован исторический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Необходимость повышения уровня медицинского обслуживания населения столицы Республики Башкортостан – г. Уфы – поставила задачу строительства клинической больницы скорой медицинской помощи на 800 коек, состоящей из 5 блоков, 13-этажнооого хирургического и 9-этажного терапевтического корпусов.

Работа была начата трестом «Башгражданстрой» в 1985 году. В 1990 году был сформирован руководящий состав больницы во главе с главным врачом

И.М. Губайдуллиным. Благодаря большим усилиям строителей и молодого коллектива больницы уже в 1991 году были сданы в эксплуатацию 3 блока больницы на 150 коек, где начали получать стационарное лечение терапевтические, неврологические и гастроэнтерологические больные.

1992 год – был годом освоения хирургического корпуса на 560 коек с диагностическими службами: эндоскопия, лаборатория, функциональная диагностика, рентген.

В 1993 году, со сдачей в эксплуатацию терапевтического корпуса на 240 коек, было завершено строительство больницы.

За три года поэтапного освоения больничного комплекса молодым коллективом проделана колоссальная работа по оснащению всех подразделении современным медицинским оборудованием и аппаратурой, укомплектованию квалифицированными медицинскими кадрами. В больнице созданы все необходимые условия для ведения квалифицированного лечения по 14 специальностям взрослых больных и детей.

Клинической работой больницы руководит зав. клиникой, главный хирург Республики Башкортостан, заслуженный врач республики, профессор В.М. Тимербулатов. Наставником молодого коллектива врачей является заслуженный врач республики, доцент В.М. Маркушев.

В больнице скорой медицинской помощи расположены кафедры хирургии (зав. кафедрой профессор В.М. Тимербулатов), педиатрии и детской хирургии факультета усовершенствования врачей БМИ (зав. кафедрой профессор Ф.Г. Садыков), часть кафедры акушерства и гинекологии (профессор У.Р.Хамадьянов), госпитальной терапии (зав. кафедрой профессор Р.А. Давлетшин). На базе клиники создан республиканский центр эндоскопической хирургии, который кроме научно-практической работы призван заниматься подготовкой повышения квалификации врачей республики по эндоскопии и эндохирургии.

Больница скорой медицинской помощи является учебной базой медицинского колледжа, здесь созданы все условия для успешного освоения специальностей среднего медицинского персонала.

Многие врачи занимаются научными исследованиями по хирургии, гинекологии, терапии. Постепенно больница становится базой апробации новых хирургических инструментов, шовного материала фирмы «Этикон» компании «Джонсон и Джонсон».

Одним из ведущих подразделений является операционное отделение (заведующий Д.И. Мехдиев). В его составе имеются 11 операционных, оснащенных всем необходимым оборудованием и инструментарием, включая лазеро- и рентгенологическую технику,

систему мониторинга. При помощи видеоартроскопа осваивается новая методика оперативного вмешательства закрытым способом при повреждении суставов.

Отделение реанимации и анестезиологии (заведующий А.Р. Мирхайдаров) оснащено современным оборудованием, централизованной подачей кислорода, вакуум - системой и системой мониторинга. В нем работают 19 врачей и более 50 среднего и младшего медперсонала. Коллектив отделения оказывает высококвалифицированную реанимационную помощь, ведется научно-исследовательская работа по региональным методам обезболивания при больших реконструктивных операциях в травматологии. В настоящее время развернуто 4 отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии на 24 койки. В повседневную практику вошли экстракорпоральные методы детоксикации, лазеротерапии. Широко применяется электроанальгезия, проводниковая анестезия, осваивается акупунктура, как метод обезболивания, аппараты искусственной вентиляции легких. В настоящее время в палатах реанимации устанавливаются компьютеры для всесторонней оценки состояния больного. Ежегодно до 15% больных поступают в терминальном состоянии. В составе реанимационного отделения функционирует кабинет баротерапии для лечения тяжелых гнойно-септических заболеваний и отравлений.

А в реанимационно – лабораторном отделении в ближайшей перспективе является внедрение способов гравитационной хирургии и системы мониторинга.

В составе урологического отделения развернута лаборатория по литотрипсии, где на отечественном аппарате «УРАТ-П» успешно проводится операции по дистанционному дроблению камней мочевыводящих путей.

Нейрохирургическим отделением Больницы скорой медицинской помощи выполняются сложнейшие операции при сосудистых заболеваниях головного мозга, аневризмах передней и средней мозговых артерии, поверхностных артерио-венозных мольформациях.

Нейрохирургическое отделение, открытое вв 1992 году, обслуживает около 500 тысяч населения, с 1997 года возглавляет отделение к.м.н. Мустафин М.С. Отдееление оснащено современной аппаратурой и инструментарием. В диагностике широко используется компьютерная и ядерно-магнитная томография, электронно – оптический преобразователь, УЗДГ, в реабилитации больных активно используется ГБО.

С 1995 года в отделении урологии проводится трансуретральные операции на предстательной железе и мочевом пузыре. Внедряются и используются современные методы профилактики и ранней диагностики рецидивов мочекаменной болезни.

В повседневную практику вошли такие методы исследования как ЭКГ, УЗИ, электроэнцефалография, реография, электромиография с последующей компьютерной обработкой полученных данных.

В физиотерапевтическом отделении (заведующий Л.Ф.Шакурова) проводится 19 видов электро-, свето-, лазеро- и ультразвуковой терапии.

Сотрудники ЛФК (лечебная физкультура) одни из первых в городе освоили лечебную гимнастику для больных на тренажере Смольникова, больные активизируются в первую неделю после операции на позвоночник.

Наиболее важным и перспективным в практической деятельности клиники является развитие малоинвазивной хирургии, включающее эндохирургию, в том числе видеартроскопию и хирургическое лечение различных форм нарушений мозгового кровоснабжения. Клиника сегодня имеет опыт более 200 эндохирургических операции и большая часть плановых холецистэктомий выполняется эндохирургическими методами.

15 января 1991 в Больнице скорой медицинской помощи была произведена первая фиброгастроскопия, с 1992 года организовано круглосуточное дежурство врачей эндоскопистов.

Впервые в РФ, в 1993 году произведена лапароскопическая холецистэктомия ребенку, внедрены в клиническую практику ваготомия и ушивание перфоративных язв, герниопластика, низведение толстой кишки при синдроме Пайра, серозомиотомия при дивертикулярной болезни, лапароскопически ассистированная гистероэктомия, резекция сигмы и гемиколэктомии.

На сегодняшний день Республиканским центром эндоскопии и минимально инвазивной хирургии производится более 6 тысяч эндоскопических исследовании в год, около тысячи лапароскопических операции, более 2 тысяч операции с использованием малоинвазивной технологии.

Правильно поставить диагноз больному и провести эффективное лечение помогает клинико – диагностическая лаборатория БСМП. Коллективом клинико-диагностической лаборатории с 1991 года исследовано более 5 млн. анализов, в том числе гематологических, биохимических, иммунологических и цитологических.

Терапевтический блок включает отделения: общей терапии, гастроэнтерологии, нейрососудистое, неврологическое на 225 коек.

На базе отделений располагаются: кафедра внутренних болезней №2 с курсом иммунологии под руководством заведующего кафедрой доктора медицинских наук

Р.А. Давлетшина; кафедра ИДПО с курсом неврологии под руководством профессора Л.Б. Новиковой.

Заключение и выводы: Больница скорой медицинской помощи является самым молодым лечебным учреждением в Башкортостане и в ней работает высококвалифицированный, талантливый коллектив, который имеет большую перспективу в будущем.

Список литературы: Основные показатели медицинского обслуживания населения Республики Башкортостан по данным годовых статистических отчётов за 1995, 2000. 2005, 2010, 2015 гг.

УДК 930.24.28.

А.В.Шарафутдинов, И.А.Амиргулов, А.А.Ибрагимов, Г.О.Курдиман, Н.О.Трофимов

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ЛЕГЕНДАРНОЙ 112-Й БАШКИРСКОЙ КАВАЛЕРИЙСКОЙ ДИВИЗИИ

Научный руководитель — к.м.н., доцент А.У.Киньябулатов

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в ноябре 2017 года медицинская общественность республики будет отмечать 85-летие Башкирского государственного медицинского университета, значительный вклад в развитие здравоохранения Республики Башкортостан внесли её выпускники и преподаватели БГМИ, медицинские работники 112-й Башкирской кавалерийской дивизии во время Великой Отечественной войны.

Ключевые слова: Башкирский государственный медицинский институт, Великая Отечественная война, подвиг.

A.V.Sharafutdinov, I.A. Amirgulov, A.I. Ibragimov, G.O. Kurdiman, N.O.Trofimov

MEDICAL WORKERS OF THE LEGENDS OF THE 112th BASHKIR Cavalry DIVISION

Scientific advisor - PhD in Medical sciences, Associated Professor A.U. Kinyabulatov

Department of public health and public health organization with the course of IDEP, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: In November 2017, the republic's medical community will celebrate the 85th anniversary of the Bashkir State Medical University, its graduates and teachers BGMI, medical workers of the 112th Bashkir Cavalry Division during the Great Patriotic War made a significant contribution to the development of public health in the Republic of Bashkortostan.

Keywords: Bashkir State Medical Institute, Great Patriotic War, feat.

Актуальность: Изучение истории Башкирского медицинского института имеет исключительное значение для подготовки будущих врачей.

Цель исследования: Ввести в научный оборот сведения о выпускниках БГМИ.

Материалы и методы: В работе использован исторический, биографический и сравнительный методы исследования.

Результаты и обсуждение: Поистине кузницей медицинских кадров стало 112-я (16-я гвардейская) дивизия. Из ее рядов вышла целая плеяда врачей и ученых, оказавших

впоследствии существенное влияние на развитие системы здравоохранения в республике. На протяжении всех послевоенных лет сражаются за человеческие жизни врачи С.А. Ахметова, Г.С. Иванов, Н.Г. Абдуллин и многие другие. Заметный след оставили в развитии медицинской науки Башкирии К.И. Кутлубаева и Т.Т. Байбурин.

О суровых днях военного времени поделилась своими воспоминаниями заслуженный врач БАССР К.И. Кутлубаева - бывший командир эвакуационно-сортировочного отделения отдельного медико - санитарного эскадрона дивизии, одна из первых борт-хирургов республики.

В апреле 1942 года 112-я Башкирская кавалерийская дивизия в полном составе, достаточно обеспеченная всеми видами снаряжения, отправилась на фронт. 2 июля 1942 года она получила первое боевое крещение и понесла тяжелые потери. Медработники в этом неравном бою сумели вынести с поля боя до 200 человек раненых и оказали всем первую помощь.

В 1943 году штаб дивизии и медико- санитарный эскадрон находились под Борзной, (Черниговская область). Неожиданно для всех началась бомбардировка с воздуха, которое продолжилось в течение 2 суток с перерывами по 2- 3 часа и ночью. Борзна пылало от разразившегося пожара. Операционная сгорела, но раненые были своевременно перебазированы в другое безопасное помещение. Штаб дивизии укрылся в лесу, а передовая операционная группа с 200 ранеными осталась в горящей Борзне. Только на следующий день поздно вечером удалось эвакуировать всех раненых на присланной из штаба автомашине. За проявленные мужество и отвагу, а так же быструю эвакуацию раненых врач К.И. Кутлубаева награждена орденом Отечественной войны 1-й степени. В июне 1945 года она была демобилизована из рядов Советской Армии и работала на кафедре общей хирургии ассистентом. Благородный труд неутомимого врача хирурга и воспитателя студенчества отмечен наградами Родины: медалью «За трудовое отличие», значком «Отличнику здравоохранения», почетной грамотой Президиума Верховного Совета БАССР. Старшим врачом полка в дивизии был Т.Т. Байбурин (ассистент кафедры травматологии и военно-полевой хирургии). Он призван в ряды Советской Армии из Киргизии, где с 1940 года работал главным врачом районной больницы. За все годы войны Т.Т. Байбурин служил в различных воинских частях и соединениях, в том числе и в 112-й (16-й гвардейской) кавалерийской дивизии. После демобилизации из рядов Советской Армии он вернулся в Киргизию, а в 1949 году переехал на постоянное место жительства в г. Уфу. Работал во многих лечебно-профилактических учреждениях, а с 1966 года - ассистентом на указанной кафедре.

Свой опыт работы на кафедре Т.Т. Байбурин обобщил в кандидатской диссертации на тему: «К вопросу одномоментной дозированной репозиции компрессионных переломов тел позвонков» (Уфа, 1968 г.). За ратные подвиги на фронтах Великой Отечественной войны подполковник медслужбы Т.Т. Байбурин награжден 2 орденами Отечественной войны II ст., орденом Красной Звезды и 3 медалями: «За оборону Сталинграда», «За взятие Берлина», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941- 1945 гг». А в послевоенные годы труд неутомимого врача хирурга отмечен значком «Отличнику здравоохранения» и тремя юбилейными медалями.

Конники 112-й (16 гвардейской) Черниговской кавалерийской дивизией первыми в полосе 61-й армии форсировали Днепр. Это единственная кавалерийская дивизия из всех кавалерийских корпусов, которая на подручных средствах сходу форсировала эту громадную водную преграду. После форсирования Днепра башкирские конники в Белоруссии не только выполнили поставленные перед ними боевые задачи, но и оказали местному населению большую помощь: многих, кто скрывался от врага в лесах, повалил тиф, и дивизии было поручено эвакуировать их в глубокий тыл для лечения. С этой операции дивизия справилась вполне успешно.

В 113-й Башкирской кавалерийской дивизии, сформированной на территории Башкирии, был начальником санитарной службы одного из кавалерийских полков, капитан мед. службы, кандидат медицинских наук З.А. Ихсанов. Он добровольно ушел на фронт и до дня Победы (осень 1945 года) осуществлял руководство организации медицинской помощи раненым. Демобилизовавшись из армии, он работал руководителем лаборатории физиологической и возрастной физиологии в институте педиатрии АМН СССР и посвятил себя дальнейшим научным исследованиям, направленным на выявление значения реактивности нервной системы в патогенезе и терапии интоксикаций.

В 1954 году он завершил и успешно защитил в г. Москве докторскую диссертацию, а в 1963 году был назначен проректором по учебной работе и избран заведующим кафедрой нормальной физиологии. С 1965 по 1973 год З.А. Ихсанов работал ректором Башкирского мединститута. Коммунистическая партия и Советское правительство высоко оценили заслуги профессора З.А. Ихсанова перед Родиной, наградила его орденом Октябрьской революции. Ему присвоено звание заслуженного деятеля науки БАССР.

В составе 154-й стрелковой дивизии служил врачом хирургом медсанбата гвардии подполковник медслужбы А.В. Никитин. Дивизия участвовала в ожесточенных боях с превосходящими силами противника на Калининском направлении. В ноябре 1941 года был

получен приказ Главного командования, на основании которого медсанбат дивизии вынужден был остаться в тылу врага в деревне Старо-Коптево под г. Старицей.

Малейшее промедление угрожало гибели медсанбату и всем раненым. Однако ценой огромных усилий с помощью командования удалось вывезти раненых, а на последней автомашине выбраться из окружения и самому А.В. Никитину. Кавалер 2 орденов: Отечественной войны II ст., Красной Звезды и многих боевых медалей выпускник Башкирского медицинского института А.В. Никитин в течение 4-х лет (с 1954 по 1967 год) руководил производственной практикой студентов в институте. В настоящее время он несет нелегкую, но ответственную вахту врача хирурга в поликлинике № 33 (г. Уфа).

В годы Великой Отечественной войны преподаватели и сотрудники Башкирского медицинского института показали примеры подлинного патриотизма. В настоящее время их благородный труд, преданность своей профессии, чувство долга перед Родиной, повседневная отеческая забота о людях являются для нас, учеников, примером беззаветного служения народу.

Заключение и выводы: Выпускники БГМИ совершили свой медицинский подвиг во время Великой Отечественной войны.

Список литературы:

1. Кулагина А.А., Мухаметова Г.М., Карамова Л.М., Камалов М.Х. История развития здравоохранения и медицинской науки в Башкирской АССР (1917—1980 гг.). Уфа, 1981 г., 498 с.

2. Тимербулатов В.М., Мустафин Х.М., Киньябулатов А.У. Медицинские работники Республюлики Башкортостан в 1941—1945 гг. Уфа, 2015 - 200с.

3. Лукманов С. З. Развитие здравоохранения Башкирской АССР. Башкирское книжное издательство. Уфа,: 1958,36 с.

4. Тимербулатов В.М., Мустафин Х.М., Киньябулатов А.У. Эвакогоспитали в Башкортостане в 1941—1945 годах. Уфа, 2015. - 172 с.

5. Центральный Государственный Архив общественных объединений Республики Башкортостан. Ф.122, оп. 24, д. 746, л.32.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПРОЕКТЫ, ЦИФРОВЫЕ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ

Оглавление

А. А. АРСЛАНОВА, И. И. ХУСАИНОВ 1743

ПРОЕКТИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЧС

Л.Т. Валеева 1746

ЭТАПЫ АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ

Р.Р. Гарипов, А.С. Сивков, М.Р. Гарипов 1750

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА «MEDSPACE»

А.В. Гиззатов, Р.Р. Валеева, К.А. Воробьева, Г.А. Галиева, Р.Г. Ишмурзина, Р.Р. Минязев 1752

ВЛИЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОЕКТОРОВ С DLP И 3LCD ТЕХНОЛОГИЯМИ НА СОСТОЯНИЕ АХРОМАТИЧЕСКИХ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

К.Э. Имамгаязова 1757

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ И КАПНОГРАФИЧЕСКАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ С КОГИНИТВНОЙ НАГРУЗКОЙ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Т.П. Кузьмина, Д.Н. Артемьев, А.А. Лыкина 1760

НОВЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ОБЩЕГО БЕЛКА И БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ В ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ И ПЛАЗМЕ КАК СПОСОБ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.О. Мещеряков, В.В. Удалов 1764

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВРЕМЕНИ ФОРМИРОВАНИЯ ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ О СОДЕРЖАНИИ МАРКЕРОВ ХОНДРО- И ОСТЕОГЕНЕЗА

Н.Г. Пахтусов 1767

ИНФОРМАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ РИСКА ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

А.А. Рогозина, Н.С. Козлова, Е.В. Мордвинова 1770

СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ

А. Т. Турлан 1774

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ГАДЖЕТОВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

И.И. ХУСАИНОВ, А.А. АРСЛАНОВА 1778

АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ПРИМЕРЕ САЙТА ЕИС

УДК 614.888.3

А. А. АРСЛАНОВА, И. И. ХУСАИНОВ

ПРОЕКТИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЧС

Научный руководитель – д.т.н., д.ф.н., доцент Р.В. Насыров

Кафедра технической кибернетики, Уфимский государственный авиационный технический университет, г. Уфа

Резюме. *Объектом данной работы является деятельность службы медицинского обеспечения подразделений МЧС. Предметом работы является лекарственное обеспечение подразделений МЧС.*

Ключевые слова: *медицинское обеспечение, бригада скорой медицинской помощи, лекарственные препараты, лекарственные средства, МЧС, медицинское снабжение.*

A. A. ARSLANOVA, I. I. KHUSAINOV

DESIGN OF INFORMATION SYSTEM OF SERVICE OF MEDICAL SUPPLY OF MES DIVISIONS

Scientific Advisor – Ph.D. in Engineering Science, Associate Professor of Pharmaceutical Sciences, Associate professor R.V. Nasyrov

Department of Technical Cybernetics, Ufa State Aviation Technical University, Ufa

Abstract. *The object of this work is the activity of the medical support service of the MES divisions. The subject of the work is the provision of medicines for the units of the Ministry of Emergency Situations.*

Keywords: *medical maintenance, medical provision, ambulance team, First Aid Team, accident-assistant squad, medicinal preparations, Ministry of Emergency Situations.*

Актуальность: Актуальность исследования заключается в проведении работы по своевременному адекватному оперативному учету состояний резерва, планированию комплектов и оперативной подготовке к выдаче необходимых комплектов лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Цель исследования: Целью является проектирование автоматизированной информационной системы, которая будет использоваться на рабочем месте и приводить к сокращению времени работы системы в целом за счет использования алгоритмов оптимизации размещения и к повышению достоверности актуальности данных о хранимом резерве.

Материалы и методы: Для отображения разбиения программной системы на структурные компоненты и связи между ними архитектура автоматизированной информационной системы выполняется в виде диаграммы компонентов языка представления UML 2.0 (рисунок 1).

Проектирование базы данных было выполнено в виде логической модели (рисунок 2), из которой впоследствии была разработана физическая модель.

Рис. 1. Архитектура автоматизированной информационной системы службы медицинского снабжения подразделений МЧС

Результаты и обсуждение: Модуль «Работа с учетными записями пользователей» подразумевает под собой авторизацию пользователей (вход в систему при наличии логина и пароля, регистрация пользователя при их отсутствии) и работу администратора, предоставляющего права на выполнение определенных действий пользователям программной системы или группе пользователей, а также проверяющего или подтверждающего данные права при попытке выполнения этих действий.

Модуль «Работа с перечнем лекарственных средств в БД» включает в себя создание новой записи о лекарственном средстве, ее редактирование, вывод на экран информации о лекарственном средстве, поиск данных. В данном модуле еженедельно проверяются сроки годности. Если сроки годности каких-либо лекарств подходят к концу, то формируется список лекарств под замену.

Модуль «Обработка запроса» проводит оптимизацию размещения лекарственных средств по медицинским контейнерам, т.е. происходит подбор наилучшего из возможных решений по составлению комплектов для каждого типа медицинской бригады и для каждого размера контейнера. В следствии чего формируется список лекарственных средств на выдачу.

Результатом работы модуля «Сформировать отчет» являются отчеты по имеющимся в наличии (в резерве) лекарственным средствам и выданным за последний год лекарственным препаратам.

При проектировании базы данных в ходе логического моделирования на первом шаге было предложено хранить данные в одном отношении, представленном в таблице, в котором хранится такая информация, как название лекарственного средства, его фармакологическая группа и международное название. Название лекарственного средства содержит следующие признаки: собственно, название препарата; форма выпуска лекарственного средства (раствор, таблетка и др.); тип упаковки (ампула, флакон, упаковка); характеристику упаковки (массу и количество в упаковке или объём и процентное содержание раствора); фармакологическую группу.

В данном отношении данные хранятся с большой избыточностью. Таким образом, первой нормальной формы недостаточно для правильного моделирования данных.

Проводится нормализация до второй нормальной формы (2НФ). Поле «Медицинская бригада» в разных записях может повторяться, то есть его можно выделить в самостоятельный домен, что является причиной выноса его в отдельную таблицу для устранения избыточности.

Название может повторяться для разных лекарственных форм. Это является основой для формального выделения собственно названия (словосочетания) в отдельный домен. Контейнер для размещения лекарственного средства также представляет собой отдельный домен.

Следующий домен – упаковка – это средство для транспортировки лекарственного средства. В него входят такие атрибуты: форма выпуска (раствор, таблетка, мазь), тип упаковки (ампула, флакон, бутыль и т.д.), тип характеристики упаковки и значение типа характеристики.

В таблице «Контейнер» хранятся сведения: код контейнера, наименование контейнера и его размер. Состав и размер контейнеров зависит от предполагаемых условий оказания помощи, характера поражений, а также количества людей, которым нужна помощь.

Таблица «Медицинское средство» является основной, в ней содержатся все данные о лекарственном средстве, его упаковке, массе, объеме, стоимости упаковки и контейнере, который будет использоваться при транспортировке лекарственного средства в зону ЧС.

В «таблице движения» хранятся сведения о движении лекарственных средств: серийный номер, срок годности, дата прихода, дата выдачи, код медицинского средства. В таблице «Набор медицинских средств» хранятся сведения о медикаментах для каждой специализированной медицинской бригады по табелю оснащения из расчета на десять пораженных и содержит поля: код набора медицинских средств, код медицинской бригады, код медицинского средства, количество препарата на десять пораженных и количество ампул (флаконов) в упаковке. В «таблице логинов» хранятся сведения о логинах и паролях пользователей: логин пользователя, пароль пользователя, предоставленные администратором права, ФИО и должность пользователя в организации.

На рисунке 2 представлен логический уровень представления данных.

Рис. 2. Логическая схема базы данных автоматизированной информационной системы службы медицинского снабжения подразделений МЧС

Заключение и выводы: В ходе работы были выполнены такие задачи:

1) Был проведен анализ предметной области, выявлены основные проблемы и особенности;

2) Основываясь на результатах анализа и полученных данных были спроектированы модули программной системы и база данных.

Список литературы:

1. Букаев О.Н. Медицина катастроф: задачи, основы организации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 92 с.
2. Трифонов С.В. Избранные лекции по медицине катастроф. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2001. – 304 с.
3. Федеральный закон «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 21.12.1994№ 68ФЗ, с изм. и доп. на 16.02.2016.
4. Шойгу С.К. Защита населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. – М.: МГФ Знание, 1999. – 588 с.

УДК 004.6

Л.Т. Валеева

ЭТАПЫ АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ

Научный руководитель – д. т. н., профессор Шахмаметова Г.Р.

Уфимский государственный авиационный технический университет

Резюме: *анализ и компьютерная обработка данных в настоящее время являются одним из самых актуальных направлений в научных исследованиях. Данная статья посвящена начальному этапу разработки методики анализа медицинских данных, с использованием статистического анализа, непараметрических методов и методов интеллектуального анализа данных.*

Ключевые слова: *обработка данных, анализ данных, медицинские данные.*

L.T. Valeeva

MEDICAL DATA ANALYSIS STAGES

Scientific Advisor – Doctor of Engineering, Full professor Shakhmametova G.R.

Ufa State Aviation Technical University

Abstract: *Data analysis and data processing are the most urgent topics in modern scientific researches. This article is devoted to the developing of the medical data analysis technique, which uses statistical analysis, nonparametric methods and methods of data mining.*

Keywords: *data processing, data analysis, medical data.*

Актуальность: На сегодняшний день применение методов компьютерного анализа данных получили широкое распространение во всех сферах человеческой деятельности. Принятие решений в любых областях, в том числе в медицине и здравоохранении базируется на анализе данных. Именно с помощью данных методов можно подтвердить или опровергнуть предположение, значимо доказать эффективность лечения, повысить эффективность диагностики и прогнозировать результаты лечения.

Цель исследования: Надежность результатов и быстрота проведения анализа напрямую связана с выбором подходящих методов анализа, умением наглядно представить имеющиеся данные, правильно интерпретировать результаты.

Материалы и методы:

Предлагаемая методика включает в себя 3 основных этапа анализа данных:

1. Начальный статистический анализ данных с применением средств MS Excel.
2. Статистический анализ данных с использование многомерного анализа данных и непараметрических методов.

3. Поиск скрытых закономерностей в данных с использованием средств интеллектуального анализа данных.

Рис. 1. Этапы методики анализа медицинских данных

Первый этап. Предварительное исследование данных является первым этапом в процессе их анализа и выполняется с целью выявления наиболее общих закономерностей и тенденций, характера и свойств анализируемых данных, законов распределения анализируемых величин. Результаты начального разведочного анализа не используются для выработки управленческих решений. Их назначение - помощь в разработке наилучшей стратегии углубленного анализа, выдвижение гипотез, уточнение особенностей применения тех или иных математических методов и моделей. Разведочный анализ помогает компактно и понятно описать структуру данных в визуальной форме, и далее ставить вопрос о дальнейшем более детальном исследовании данных с помощью статистического и интеллектуального анализа данных [1].

На рис. 2 и 3 представлены примеры реализации первого этапа анализа данных.

Рис. 2. Динамика острых отравлений в РБ за 2015-2016 гг.

Рис. 3. Структура острых отравлений в зависимости от возраста у мужчин и женщин

Второй этап. Следующим шагом исследования является более глубокое изучение данных с использованием методов статистического анализа.

По статистическим принципам, лежащим в основе методы подразделяются на:

§ параметрические (применяются главным образом для анализа нормально распределенных количественных признаков);

§ непараметрические (применяются для анализа количественных признаков независимо от их распределения и для анализа качественных признаков).

Непараметрические методы разработаны для тех ситуаций, когда исследователь ничего не знает о параметрах исследуемых данных. Медицинские данные являются разнородными, зачастую представляют собой смесь количественных и качественных показателей. Они труднее поддаются обработке, так как являются слабоструктурированными. Так же нельзя с точностью сказать, подчиняются ли данные нормальному распределению. Из-за подобных особенностей эффективнее будет применять методы непараметрического анализа, для обработки данных [2,3].

Для большинства классических приемов параметрической статистики имеется непараметрический аналог, который позволяет выполнить необходимые тесты и получить более корректные результаты.

В табл. 1 представлены основные задачи обработки медицинских данных с указанием параметрических и непараметрических методов, применяемых для решения данных задач.

Таблица 1. Параметрические методы и их непараметрические аналоги

Задачи	Методы	
	Параметрические	Непараметрические

Описательная статистика	Вычисление средних значений, средних квадратических отклонений и т.д.	Вычисление медиан и интерквартильных интервалов, пропорций
Сравнение двух независимых групп по одному признаку	Х-критерий Стьюдента для независимых выборок	Критерий Манна-Уитни, Колмогорова-Смирнова, Вальда-Вольфовица, x2, точный критерий Фишера
Сравнение двух зависимых групп по одному признаку	Х-критерий Стьюдента для зависимых выборок	Критерий Вилкоксона, критерий знаков, критерий МакНемара
Сравнение трех и более независимых групп по одному признаку	ANOVA	ANOVA по Краскелу-Уоллису, медианный критерий, критерий x2
Сравнение трех и более зависимых групп по одному признаку	Критерий Кокрана	ANOVA по Фридмену, критерий Кокрана
Анализ взаимосвязи двух признаков	Корреляционный анализ по Пирсону	Критерий x2, корреляционный анализ по Спирмену, Кендаллу, гамма и др.
Одновременный анализ трех и более признаков	Регрессионный анализ, дискриминантный анализ, факторный анализ, кластерный анализ	Логистический регрессионный анализ, логлинейный анализ, анализ древовидных диаграмм и др.

На рис. 4 и 5 представлены примеры результатов обработки данных с использованием непараметрических методов анализа, выполненные в пакете STATISTICA версии 13.2.

Рис.4. Результаты непараметрического анализа показателей смертности в двух группах (мужчины и женщины) с использованием коэффициента корреляции Спирмена

Рис. 5. Результаты дисперсионного анализа показателей смертности в двух группах (мужчины и женщины)

Третий этап. Технология интеллектуального анализа данных позволяет выявить среди больших объемов данных закономерности, которые не могут быть обнаружены стандартными способами обработки сведений, но являются объективными и практически полезными. С помощью этих методов исследователь может выявить 5 основных закономерностей данных.

Результаты и обсуждение: *Ассоциация* имеет место в том случае, если несколько событий связаны друг с другом. Если существует цепочка связанных во времени событий, то говорят о *последовательности*. С помощью *классификации* выявляются признаки, характеризующие группу, к которой принадлежит тот или иной объект. Это делается посредством анализа уже классифицированных объектов и формулирования некоторого набора правил. *Кластеризация* отличается от классификации тем, что сами группы заранее не заданы. Основой для всевозможных систем *прогнозирования* служит историческая информация, хранящаяся в виде временных рядов. Если удается построить найти шаблоны, адекватно отражающие динамику поведения целевых показателей, есть вероятность, что с их помощью можно предсказать и поведение системы в будущем. Все перечисленные закономерности применимы и к медицинским данным [5].

На рис. 6 и 7 представлены примеры результатов обработки данных с использованием логистической регрессии, выполненной в пакете Deductor Studio Academic 5.3.0.88.

Рис. 6. Коэффициенты регрессии ($P<0,05$)

Рис. 7. Качество классификации

Заключение и выводы: Предлагаемая методика анализа медицинских данных включает в себя три этапа - разведочный анализ данных, применение методов непараметрической статистики и интеллектуальный анализ данных. На первом этапе исследователь имеет возможность определить структуру данных, выявить основные динамики и состав данных, чтобы на основе полученной информации выдвигать обоснованные гипотезы. На втором этапе гипотезы проверяются с помощью статистических методов. Так как методика затрагивает тему анализа именно медицинских данных, то были выбраны непараметрические методы, позволяющие исследователю работать с данными, не подчиняющимися нормальному распределению и зачастую представленными небольшими и неполными выборками. Интеллектуальный анализ данных позволяет выявить скрытые закономерности в изучаемых данных, тем самым обнаружить новые, ранее неизвестные знания.

Список литературы:

1. Паклин Н. Б., Орешков В. И. Визуализация данных // Бизнес-аналитика. От данных к знаниям. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2013. — С. 173—210. — ISBN 978-5-459-00717-6.

2. Методы статистической обработки медицинских данных: Методические рекомендации для ординаторов и аспирантов медицинских учебных заведений, научных работников / сост.: А.Г. Кочетов, О.В. Лянг., В.П. Масенко, – М.: РКНПК, 2012. – 42 с.

3. Акулов В. А. Непараметрический анализ в задачах охраны здоровья // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - 2013. - №1. - С. 2-3.

4. Вуколов, Э. А. Основы статистического анализа. Практикум по статистическим методам и исследованию операций с использованием пакетов STATISTICA и EXCEL. – М.: Форум, 2010. – 464 с.

5. Дюк В., Самойленко А. Data Mining: учебный курс. — СПб.: Изд. Питер, 2001. — 368 с.

Р.Р. Гарипов, А.С. Сивков, М.Р. Гарипов

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА «MEDSPACE»

Научный руководитель- к.м.н. доцент Стрижков А.Е.
Кафедра анатомии человека , Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *в этой статье предоставлена новая медицинская информационная система (далее-МИС) «MedSpace», его функциональные и технические характеристики. Внедрение данной системы создаст единую базу информации пациентов в структуре частных клиник с максимальной экономической выгодой.*

Ключевые слова: *IT-технологии в медицины, медицинская информационная система, честные клиники, медицина.*

R.R. GARIPOV, A.S. SIVKOV, M.R. GARIPOV

MEDICAL INFORMATION SYSTEM «MEDSPACE»

Scientific adviser - Ph.D. Associate Professor Strizhkov A.E.
Department of Human Anatomy, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *this article provides a new medical information system "MedSpace", its functional and technical characteristics. The introduction of this system will create a single "cloud" of patient information in the structure of private clinics with maximum savings.*

Key words: *IT-technologies in medicine, medical information system, honest clinics, medicine.*

Актуальность: современные медицинские организации производят и накапливают огромные объемы данных. От того, насколько эффективно эта информация используется врачами, руководителями, управляющими органами, зависит качество медицинской помощи, общий уровень жизни населения, уровень развития страны в целом и каждого ее территориального субъекта в частности. Поэтому необходимость использования больших и при этом еще постоянно растущих объемов информации при решении диагностических, терапевтических, статистических, управленческих и других задач обуславливает сегодня создание информационных систем (ИС) в медицинских учреждениях.[1] Это позволит значительно интенсифицировать обмен информацией и скорость внедрения в повседневную практику последних достижений науки и практики, отвечающих задачам совершенствования и развития здравоохранения. Новые информационные технологии позволяют значительно повысить эффективность управления и решать комплексные проблемы здравоохранения путем оперативного доступа к специализированным базам данных [1].

Цель разработки: повышения качества оказания медицинских услуг.

Задачи, решаемые МИС:

1. Медицинская деятельность: управление движением медицинской информации, сбор статистики, электронная история болезни;
2. Финансово-хозяйственная деятельность: бухгалтерия, анализ финансово-хозяйственной деятельности, складской учет, организация лечебного питания;
3. Административная деятельность: учет кадров, обучение сотрудников, документооборот;
4. Научная работа: сбор и систематизация научных данных. [2]

Научная новизна предлагаемых в проекте решении, это разработка и внедрение гибридной информационной системы (с возможностью использования на портативных цифровых устройствах) для лечебных учреждении, с удаленным доступом к базам данных через технология NFC ("Near field communication") и с использование технологии электронной цифровой подписи.

Основные технические параметры: МИС «MedSpace» представляет собой гибридную информационную систему состоящая из нескольких модулей:

1. МИС «MedSpace: Stomatology »
2. МИС «MedSpace: Hospital »
3. МИС «MedSpace: Dispensary »
4. МИС «MedSpace: Veterinary »
5. МИС «MedSpace: Psychiatry »
6. МИС «MedSpace: Patient»

Каждая представленный модуль состоит из:

1. Защищенную базу данных MySQL
2. Программного обеспечения
3. NFC-карты и риддеры-является ключом для доступа к информации
4. Приложение для платформ Android и iOS для модуля «MedSpace: Patient »
5. Телекоммуникационного и сетевого оборудования

Процесс работы с МИС: у врача на персональном компьютере установлено программное обеспечение в соответствии с его специальностью. Все данные пациентов будут хранится в защищенной базе данных в цифровом виде, документы требующие подписи будут отмечены электронной цифровой подписью (далее-ЭЦП). Пациент свои результаты анализов, данные инструментальных и других исследовании могут получит в своем личном кабинете в модуле «MedSpace: Patient». Все данные в МИС будут защищены по международному стандарту ISO/IEC 27002.

Рынок: потенциальным рынком для нашего продукта являются частные клиники различных профилей

Имеющиеся аналоги: аналогами на рынке являются:

1. «ПРОМЕД» (г.Пермь)

Нами проводился опрос практикующих врачей, которые каждый день используют данную систему в своей повседневной работе. Опрос показал, что из 150 опрошенных врачей, различных специальностей, 70% не довольны работы данной системой. Из причин были названы: «не удобный интерфейс», «система постоянно виснит».

2. БАРС (г.Казань)

Из недостаток данной системы можно выделить стоимость (более 800 000 рублей), нету мобильности, т.е система не интегрирован в платформы iOS и Android

3.MEDESK (г. Москва)

Недостатком являются низкий уровень конфиденциальности и не удобность интерфейса

Стадия проекта: на данный момент имеется рабочий прототип, который проходит лицензирование

После лицензирования программного обеспечения, летом 2017 года, планируется первый продажи продукта.

Заключение и выводы: новая медицинская информационная система «MedSpace»-это система, которая позволит врачам оперативно обрабатывать массивные данные, снизить вероятность врачебных ошибок, предоставит скорой медицинской помощи сведства оперативной связи и доступ к жизненно важным данным пациентов, а пациенты при это получать высоко квалифицируемую медицинскую помощь.

Список литературы:

1. Гегерь Э.В., Моисеева О.Д. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ НА ПРИМЕРЕ БРЯНСКОГО КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 11-8. – с. 1679-1682;
2.Халиулин А.Ю. ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ // Электронный научный журнал «SCI-ARTICLE»-2013.-№3.-с119-122.
УДК612.843.7: 378.172:681.775

А.В. Гиззатов, Р.Р. Валеева, К.А. Воробьева, Г.А. Галиева, Р.Г. Ишмурзина, Р.Р. Минязев

ВЛИЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОЕКТОРОВ С DLP И 3LCD ТЕХНОЛОГИЯМИ НА СОСТОЯНИЕ АХРОМАТИЧЕСКИХ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Б.М. Азнабаев
Кафедра офтальмологии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: *в работе проведено исследование влияния зрительной нагрузки при использовании проекторов с DLP и 3LCD технологиями на состояние ахроматических полей зрения обучающихся разных возрастных групп в системе последипломного дополнительного образования. Выявлено, что применение проекционного оборудования с DLP технологией вызывает уменьшение средних значений ахроматических полей зрения в определенных секторах у испытуемых обеих групп, а при использовании проектора с 3LCD технологией сужение наблюдается только у испытуемых старшей возрастной группы (40-60 лет).*
Ключевые слова: *поля зрения, периметрия, проектор, DLP технология, 3LCD технология, зрительная нагрузка.*

A.V. Gizzatov, R.R. Valeyeva, K.A. Vorobyeva, G.A. Galiyeva, R.G. Ishmurzina, R.R. Minyazev

INFLUENCE VISUAL LOAD WHEN USING THE PROJECTORS WITH DLP AND 3LCD TECHNOLOGY ON THE STATE OF VIEW FIELDS OF STUDYING

Scientific Advisor – Ph. D. in Medicine, Full professor B.M. Aznabaev
Department of Ophthalmology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *In this paper a study of the visual impact of the load when using DLP projectors and 3LCD technology on the state of achromatic fields of view of students of different age groups in the system of continuous medical education. It is revealed that the use of projection equipment with DLP technology causes a decrease in the average values of achromatic visual fields in certain sectors in subjects of both groups, and when using a projector with 3LCD technology, narrowing is observed only in subjects of the older age group (40-60 years).*
Keywords: *field of view, perimetry, projector, DLP technology, 3LCD technology, visual load.*

Актуальность: В современной высшей школе лекционный материал при стационарном и дистанционном обучении базируется на использовании тематических презентаций, отображаемых на экран с помощью видеопроекторов [1]. Существующие на сегодняшний день проекторы передают изображение на экран при помощи различных технологий. Наиболее распространены следующие технологии: 3LCD – трёхматричная и DLP – одноматричная, отличающиеся специфическим воздействием проекционных технологий на зрительную систему и общую утомляемость обучающихся [2].

Цель исследования: Сравнительная оценка влияния зрительной нагрузки при использовании проекционного оборудования с 3LCD и DLP технологиями на состояние ахроматических полей зрения, обследуемых разных возрастных групп.

Материалы и методы: До начала проведения исследовательской работы полное офтальмологическое обследование (рефрактометрию, визометрию с максимальной коррекцией, периметрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, проведение пробы Ширмера, исследование цветоощущения) прошли 20 человек – врачи, обучающиеся на курсе гигиены труда и профессиональных болезней Института дополнительного профессионального образования БГМУ в возрасте 25-62 лет, из них в процессе работы по разным причинам были исключены 4 человека. Всего от начала и до конца исследования под наблюдением находились 16 обследуемых на цикле повышения квалификации, из них 14 женщин (87,5%) и 2 мужчин (12,5%) в возрасте от 26 до 60 лет.

В исследование были включены практически здоровые лица без общей патологии и заболеваний органа зрения, аномалий рефракции средней и высокой степени. Все обучающиеся предварительно подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Обследуемые врачи по возрасту были разделены на две группы: в первую группу вошли лица от 25 до 40 лет, во вторую – от 40 до 60 лет. Обе группы в течение четырех академических часов с пятиминутными переменами каждые 45 минут воспринимали равноценный по сложности лекционный материал, сопровождающийся презентацией, содержащей как иллюстративный, так и таблично-текстовый материал.

В течение первой рабочей недели (5 дней) изображение проецировали на экран с помощью видеопроектора BENQ MX520 (однокристальная DLP технология). Затем, в течение следующей рабочей недели в аналогичном режиме представляли лекционный материал с мультимедиа сопровождением на проекторе Epson EB x18 (3LCD технология). Материал по курсу гигиены труда представлялся одним лектором, нагрузка на протяжении первой и второй рабочей недели была однородной по объему и смысловому содержанию. Исследование ахроматических полей зрения осуществляли до лекции, сразу после нее в первый и последний день каждой рабочей недели у всех испытуемых одновременно.

Кинетическую периметрию проводили на периметре Ферстера. Для определения наружных границ поля зрения использовали белый объект диаметром 4 мм. Исследуемый сидел спиной к источнику света, подбородок и лоб размещал на специальной подставке и фиксировал одним глазом белую метку в центре дуги. Второй глаз пациента закрывали. Объект вели по дуге от периферии к центру со скоростью 2 см/с. Исследуемый сообщал о появлении объекта. Определение наружных границ ахроматических поля зрения проводили по восьми меридианам (через 45 °).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics v.21., с применением стандартных методов описательной статистики с вычислением критерия достоверности, уровня значимости и анализом по t-критерию Стьюдента. Так же использовали критерий равенства средних для связанных выборок при отсутствии предположения о равенстве дисперсий, что подтверждалось критерием Ливиня при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: Сопоставление усредненных показателей ахроматических полей зрения у испытуемых обеих экспериментальных групп до и после предъявляемой нагрузки представлено в таблицах 1-4.

Таблица 1

Поля зрения на белый цвет у I группы при использовании проектора DLP

Поля зрения, N=16	До (1-й день)	После (1-й день)	До (5-й день)	После (5-й день)

Верхнее	53,5±1,32	50,5±1,76	52,9±1,90	47,18±1,81*
Верхне-внутр	59,2±1,98	57,0±1,95	60,3±1,68	58,2±1,84
Внутреннее	61,1±3,01	61,0±2,11	58,9±1,98	59,0±2,16
Нижне-внутр	56,2±1,88	55,4±1,39	55,7±1,44	53,3±1,86
Нижнее	66,5±2,38	65,0±2,10	66,4±1,95	64,0±1,38
Нижне-наружн	75,6±3,03	77,5±2,65	75,2±2,16	73,0±2,20
Наружное	86,0±1,96	80,5±1,38*	88,1±2,17	82,9±2,05
Верхне-наружн	63,0±1,59	62,1±1,74	62,6±1,56	61,2±1,16

*в сравнении с исходными данными (в 9 часов) в тот же день, $p<0,05$.

Таблица 2

Поля зрения на белый цвет у I группы при использовании проектора 3LCD

Поля зрения, N=16	До (1-й день)	После (1-й день)	До (5-й день)	После (5-й день)
Верхнее	53,1±2,11	51,6±2,31	52,2±1,97	51,8±2,06
Верхне-внутр	56,6±2,14	55,0±1,28	54,9±1,86	54,1±1,88
Внутреннее	58,7±1,94	58,1±1,42	57,7±1,69	57,4±1,64
Нижне-внутр	55,5±1,80	55,1±1,79	53,4±1,55	55,0±1,94
Нижнее	62,4±2,18	62,5±2,06	63,4±2,43	62,1±1,69
Нижне-наруж	73,9±3,02	75,0±1,65	74,6±2,73	76,1±1,92

Наружное	87,1±2,01	83,9±2,44	88,3±1,67	84,7±2,10
Верхне-наруж	62,5±1,82	63,8±1,95	63,0±2,01	63,1±1,99

Таблица 3

Поля зрения на белый цвет у II группы при использовании проектора DLP

Поля зрения, N=16	До (1-й день)	После (1-й день)	До (5-й день)	После (5-й день)
Верхнее	46,1±1,94	41,7±1,88*	46,9±2,02	42,1±1,74*
Верхне-внутр	52,7±1,37	50,1±1,85	52,1±1,64	49,5±1,88
Внутреннее	56,3±1,75	55,9±1,69	57,0±1,84	56,2±1,34
Нижне-внутр	53,1±2,14	52,4±1,70	54,1±2,33	54,2±2,11
Нижнее	64,1±1,62	62,6±2,49	63,8±2,18	62,0±1,68
Нижне-наруж	74,9±1,92	74,3±2,10	75,1±1,65	74,2±1,56
Наружное	79,3±2,15	76,7±1,84	80,4±2,74	74,2±1,48*
Верхне-наруж	56,2±2,24	55,1±2,16	56,1±1,98	53,4±2,20

*в сравнении с исходными данными (в 9 часов) в тот же день, $p<0,05$.

Таблица 4

Поля зрения на белый цвет у II группы при использовании проектора 3LCD

Поля зрения, N=16	До (1-й день)	После (1-й день)	До (5-й день)	После (5-й день)
Верхнее	46,1±1,59	45,5±1,83	46,7±1,52	42,0±1,57*
Верхне-внутр	53,0±1,84	52,2±1,55	52,8±2,06	51,1±1,49

Внутреннее	56,6±1,37	55,8±1,44	57,7±1,61	57,4±1,72
Нижне-внутр	54,2±2,07	52,0±1,92	53,5±1,94	51,9±1,64
Нижнее	64,2±1,75	61,8±1,47	63,1±1,77	62,5±2,18
Нижне-наружн	75,1±1,78	76,2±2,41	76,0±1,81	74,4±1,99
Наружное	82,8±1,68	76,0±1,28*	79,6±1,53	82,1±2,01
Верхне-наружн	57,0±1,95	56,2±1,81	55,7±1,75	56,3±1,39

*в сравнении с исходными данными (в 9 часов) в тот же день, $p<0,05$.

При использовании проектора DLP анализ результатов сравнения усредненных показателей полей зрения у испытуемых обеих экспериментальных групп было выявлено достоверное сужение верхнего поля зрения в первый и пятый день исследования, сочетающееся с сужением поля зрения с наружной стороны на пятый день во второй группе, сужение поля зрения снаружи в первый день у лиц первой группы. При использовании проектора 3LCD отмечалось достоверное сужение поля зрения снаружи в первый день и верхнего поля зрения на пятый день исследования во второй возрастной группе.

Заключение и выводы:

Зрительная нагрузка с использованием проекционного оборудования вызывает изменения ахроматических границ полей зрения.

При использовании проектора с DLP технологией при исследовании полей зрения у испытуемых обеих групп наблюдалось статистически достоверное уменьшение средних значений ахроматических полей зрения в определенных секторах. При использовании проектора 3LCD сужение наблюдалось только у испытуемых старшей возрастной группы.

Список литературы:

1. Сазонова Е.Н., Владимирова Л.П., Демидова О.В., Емельяненко Н.С., Калинина С.Ф., Плечева Л.И. Влияние зрительной нагрузки на состояние зрительной сенсорной системы и психофизиологические показатели учащихся высшей школы // Дальневосточный медицинский журнал. 2014. №1. С. 89-91.
2. Догадова Л.П. Состояние органа зрения и диспансерное наблюдение студентов медицинского института // Физиология и патология механизмов адаптации органа зрения. Владивосток, 1983. Т. 1.

УДК 616.24-073.173

К.Э. Имамгаязова

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ И КАПНОГРАФИЧЕСКАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ С КОГИНИТВНОЙ НАГРУЗКОЙ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Научный руководитель: д.м.н., профессор Р.Х. Зулкарнеев
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: *В данной работе представлен анализ капнограмм у больных гипертонической болезнью. Цель: оценить влияние кратковременной когнитивной стрессовой нагрузки на состояние легочной. Обследуемым с помощью капнографа фиксировали исходный уровень углекислого газа и измеряли уровень артериального давления. В результате имеется тенденция к гипокапнии. Показатели артериального давления в большинстве случаев снижаются.*

Ключевые слова: *Капнография, спирометрия, гипертоническая болезнь.*

K.E. Imamgayazova

CARDIOVASCULAR AND CAPOGRAPHY FUNCTIONAL TESTS WITH COGNITIVE LOAD OF PATIENTS WITH HYPERTENSION DISEASE

Research advisor: Ph.D. R.C. Zulkarneev
The Department of Internal Medicine Propaedeutics, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: *My project includes the results of capnogram in hypertensive patients. The aim of the research is impacting assessment of cognitive stress load to respiratory system. With help of capnograph we fixed the basal value of carbon dioxide and blood pressure. Consequently, there is a tendency for hypocapnia and in the majority of cases there is a decrease of blood pressure level.*

Keywords: *Capnography, spirometry, arterial hypertension.*

Актуальность: Нарушение содержания углекислого газа (CO_2) в организме тесно связано с развитием артериальной гипертензии, тахикардии, тревожности, снижения внимания и т.д. Для измерения содержания углекислого газа в выдахемом воздухе широко используется **к**апнография. Капнография позволяет оценить различные нарушения функции дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Капнограф состоит из системы забора газа для анализа и самого анализатора. Методы анализа газовой смеси : в современной клинической практике используются два основных метода: инфракрасная спектрофотометрия и масс-спектрометрия [1].

Морфология нормальной капнограммы : при графическом изображении парциального давления углекислого газа в дыхательных путях пациента в течение вдоха и выдоха получается характерная кривая.

Рис. 1. Нормальная капнограмма.

В конце вдоха в альвеолах содержится газ, парциальное давление углекислого газа в котором находится в равновесии с парциальным давлением его же в капиллярах легких. Газ, содержащийся в более центральных отделах дыхательных путей, содержит меньшее количество CO_2, а наиболее центрально расположенные отделы не содержат его вовсе (концентрация равна нулю). Объем этого газа, не содержащего CO_2 представляет собой объем мертвого пространства. С началом выдоха именно этот газ, лишенный CO_2, поступает в анализатор. На кривой это отражается в виде сегмента АВ. С продолжением выдоха в анализатор начинает поступать газ, содержащий CO_2 во все возрастающих концентрациях. Поэтому начиная с точки В отмечается подъем кривой. В норме этот участок (ВС) представлен почти прямой, круто поднимающейся вверх. Почти к самому концу выдоха, когда скорость воздушной струи снижается, концентрация CO_2 приближается к значению, которое называется концентрацией CO_2 в конце выдоха ($PetCO_2$). На этом участке кривой (CD) концентрация CO_2 изменяется мало, достигая плато. Наибольшая концентрация отмечается в точке D, где она вплотную приближается к концентрации CO_2 в альвеолах и может использоваться для приблизительной оценки PaCO2.

С началом вдоха в дыхательные пути поступает газ без CO_2 и концентрация его в анализируемом газе резко падает (сегмент DE).[2] Если не происходит повторного использования отработанной газовой смеси, то концентрация CO_2 остается равной или близкой нулю до начала следующего дыхательного цикла. Если такое повторное использование происходит, то концентрация будет выше нуля и кривая будет выше и параллельна изолинии.

Гиповентиляция — это состояние газообмена, при котором объем вентиляции легких недостаточен для поддержания нормального напряжения CO2 в артериальной крови. Признаком гиповентиляции служит повышение $PetCO_2$ сверх 43 мм рт. ст. и возрастание высоты волн капнограммы на дисплее.

Гипервентиляция — это состояние газообмена, при котором объем легочной вентиляции избыточен по отношению к текущим потребностям организма, что приводит к снижению напряжения CO_2 в артериальной крови. [3]Минутный объем вентиляции избыточен, если $PetCO_2$ ниже 34 мм рт. ст., что соответствует концентрации CO_2 менее 4,5 % (при нормальном атмосферном давлении). На капнограмме при гипервентиляции обнаруживается снижение волн [4].

Цель исследования: оценить влияние кратковременной когнитивной стрессовой нагрузки на состояние легочной вентиляции по данным капнографии и данных артериального давления у больных гипертонической болезнью и в контрольной группе.

Материалы и методы: Для создания стрессовой когнитивной нагрузки использовалась компьютерная игра Temple Run, требующая от игрока повышенного внимания и быстрого принятия решений в условиях ограниченного времени. Длительность игры 5 мин.

Обследуемым с помощью капнографа фиксировали исходный уровень углекислого газа в выдыхаемом воздухе $PetCO_2$ проводили измерение уровня артериального давления , затем обследуемые в течение 5 мин. играли в компьютерную игру под наблюдением исследователя. После ее окончания с помощью капнографа повторно фиксировали уровень углекислого газа выдыхаемом воздухе и уровень артериального давления.

Исследование проводилось на базе ГКБ №21 в период с декабря 2016 по февраль 2017 года. В эксперименте приняли участие 21 человек. Из них 8 были в составе контрольной группы, а 14 человек страдали гипертонической болезнью.

Результаты и обсуждения: В контрольной группе, в которой до прохождения игры имелась тенденция к гипокапнии и гипервентиляция, показатели уровня углекислого газа во вдыхаемом и выдыхаемом воздухе после прохождения игры улучшились на 40% (рис.2.).

Рис. 2. Тип вентиляции по PET CO2 в контрольной группе и в группе больных гипертонической болезнью

Группа больных гипертонической болезнью отличается значительно более частыми проявлениями гиперкапнии, чем в контрольной группе. Но все же в группе до прохождения игры имеется тенденция к гипокапнии. После прохождения игры в большинстве случаев у пациентов с гипокапническим типом вентиляции также остается тенденция к гипокапнии. У пациентов же с гиперкапническим типом вентиляции показатели углекислого газа становятся ближе к нормокапническим.

В контрольной группе, показатели артериального давления у большинства практически не изменились. (рис. 3.)

Рис. 3. Исследование АД в контрольной группе и в группе больных гипертонической болезнью в мм.рт.ст.

В группе больных гипертонической болезнью после прохождения игры наблюдается тенденция к снижению систолического артериального давления.

Заключение и выводы: Таким образом, можно сделать вывод, что в условиях стрессового фактора, показатели уровня углекислого газа в выдыхаемом воздухе у пациентов с гипертонической болезнью имеют тенденцию к гипокапнии, что говорит о наличии гипервентиляционного синдрома. Показатели артериального давления, которое в большинстве случаев у пациентов было выше нормы, снижаются, что можно назвать положительным эффектом прохождения данной игры. Предположительно, это произошло из-за того, что для пациентов данное испытание стало возможностью отвлечься от беспокойства за свое здоровье. Также такой результат возможен из-за того, что стрессовый фактор воздействовал короткий период времени (5 мин). Большинство пациентов отнеслись к данному эксперименту положительно.

Функциональная проба с кратковременной стрессовой когнитивной нагрузкой может быть использована для комплексной диагностики состояния нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Список литературы:

1. B.Al-Shaikh, S.Stacey Essentials of anaesthetic equipment, 1995, Churchill Livingstone
2. Moyle, A.Davey Ward’s anaesthetic equipment, 4-th edition, Saunders, 1998
3. S.A. Ward The Capnogram – Scope and Limitations Seminars in Anesthesia, 1987, vol6, N3, pp 216 – 228
4. Swedlow Capnometry and Capnography: The Anesthesia Disaster Early Warnning System, 1986 , vol5, N3 pp194-205

УДК 616.153.96-072.85:616-006-07

Т.П. Кузьмина, Д.Н. Артемьев, А.А. Лыкина

НОВЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ОБЩЕГО БЕЛКА И БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ В ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ И ПЛАЗМЕ КАК СПОСОБ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научные руководители – д.м.н., профессор И.Л. Давыдкин, д.ф-т.н, профессор В.П. Захаров
ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ, г. Самара, ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский университет» им. академика С.П. Королева, г. Самара

Резюме: *изменения концентрации общего белка и белковых фракций являются одними из важнейших критериев для ранней диагностики и оценки степени прогрессирования ряда онкогематологических заболеваний. Для малоинвазивной оценки соотношений белковых фракций предложен метод спектроскопии комбинационного рассеяния. Полученные результаты показывают возможность определения биохимического состава альбумина и глобулинов крови при помощи спектрального метода. Метод спектроскопии комбинационного рассеяния позволяет определить концентрацию общего белка в плазме крови с точностью до 7 г/л, коэффициент корреляции при этом равен 0,92.*

Ключевые слова: *альбумин; глобулины; плазма крови; малоинвазивные исследования; спектроскопия комбинационного рассеяния света.*

T.P. Kuzmina, D.N. Artemyev, A.A. Lykina

A NEW METHOD FOR DETERMINING THE CONCENTRATION OF TOTAL PROTEIN AND PROTEIN FRACTIONS IN WHOLE BLOOD AND PLASMA AS A METHOD OF EARLY DIAGNOSTICS OF ONCOLOGICAL DISEASES

Scientific Advisor - doctor of medical Sciences, Full professor I.L. Davydkin, doctor of physics and technical Sciences, Full professor V.P. Zakharov
Samara State Medical University, Samara, Samara University, Samara

Abstract: *changes in the concentration of total protein and protein fractions are one of the most important criteria for early diagnosis and assessing the degree of progression of several hematological diseases. For minimally invasive evaluation of correlations of protein fractions, the proposed method is Raman spectroscopy. The obtained results show the possibility of determining the biochemical composition of albumin and globulins of blood using spectral method. The method of Raman spectroscopy allows to determine the concentration of total protein in blood plasma with an accuracy of up to 7 g/l, the coefficient of correlation is 0,92.*

Key words: *albumin; globulin; blood plasma; minimally invasive research; spectroscopy of Raman scattering of light.*

Актуальность: изменения концентрации общего белка и белковых фракций являются одними из важнейших критериев для ранней диагностики и оценки степени прогрессирования ряда онкогематологических заболеваний. В норме в сыворотке крови определяется: общий белок – 65-85 г/л, альбумин - 52-62% (35-50 г/л), альфа1-глобулин – 2-5%, альфа2-глобулин - 5-9%, бета-глобулин – 8-12%, гамма-глобулин – 15-22%. Повышение концентрации общего белка в сыворотке крови может свидетельствовать о наличии у пациента таких патологий, как множественная миелома, злокачественные опухоли, ревматоидный артрит, хронический гепатит и т.д. Снижение данного показателя может указывать на наличие у больного заболеваний печени (гепатиты, циррозы, опухоли и метастазы), почек, заболеваний желудочно-кишечного тракта (панкреатиты, энтероколиты), тиреотоксикоза, анемии. Многие онкологические заболевания провоцируют повышенную или сниженную секрецию определенных белковых фракций [1]. Основными методами определения концентрации общего белка и белковых фракций в крови является исследование биохимического анализа крови, электрофорез белковых фракций. Данные методы являются инвазивными, затратными по времени и реактивам, требуют определенной подготовки врача-лаборанта, являются дорогими методами диагностики. Преимущества малоинвазивного метода анализа белковых компонентов крови очевидны - оперативность (10 минут на 1 пациента), отсутствие необходимости в использовании реактивов, поддерживающих сред, процедуры центрифугирования, меньшее количество забираемой крови (0,15 – 1,0 мл), возможность непрерывного мониторинга, уменьшение риска инфицирования, уменьшение стоимости анализа, снижение требований к квалификации персонала.

Цель исследования: усовершенствовать раннюю диагностику онкологических заболеваний с помощью малоинвазивной методики определения концентрации общего белка и белковых фракций в плазме и цельной крови методом спектроскопии комбинационного рассеяния.

Материалы и методы: для малоинвазивной оценки концентрации общего белка и белковых фракций использовался метод спектроскопии комбинационного рассеяния.

Наша экспериментальная установка схематически представлена на рис. 1 и включала в себя термостабилизированный лазер; оптический модуль, включающий линзу (Л) узкополосный фильтр (УПФ), широкополосный фильтр (ШПФ) и дихроичное зеркало (ДЗ); исследуемый образец; 3-х зеркальный спектрограф 4 Sharmrock SR-303i с интегрированной камерой ANDOR DV-420A-OE, матрица которой захолаживается до -60°С (спектрометр); портативный компьютер (ПК).

Рисунок 1. Принципиальная схема экспериментальной установки.

В качестве объекта исследования использовалась плазма крови человека и цельная кровь. Плазма - белковая жидкость слегка желтоватого цвета, в которой взвешены клеточные элементы крови. В состав плазмы входит 90-92% воды и 8-10% органических и неорганических веществ. Органические вещества: белки крови (7-8%), глюкоза в концентрации 80-120 мг%, липиды – 0,5%, аминокислоты, различные продукты обмена (мочевина, мочевая кислота и др.), ферменты и гормоны. Белки плазмы методом электрофореза могут быть разделены на 3 группы: альбумины, глобулины и фибриноген. Альбумины составляют 50 - 60% всех белков плазмы, их фракция гомогенна. Норма - 35—50 г/л. Глобулины образуют комплексные соединения с углеводами, липидами, полисахаридами, связывают гормоны, микроэлементы. Альфа-1-глобулины – 2-5%. Во фракции доминирует альфа1-антитрипсин – ингибитор протеиназ (2,0-2,4 г/л). Альфа-2-глобулины – 5-9%. Фракцию формируют в основном альфа-2-макроглобулин (1,50-3,50 г/л) и гаптоглобин (0,8-2,7 г/л). Бета-глобулины – 8-12%, трансферрин (2,20-4,0 г/л), апоВ-100, комплемент С3. Гамма-глобулины – 15-22% (8–16 г/л). Фракция гамма-глобулинов включает иммуноглобулины (IgG - 75-80% от всех иммуноглобулинов; IgM – 5-10%; IgA – 10-15%; IgE

– в следовых количествах), агглютинины, многие факторы системы свертывания крови. Альбумин - глобулиновый коэффициент — отношение количества альбуминов к глобулинам в сыворотке крови; в норме равно 1,5—2,3. Белок стабилен в плазме и сыворотке в течение 1 недели при комнатной температуре, до 2 месяцев при t -20°С. Цельная кровь состоит из плазмы (50-60%) и форменных элементов (50-40%), взвешенных в ней. По уровню общего белка и белковых фракций значительно не отличается от плазмы [3].

Забор крови у пациента осуществлялся с утра, строго натощак. Использовались иглы и вакуумные пробирки с антикоагулянтом этилендиаминтетраацетатом (ЭДТА). Для получения качественного результата анализа пробирка оставлялась на 30 мин - 1 час в холодильнике при t - + 4 - 8 °С для отделения плазмы от форменных элементов. В ходе экспериментов, цельная кровь и плазма крови были помещены в алюминиевую кювету (объем 0,9 мл, высота 45 мм) для усиления комбинационного рассеяния. Одновременно вторая пробирка с забранной у того же пациента кровью направлялась в лабораторию, где подвергалась центрифугированию и последующему стандартному анализу методом электрофореза.

Результаты и обсуждение: основной задачей данной работы была надежная регистрация сигналов комбинационного рассеяния и изучение их спектральных характеристик для цельной крови и плазмы крови с различными концентрациями альбумина и глобулинов. На рисунке 2 представлены типичные спектры комбинационного рассеяния белков крови. Видно, что максимальная интенсивность в спектре КР плазмы крови относятся к группе 1650 $см^{-1}$, что соответствует вибрации Амида I. Наряду с этой группой наблюдались полосы 856 $см^{-1}$ (тирозин), 890, 944 $см^{-1}$ (вибрации СС связи), 1004 $см^{-1}$ (фенилаланин), 1300 - 1343 $см^{-1}$ (деформация СН-связи) и 1436 - 1460 $см^{-1}$ (деформация CH_2 связи), 1550 $см^{-1}$ Амид II (изгиб NH и валентные моды СН).

Рисунок 2а. Спектры комбинационного рассеяния после предварительной обработки (SNV) образцов цельной крови от 21 пациента.

Рисунок 2б. Спектры комбинационного рассеяния после предварительной обработки (SNV) плазмы крови от 21 пациента.

Главным отличием спектров цельной крови и плазмы является различная относительная интенсивность спектральных полос, особенно в 800 - 950 $см^{-1}$ и 1530 - 1570 $см^{-1}$ (рис. 2).

На следующем этапе, спектры комбинационного рассеяния цельной крови и плазмы крови с различной концентрацией белков были проанализированы с помощью линейного регрессионного анализа. Линейный регрессионный анализ (PLS) был использован для визуализации основной информации из многомерного спектрального набора данных, включающего в себя образцы цельной крови и плазмы крови (142 спектра от 21 пациента с различной концентрацией белков).

Результаты прогнозирования линейного регрессионного анализа концентрации общего белка в образцах цельной крови и плазмы крови показаны на рис. 3. Видно, что предсказанные значения совпадают с эталонными концентрациями и вычисленный коэффициент корреляции (R^2) между этими двумя значениями равен 0,65 для цельной крови (а) и 0,92 для плазмы крови (б). Кроме того, было рассчитано среднеквадратическое отклонение (RMSE) для показателей образцов цельной крови и плазмы крови, значение которого составило 12,3 и 7,1 соответственно.

Рисунок 3. Результаты прогнозирования с помощью линейного регрессионного анализа цельной крови образцы (21) с различной концентрацией белка 48 - 162 г/л.

Рисунок 3. Результаты прогнозирования с помощью линейного регрессионного анализа в плазме крови образцы (21) с различной концентрацией белка 48 - 162 г/л.

Были рассчитаны коэффициенты корреляции (R^2) для всех, исследуемых показателей. В плазме крови R^2 для общего белка составил 0,92, для альбумина – 0,77, для альфа-глобулина – 0,79, для гамма-глобулина – 0,74. Данные коэффициенты корреляции отражают сильную корреляционную связь между сравниваемыми показателями.

Заключение и выводы:

1. Спектроскопия комбинационного рассеяния света позволяет представить структуру и биохимический состав основных белковых фракций крови.

2. Предложенный метод позволяет определить концентрацию общего белка в плазме крови с точностью до 7 г/л, коэффициент корреляции (R^2) равен 0,92 (для клинического применения R^2>0,9).

3. Метод спектроскопии комбинационного рассеяния показал высокий потенциал для определения концентрации общего белка и белковых фракций в плазме и цельной крови, что позволяет широко использовать его в практическом здравоохранении.

Список литературы:

1. Давыдкин, И.Л., Куртов И.В., Хайретдинов Р.К., Степанова Т. Ю. Болезни крови в амбулаторной практике/ И.Л. Давыдкин, И.В. Куртов, Р.К. Хайретдинов, Т.Ю. Степанова // Руководство – М: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 183 с.

2. Anderson, N. L. and Anderson, N. G., “The human plasma proteome: history, character, and diagnostic prospects,” Molecular & cellular proteomics: MCP 1 (11), 845-867 (2002).

3. Dingari, N. C., Horowitz, G. L., Kang, J. W., Dasari, R. R, and Barman, I., “Raman Spectroscopy Provides a Powerful Diagnostic Tool for Accurate Determination of Albumin Glycation,” PLoS ONE 7(2), e32406 (2012).

УДК 616-001.52

А.О. Мещеряков, В.В. Удалов

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВРЕМЕНИ ФОРМИРОВАНИЯ ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ О СОДЕРЖАНИИ МАРКЕРОВ ХОНДРО- И ОСТЕОГЕНЕЗА

Научный руководитель — старший преподаватель Н.И. Колосова, к.м.н., доцент В.А. Миханов
Кафедра биофизики и математики, кафедра патологической анатомии, Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

Резюме: *экспериментальное исследование проведено на 70 половозрелых крысах-самцах линии «Вистар». Животным под ингаляционным наркозом формировали открытый поперечный перелом средней трети диафиза левой большеберцовой кости.*
Животных выводили из опыта на 3, 14, 21, 28, 44 и 61 сутки. В биопсийном материале из костной мозоли при помощи специфических моноклональных антител были определены Osteocalcin (маркер созревания костной ткани), collagen II (маркер хондрогенеза) и collagen I (в нашем исследовании – маркер остеогенеза), а также относительная объёмная плотность (ООП).
Полученные результаты обработаны методом множественной корреляции и регрессии с использованием статистической программы «Statistica-10».
Используя полученную модель изучаемого процесса возможно определить давность перелома средней трети диафиза большеберцовой кости на основе маркеров хондро- и остеогенеза.

Ключевые слова: *регенерация, остеогенез, хондрогенез, математическая модель*

A.O. Meshcheryakov, V.V. Udalov

METHOD OF DETERMINING THE TIME FOR FORMING THE OPEN FRACTURE OF A LONG TUBULAR BONE BASED ON THE DATA ON THE CONCENTRATION OF MARKERS OF HONDRO- AND OSTEOGENESIS

Scientific Advisor — the senior lecturer N.I. Kolosova, PhD, Associate Professor V.A. Michanov
Department of Biophysics and Mathematics, Department of Pathological Anatomy, Orenburg State Medical University, Orenburg

Abstract: *an experimental study was performed on 70 mature male rats of the Wistar line. Animals under inhalation anesthesia formed an open transverse fracture of the middle third of the diaphysis of the left tibia.*
The animals were withdrawn from the experiment on days 3, 14, 21, 28, 44 and 61 days. In the biopsy material from bone callus, Osteocalcin (bone marrow maturation marker), collagen II

(marker of chondrogenesis) and collagen I (in our study - the marker of osteogenesis), and also the relative bulk density (RBD) were determined using specific monoclonal antibodies.
The obtained results were processed by the method of multiple correlation and regression using the statistical program "Statistica 10".
Using the obtained model of the studied process, it is possible to determine the prescription of the fracture of the middle third of the tibial diaphysis on the basis of markers of chondro- and osteogenesis.
Key words: *regeneration, osteogenesis, chondrogenesis, mathematical model*

Актуальность: ежегодно в мире травматизм, связанный с переломами костей постоянно растет [7]. В связи с этим, перед современной медициной возникает задача стимуляции посттравматической регенерации костной ткани.

Прогнозирование характера течения процесса регенерации костной ткани позволяет предпринять меры по предупреждению неблагоприятных осложнений, улучшить результаты лечения, определение момента формирования перелома расширит арсенал методов судебно-медицинской экспертизы.

В настоящее время проводятся многочисленные экспериментальные исследования по разработке и внедрению в клиническую практику лекарственных препаратов – стимуляторов костной регенерации, или остеорепарантов [10, 12-13]. В связи с чем, возникла необходимость в объективной количественной оценке характера и дальнейшего прогноза процесса заживления переломов костей в условиях эксперимента. Известны способы оценки заживления ран матки [4-6] и кожи [9] с применением методов морфометрии и математического моделирования, но все они направлены на оценку заживления других тканей и не пригодны для оценки характера заживления переломов костей. Также известны способы оценки заживления костной ткани основанные на измерении динамики звукопроводимости конечности [1] или костной ткани [2,8]. Наиболее близким из которых, к предлагаемому нами способу, является способ диагностики выраженности репаративного процесса при сращении переломов длинной кости [2], включающий лучевое и ультразвуковое исследования, отличающийся тем, что авторы сопоставляют количественную динамику звукопроводимости по кости и накопление активности радиофармпрепарата в зоне перелома. К недостаткам вышеперечисленных известных способов оценки заживления костной ткани следует отнести отсутствие возможности прогнозирования динамики репаративного процесса; трудоемкость, сложность выполнения, наличие специального дополнительного дорогостоящего оборудования. Также эти методы не могут быть использованы для анализа архивного материала, так как ограничиваются только лучевым и ультразвуковым исследованием и не могут быть использованы для характеристики состояния гистоархитектоники ткани, в связи с чем отсутствует возможность анализа органотипичности костного регенерата, и, как следствие, установления стадии и срока остеорепарации в конкретный момент времени, что в совокупности делает непригодным использование этих методов для решения экспериментальных научных задач.

Цель исследования: разработка метода определения давности перелома средней трети диафиза большеберцовой кости на основании данных о содержании маркеров хондро- и остеогенеза.

Материалы и методы: экспериментальное исследование проведено на 70 половозрелых крысах-самцах линии «Вистар». Животным под ингаляционным наркозом формировали открытый поперечный перелом средней трети диафиза левой большеберцовой кости. Осуществлена естественная иммобилизация посредством сохранившей целостность малоберцовой кости.

Животных выводили из опыта на 3, 14, 21, 28, 44 и 61 сутки. Исследования проводили с использованием гистологических, иммуногистохимических методов и морфометрии. В биопсийном материале из костной мозоли при помощи специфических моноклональных

антител были определены Osteocalcin (маркер созревания костной ткани), collagen II (маркер хондрогенеза) и collagen I (в нашем исследовании – маркер остеогенеза). Для определения относительной объёмной плотности (ООП) иммуногистохимически выявленных белков межклеточного матрикса, рассчитываось отношение суммарной площади выделенных областей в изображении (содержащих соответствующий белок) к общей площади цифровой микрофотографии по формуле: ООП (%) = (Sa / St)×100, где ООП – относительная объемная плотность; Sa - суммарная площадь всех областей в анализируемом изображении, содержащих исследуемый белок; St - общая площадь цифровой микрофотографии.
Полученные результаты обработаны методом множественной корреляции и регрессии с использованием статистической программы «Statistica 10».
Результаты и обсуждение: на основе имеющихся данных получено уравнение множественной регрессии t= -7.00041 + 34.93413ОС + 0.46838ColI - 0.22592ColII; (t — время с момента образования перелома; ОС – относительная объемная плотность остеокальцина, ColI – относительная объемная плотность коллагена I, ColII – относительная объемная плотность коллагена II). Анализ наблюдаемых и предсказанных величин показывает, что все наблюдаемые значения хорошо укладываются в 95% доверительный интервал.
Результаты и выводы: Используя полученную модель изучаемого процесса возможно определить давность перелома средней трети диафиза большеберцовой кости на основе маркеров хондро- и остеогенеза.
Список литературы:

1. Анисимов А.И., Грязнухин Э.Г., Корнилов Н.В., Каныкин А.Ю., Абдурахманов И.Т., Мазуркевич Е.А., Парвез Али. Патент RU 2181031, 10.04.2002. Способ диагностики хода сращения переломов трубчатых костей.
2. Барабаш А.П., Гордиенко В.П., Тишков Н.В. Патент RU 2194448 C2, 20.12.2002. Способ диагностики сращения переломов длинной кости.
3. Вавилова Т.П. Биохимия тканей и жидкостей полостей рта: учебное пособие. - 2-е изд., испр. и доп. - 2008. - 208 с.
4. Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Мащакевич Л.И. Патент RU 2169370 C1, 20.06.2001. Способ оценки заживления раны на матке после операции кесарево сечения.
5. Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Мащакевич Л.И. Патент RU 2175524 C1, 10.11.2001. Способ оценки заживления раны на матке после операции кесарево сечения.
6. Крамарский В.А., Раевская Л.Ю., Дудакова В.Н. Патент RU 2216275 C1, 26.07.2001. Способ прогнозирования характера заживления раны матки после операции кесарево сечение.
7. Марков Д.А. Стимуляция репаративного гистогенеза при лечении диафизарных переломов длинных костей // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Саратов, 2008. – 23 с.
8. Минасов Т.Б., Минасов И.Б. Патент RU 2286716, 10.11.2006. Способ диагностики выраженности репаративного процесса при переломах длинных трубчатых костей.
9. Осинцев Е.Ю., Слободской А.Б. Патент RU 2102755, 20.01.1998. Способ определения скорости заживления раневой поверхности.
10. Попков А. В. Стимуляция репаративной регенерации костной ткани при диафизарных переломах (экспериментальное исследование) / А. В. Попков, Д. А. Попков, Ю. М. Ирьянов и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – №9. – С. 82-88.
11. Свидетельство на товарный знак (знак обслуживания) № 433087 «Винфар» / Правообладатель Никитенко В.И. Зарегистрировано 23 марта 2011 г.
12. Chen K. Low intensity pulsed ultrasound stimulation (LIPUS) has been clinically applied to promote bone fracture healing in the orthopedic field / K. Chen, J. Hao, K. Noritake, et al. Open Journal of Regenerative Medicine. 2013; 2 (1): 8-14.

13. Seeherman H., Wozney J.M. Delivery of bone morphogenetic proteins for orthopaedic tissue regeneration // Cytokine Growth Factor Rev. — 2005. — Vol. 16. — P. 329–345.

УДК 004.942

Н.Г. Пахтусов

ИНФОРМАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ РИСКА ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Научный руководитель: д.м.н. Корженевский А.А., к.т.н. Лакман И.А.
Факультет информатики и робототехники, Уфимский государственный авиационный технический университет, г. Уфа.

Резюме. *Информационные системы оценки риска (СОР) отторжения трансплантата при трансплантации почки имеют важное значение при назначении режима иммуносупрессии. Значительное количество СОР отторжения трансплантатов уже используется в мировой практике, однако не существует информационной СОР для оценки риска отторжения почки в виде программного приложения, которая в полной мере использовала бы данные анализов донора и реципиента.*

Ключевые слова: *информационная система оценки риска, трансплантация почек.*

N.G. Pakhtusov

INFORMATION MODEL OF KIDNEY TRANSPLANTATION RISK MANAGEMENT SYSTEM

Scientific Advisor: Ph. D. of Medicine Korzhenevsky A.A., Ph. D. Lakman I.A.
Informatic and Robotic Department,
Ufa State Aviation Technical University, Ufa.

Abstract. *Information risk management systems are very important in the appointment of the immunosuppression regimen in case of the kidney transplantation. A significant number of risk management systems is already used in world practice. Nevertheless, there is no a risk management software for the estimation of the kidney rejection risk that fully analyze donor's and recipient's analysis data.*

Keywords: *risk management system, kidney transplantation.*

Актуальность: Трансплантация почек – очень сложная и дорогостоящая операция. Нередко реципиентам приходится ждать в очереди для получения трансплантата несколько лет.[1]

Трансплантация почки является единственным выбором для большинства пациентов, находящихся на диализе.[2] Однако, научная литература говорит о высокой смертности после трансплантации – от 1% до 4% у пациентов с хронической почечной недостаточностью. Этот показатель ещё выше у пациентов с сахарным диабетом и может увеличиваться ещё в пять раз при чрезвычайных ситуациях.[3,4]. На сегодняшний день отсутствует оптимальный стандартный режим иммуносупрессии после трансплантации

почки. Все пациенты различаются по риску развития отторжения или потери трансплантата, и с учетом этого обстоятельства протоколы иммуносупрессии должны быть индивидуализированными. Выбор протокола начальной иммуносупрессивной терапии основывается на оценке иммунологического статуса реципиента и особенностей почечного трансплантата. От правильно принятых решений врача зависит вероятность приживания трансплантата и вероятность появления осложнений.[5]

Системы оценки риска широко применяются в различных областях медицины для того, чтобы оценить вероятность отторжения трансплантированных органов в количественном выражении.[6,7,8,9,10]

Например, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II – система оценки риска, которая позволяет на основе данных пациента о возрасте, давлении и некоторых других факторах определить риск смерти пациента, поступившего в отделение интенсивной терапии.[10]

Существует множество шкал, которые позволяют оценить риск при трансплантации аллогенных стволовых клеток.[11] Например, существует шкала, оценивающая риск смерти человека с трансплантированными аллогенными стволовыми клетками используя данные о времени и частоте инфекционных заболеваний реципиента.[12]

Также существует система оценки риска после трансплантации костного мозга. В этой шкале для анализа используются такие факторы, как возраст пациента, стадия заболевания, время после постановки диагноза, пол донора и реципиента.[13]

Разработана шкала для оценки риска смерти в период до 1 месяца после трансплантации печени, использующая такие факторы, как вес, индекс массы тела, Model for End-Stage Liver Disease (MELD) и другие. Шкала позволяет оценивать риск смерти пациента в течение следующих трёх месяцев после трансплантации.[14]

Существует также шкала оценки риска при трансплантации сердца, использующая 12 различных факторов и позволяющая оценить риск смерти в течение одного года после трансплантации.[15]

Для оценки риска отторжения трансплантированных почек также разработаны специальные шкалы – например, шкала, рассчитывающая риск, используя показатели социально-экономического статуса донора и реципиента.[16] Однако не существует информационной СОР для оценки риска отторжения почки в виде программного приложения, которая в полной мере использовала бы данные анализов донора и реципиента.

В связи с этим возникает необходимость разработки автоматизированной информационной системы, позволяющей рассчитать риск отторжения трансплантата и рассчитать риск возможных осложнений после трансплантации.

Применение СОР в виде программного приложения позволит врачам-трансплантологам почек добиться следующих результатов:

- снижение смертности реципиента при трансплантации почки;
- облегчение последствий при трансплантации почки;
- повышение экономической эффективности процедуры трансплантации почек.

При проектировании информационной СОР следует учитывать, что самым существенным фактором влияния на приживаемость почки, являются генетические факторы, имеющие свои особенности для различных популяций, поэтому следует разрабатывать СОР на данных соответствующего региона проживания. Таким образом, начальным этапом создания программного приложения СОР является разработка информационной модели базы данных (БД) с целью обеспечения хранения необходимого объема информации о результатах сбора анамнеза и различных анализов донора и реципиента.

Цель исследования: Целью настоящей работы является разработка информационной модели БД СОР отторжения трансплантата и возможных осложнений после трансплантации.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели использовались методы системного анализа научной литературы и методы информационного моделирования.

Результаты и обсуждение: Для обеспечения адекватности структуры БД функциональности предлагаемой информационной СОР, была разработана информационная модель БД, представленная на рисунке 1.

Рисунок 1: Схема структуры БД

Рис. 1. Информационная модель базы данных

Предлагаемая информационная модель БД позволит хранить необходимые для информационной СОР отторжения трансплантата данные.

Заключение и выводы: Проведен анализ научной литературы предметной области. По результатам анализа обоснована необходимость разработки информационной СОР в виде программного приложения с целью обеспечения снижения смертности реципиентов и вероятности отторжения трансплантата при трансплантации почки. Предложена информационная модель БД, соответствующая требованиям к функциональности информационной СОР.

Результаты настоящей работы могут быть использованы при разработке информационной СОР в виде программного приложения.

Список литературы

1. *Sally Satel. A College Tuition Payment for Your Spare Kidney?* [Сайт] // Ежедневный интернет-журнал. URL: http://www.slate.com/articles/health_and_science/medical_examiner/2016/09/the_current_kidney_donation_system_is_failing_us.html (дата обращения: 12.04.2017).
2. Wolfe R. A. et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant //New England Journal of Medicine. – 1999. – Т. 341. – №. 23. – С. 1725-1730.
3. Krishnan M. Preoperative care of patients with kidney disease //American family physician. – 2002. – Т. 66. – №. 8. – С. 1471-6, 1379.
4. Gill J. S. et al. Quantification of the early risk of death in elderly kidney transplant recipients //American Journal of Transplantation. – 2013. – Т. 13. – №. 2. – С. 427-432.
5. Общероссийская общественная организация трансплантологов «Российское трансплантологическое общество». ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ. Национальные клинические рекомендации. 2013 год. [Сайт] // http://transpl.ru/images/cms/data/pdf/nacional_nye_klinicheskie_rekomendacii_po_transplantacii_pochki.pdf (дата обращения: 12.04.2017).
6. Breslow M. J., Badawi O. Severity scoring in the critically ill: part 1—interpretation and accuracy of outcome prediction scoring systems //CHEST Journal. – 2012. – Т. 141. – №. 1. – С. 245-252.
7. Casey B. M., McIntire D. D., Leveno K. J. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants //New England Journal of Medicine. – 2001. – Т. 344. – №. 7. – С. 467-471.
8. Teasdale G., Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale //The Lancet. – 1974. – Т. 304. – №. 7872. – С. 81-84.
9. Christensen E. et al. Prognostic Value of Child-Turcotte Criteria in Medically Treated Cirrhosis //Hepatology. – 1984. – Т. 4. – №. 3. – С. 430-435.
10. Salluh J. I. F., Soares M. ICU severity of illness scores: APACHE, SAPS and MPM //Current opinion in critical care. – 2014. – Т. 20. – №. 5. – С. 557-565.

11. Sorror M. L., Appelbaum F. R. Risk assessment before allogeneic hematopoietic cell transplantation for older adults with acute myeloid leukemia //Expert review of hematology. – 2013. – Т. 6. – №. 5. – С. 547-562.
12. Miller H. K. et al. Infectious Risk after Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation Complicated by Acute Graft-versus-Host Disease //Biology of Blood and Marrow Transplantation. – 2017. – Т. 23. – №. 3. – С. 522-528.
13. Gratwohl A. The EBMT risk score //Bone marrow transplantation. – 2012. – Т. 47. – №. 6. – С. 749-756.
14. Rana A. et al. Survival outcomes following liver transplantation (SOFT) score: a novel method to predict patient survival following liver transplantation //American Journal of Transplantation. – 2008. – Т. 8. – №. 12. – С. 2537-2546.
15. Weiss E. S. et al. Creation of a quantitative recipient risk index for mortality prediction after cardiac transplantation (IMPACT) //The Annals of thoracic surgery. – 2011. – Т. 92. – №. 3. – С. 914-922.
16. Gusukuma L. W., Silva Junior H. T., Pestana J. O. M. Risk assessment score in pre.

УДК 612.116.2

А.А. Рогозина, Н.С. Козлова, Е.В. Мордвинова

СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ

Научные руководители - д.м.н., профессор И.Л. Давыдкин, д.ф.-м.н., профессор В.П. Захаров, к.т.н., доцент В.Н. Конюхов
Кафедра госпитальной терапии с курсами поликлинической терапии и трансфузиологии, Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Кафедра лазерных и биотехнических систем
Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королёва, г. Самара

Резюме: В настоящее время такая стандартная медицинская манипуляция, как забор и последующий анализ крови, требует определённой специализации медицинского персонала, затраты времени, расходного материала. Кроме того представляется малодоступной в ряде отдаленных от крупных городов населенных пунктов.

Мы поставили перед собой цель изучить особенности определения содержания гемоглобина в крови спектрофотометрическим методом и выявить факторы, влияющие на точность измерений.

При сравнении результатов группы пациентов, полученных методом неинвазивного определения гемоглобина с результатами, полученными при выполнении общего анализа крови (ОАК) стандартным методом, было выявлено отклонение уровня гемоглобина у большинства пациентов на ± 20 г/л при использовании нашего прибора от результатов стандартного ОАК. При аналогичном сравнении в контрольной группе у большинства обследованных наблюдалось отклонение равное ± 10 г/л.

Ключевые слова: гемоглобин, кровь, неинвазивный метод, общий анализ крови.

A.A. Rogozina, N.S. Kozlova, E.V. Mordvinova

SPECTROPHOTOMETICAL METHOD OF IDENTIFICATION OF HEMOGLOBIN LEVEL IN BLOOD

Scientific Advisors- Ph. D. in Medicine Full Professor I.L. Davydkin, Ph. D. in Physics and mathematics Full Professor V.P. Zaharov, Candidate of Engineering Sciences Docent V.N. Konuhov
Department of hospital therapy with classes of outpatient therapy and transfusionology, Samara State Medical University, Samara
Department of laser and biotechnical systems
Samara University, Samara

Abstract: At present, such a standard medical procedures, like a fence and a subsequent blood test requires a certain specialization of medical staff time costs of consumables. Also it seems inaccessible in some remote areas.

We set a goal to study the features of the determination of hemoglobin in the blood spectrophotometry.

When comparing the results of the patients received a non-invasive method of determining the hemoglobin with the results obtained in carrying out a complete blood count (CBC) the standard method, the deviation of the level of hemoglobin was observed in most patients within ± 20 g / l when using our device on the results of the standard of the CBC. In a similar comparison to the control group in the majority of the surveyed observed deviation equal to ± 10 g / l.

Keywords: hemoglobin, blood, non-invasive method, complete blood count.

Актуальность: В России одним из наиболее распространённых синдромов и самостоятельных заболеваний во всём мире является различной этиологии анемия с частотой возникновения 157 на 100 000 населения. Критериями для определения данного состояния у пациента служат уровень гемоглобина и эритроцитов в его крови. Кроме того в Российской Федерации второй по распространённости причиной смерти населения после сердечнососудистой патологии являются онкологические заболевания. Онкопатология кроветворной и лимфатической системы является особо актуальной медико-социальной проблемой. Частота возникновения данной патологии составляет 17,87 на 100 000 населения [3]. Онкогематологические заболевания включают в себя острые и хронические лейкозы, миелодиспластический синдром, лимфому Ходжкина, неходжкинские лимфомы, парапротеинемические гемобластозы. Все перечисленные заболевания являются приобретенными и возникают на разных этапах жизни человека. Ежегодно от ранее указанной патологии в России умирает 26 000 человек и в последние годы этот показатель имеет тенденцию к увеличению.

В настоящее время такая медицинская манипуляция, как забор крови с последующим анализом, требует определённой квалификации медицинского персонала, затраты времени, расходного материала, а также представляется малодоступной в ряде отдаленных населенных пунктов [5].

Цель: определение содержания гемоглобина неинвазивным методом и сравнение результатов анализа крови, полученных спектрометрическим методом и стандартными лабораторными методами.

Научная новизна: Применение мультиволнового спектрофотометрического метода в определении содержания гемоглобина в крови человека.

Материалы и методы: Объектом исследования являлись больные, находившиеся на стационарном лечении в отделениях гематологии №1 и №2 Клиник госпитальной терапии (КГТ) СамГМУ.

Нами изучалась способность мультиволнового спектрофотометрического метода с высокой точностью определять содержание гемоглобина в крови пациентов.

Проведено исследование 135 больных с медианой возраста 46±4 года. Контрольную группу составили 103 практически здоровых человека, сопоставимых по полу и возрасту.
Критерии включения:

- пациенты, находящиеся на стационарном лечении в отделениях гематологии №1 и №2 КГТ СамГМУ;
- наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения:
- отказ больного от обследования.

Проводились следующие обследования пациентов:
1.Общий анализ крови с подсчетом числа эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, гемоглобина, гематокрита, скорости оседания эритроцитов в лаборатории Клиник СамГМУ с помощью гематологического анализатора;
2.Определение содержания гемоглобина в крови мультиволновым спектрофотометрическим методом.

В группе пациентов основную часть занимают больные анемией, хроническим лимфолейкозом и множественной миеломой. Важным показателем для оценки уровня гемоглобина в крови является средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), которая является производным от уровня эритроцитов и гемоглобина, то есть величиной, значение которой изменяется аналогично цветовому показателю [1].

Из группы пациентов только больные хроническим лимфобластным лейкозом, хроническим миелобластным лейкозом, острым лимфобластным лейкозом, множественной миеломой и анемией имеют отклонения от нормы средней концентрации гемоглобина в эритроците, в связи с чем отклонение значений содержания гемоглобина, измеренных спектрометрическим методом пациентов больше, чем при обследовании контрольной группы [2].

Результаты и обсуждения: Проанализировав результаты исследования группы контроля, мы определили, что уровень гемоглобина находится в диапазоне от 110 до 164 г/л. При сравнении результатов группы пациентов, полученных методом неинвазивного определения гемоглобина с результатами, полученными при выполнении ОАК стандартным методом, было выявлено отклонение уровня гемоглобина у большинства пациентов на ± 20 г/л при использовании нашего прибора от результатов стандартного ОАК [4].

При аналогичном сравнении в контрольной группе у большинства обследованных наблюдалось отклонение равное ± 10 г/л.

На мировом рынке существуют аналоги данного прибора, это продукция американской компании Massimo. В результате проведённых ими исследований, разность значений показателей измеренных их приборами и лабораторным анализом, составляет ± 20 г/л. При ведении поиска причины данных отклонений мы предполагали, что влияние оказывает не только величина средней концентрации гемоглобина в эритроците, но и возрастной фактор. Однако, по мнению наших американских коллег, возрастной показатель не оказывает влияния на точность скрининг - теста [6]. Кроме того, отклонение результатов, полученных нами с помощью мультиволнового спектрофотометрического метода, от данных, полученных при выполнении стандартного лабораторного анализа, наблюдалось у 92% контрольной группы, что на 2,3% меньше, чем показали исследования зарубежных коллег[7].

Таким образом, результаты, полученные при использовании отечественного прибора, на 10 г/л более точно отражают содержание гемоглобина в крови. Кроме того, стоимость нашего зарубежного аналога (Massimo Pronto 7) составляет по разным данным приблизительно 86 тыс. рублей, что в 2 раза дороже прибора, предлагаемого нами.

Заключение и выводы:

В результате исследования, нами было:

1. Выявлено отклонение результатов анализа, полученных при использовании оптического метода от результатов стандартных инвазивных методик, равное ±20 г/л среди пациентов и ± 10 г/л в контрольной группе.

2. Наиболее вероятными источниками аномальных измерений являются, помимо помех и артефактов, особенности гемодинамики, ассоциированные с гематологическими патологиями.
   1. При отклонении значения средней концентрации гемоглобина в эритроците от нормы наблюдалось увеличение значения погрешности при использовании спектрометрического метода (повышение данного показателя наблюдается при лейкозах и множественных миеломах, снижение обнаруживается при различных видах анемий).
   2. Необходимо проведение дальнейших экспериментов с целью формирования однородных по группам патологий баз данных.

Список литературы:

1. Воробьёв А.И. Руководство по гематологии 1т.//Ньюдиамед, 2002, С.280-286.
2. Давыдкин И.Л. Болезни крови в амбулаторной практике// ГЭОТАР-Медиа, 2011, С. 94-105..
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность). – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, - 2016. 250 С. 149-153.
4. Козинец Г.И. Кровь: Клинический анализ. Диагностика анемий и лейкозов. Интерпретация результатов//Медицина XXI, 2006, С.154-166.
5. Козлова Н.С. Нарушения микроциркуляции у пациентов с истинной полицитемией в сочетании с артериальной гипертензией. Аспирантский вестник Поволжья, 2015. - №5-6. - С. 223-226
6. Козлова Н.С., Бакшеев М.Г., Давыдкин И.Л. Особенности нарушения микроциркуляции у больных истинной полицитемией в сочетании с артериальной гипертензией //Известия Самарского научного центра Российской академии наук.2015.Т.17.№2(2).
7. Bellosevich S., Mauff S., Wittenmeier E. Paediatr Anaesth.
Comparison of the gold standard of hemoglobin measurement with the clinical
standard (BGA) and noninvasive hemoglobin measurement (SpHb) in small children: a prospective diagnostic observational // 2015 Jul 14. doi: 10.1111/pan.12683.
8. Sümnig A., Hron G., Westphal A., Transfusion. The impact of noninvasive, capillary, and venous hemoglobin screening on donor
deferrals and the hemoglobin content of red blood cells concentrates: a
prospective study// 2015 Jul 15. doi: 10.1111/trf.13241.

УДК 614.3:616.1:004

А. Т. Турлан

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ГАДЖЕТОВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Научные руководители: д.м.н., профессор Изтлеуов М.К.,
Магистр, старший преподаватель Самбаева С.С.
Кафедра естественно-научных дисциплин
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова г.Актобе, Казахстан

***Резюме**: В статье представлены результаты исследования, измерение показателей болезней сердечно-сосудистой системы по мобильному медицинскому гаджету и по врачебному. В основе оценок измерений лежат частота сердечных сокращений (ЧСС), изученные автором у различных групп населения, в том числе 10 добровольных пациентов, и 10 студентов зарегистрированные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые постоянно используют мобильный гаджет. Медицинские гаджеты дают возможность проводить групповые исследования, осуществлять мониторинг жизненно важных показателей, вести личный кабинет, и примущество в одном мобильном гаджете имеют личный кабинет сразу несколько человек при этом у каждого свой индивидуальный логин и пароль. С помощью мобильного гаджета мы можем измерит ЧСС во время отдыха, при ходьбе, во время физической нагрузке. Сохраняя результаты у нас есть возможность отправить свои показатели доктору быстро и доступно. Измеряя каждый день этих показателей мы можем сами определить какие-либо изменения в ЭКГ без посторонней помощи.*

***Ключевые слова:** мобильные медицинские гаджеты, частота сердечных сокращений (ЧЧС), сердечно сосудистая система, Каппа статистика, инноваций в медицине*.

A.T. Turlan

EVALUATION OF THE EFFECTIVNESS OF MEDICAL GADGETS FOR MONITORING OF CARDIOVASCULAR SYSTEM

Scientific Advisor - d.m.s., professor M.K. Iztleuov.,
Master, senior teacher S.S. Sambaeva
Department of Natural Science

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University
Aktobe, The Republic of Kazakhstan

***Resume**: The article provided the results of the study the results of the comparison of diseases of the cardio vascular system by the mobile medical gadgets and doctor's. In the basis of estimates on heart rate studied by the author in different groups of population , including 10 voluntary and 10 students who use mobile gadgets continuously and registered as heart disease person. Medical gadgets provide an opportunity for group study, to monitor vital signs, to keep a personal study, and the advantage of a single mobile gadget have a personal account from a few people while everyone has their own individual username and password. Using a mobile gadget we can measure heart rate during rest, during walking, during physical exerting. Keeping the result, we have the opportunity to send our scores to our doctor quicly and affordably. Measuring everyday these indicators we can determine any changes in the ECG without stranger help.*

***Key words:** mobile medical gadgets, heart rate, diseases of the cardio vascular system, Kappa statistics, innovations in medicine.*

Актуальность: Инновационные технологии активно внедряются в различные сферы жизнедеятельности, включая медицину, что приводит к кардиальному изменению качества жизни людей. Одним из инновации является медицинские гаджеты которые осуществляет индивидуальный мониторинг здоровье при этом способствует защите и «увиличении» его запасы для активного долголетия [3]. Наибольшую активность в сфере медицинских гаджетов проявляют прежде всего страны с высоким уровнем доходов. По статистике , 72% врачей Германии, Великобритании и Франции активно используют мобильных медицинских гаджетов в своей практике [6]. А в Государственной программе развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2020 гг., пункта 5.6.2. Развитие информационно-коммуникационных технологий: «Наряду с традиционными подходами к информатизации производственных процессов в отрасли медицины, будет осуществляться поддержка внедрения инновационных ИКТ, таких как удаленный автоматизированный мониторинг состояния здоровья пациента».

Для каждого человека требуется индивидуальная диагностика в зависимости от возраста и жалоб. Если для молодого поколения требуется диагностика здоровья в динамике, оценка функцинального состояния организма, то для пациентов старшего возроста требуется обследования конкретных систем организма, что связано с приобретенными заболеваниями. Особенное внимание ставится факт наличия операций и хронических заболеваний. Данной категории людей просто необходим постоянный контроль за состоянием здоровья. В связи с этим, проблема ранней диагностики остается актуальной [4]. Сердечно-сосудистые заболевания стоят на первом месте среди прочих заболеваний, ежегодно в Казахстане на сердце делается около 75 тысяч операций. Чтобы снизить этот показатель нужно каждому человеку индивидуально заниматься со своим здоровьем. Самым понятным и актуальным способом является применение мобильных медицинских гаджетов. Как сказал выдающийся хирург Н.И.Пирогов: «Будущее принадлежит медицине предупредительной (профилактической)». Для реализации такой идеи нужно в первую очередь сосредоточение усилий на разработке мобильных медицинских гаджетов и использование его с целью сохранения здоровья [1].

Цель. Оценка эффективности мобильных медицинских гаджетов для контроля за состоянием сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы: Теоретические методы — изучение научной литературы по мобильным технологиям в медицине. Среди рассмотренных медицинских мобильных гаджетов для исследование использовался медицинский гаджет – многофункциональный контроль здоровья. Он помогает определить следующие состояния, как сердцебиение

пациента, любые изменения в сердце (аритмия, тахикардия, брадикардия) путем регистрации через ЭКГ, создает возможность сохранить результаты показателей и отправить к врачу.

Эмпирические методы – наблюдение, анкетирование и анализ. Наблюдение было проведено на базе клиники семейной медициной ЗКГМУ имени Марата Оспанова. В исследовании принимали участие 10 добровольных пациентов, и 10 студентов зарегистрированные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые постоянно используют мобильные гаджеты. Было измерено ЧЧС по двум методам: :

1. измерение с помощью традиционных методов (измерение врача); 2. измерение с помощью мобильных медицинских гаджетов.

Результаты и обсуждение: Для анализа соответствий между двумя методами использовалась критерий «Каппа – статистика», отражающая согласованность двух методов с помощью статистической программы «MedCalc». В результате получено значение критерия Каппы для ЧСС в минуту в оптимальном состоянии k=0,599 (59%); SE=0,293; 0,95% CI [-0,176;1] (Рисунок 1); для ЧСС при физической нагрузке k=0,631 (63%); SE=0,229; 0,95% CI [-0,182,1] (Рисунок 2); и показатели измерение максимальной ЧСС k=0,830 (83%); SE=0,032; 0,95% CI [-0,767;0,892] (Рисунок 3)[5].

Рисунок1

Рисунок2

Рисунок 3

Таблица 1

Значение К	Сила соглашения
< 0.20	плохое
0.21 - 0.40	неплохое
0.41 - 0.60	умеренное
0.61 - 0.80	значимое
0.81 - 1.00	точное

По итогам анкеторования на вопрос «Считаете ли вы достоверенным результаты измерения с помощью медицинских гаджетов?». 81% участвовавщих ответили, что считают полностью достоверным, а 12%- считают приблизительным, а 7%- считают не достоверным

Заключение и выводы: В результате проведенного анализа мы получили соответствие между двумя методами измерения ЧСС при нормальном состоянии и при наличии физических нагрузок «значимое» (k: 0,61-0,80) (Таблица1), для и максимального ЧСС - «точное» (k: 0,83-1,00) (Таблица1) соответствие. Поэтому можем утвердить то, что между измерениями, полученными путем мобильных медицинских гаджетов и измерениями, полученными традиционным методом нет никакой разницы. Учитывая результаты анализа и анкетирования можно сказать об эффективности доступных медицинских гаджетов, что мобильные медицинские гаджеты некоторой мере может заменить медицинские аппараты.

Они дают возможность записать сигналы в комфортном состоянии, а в случае ухудшения самочувствия мы можем повторно снять их и сравнить результаты, при необходимости отправить результаты к врачу через интернет без лишних усилий. Используя мобильные технологий в медицине, можно достичь более высоких результатов в работе врача, во время приема даст возможность принять наибольшее количество пациентов, определить заболевание на ранней стадий, а также контролировать состояние больного на расстоянии. Сейчас для нас безбоязненно такие диагнозы как «инсульт», «инфаркт», каждый может постоянно наблюдать за своим мониторингом жизненных функций при возникновение инфарктов и инсультов и в общем любые изменение в области сердца. Я мечтаю о том, чтобы наша страна не осталась в стороне от такой великолепной инновационной технологии. Будущее нашей страны начинается со здорового поколения. А гарантом этого здоровья являемся мы – БУДУЩИЕ ВРАЧИ!

Список литературы

1. Давыдов Д.М., Соколова М.Е. Мобильные индикаторы здоровья: будущее за ними?.- журнал Интеллектуальный капитал изд. Российское сетевое издание «Первый национальный». 2015 г., -24-35 с.
2. Мурзина Г.М., Пеккер Я.С Мобильные технологии для конроля за состоянием сердечно- сосудистой системы. Евразийское научное объединение журнал, издательство Орлов М.Ю., 2015 г.,-45-48 с.
3. Никитин П.В., Мурадянц А.А., Шостак Н.А. Мобильное здравоохранение: возможности, проблемы,перспективы. Научно-практический рецензируемый журнал «Клиницист» 2015г.,том 4,-215с.
4. Рыжкова О.В. Положительные и отрицательные стороны использования гаджетов . Журнал Экономика и социум. Науч. статья, изд: ООО «Институт управления и социально-экономического развития» (Саратов), 2015 г. -480-482 с.
5. Сергиенко В.И. Математическая статистика в клинических исследованиях практич. Руководство/В.И. Сергиенко, И.Б. Бондарева.-2-е изд., перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР –Медиа, 2006 г. -304с
6. mHealth: new horizons for health through mobile technologies:second global survey on eHealth. World Health Organization Geneva,2011. Available at: www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf.

УДК 615.036

И.И. ХУСАИНОВ, А.А. АРСЛАНОВА

АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ПРИМЕРЕ САЙТА ЕИС.

Научный руководитель – д.т.н., д.ф.н., доцент Р.В. Насыров

Кафедра технической кибернетики, Уфимский государственный авиационный технический университет, г. Уфа

Резюме. *Исследование возможности применения сайта Госзакупки для проведения анализа потребления лекарственных средств медицинскими учреждениями.*
Ключевые слова*: анализ потребления лекарственных средств.*

I. I. KHUSAINOV, A. A. ARSLANOVA

ANALYSIS OF CONSUMPTION OF MEDICINES ON THE EXAMPLE OF THE SITE OF THE UIS.

Scientific Advisor – Ph.D. in Engineering Science, Associate Professor of Pharmaceutical Sciences, Associate professor R.V. Nasyrov

Department of Technical Cybernetics, Ufa State Aviation Technical University, Ufa

Abstract. *Investigation of the possibility of using the site of the State procurement for the analysis of the consumption of medicines by medical institutions.*
Keywords: *analysis of drug consumption*

Актуальность. Основной задачей при исследовании потребления лекарственных средств является то, что необходимо способствовать их рациональному использованию среди населения. Для отдельных пациентов рациональное использование лекарственных средств подразумевает назначение препарата, свойства которого надлежащим образом задокументированы, в оптимальной дозе, с предоставлением точной информации, по приемлемой цене. Не зная о том, как назначаются и используются лекарственные средства, сложно приступить к обсуждению рационального использования или поиску путей улучшения практики назначения лекарственных средств.[1]

Цель исследования. Возможность применения сайта Госзакупки для проведения анализа потребления лекарственных средств медицинскими учреждениями.

В данной работе описан процесс сбора и анализа потребления лекарственных средств РКБ им. Куватова на примере сайта единой информационной системы в сфере закупок – Госзакупки.

Материалы и методы. Рассмотрим в качестве примера Республиканскую клиническую больницу им. Г.Г. Куватова. В качестве источника были контракты, исполнение которых идет, завершено и прекращено. Поиск осуществлялся по законам № 44-ФЗ и № 94 ФЗ. В качестве объекта закупки были выбраны следующие коды ОКПД и ОКПД2.

Для ОКПД: 24.4: Препараты фармацевтические, продукты медицинские химические и продукты лекарственные растительные.

Для ОКПД2: 21: Средства лекарственные и материалы, применяемые в медицинских целях. (Рисунок 1).

Если объектом закупки являются лекарственные средства, то они описываются путем указания международного непатентованного наименования (МНН). Если у лекарственного средства МНН отсутствует, то указываются химические, группировочные наименования.

Рисунок 1 – Сайт Госзакупки, с необходимыми параметрами поиска

Была произведена выгрузка в единый файл формата Excel, которая содержит следующие поля Номер реестровой записи контракта; Дата последнего изменения записи; Заказчик: наименование; Заказчик: ИНН; Заказчик: КПП; Уровень бюджета; Источник финансирования контракта: наименование бюджета; Источник финансирования контракта: наименование/вид внебюджетных средств; Способ размещения заказа; Номер извещения о проведени торгов; Дата подведения результатов определения поставщика (подрядчика, исполнителя); Реквизиты документа, подтверждающего основание заключения контракта; Контракт: дата; Контракт: номер; Код бюджетной классификации; КОСГУ; КВР; Идентификационный код закупки (ИКЗ); Предмет контракта: наименование товаров, работ, услуг; Предмет контракта: код продукции по ОКДП\ОКПД\ОКПД2; Предмет контракта: цена за единицу, рублей; Предмет контракта: количество; Предмет контракта: сумма, рублей; Информация о поставщиках (исполнителях, подрядчиках) по контракту: наименование юридического лица (ф.и.о. физического лица); Информация о поставщиках (исполнителях, подрядчиках) по контракту: место нахождения (место жительства); Информация о поставщиках (исполнителях, подрядчиках) по контракту: ИНН; Информация о поставщиках (исполнителях, подрядчиках) по контракту: КПП; Информация о поставщиках (исполнителях, подрядчиках) по контракту: статус; Информация о поставщиках (исполнителях, подрядчиках) по контракту: телефон (факс); Дата исполнения контракта: по контракту.

В качестве интересующих полей были выбраны следующие: Предмет контракта: наименование товаров, работ, услуг; Предмет контракта: количество; Дата исполнения контракта: по контракту. В качестве лекарственного средства для проведения анализа был взят «Октреотид».

Дата исполнения контракта изменяется в пределах от 2011 г. до июня 2018 г. Сгруппируем контракты по годам (Таблица 1).

Таблица 1

342	2011
402	2012
362	2013

300	2014
140	2015
422	2016
282	2017
230	2018

Построим график количество упаковок/год для наглядного преставления результатов (Рисунок 2).

Рисунок 2 – График потребления

Результаты и обсуждение. По результатам построения видно, что потребление «Октреотида» примерно на одном и том же уровне. Единственно выделяется 2015 год, где количество около 150 штук, возможно это связано с остатками предыдущих лет, проблемами финансирования или меньшей потребностью данного лекарственного препарата в этом году.

Заключение и выводы. В ходе дальнейшей работы предполагается сделать анализ потребления по классификатору АТХ, для более детальной аналитики.

Основное назначение АТХ — представление статистических данных о потреблении лекарственных средств.

Также предполагается разработать Web-сервис, который позволяет в автоматизированном режиме производить выгрузку и аналитику по различным медицинским учреждениям, на основе открытых данных сайта Госзакупки.

В ходе данной работы было проведено исследование возможности применения сайта Госзакупки для проведения анализа потребления лекарственных средств медицинскими учреждениями. Данный способ может быть полезен медицинским работникам, производителям лекарственных средств и людям, заинтересованным в данной тематике.

Список литературы:

1. Введение в исследование потребления лекарственных средств: Всемирная организация здравоохранения, 2003. — 51 с.