



ВЕСТНИК

**Башкирского государственного
медицинского университета**

сетевое издание

ISSN 2309-7183



№ 2, 2020
vestnikbgmu.ru

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВЕСТНИК

Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание № 2, 2020 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: член-корр. РАН, проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа).

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

Члены редакционной коллегии:

проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Катаев В.А. (Уфа); к.м.н. Кашаев М.Ш. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа).

Редакционный совет:

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

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:

зав. редакцией – к.м.н. Насибуллин И.М.

научный редактор – к.филос.н. Афанасьева О.Г.

корректор-переводчик – к.филол.н. Майорова О.А.

12+
vestnikbgmu@mail.ru
+7(347) 272-72-50

Оглавление

Агишева Э.Р., Баймашев А.Ш., Симонова А.Е., Усанова Т.А. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	5
Каплунов К.О. К ВОПРОСУ ОБ ОТНОШЕНИИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ: ПРОСПЕКТИВНЫЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ РАКУРС.....	11
Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Дворянинов М.В. КИСТА КАНАЛА НУКА В ПОВСЕДНЕВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	14
Османова Ф.И., Османов И.Н. ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ	19
Хурамшина А.Р., Викторова Т.В. ПРОФИЛАКТИКА КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ВАКЦИНОЙ БЦЖ (БАЦИЛЛА КАЛЬМЕТА-ГЕРЕНА).....	28
Н.М.Н Karkhani, Sharma Bhawna, B.F.M Mohammed, A.M. Ziganshin DENTAL ANXIETY AS AN OVERALL ISSUE	32
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»	36
Габдрахманова А.Е., Гришина М.А., Романенкова Я.С., Никифорова С.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ГОРОДА ОРЕНБУРГА	36
Камалова М.А., Якупова Е.Р., Зиганшин А.М. ДИАГНОСТИКА МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	39
Закирова Э.Р., Лукманова Л.Х., Муслимова С.Ю. ВОЗМОЖНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА У ДЕВОЧЕК	43
«ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 1».....	47
Агавердиева А.А., Муталова Э.Г., Еникеева Г.Р., Иммис Е.С., Пугачева Т.В. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА	47
Шкляев А.Е., Галиханова Ю.И., Максимов К.В. ПИТЬЕВОЙ ТЕСТ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ: ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС.....	52
Закирова Э.Р., Сангишева М.С., Сахаутдинова Г.М., Загидуллин Т.С. ВЛИЯНИЕ Н. PYLORI НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ	57
Гареева А.И., Фрид С.А. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	62
«ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2».....	67
Казиев А.Ж., Абдешева М.Н., Курманалина Г.Л. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ И БЕЗ ЗУБЦА Q	67
Загидулина А.Р., Козлова А.А., Сафина Ю.Р., Шуськова Т.Е., Халиуллин Г.О., Мирончук Н.Н. ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: ПОИСК ОПТИМАЛЬНОГО ЭКГ-ИНДЕКСА	72
Бурханова К.Д., Исанбаева А.Р., Мирончук Н.Н. ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ И ВИТАМИНА В12 НА ХАРАКТЕРИСТИКИ КРАСНОЙ КРОВИ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ЖЕНЩИН.....	77

«ОБЩЕМЕДИЦИНСКАЯ СЕКЦИЯ НА ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКАХ»	82
Salimgareeva D.F., Gavrilovskaya A.V., Mayorova O.A., Pochueva N.N. COMPARATIVE ANALYSIS OF BREAST CANCER INCIDENCE.....	82
«НЕВРОЛОГИЯ, НАРКОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ».....	86
Новикова Л.Б., Акопян А.П., Шарапова К.М., Латыпова Р.Ф., Савенко А.И. АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У МОЛОДЫХ .	86
Глушкова А.С., Салимгареева А.И., Качемаева О.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА: ФОКУС НА ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ	91
Центер И.М., Шухова Е.А., Визило Т.Л. ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ И ПРЕДИКТОРЫ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ.....	96
«ПСИХОЛОГИЯ, СОЦИОЛОГИЯ, ФИЛОСОФИЯ И ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ».....	100
Захаров А.В., Коваленко И.И., Беляк М.А., Морозов А.М. ОТНОШЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ НАСЕЛЕНИЯ И МОДЕЛИ ЕГО ПОТРЕБЛЕНИЯ.....	100
Гарифуллина А.А., Коньшина Ю.Е. СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ГРУППЕ В РАКУРСЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ.....	105
Султанов О.Р., Имаева А.Р., Рахимкулов А.С. ЭВАКОГОСПИТАЛЬ № 2600 В ЗДАНИИ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ СТАНЦИИ ЧИШМЫ	110
«ХИМИЧЕСКИЕ НАУКИ, МОЛЕКУЛЯРНАЯ МЕДИЦИНА, НОРМАЛЬНАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ, ФАРМАКОЛОГИЯ».....	114
Зайкина А.В., Мельников А.С., Мещерякова С.А., Шумадалова А.В. ИЗУЧЕНИЕ ПРОДУКТОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДНЫХ ТИЕТАНИЛУРАЦИЛА И ДИОКСОТИЕТАНИЛУРАЦИЛА С АЛИФАТИЧЕСКИМИ АМИНОКИСЛОТАМИ	114
Мусина Д.Т., Галкин М.А. ЛИПОСОМАЛЬНАЯ ФОРМА ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕНОГО: НОВАЯ МЕТОДИКА ПОЛУЧЕНИЯ	118
Тимохина Е.С., Быкова В.А., Мельников А.С., Мещерякова С.А., Шумадалова А.В. ПОИСК ВЕЩЕСТВ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ, СИНТЕЗИРОВАННЫХ НА ОСНОВЕ ДИОКСОТИЕТАНИЛУРАЦИЛА	123
«АНАТОМИЯ, ГИСТОЛОГИЯ, ЭМБРИОЛОГИЯ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»	128
Грицаенко Д.В., Хужина Ю.Э., Рыбалко Д.Ю. ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ИКРОНОЖНОГО НЕРВА.....	128
Казиханова М.И., Кунтышев В.А., Иманова В.Р., Почуева Н.Н. ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ	135
Крашенинникова С.В., Биктимиров В.Г., Нуралиев Р.А., Баязитов Я.И., Мустафин Т.И. СОЧЕТАНИЕ ХРОМОФОБНОЙ КАРЦИНОМЫ ПОЧКИ С УЧАСТКАМИ ПАПИЛЛЯРНОГО ПОЧЕЧНОКЛЕТОЧНОГО РАКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	140

УДК 616.831-005.4

Агишева Э.Р., Баймашев А.Ш., Симонова А.Е., Усанова Т.А.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет,
г. Саранск

Резюме. Одной из главных проблем современного здравоохранения является выявление и предупреждение основных причин заболеваемости, смертности и инвалидизации населения. Сердечно-сосудистые заболевания, занимающие лидирующее положение в структуре летальности населения Российской Федерации, являются одной из актуальных проблем клинической медицины. В данной статье проводится исследование эффективности комплексной реабилитации больных в остром периоде ишемического инсульта средней степени тяжести с применением ранней активизации и пневматической компрессии.

Ключевые слова: ишемический инсульт, острое нарушение мозгового кровообращения, реабилитация.

Agisheva E.R., Baimashev A.S., Simonova A.E., Usanova T.A.

COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS IN THE ACUTE PERIOD OF ISCHEMIC STROKE

National Research Mordovia State University, Saransk

Abstract. Identification and prevention of the main causes of morbidity, mortality and disability of the population. Cardiovascular disease, which is one of the urgent problems of clinical medicine. This article investigates the effectiveness of comprehensive rehabilitation of patients with an acute period of moderate ischemic stroke with early activation and pneumatic compression.

Keywords: ischemic stroke, acute cerebrovascular accident, rehabilitation.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире частота инсультов составляет от 1,4 до 7,5 случаев на 100 тыс. населения. Самые высокие показатели заболеваемости наблюдаются у пациентов в возрасте от 50 до 70 лет. Однако, прослеживается тенденция к «омоложению» инсульта, приводящая к снижению, утрате трудоспособности или смерти лиц молодого возраста. На сегодняшний день в нашей стране проживают свыше 1 миллиона человек, перенесших инсульт, при этом треть из них составляют лица до 60 лет [1].

Согласно статистическим данным, с 2005 по 2016 гг. смертность от цереброваскулярных заболеваний в РФ снизилась с 324,1 до 190,8 случаев на 100 тыс. населения. Несмотря на снижение смертности в последние годы, этот показатель в нашей стране остается одним из самых высоких – 179,5 случаев на 100 тыс. населения (по состоянию на 2018 г.) [7].

Снижению летальности способствовало внедрение современных методов диагностики и лечения, а также использование всех возможностей ранней реабилитации и вторичной профилактики инсульта. [3]

Основными причинами увеличения заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения являются поздняя диагностика факторов риска и недостаточное использование мер для их устранения. Наиболее важными факторами риска, способствующими развитию острой церебральной ишемии, являются психоэмоциональный стресс, гиподинамия, неправильное питание, чрезмерное употребление алкоголя и курение, отягощенный семейный анамнез, а также отсутствие радикальных средств и способов борьбы с гипертонической болезнью и атеросклерозом [4].

Лечение и реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) является одним из наиболее важных вопросов современной неврологии. Особое внимание уделяется проблеме дисфункции высших психических сфер, являющейся одной из ведущих в вопросе последующих реабилитационных мероприятий [6].

Несмотря на стремительное развитие современной неврологии и изучение актуальных способов оказания медицинской помощи больным с ОНМК, остается большое количество открытых вопросов. Это обозначило целесообразность изучения проблемы эффективности реабилитации больных инсультом в остром периоде ишемического инсульта [2].

Целью работы является анализ эффективности комплексной реабилитации больных в остром периоде ишемического инсульта средней степени тяжести с применением ранней активизации и пневматической компрессии.

Материалы и методы. Работа основывается на клинико-лабораторных исследованиях 160 пациентов с ишемическим инсультом, лечение которых было проведено на базе ГБУЗ РМ «РКБ им. С. В. Каткова» с 2015 по 2019 гг.

Пациенты, проходившие лечение по поводу ишемического инсульта, были разделены на четыре группы: первая группа – пациенты, получающие стандартную терапию при ишемическом инсульте; вторая группа – больные, которым дополнительно к стандартной терапии проводилась ранняя активизация в течение 14 суток; третья группа – больные ишемическим инсультом, которым проводилась стандартная терапия и пневматическая компрессия при помощи аппарата «ЛИМФА-Э» в течение 14 суток; четвертая группа – пациенты, которым дополнительно к стандартной терапии проводилась ранняя активизация и пневматическая компрессия в течение 14 суток.

Пациенты всех 4 групп были рандомизированы по полу, возрасту, характеру и выраженности патологии. Существенных различий по указанным критериям выявлено не

было. Все пациенты, включенные в исследование, соответствовали следующим критериям: возраст от 18 до 85 лет; впервые возникший ишемический инсульт полушарной локализации; не более 48 часов от развития полушарной симптоматики; средняя степень тяжести заболевания с оценкой по шкале NIHSS > 2 и < 14 баллов; ясное сознание.

Эффективность проводимой терапии оценивалась на 1-й, 7-й и 14-й дни лечения с помощью следующих методов: краткая шкала оценки психического статуса – Mini Mental State Examination (MMSE), шкала National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), шкале депрессии Гамильтона, индекс Бартел.

Результаты и обсуждение. Тяжесть неврологической симптоматики в остром периоде ишемического инсульта целесообразно оценивать в динамике с помощью шкалы NIHSS. Данная модель широко распространена в клинической практике и представляет собой простой и доступный способ оценки неврологического статуса, локализации очага инсульта, дифференциальной диагностики и эффективности лечения. В шкале NIHSS учитываются следующие критерии: уровень сознания, ответы на вопросы, выполнение команд, движение глазных яблок, исследование полей зрения, парез лицевой мускулатуры, движение в верхних и нижних конечностях, атаксия конечностей, чувствительность и афазия [8].

Согласно результатам использования шкалы NIHSS количество пациентов с незначительными неврологическими нарушениями при поступлении в стационар составило 20,65 % (33 пациента). Слабые нарушения отмечались у 54,4 % (87 больных), умеренные нарушения – у 25 % (40 человек).

Через 7 суток стационарного лечения отмечалось повышение количества пациентов с незначительными неврологическими нарушениями до 57,5 % (23 пациента) и уменьшение больных с умеренными неврологическими нарушениями до 5 % (2 человека) отмечалось только в IV группе исследуемых. В I, II и III группах значительных изменений в динамике заболевания не наблюдалось.

По прошествии 14 суток от начала заболевания в исследуемых группах динамика неврологических нарушений изменений была сходной, однако в IV группе наблюдалось наиболее значительное снижение доли больных с умеренными неврологическими нарушениями (до 2,5%).

Шкала MMSE представляет собой одну из наиболее тщательно разработанных шкал оценки возможных когнитивных нарушений, в частности, деменции. Данная модель прошла проверку во многих исследованиях на разных популяциях. Для определения степени нарушения когнитивных функций используются следующие критерии: ориентировка во

времени, ориентировка в месте, восприятие, концентрация внимания, память, речь, трехэтапная команда, чтение, рисование [9].

В первые сутки госпитализации у 3,8 % больных не наблюдались нарушения когнитивных функций, через 7 суток – у 10,6 %, через 14 суток – у 31,3 % пациентов. При поступлении в стационар у 25,6 % пациентов было выявлено наличие преддементных когнитивных нарушений, на 7 сутки – у 35,0 %, а на 14 сутки – у 42,5 %. В первые сутки госпитализации у 48,1 % больных была выявлена деменция легкой степени выраженности, на 7 сутки – у 39,4 %, на 14 сутки – 22,5 %. В первый день поступления в стационар у 22,5 % пациентов отмечена деменция умеренной степени выраженности, на 7 сутки у – 15,0 %, на 14 сутки – у 3,7 %.

Пациенты IV группы в сравнении с I, II, и III группами на 7 (11 человек) и 14 (24 человека) сутки после поступления в стационар имели наибольшее количество больных без когнитивных нарушений, соответственно. Также стоит отметить, что в IV группе отсутствуют пациенты с деменцией умеренной степени выраженности, что говорит о наибольшей эффективности комбинированной (стандартная терапия, ранняя активизация и пневматическая компрессия) терапии.

Для оценки тяжести симптомов депрессии используется шкала Гамильтона, являющаяся одним из наиболее часто используемых и простых способов оценки депрессии у больных с инсультом. В этой модели учитываются такие критерии, как пониженное настроение, чувство вины, суицидальные мысли, бессонница, работоспособность и активность, заторможенность и ажитация, психическая и соматическая тревога, ипохондрия, расстройства сексуальной сферы, общие соматические и желудочно-кишечные симптомы и потеря веса [10].

При анализе результатов использования шкалы Гамильтона при поступлении в стационар 49,4 % (79 пациентов) имели депрессию легкой степени выраженности. Было выявлено, что у I клинической группы в первый день госпитализации доля пациентов с признаками депрессии составила 47,5 % (19 больных), на 7 сутки – 31,7 % (13 пациентов), на 14 сутки пациентов с признаками депрессии не отмечалось. Среди исследуемых пациентов II группы результаты имели следующее значение: в первый день стационарного лечения 45 % (18 человек), на 7 сутки 28,2 % (11 больных), через 14 дней пациентов с признаками депрессии не было. У пациентов III группы результаты применения шкалы имели иные показатели: 47,5 % (19 человек) с депрессией в первый день, 23,5 % (9 больных) через неделю, по истечении 14 дней пациентов с признаками депрессии не отмечалось. Среди пациентов IV клинической группы на первые сутки госпитализации доля пациентов с

депрессией составила 57,5 % (23 пациента), на 7 сутки – 20 % (8 человек), на 14 сутки пациентов с депрессией не наблюдалось.

Индекс Бартел используется с 1955 года и до сих пор не потерял своей актуальности. Он является одним из самых популярных методов определения активности повседневной жизнедеятельности у больных. Посредством многочисленных исследований было доказано, что индекс Бартел наиболее применим в отношении пациентов, перенесших инсульт. Индекс повседневной активности охватывает основные навыки, относящиеся к сфере самообслуживания и мобильности [5].

При поступлении в стационар полная зависимость от посторонней помощи по индексу Бартел у больных составляла 24,3 %, на 7 сутки наблюдалась положительная динамика и процент больных составил 13,8 % на 14 сутки больных с полной зависимостью от посторонней помощи не наблюдалось. Выраженная зависимость от посторонней помощи у больных на 1 сутки пребывания в стационаре составила 30,0 %, на 7 сутки – 27,5 %, на 14 сутки – 36,9 %. Умеренная зависимость от посторонней помощи у пациентов на первые сутки госпитализации равнялась 38,7 %, на 7 день – 50,6 %, на 14 день – 38,1 %. Легкая зависимость от посторонней помощи при поступлении наблюдалась у 6,9 % пациентов, на 7 день – у 8,1 %, на 14 день – у 25 %.

При анализе данных, полученных при применении индекса Бартел, у пациентов IV группы наблюдалось выраженное восстановление способности к самообслуживанию и мобильности. На 7 сутки пребывания в стационаре значительно увеличилось количество пациентов IV группы с легкой зависимостью от посторонней помощи и составило 7 человек, тогда как количество больных в I, II и III группах имело одинаковые значения (2 человека). Легкая зависимость от посторонней помощи спустя 14 суток от начала заболевания у пациентов I, II и III групп значительно не отличалась и составила 7 человек в каждой группе. При этом у пациентов IV группы на 14 сутки количество больных с легкой зависимостью от посторонней помощи составило 20 человек.

Применение в остром периоде ишемического инсульта стандартных методов терапии совместно с пневматической компрессией и ранней активацией приводит к снижению продолжительности основных клинических проявлений заболевания. Пациенты, получавшие комбинированную терапию имеют более положительную динамику в сравнении с больными, получившими стандартную терапию.

Выводы. Таким образом, применение ранней активизации и пневматической компрессии на фоне получения пациентом стандартной терапии ишемического инсульта способствует более раннему восстановлению неврологических нарушений, когнитивных

функций, психоэмоционального статуса и улучшает качества жизни, повышая уровень самообслуживания.

Список литературы:

1. Данилова В.И., Хасанова Д.Р. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечение и профилактика: метод. Рекомендации / Под. ред. Данилова В.И., Хасанова Д.Р. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 248 с.
2. Ким А.В., Антонов Г.И., Лазарев В.А., Джинджихадзе Р.С., Миклашевич Э.Р., Мельничук С.В., Гладышев С.Ю., Курносенко В.Ю. Нейрохирургия. 2014. №1. С. 126-131.
3. Крылов В.В., Никитин А.С., Дашьян В.Г., Буров С.А., Петриков С.С., Асратян С.А. Хирургия массивного ишемического инсульта. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 136 с.
4. Яриков А.В., Лавренюк А.Н., Балябин А.В. Декомпрессивная трепанация черепа в лечении злокачественного ишемического инсульта полушарий головного мозга (обзор) // СТМ J. 2015. Т. 8, № 3. С. 151-163.
5. Aimo A, Barison A, Mammini C, Emdin M. The Barthel Index in elderly acute heart failure patients. Frailty matters. Int J Cardiol. 2018; 254 (1): 240-241.
6. Heiss W.D., Brainin M., Bornstein N.M., Tuomilehto J., Hong Z. Cerebrolysin Acute Stroke Treatment in Asia (CASTA) Investigators. Cerebrolysin in patients with acute ischemic stroke in Asia: results of a double-blind, placebo-controlled randomized trial. Stroke. 2012; 43 (3): 630-6.
7. Kim M.H., Kang S.Y., Kim M.C., Lee W.I. Plasma biomarkers in the diagnosis of acute ischemic stroke. Ann Clin Lab Sci. 2010; 40 (4): 336-41.
8. Kwah LK, Harvey LA, Diong J, Herbert RD. Models containing age and NIHSS predict recovery of ambulation and upper limb function six months after stroke: an observational study. J Physiother. 2013; 59 (3): 189-97.
9. Piersma D, Fuermaier ABM, de Waard D, De Deyn PP, Davidse RJ, de Groot J, Doumen MJA, Bredewoud RA, Claesen R, Lemstra AW, Vermeeren A, Ponds R, Verhey F, Brouwer WH, Tucha O. The MMSE should not be the sole indicator of fitness to drive in mild Alzheimer's dementia. Acta Neurol Belg. 2018; 118 (4): 637-642.
10. Wiglusz MS, Landowski J, Michalak L, Cubala WJ. Symptom Frequency Characteristics of the Hamilton Depression Rating Scale of Major Depressive Disorder in Epilepsy. Psychiatr Danub. 2015; 27 (1): 227-230.

УДК 614.253

Каплунов К.О.

**К ВОПРОСУ ОБ ОТНОШЕНИИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ К ПЕРВИЧНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ: ПРОСПЕКТИВНЫЙ
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ РАКУРС**

**Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России,
г. Волгоград**

Резюме. В работе продемонстрированы актуальные данные социологического исследования, начатого в 2016 году, относительно отношения студентов-медиков, обучающихся на старших курсах лечебного и педиатрического факультетов, к участию их в первичной специализированной аккредитации. Показано, что несмотря на имеющийся позитивный вектор восприятия происходящих изменений, по-прежнему более четверти респондентов относятся к ним негативно. Предложенным вариантом решения данного негативизма является целесообразность психологической адаптации выпускников, т.е. не только подготовка к трем основным этапам аккредитации, но и подробное разъяснение преимуществ данной процедуры перед предыдущей сертификацией.

Ключевые слова: первичная специализированная аккредитация, сертификация, социология медицины.

Kaplunov K.O.

**TO THE ATTITUDE OF SENIOR STUDENTS TO THE PRIMARY SPECIALIZED
ACCREDITATION: A PROSPECTIVE SOCIOLOGICAL PERSPECTIVE**

Volgograd state medical University, Volgograd

Abstract. The paper demonstrates the current data of a sociological study, launched in 2016, regarding the attitude of medical students studying at the senior courses of medical and pediatric faculties to their participation in the primary specialized accreditation. It is shown that despite the existing positive vector of perception of the changes, more than a quarter of respondents still have a negative attitude to them. The proposed solution to this negativism is the expediency of psychological adaptation of graduates, i.e. not only preparation for the three main stages of accreditation, but also a detailed explanation of the advantages of this procedure over the previous certification.

Keywords: primary specialized accreditation, certification, sociology of medicine.

Актуальность. Министерство здравоохранения РФ опубликовало приказ № 34 н от 20 января 2020 года, вносящий изменения в утвержденное в 2016 году Положение об аккредитации специалистов [3]. Документ уточняет регламент проведения как первичной специализированной, так и периодической аккредитации лиц, имеющих как среднее, так и высшее медицинское или фармацевтическое образование. Известно, что студенты старших курсов, обучающиеся на лечебном и педиатрическом факультетах, попадая под первичную специализированную аккредитацию, должны будут успешно (70 % и более правильно выполненных действий) пройти следующие этапы: тестирование; оценка практических

навыков (умений) в симулированных условиях; решение ситуационных задач (практико-ориентированный этап).

Проведенное нами в 2016 г. исследование показало, что большинство выпускников лечебного факультета лояльно относятся к проводимым реформам в медицинском образовании, рассматривая аккредитацию как меру, способную сыграть позитивную роль в профессионализации специалиста [2]. Тем не менее, чуть менее половины студентов-выпускников оценивали грядущие изменения, в т. ч. и аккредитацию, нейтрально-отрицательно, находя в этом лишь негативные тенденции.

Цель – выяснить причины негативного отношения студентов старших курсов к предстоящей первичной специализированной аккредитации.

Материал и методы. В работе использовались конкретно-социологические методы исследования: добровольное анонимное анкетирование и простое интервью [1]. Респондентами стали студенты 6-го курса лечебного и педиатрического факультетов ВолгГМУ, сбор информации осуществлялся в январе-феврале 2020 г. Исследованию подверглись 55 студентов-выпускников без учета возраста и пола. Разработанная оригинальная анкета содержала 3 основных и 6 паспортных вопросов.

Полученные результаты и их обсуждение. Анализ паспортной части анкеты показал, что большинство респондентов относятся к женскому полу, возрастной когорте 20-24 года, учатся на хорошо и отлично, не имеют детей и официального места работы, оценивают свое социальное положение как относительно благополучное. При анализе основных данных выявлено, что значимой динамики в восприятии процедуры аккредитации студентами не продемонстрировано: большая часть респондентов (67,3 %) оценивают положительно предстоящую процедуру, лишь каждый четвертый (25,5 %) отметил негативный настрой к предстоящей аккредитации. Чуть более 7 % респондентов не определились с ответом на данный вопрос.

При интервьюировании негативно настроенных студентов оказалось, что по-прежнему большинство из них (61,8 %) расценивают предстоящую процедуру как дополнительный фактор стресса, не имеющий никаких принципиальных преимуществ перед процедурой специализации. Оставшиеся 38,2 % не всегда могли четко сформулировать причину их негативизма. Часть из них указала на часто меняющийся регламент проведения процедуры.

Отрадно, что значительно меньшее респондентов (34,5 %) отказались бы проходить данную процедуру допуска к самостоятельной медицинской деятельности в случае, если бы была предоставлена такая возможность. Ранее ею были готовы воспользоваться

подавляющее большинство опрошенных (84,2 %), что косвенно указывает на скрытое позитивное восприятие происходящих изменений.

Выводы. По сравнению с предыдущим исследованием 4-х летней давности, мы, к сожалению, не можем констатировать существенного изменения в отношении студентов-медиков, обучающихся на старших курсах лечебного и педиатрического факультетов, к предстоящей первичной специализированной аккредитации. Хотя наметился довольно значимый, определяемый по нескольким позициям, позитивный вектор восприятия происходящих изменений, по-прежнему более четверти респондентов к ним относятся негативно. При интервьюировании данной когорты студентов многие отождествляли аккредитацию с серьезным стрессом, не видя преимуществ перед уходящей процедурой сертификации. Нельзя не отметить тот факт, что студенты опасаются изменений в регламент проведения процедуры, которые происходят незадолго до непосредственного начала аккредитационных испытаний.

Как и прежде, нам кажется целесообразной идея психологической адаптации выпускников, т.е. не только подготовка к трем основным этапам аккредитации, но и подробное разъяснение преимуществ данной процедуры перед предыдущей сертификацией.

Список литературы:

1. Каплунов К.О. Частные вопросы социологии медицины. Saarbrücken: LAP LAMBERT. 2017. 153 с.
2. Каплунов К.О., Мяконький Р.В. Отношение студентов-медиков к аккредитации. В сборнике: Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. Материалы 74-й открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием. Под редакцией В.И. Петрова. 2016. С. 469.
3. Минздрав обновил Положение об аккредитации специалистов // Vrachirf.ru. URL:https://vrachirf.ru/company-announce-single/70382?utm_source=vrch&utm_medium=dstr_22&utm_campaign=msg_7307 (дата обращения 22.02.2020).

УДК 616-007.21

Мяконький Р.В.¹, Каплунов К.О.², Дворянинов М.В.¹

КИСТА КАНАЛА НУКА В ПОВСЕДНЕВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3», Волгоград

²ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Волгоград

Резюме. В статье рассматриваются относительно редкие в рутинной хирургической практике случаи диагностированных кист канала Нука. Авторами описаны основные клинико-диагностические особенности данного заболевания, предлагается авторская классификация данной патологии. В описанных случаях больные были успешно прооперированы, исходы оказались благополучными.

Ключевые слова: киста канала Нука, аномалии развития, хирургическая практика.

Myakonkiy R.V., Kaplunov K.O., Dvoryaninov M.V.

THE CYST IN THE CANAL OF NUCK IN EVERYDAY SURGICAL PRACTICE

¹Volgograd regional clinical hospital No. 3, Volgograd

²Volgograd state medical University, Ministry of health of Russia, Volgograd

Abstract. The article deals with relatively rare cases of diagnosed cysts of the Nuck channel in routine surgical practice. The authors describe the main clinical and diagnostic features of this disease, and propose the author's classification of this pathology. In the described cases, the patients were successfully operated on, and the outcomes were successful.

Keywords: Nuck's channel cyst, developmental abnormalities, surgical practice.

Актуальность. Неизвестность пугает или ставит в тупик, поскольку исключает понимание происходящего, зачастую препятствует принятию правильного решения. Как показывает практика, киста канала Нука (син.: женское гидроцеле, киста круглой связки матки; далее – ККН) на сегодняшний день для абсолютного большинства российских практикующих хирургов без преувеличения является «terra incognita» [1]. Это обстоятельство подвигло нас к изучению данной патологии в контексте повседневной хирургической практики, что в свою очередь направлено на расширение знаний общих хирургов в отношении диагностики и тактики лечения пациенток с ККН.

Впервые описанные нами клинические случаи оперативного лечения данной патологии были опубликованы в 2017 г. [3]. Будучи опубликованной в свободном доступе в интернете, указанная работа стала поводом для обращения в нашу клинику в качестве медицинских туристов трех пациенток из Санкт-Петербурга, Тюмени и Орла. Отметим, что оперативное лечение ККН не относится к высокотехнологичным вмешательствам и не требует специального оборудования, может быть успешно выполнено подавляющим большинством общих хирургов [2, 4]. Парадоксально, но являясь жительницами крупных городов, в связи с

отсутствием возможности получения оперативного лечения, пациентки были вынуждены обращаться в волгоградскую клинику, что в достаточной степени не соответствует принципу доступности медицинской помощи для населения.

В качестве изучения эпидемиологии ККН, в Волгоградской областной клинической больнице № 3 в период с 2017 по 2020 гг. всем пациенткам, которым по тем или иным причинам было назначено выполнение УЗИ органов брюшной полости, рутинно дополнительно выполнялось УЗИ паховых областей. В общей сложности, за указанный период исследованию УЗИ паховых областей были подвержено 1200 пациенток в возрасте от 18 до 89 лет, попавших в статистическую выборку и включенных в исследование. Лишь у 6 пациенток, в возрасте от 20 до 32 лет была выявлена ККН, при этом у четверых из них она располагалась слева. Таким образом, частота встречаемости патологии составила 0,5 %.

Цель работы – обмен клиническим опытом с врачами общехирургического профиля, функциональными диагностами, акушерами-гинекологами по ведению больных с ККН.

Материал и методы. Проведено комплексное изучение материалов амбулаторных карт пациентов с ККН, результатов клинико-лабораторных (общеклинических, биохимических, серологических) и инструментальных (УЗИ) методов исследований пациентов. Оперативная тактика описываемых больных предлагается ниже.

Результаты и обсуждение. Изучение литературных данных и учет собственного клинического опыта позволил нам предложить классификацию ККН [2], а затем усовершенствовать ее. Считаем методически необходимым привести последнюю редакцию данной классификации, которая является в настоящее время едва ли не единственной в доступной отечественной литературе.

Классификация ККН (Мяконький Р.В. и соавт., 2020):

1. По локализации:
 - односторонняя (с указанием стороны: правосторонняя, левосторонняя),
 - билатеральная;
2. По отношению к паховому каналу:
 - внутриканальная,
 - внеканальная (часть кисты выходит через наружное паховое кольцо);
3. По размеру:
 - малая – 2,0-4,0 см,
 - средняя – 5,0-7,0 см,
 - большая – более 8,0 см;
4. По форме:

- круглая,
 - овоидная,
 - грушевидная,
 - грибовидная (на ножке),
 - веретенообразная,
 - гантелевидная;
5. По количеству полостей:
- однокамерная,
 - многокамерная;
6. По наличию осложнений:
- кровоизлияние в кисту,
 - нагноение кисты,
 - разрыв кисты,
 - перекрут кисты.

Являясь аномалией развития у женщин, достаточно долгое время ККН может протекать бессимптомно. Дебютом заболевания зачастую становится повышение внутрибрюшного давления (провоцирующие факторы: беременность и роды, запор, кашель, подъем тяжестей и т.п.), при котором имеющаяся киста становится заметна для пациентки, что заставляет обращаться за медицинской помощью. Схожесть дебюта указанной патологии и ущемленной паховой грыжи способно ввести в заблуждение хирурга. В отличие от ущемленной грыжи, ККН не требует экстренного оперативного лечения, возможно относительно длительное динамическое наблюдение, оперативное лечение выполняется в плановом порядке.

Следует подчеркнуть, что в литературе встречаются описание ККН, которая сообщается с брюшной полостью, что является методически некорректным, поскольку данное состояние должно расцениваться как паховая грыжа, ведь киста – это ограниченное скопление серозной жидкости. Патогенетически причиной возникновения ККН является неполная облитерация влагалищного отростка, при его частичной облитерации дистальная часть остается открытой и служит причиной образования данной патологии, что эквивалентно возникновению гидроцеле у мужчин.

Согласно МКБ-10, рассматриваемое заболевание относится к врожденным аномалиям (порокам развития) женских половых органов и кодируется как Q 52.4. Стоит отметить, что кроме косметического дефекта ККН никаких последствий не имеет. В связи с относительной редкостью патологии (причиной чему может являться отсутствие скрининга) в настоящее время остается для подавляющего большинства общих хирургов трудно диагностируемым

заболеванием, что приводит к задержке оперативного лечения или неправильному его объему. Как правило, пока идет длительный процесс диагностики пациентки находятся в стрессовой ситуации, сопровождающейся канцерофобией, депрессией, связанной с отсутствием правильного диагноза и неэффективностью проводимого консервативного лечения (противовоспалительная и антибактериальная терапии). Для постановки правильного диагноза ККН вполне достаточно проведения УЗИ мягких тканей паховой области, безопасного и эффективного исследования, при условии знания этого заболевания и его сонографических признаков.

Таким образом, осведомленность врачей диагностической линии и врачей клиницистов в отношении рассмотренной патологии позволяет повысить безопасность пациенток и ложится в основу выбора правильной лечебной тактики. Пластика передней стенки пахового канала при ККН может выполняться любым доступным способом. Как правило, использование сетчатого эндопротеза не показано, выполняется глухое ушивание апоневроза наружной косой мышцы живота.

Заключение. Нам представляется целесообразным расширить информированность врачей лучевой диагностики и практикующих хирургов, особенно начинающих специалистов, по вопросам диагностики и лечения рассматриваемой патологии. При подготовке лекций для студентов медицинских вузов и слушателей курсов повышения квалификации есть смысл включить данную аномалию развития у женщин в дифференциальный ряд заболеваний, проявляющихся наличием пальпируемого образования в паховой области. При подготовке клинических и методических рекомендаций, учебных пособий и т.п. материалов желательным будет учитывать ККН при проведении дифференциальной диагностики у женщин с пальпируемыми образованиями в проекции паховых областей. В качестве увеличения случаев выявляемости и своевременного оперативного лечения патологии следует в протокол УЗИ органов брюшной полости внести рутинное УЗИ паховых областей у женщин, что позволит получить реальную статистику частоты встречаемости указанного заболевания в популяции.

Список литературы:

1. Мяконький Р.В., Иванченко С.В. Киста канала Нука – «terra incognita» в общей хирургии // Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского. 2019. № 2. С. 30-33.
2. Мяконький Р.В., Иванченко А.Ю., Каплунов К.О. и др. Киста канала Нука: тактика лечения и объем вмешательства // Медицинский вестник юга России. 2019. Том 10. № 3 (Приложение). С. 62-63.

3. Мяконький Р.В., Каплунов К.О. Случаи кисты канала Нюка // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2017. № 3 (55). С. 51-55.
4. Dholakia M, Singh G, Kore R, Ali I. Hernia of canal of nuck: Some considerations. Med. J. DY Patil. Univ. [serial online] 2015 [cited 2018 Jan 28]; 8:833-5. Available from: <http://www.mjdrdypu.org/text.asp?2015/8/6/833/169929>

УДК 616.31-08

Османова Ф.И., Османов И.Н.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Российский университет дружбы народов, г. Москва

Резюме. В статье приводятся данные о результатах проведенного анализа по пораженности аномалиями зубочелюстной системы население дошкольного и школьного возрастов г. Кизляра, выявлению основного фактора, влияющего на развитие заболеваний зубочелюстной системы. Установлено, что основными факторами риска развития заболеваний зубочелюстной системы является экологическое неблагополучие окружающей среды.

Ключевые слова: кариес, интенсивность поражения, зубочелюстные аномалии, аномалии прикуса.

Osmanova F.I., Osmanov I.N.

ENVIRONMENTAL RISK FACTORS FOR DISEASES OF THE DENTAL SYSTEM

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

Abstract. The article presents data on the results of the analysis on the incidence of anomalies of the dental system in the population of preschool and school age in Kizlyar, identifying the main factor affecting the development of diseases of the dental system. It is established that the main risk factors for the development of diseases of the dental system are environmental problems.

Keywords: caries, the intensity of the lesion, dentofacial abnormalities, malocclusion.

Актуальность. Согласно государственному докладу «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Дагестан в 2017 году» при анализе и ранжировании по муниципальным образованиям республики Дагестан самые высокие показатели смертности отмечаются в городах Кизляр (7,2), Дагестанские Огни (7,6), Буйнакск (6,1). Самые низкие показатели смертности отмечаются в городах Махачкала (3,5), Избербаш (4,4), Хасавюрт (4,1), Каспийск (3,9). При ранжировании причин смертности установлено, что в ее структуре ведущие места принадлежат сердечно-сосудистым заболеваниям – 40,8 %. Последующие места – онкологические заболевания (14,2 %), болезни органов дыхания (10,6 %), внешние причины смерти (8,5 %), болезни органов пищеварения (3,9 %), болезни эндокринной системы (3,4 %), болезни мочеполовой системы (3,2 %), болезни нервной системы (3,0 %), инфекционные и паразитарные болезни (0,9 %) [4; 12; 1; 2]. Аспекты стоматологического здоровья населения Республики Дагестан активно изучались в разные периоды, но исследования связи стоматологического здоровья населения региона с состоянием окружающей среды, водным или воздушным фактором отсутствовали [7].

Цель исследования: Изучить влияние содержания мышьяка и фтора в питьевой воде на распространенность кариеса, аномалий зубочелюстной системы среди населения Республики Дагестан на примере г. Кизляр.

Для решения поставленной цели ставились следующие задачи:

- оценить качество питьевой воды г. Кизляр;
- изучить взаимосвязь воды с интенсивностью заболеваний зубочелюстной системы у детей школьного и дошкольного возрастов;
- изучить особенности зубочелюстных аномалий населения г. Кизляр.

Материалы и методы исследования. Материалами исследований служили дети школьного и дошкольного возрастов г. Кизляр. В районах исследований на протяжении 3-х лет (2017-2019) было обследовано по 10 детей от возраста 6-16 лет.

Исследования проводилось анкетированием детей или их родителей с зубочелюстными аномалиями для определения уровня здоровья детей и их матерей на момент рождения ребенка. Анализ качества воды по химическим показателям проводились в соответствии с МУ «Унифицированные методы сбора данных, анализ и оценка заболеваемости населения с учетом комплексного действия факторов окружающей среды» и комплексное определение антропогенной нагрузки на водные объекты, почву, атмосферный воздух в районах селитебного освоения» (ГКСЭН РФ, 1996).

Результаты исследований. В период 2017-2019 гг. нами были проведены комплексные экологические исследования воздуха и воды г. Кизляр, поступающей для водоснабжения в город из артезианских источников. В пробах питьевой воды от всех источников водоснабжения выявлена повышенная концентрация солей тяжелых металлов. Обнаружено сверхнормативное содержание кобальта и железа, высокие концентрации алюминия, цинка, марганца, мышьяка, формальдегида, а также значительно превышающее предельно-допустимых концентраций содержание фенола [1]. Выявлено содержание цинка, превышающее допустимые нормативы в 13,4 раз на опытном участке № 4; кобальта, в 3,1 раз превышающие ПДК на участке № 2. В скважине участка № 5 содержание формальдегида превышает более чем в 3 раза, максимальная концентрация марганца, составляющая 0,7 мг/л обнаружена в воде из центральной скважины. Содержание мышьяка выше в 6 раз ПДК на участке № 4, превышение фенола составляло 32 мг/мл.

По отношению к содержанию фтора в воде наблюдался дефицит фтора, который составлял от 0,1 до 0,2 ПДК (0,7-1,2 мг/л). Содержанием повышенных концентраций мышьяка отличалась вода из центральной скважины и участка № 2, который достигает до 0,16-0,22 мг/л, при норме 0,05 мг/л. Уровень мутности составлял до 1,9 мг/л [1, 5, 6]. Не

соответствует вода нормативным требованиям и по органолептическим свойствам; повышенной концентрации мутности и недостаточному уровню жесткости (таблица 1). У низкого содержания фтора в воде особенность вызывать кариес зубов выявлено исследованиями многих ученых. Мышьяк обладает способностью куммулироваться в организме, снижая иммунные свойства и, соответственно, повышая склонность к заболеваниям ЗЧЛА [3].

Результаты исследований многих ученых об экологической ситуации и особенностях географического распределения по территории республики показывают, что содержание выше предельно допустимой концентрации солей тяжелых металлов в почве, в воде и окружающей среде имеет прямую корреляцию с частотой заболеваемости и распространенности зубочелюстных аномалий и кариеса зубов населения [1, 3, 5, 6, 7].

Таблица 1

Физико-химические показатели воды г. Кизляр (данные за 2017-2019 гг.).

Опытные участки	Мутность	Жесткость	Свинец	Сульфаты	Нитрат	Алومиний	Аммиак	Хлориды	Фтор	Медь	Мышьяк	Цинк	Железо	Минерализация
ПДК /ВОЗ	2,6 /3,5	7,0 /-	0,03/ 0,01	500 /250	45 /50	0,5 /0,2	2,0 /1,5	350 /250	1,2 /1,5	1,0 /2,0	0,05 /0,01	5,0 /3,0	0,3 /0,3	1000 /1000
1	1,6	3,5	0,001	176	0,3	0,31	0,6	130	0,31	0,1	0,18	0,06	0,4	574
2	1,3	3,8	0,001	232	0,2	0,25	0,5	225	0,23	0,2	0,21	0,04	0,33	680
3	1,4	5,8	0,001	284	0,3	0,34	0,4	255	0,25	0,04	0,3	0,06	0,4	555
4	1,2	2,8	0,001	275	0,2	0,33	0,3	250	0,31	0,3	0,10	0,05	0,2	570
5	1,4	3,5	0,001	295	0,2	0,31	0,5	230	0,25	0,4	0,15	0,04	0,31	650
6	1,3	2,7	0,001	172	0,3	0,38	0,5	282	0,32	0,1	0,20	0,02	0,25	672
7	1,2	2,9	0	267	0,4	0,32	0,3	275	0,27	0,1	0,22	0,03	0,32	630

Оценка химического состава питьевой воды установила вредность питьевой воды, обусловленный повышенным содержанием мышьяка, более чем в 70 % образцов воды. Вода в городе обладает дефицитом фтора и неполноценность за счет дефицита фтора и низких величин жесткости приводило к заболеваниям зубов, а вторичное загрязнение воды по микробиологическим показателям снижает безопасность питьевой воды (рис.1).

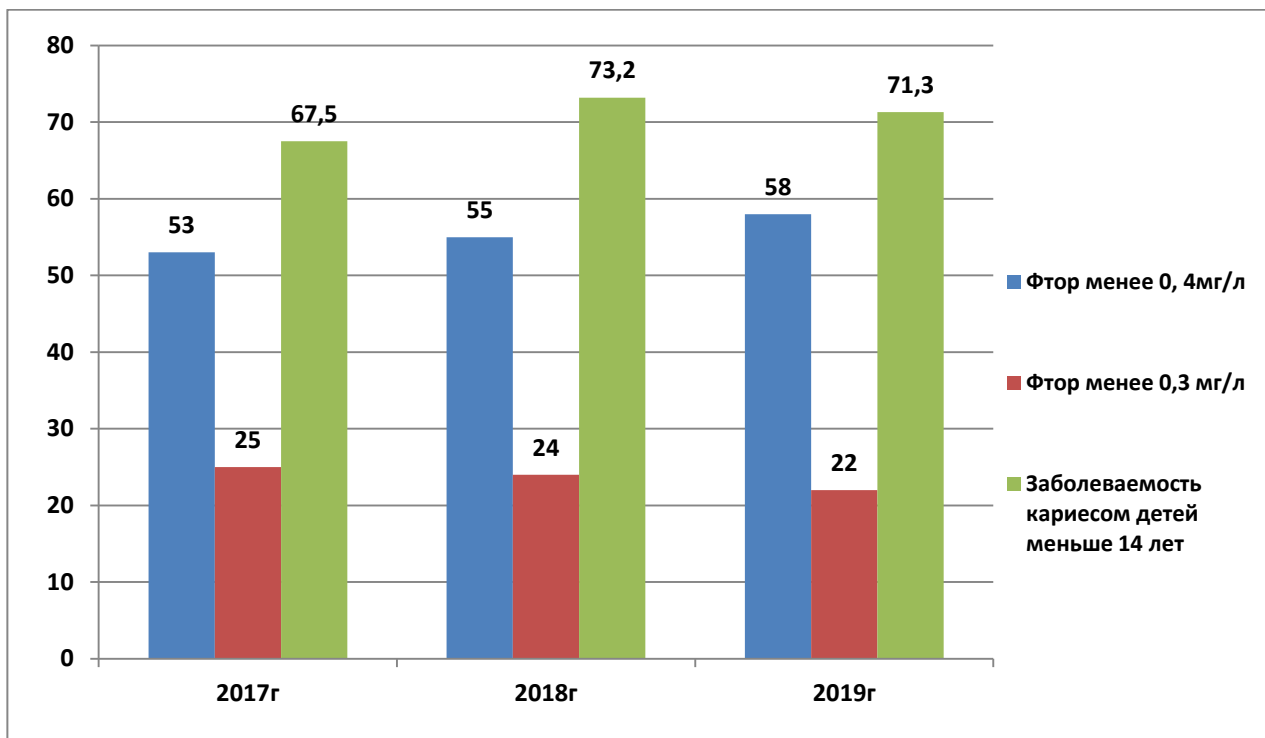


Рис. 1. Содержание фтора в питьевой воде и уровень заболеваемости кариесом зубов детей в г. Кизляре, (%)

Для решения поставленной цели перед нами стояла задача исследования – изучить особенности пораженности кариесом зубов детского населения дошкольного и школьного возрастов г. Кизляр, а также оценить аномалии их зубочелюстной системы.

Нами были обследованы 50 детей разных возрастных групп (2-6 лет) по 10 из каждой группы, результаты которых представлены в таблице 5, из которой можно сделать вывод, что в группах детского дошкольного возраста распространенность кариеса зубов составляло 82,0 %. Установлено, что с переходом к возрасту от 3 лет к 7 годам, частота кариеса зубов развития возрастает от 75,5 % до 90,2 % (рис.2).

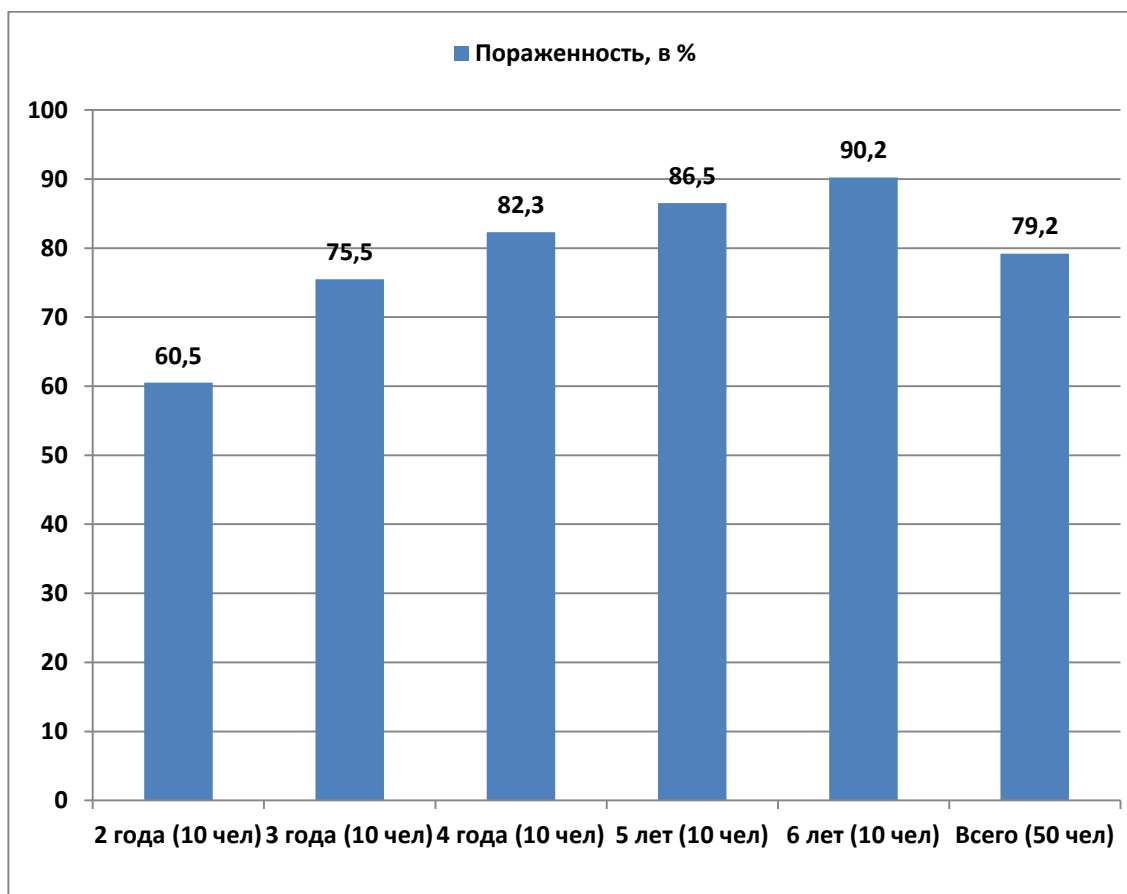


Рис. 2. Зависимость пораженности детей дошкольного возраста кариесом зубов, %

Результатами исследований установлено, что среди дошкольников Кизляра, довольно высока уровень пораженности кариесом зубов, которая может быть зависима от высокой распространенности кариеса временных зубов, так как уже в пятилетнем возрасте у дошкольников выявлена интенсивность поражения кариесом постоянных зубов. У всех обследованных дошкольников 4 временных зуба поражены кариесом практически полностью. Исследования по пораженности кариесом детей школьного возраста показали, что за 10 лет интенсивность поражения увеличивается почти в 7 раз (рис. 3). Выявленная нами динамика возрастания распространенности кариеса временных зубов полностью коррелирует с данными, полученными другими исследователями в проявлении данной патологии.

Исследования, проведенные среди школьников 7-16 лет, показали высокую интенсивность поражения кариесом временных зубов на одного ребенка для детей возрастной группы 7 лет, равная 94,2 % школьников, индекс КПУ при этом соответствовал 4,5. К 13 годам КПУ доходит до минимального уровня, соответствующим 0,2. По мере замещения временных зубов постоянными, пораженность кариесом закономерно сокращается, при этом КПУ достигает показателя, равной 1,9.

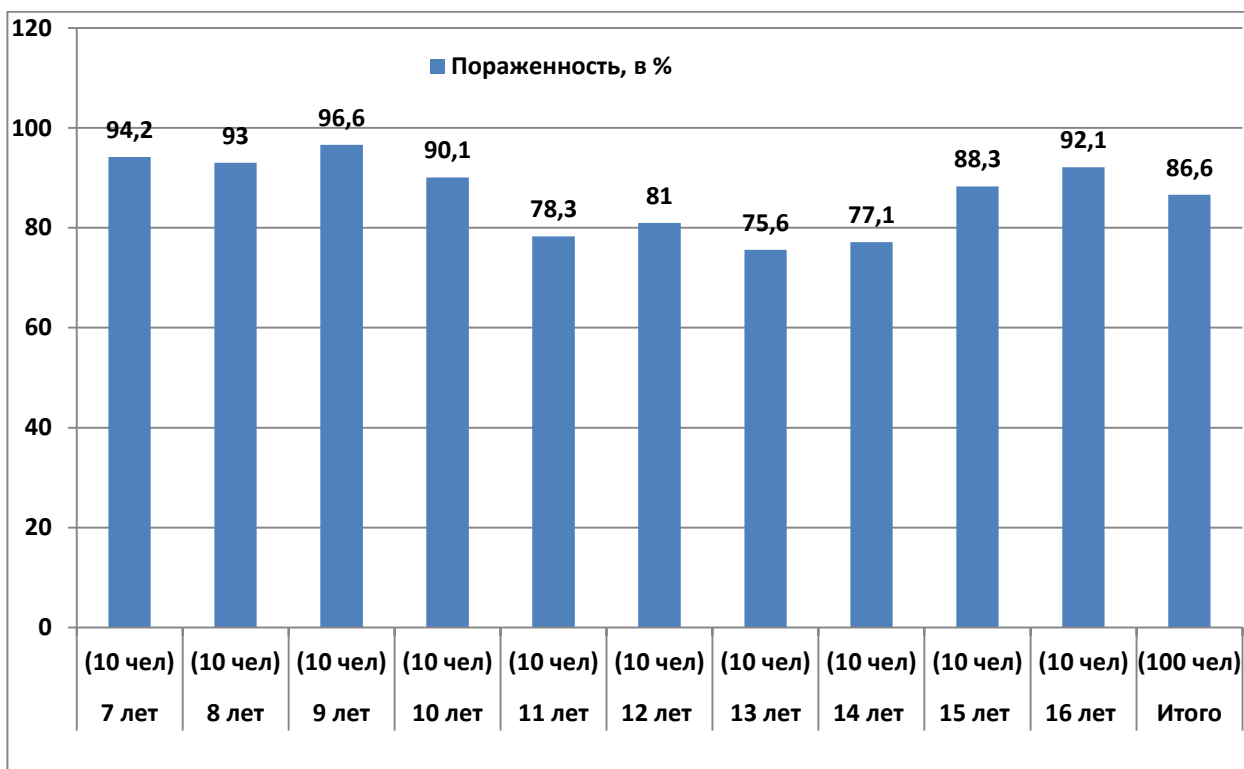


Рис. 3. Зависимость распространенности кариесом зубов детей школьного возраста г. Кизляр, %

У всех обследованных выявлено в среднем по 1,5 пораженных кариесом временных зубов. Полученные нами данные доказывают об имеющемся высоком уровне поражения кариесом зубов у школьников г. Кизляр. Результаты показателей пораженности кариесом школьников г. Кизляр, полученные нами согласуются с ранее выдвинутыми положениями разных исследователей, которые утверждали что пораженность кариесом зубов в южных регионах ниже, чем в средней полосе и северных районах. Дальнейшие наши исследования были посвящены изучению анализу пораженности аномалиями зубочелюстной системы детского население г. Кизляра.

Согласно данным многих исследователей за последние годы отмечен рост пораженности населения аномалиями зубочелюстной системы почти всех регионах страны. Исследуемый нами вопрос наиболее актуален в связи с тем, что такой анализ и обследование детского населения ранее никем не проводилось. Исследования установили, что распространенность аномалий зубочелюстной системы среди детей г. Кизляра школьного и дошкольного возрастов в среднем среди дошкольников соответствуют показателю, равной 55,3 % (табл. 2).

Таблица 2

**Процент пораженности аномалиями зубочелюстной системы (ЗЛЧ) детей
дошкольного возраста г. Кизляр**

Возраст (лет)	Распространенность, %		
	аномалий зубов	аномалий прикуса	Всего
3	6,5	48,8	55,3
4	7,2	44,6	49,8
5	8,5	36,4	44,9
6	9,8	39,9	49,7
7	9,9	41,2	51,1

В разных возрастных группах дошкольников частота распространения различная, но существенной разницы не выявлено. Так, распространенность аномалии прикуса из анализированных нами аномалий зубочелюстной системы среди детей в возрасте 3 года соответствовал показателю равной 48,8 %, который с возрастом имел тенденцию к медленному снижению, и соответствовал к 5 и 6 годам 36,4 % и 39,9 %, соответственно, что указывает на серьезность выявляемой патологии, требующей внимания. Распространенность аномалий прикуса к 7 годам оставалось на уровне 41,2 %, что подтверждает факт медленного снижения патологии с возрастом исследуемых. Пораженность аномалиями отдельных зубов среди дошкольников в среднем составляло 9,9 % к 7 годам без значительной разницы в возрастном аспекте, так как к 3-м годам показатель соответствовал 6,5 %. Среди обследованных высокую частоту аномалий зубочелюстной системы можно отметить среди детей дошкольного возраста всех возрастных групп. В сравнении с аномалиями зубов частота аномалий прикуса встречается в 6 раз больше, и пораженность возрастает от 36,4 % до 48,8 %, соответственно. В возрасте 3 года процент пораженности аномалиями соответствует 48,8 % и к 4 годам снижается до 44,6 %. Соответствующие результаты получены и при анализе распространенности ЗЧА среди школьников рис. 4).

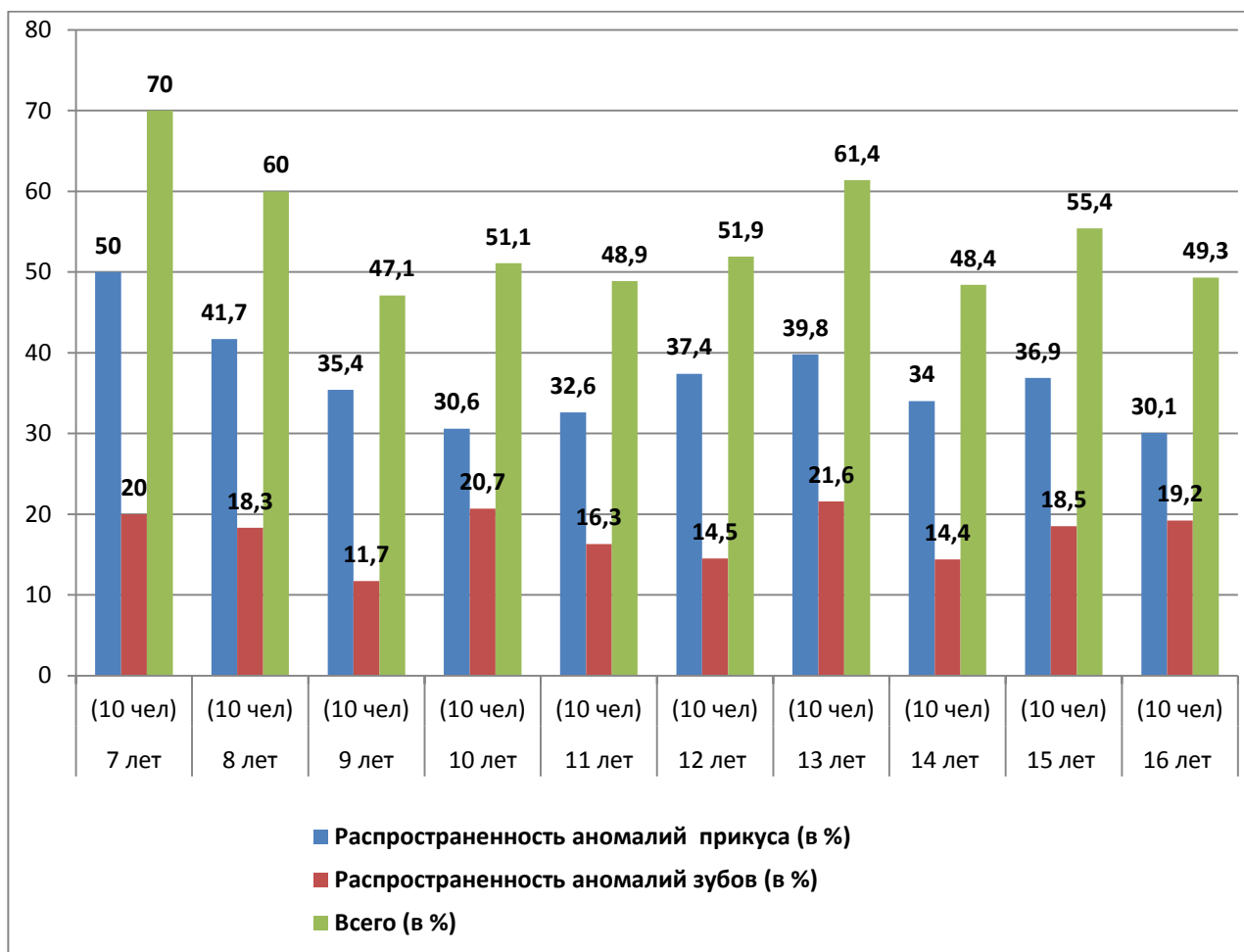


Рис. 4. Зависимость пораженности аномалиями зубочелюстной системы от возраста школьников, (г. Кизляр)

Сравнительный анализ пораженности школьников аномалиями зубочелюстной системы показал, что процент распространенности при сравнении с дошкольниками значительно выше у школьников. У более 50,0 % лиц обследованных школьников в возрасте 7 лет отмечены аномалии прикуса. К 16 годам происходит медленное снижение данного показателя, который соответствует 30,1 %. Распространенность аномалий зубов к 7 годам равна 20,0 % и в 2,5 раза выше аномалий прикуса. К 16 годам в распространенности аномалий зубов сильные изменения не происходят и равна 19,2 %.

Список литературы:

1. Абдурахманов Г.М., Гасангаджиева А.Г., Рябова А.В. Эколого-эпидемиологические особенности заболеваемости злокачественными новообразованиями населения города Махачкалы Республики Дагестан. Махачкала: АЛЕФ, 2009. 132 с.
2. Астарханова Т.С., Багавдинова Л.Б. Загрязнение воды мышьяком в Республике Дагестан // Сборник всероссийской научно-практической конференции, Махачкала, 2013 г. С. 197-200.

3. Аверьянов С.В., Чуйкин С.В., Чуйкин О.С., Зубарева А.В. Экологические факторы возникновения зубочелюстных аномалий // Журнал: Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2015. № 6. С. 57-61.
4. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Дагестан в 2017 году».
5. Омариева Э.Я., Бабаянц И.С., Панина Л.Ю., Сайфутдинов М.М. «Гигиеническая оценка подземных вод Терско-Кумского Артезианского бассейна, используемых населением северных районов Дагестана, в связи с повышенным содержанием мышьяка» / (ЗниСО). 1998. № 4. С. 10-12.
6. Керимов М.М. Охрана здоровья населения в условиях воздействия несбалансированного химического состава вод Теркско-Кумского артезианского бассейна // Диссерт. канд. мед. наук. 2004. С. 149.
7. Шамов С.М. Изучение эпидемиологии зубочелюстных аномалий у детей и подростков республики Дагестан с помощью двухкомпонентного ортодонтического индекса // Вестник новых медицинских технологий. 2012 Т. XIX. № 3 С. 82.

УДК 5.57.576.8.09

Хурамшина А.Р., Викторова Т.В.

**ПРОФИЛАКТИКА КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ВАКЦИНОЙ БЦЖ
(БАЦИЛЛА КАЛЬМЕТА-ГЕРЕНА)**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. Статья посвящена проводимым исследованиям новой коронавирусной инфекции, выявлению возможной профилактики данного заболевания вакциной БЦЖ. Новая инфекция COVID-19 впервые возникла в декабре 2019 года в китайском городе Ухань. За короткий период времени данный вирус вошел в историю как чрезвычайная ситуация международного значения. Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением новой инфекции является пневмония, а также у значительной части пациентов – респираторный дистресс-синдром. В нашей статье представлен краткий аналитический обзор других литературных источников.

Ключевые слова: коронавирус, БЦЖ, РНК.

Khuramshina A.R., Viktorova T.V.

**PREVENTION OF COVID-19 CORONAVIRUS INFECTION WITH BCG VACCINE
(CALMETTE-GUERIN BACILLUS)**

Bashkir state medical University, Ufa

Abstract. The article is devoted to the ongoing research of a new coronavirus infection, the identification of possible prevention of this disease with the BCG vaccine. The new COVID-19 infection first appeared in December 2019 in the Chinese city of Wuhan. In a short period of time, this virus has gone down in history as an emergency of international significance. It is known that the most common clinical manifestation of a new infection is pneumonia, and in a significant part of patients – respiratory distress syndrome. Our article presents a brief analytical review of other literary sources.

Keywords: coronavirus, BCG, RNA.

Актуальность. В новом тысячелетии человечество столкнулось с инфекционными болезнями, о которых никто не знал. На смену чуме и тифу пришли опасные вирусы. Изменение окружающей среды, потепление климата, увеличение плотности населения и другие факторы провоцируют их появление, а высокая миграционная активность населения способствует распространению по всему миру. Это значит, что процессы миграции и урбанизации еще ускорятся.

Цель работы. Изучить литературные источники зарубежных исследований по данной проблеме, составить аналитический краткий обзор по выявленным результатам исследователей.

Материалы и методы. Материалом послужили научные исследования зарубежных ученых. При анализе использовали метод сравнительного исследования, при котором рассматриваются все статьи, независимо от национальной, культурной или иной

принадлежности автора. Достоинство в том, что исследуется большой объем разнообразных факторов.

Результаты и обсуждение. Эпидемия COVID-19 («coronavirus disease 2019») уже вошла в историю как чрезвычайная ситуация и на сегодняшний день объявлена пандемией международного значения. С 31 декабря 2019 года и по состоянию на 14 апреля 2020 года было зарегистрировано 1 873 265 случаев COVID-19 (в соответствии с применяемыми определениями случаев и стратегиями тестирования в затронутых странах), в том числе 118 854 смертей, и на текущий момент количество зараженных в мире продолжает расти [5].

Коронавирусная инфекция – это острое вирусное заболевание с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-содержащим вирусом рода Betacoronavirus семейства Coronaviridae.

По данным ученого Bassetti M. новый коронавирус SARS-CoV-2 представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к семейству Coronaviridae, относится к линии Beta-CoV В. Вирус отнесен ко II группе патогенности, как и некоторые другие представители этого семейства (вирус SARS-CoV, MERS-CoV). Коронавирус SARS-CoV-2 предположительно является рекомбинантным вирусом между коронавирусом летучих мышей и неизвестным по происхождению коронавирусом. Генетическая последовательность SARS-CoV-2 сходна с последовательностью SARS-CoV по меньшей мере на 79 % [2].

В клиническом руководстве Всемирной организации здравоохранения утверждается, что в настоящее время нет убедительных данных на основании которых можно было бы рекомендовать специфическую противовирусную терапию при подозрении на инфицирование SARS-CoV-2 или при наличии подтвержденной инфекции [1].

В настоящее время в литературе широко обсуждается предположение, что противотуберкулезная вакцинация БЦЖ формирует резистентность к SARS-CoV-2 или более легкое течение заболевания (Stefan Kaufmann. Max-Planck-Gesellschaft, 2020). Ежегодно БЦЖ вакцинируют более чем миллион детей в странах, где распространен туберкулез. Однако теперь исследователи говорят, что она может помочь в борьбе с новым коронавирусом.

В Нью-Йоркском институте технологии США провели эпидемиологическое исследование и пришли к выводу о том, что страны, в которых не проводится единая политика вакцинации БЦЖ (Италия, Нидерланды, США), пострадали в большей степени, чем страны с единой и давней политикой вакцинации БЦЖ [3]. В последнее время БЦЖ стала вакциной-кандидатом на Covid-19, и в Австралии в настоящее время проводится клиническое испытание на 4000 человек для проверки его эффективности против этой болезни. Однако, пока неясно, какой эффект обнаружится в популяциях, в которых

тотальная вакцинация БЦЖ применяется с первых дней жизни, поскольку SARS-CoV-2 продолжает распространяться [6].

Французский микробиолог Альбер Кальметт и ветеринар Камиль Герен в 1921 г. создали вакцину БЦЖ первоначально в качестве вакцины против туберкулеза. Тем не менее, во многих исследованиях показаны ее неспецифические эффекты (non-specific effects, NSE), а именно, способность формировать мощную защиту от других инфекционных заболеваний (Еремеев В.В., Шепелькова Г.С., Эргешов А.Э. Неспецифическая составляющая вакцинации BCG, 2019 г.; Таточенко В.К. Безопасность вакцинации: современные данные, 2007 г.). Положительный эффект, связанный с формированием устойчивости, наблюдался в исследованиях *in vitro* или *in vivo* различных вирусных патогенов, например, респираторно-синцитиального вируса, желтой лихорадки, вируса простого герпеса; вирус папилломы человека (Корецкая Н.М. Современные взгляды на вакцинацию БЦЖ, 2011 г.).

Основываясь на способности БЦЖ снижать частоту инфекций дыхательных путей у детей (Марченко В.Н., Максимов М.В. Роль вакцинации в профилактике инфекций нижних дыхательных путей, 2014 г.; Шурыгин А.А. Генерализованная БЦЖ инфекция на фоне вторичной иммунной недостаточности, 2008 г.) группа ученых из Нидерландов в экспериментальной человеческой модели вирусной инфекции выдвинула гипотезу о том, что вакцинация БЦЖ индуцирует (частичную) защиту от восприимчивости и/или тяжести инфекции Covid-19 [4]. Это исследование указывает на возможную эффективность BCG при Covid-19.

Заключение. Конечно, на данный момент нет точных экспериментальных данных, доказывающих эффективность вакцины БЦЖ против новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. Наблюдаемая зависимость между смертностью от COVID-19 и наличием или отсутствием программы вакцинации БЦЖ в каждой стране остается пока лишь интересной гипотезой, которую еще предстоит проверить на практике.

Список литературы:

1. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV) // Всемирная организация здравоохранения. Временные рекомендации. 28 января 2020 г. [Электронный ресурс]. С. 12.
2. Bassetti, M. The Novel Chinese Coronavirus (2019-nCoV) challenges for fighting the storm // Department of Health Sciences: University of Genoa. Genoa, Italy. 2020 Mar 5; 50 (3). P. 20.

3. Correlation between universal BCG vaccination policy and reduced morbidity and mortality for COVID-19: an epidemiological study // ResearchGate. P. 1-2.
4. Reducing Health Care Workers Absenteeism in Covid-19 Pandemic Through BCG Vaccine (BCG-CORONA) // MJM Bonten, UMC Utrecht. 2020.
5. Situation update worldwide // European Centre for Disease Prevention and Control, 14 April 2020. P. 1.
6. Sruthijith, KK, ET Bureau, BCG vaccination policies make a ten times difference in Covid-19 incidence, mortality: New study // The Economic Times. 2020. P.1-2.

УДК 616.31-052:616.891.6

H.M.H Karkhani, Sharma Bhawna, B.F.M Mohammed, A.M. Ziganshin

DENTAL ANXIETY AS AN OVERALL ISSUE

Department of obstetrics and gynecology with IAPE course,

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract. Dental fear and anxiety is one of the major challenges in dentistry. The article represents the dental anxiety as an overall issue among the clinicians and the methods to treat the patients with such anxiety disorder; also the review represents the dental anxiety as a dental manipulation, the relation of extraction of third molar to the dental anxiety, role of gender and age and what affects the relationship between the dentist and patient and how stress management and distraction is considered as best tool for treatment of dental anxiety.

Keywords: Dental anxiety, Dental manipulation, Dental fear, Odontophobia.

Introduction. Dental anxiety (DA) the term used to describe fear, anxiety or stress in a dental setting. It has a high impact on life quality affecting one's social activities such as meeting with friends, eating or socializing. At the international level the DA is described according to the Dental Anxiety Scale, designed by Corah et al. in 1978 [12]. This test, according to the most recent literature, is simple and regarded as the most excellent in terms of internal consistency and test-retest dependability [12]. Three classes of dental phobia can be recognized:

(1) Mild odontophobia, also called "dental anxiety", is the most frequent among the population;

(2) Moderate odontophobia, called "dental fear";

(3) Severe dental phobia, the real "dental phobia", decidedly rarer and more difficult to manage by the dentist [12].

They are significant characteristics that contribute to avoidance of dental care [9]. And they are major factors causing much trouble for the people attending to their own personal health. A study that asked about commonly feared situations among individuals, (DA) ranked fifth and was reported by 20% of those questioned [4, 5, 9, 13].

Objective. The aim is to find out about the dental anxiety and the various issues regarding it.

Material and method. We have reviewed different articles from various journals from all over world (PubMed, elibrary.ru, etc...), about anxiety and fear during dental manipulation in dental clinics, the extraction of third molar, role of age and parental rearing-style, management of dental anxiety and the relationship between dentist and the patients.

Dental manipulation. Dental anxiety was associated with GAD (generalized anxiety disorder) and with comorbidity of depressive and anxiety disorders when controlling the confounding factors [8]. Fear and anxiety can be often related to dentistry. Sometimes they make a great effect on the patient's report of pain and on diagnosis and curing of endodontic pathology [6].

The most common cause for dental anxiety is that they are the result of a previous traumatic experience. This is what most behavioral psychologists conclusively agree. If the sufferer having previous experience that was particularly painful, levels of anxiety and overthinking can increase.

Anxiety before and during extraction of third molar. A tooth extraction, or even just the idea of having a tooth “pulled out,” puts many persons ill at ease. Third molar removal results in a long-lasting heightened level of anxiety largely depend on the magnitude of past exposure to aversive dental situations. Lower third molar surgery is also related to the dental anxiety, before and during surgery, anxiety may affect patients physiologically and psychosomatically, for example it may increase blood pressure which leads to affect the surgery and the incidence complications. Trait anxiety is a permanent aspect of the personality of each person, emotion and state anxiety relates to the emotional state of the human body when it is evaluated. Dental anxiety is a marked and persistent state of dental fear. Patient undergoing extraction of an impacted lower third molar show low levels of trait anxiety and moderate levels of state anxiety and dental anxiety [3].

Role of age, gender and parental rearing-style. Dental fear and anxiety (DFA) is one of the major challenges in pediatric dentistry. The CFSS-DS (children’s fear survey schedule dental subscale) found that 7 % of the children had dental fear at age 7 and mean CFSS-DS was 22.9. At 9 years of age, 8 % reported dental fear and the mean increased to 25.4. Parental dental fear, experience of toothache, and report of painful dental treatment and caries development between 7 and 9 years of age were factors that were significantly related to development of DFA. There was a change in DFA between 7 and 9 years of age [1]. Dental fear and anxiety is a dynamic process in growing individuals, whereas gender is considered females are more anxious than male patients [9]. There is an association may exist between dental anxiety of children and parental rearing-style, but parental rearing-style does not appear to be associated with the referral states of children [11].

Management and treatment. Treatment for DA is according to these four types:

- 1) A mild form of fear or anxiety,
- 2) A phobia of specific dental procedures or situations,
- 3) Interfering psychiatric symptoms and/or
- 4) A high treatment needs [10].

Treatment includes:

1. General attitude and the application of a general anxiety decreasing curing style
 - handing trust, giving realistic information, providing control, devoting a high level of predictability
2. Pharmacological support
 - Pre-medication policy, nitrous oxide sedation

3. Teaching coping strategies

- Distraction, relaxation and hypnosis.

The ratio of dentally phobic patients are also high in other phobias and anxieties, have shown this to negatively influence prognosis for curing [7].

Relationship between clinician and the patients. A clinician's knowledge DA, and an accompanying understanding of how to successfully manage it, is surely one of the first steps to gaining a patient's trust and maintaining his or her patronage. Being able to manage a dental phobic patient in the best way is the key to successful therapy. Psychological techniques often have to work alongside dentistry in managing these patients. A future perspective concerns precisely the implementation of non-invasive practices such as hypnosis in the management of the latter. It is essential that the patients are helped by a specialist to find the strength to face the fear and anxiety, because dentally anxious people have an unfavorable attitude towards the dentists. It also affects the dentist-patient harmonious relationship, which is tending to be an essential part of all kind of treatments [8].

Discussion. Dental Phobia is more serious problem then DA. Due to DA the patient is in the state of constant stress and fear, which leads a person towards the path of delaying one's dental setting which can effects the day today life; such as social phobia, unhygienic practice, less interactive, delay in treatment etc. The proper guidance and healthy relationship of doctor-patient can help the sufferer from overcoming such a problem.

Conclusion. When DA is considered it is associated with GAD. The molar extraction is related to the DA, before and during the surgical procedure, which can affect patients physiologically and psychosomatically. Age and gender plays significant role in this matter, child and females are more affected by DA. Stress management and distraction is considered best tool for treatment. Development of trust is necessary to treat DA patients, because dentally anxious people have an unfavorable attitude towards the dentists.

References:

1. Andreas Dahlander, Fernanda Soares, Margaret Grindefjord, Göran Dahllöf. Factors Associated with Dental Fear and Anxiety in Children Aged 7 to 9 Years // Dent. J. 2019. Vol. 7, 68. P. 1-9.
2. De Jongh, P. Adair, M. Meijerink-Anderson Enschede. Clinical management of dental anxiety: what works for whom? // International Dental Journal. 2005. Vol. 55. P. 73–80.
3. Beatriz Tarazona, Pablo Tarazona-Alvarez, David Pcnarrocha, et. al. Anxiety before extraction of impacted lower third molars // med. oral. patol. oral. cir. buccal. 2015. Vol. 2.P. C.246-250.

4. Deva Priya Appukuttan. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*. dove press. 2016. P. 35-50.
5. De Jongh A, et al. Acquisition and maintenance of dental anxiety: the role of conditioning experiences and cognitive factors // *Behav Res Ther*. 1995. Vol. 33 P. 205-210.
6. Eli I. Dental anxiety: a cause for possible misdiagnosis of tooth vitality // *Int Endod J*. 1993. Vol. 26(4). P. 251-253.
7. Elizabeth m. Goodall, ann m. skelly, sandra e. Predictors of Dental Anxiety and Effects of Treatment with Nitrous Oxide and Midazolam in Dentally Phobic Patients // *Human psychopharmacology*. 1994. Vol. 9. P. 237-244.
8. Harender Singh, D. J. Bhaskar, Rahila Rehman. Psychological Aspects of Odontophobia // *Int J Dent Med Res*. 2015. Vol. 1.(6). P. 210-212.
9. Imran Farooq, Saqib Ali. A cross sectional study of gender differences in dental anxiety prevailing in the students of a Pakistani dental college // *The Saudi Journal for Dental Research*. 2015. Vol. 6. P. 21–25.
10. Irene Kida Minja, Febronia Kokulengya Kahabuka. Dental Anxiety and Its Consequences to Oral Health Care Attendance and Delivery // *Intech open*. 2019. P. 35-49.
11. J.B. Krikken. A.J. van Wijk. J.M. ten Cate. et. al. Child dental anxiety, parental rearing style and referral status of children // *Community Dental Health*. 2012. Vol. 29. P. 289–292.
12. Rosa De Stefano. Psychological Factors in Dental Patient Care: Odontophobia // *Medicina*. 2019. Vol. 55,678. P. 2-4.
13. Udoye CI, Oginni AO, Oginni FO. Dental anxiety among patients undergoing various dental treatments in a Nigerian teaching hospital // *J Contemp Dent Pract*. 2005. Vol. 15. P. 91-98.

«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

УДК 618.1

**Габдрахманова А.Е., Гришина М.А., Романенкова Я.С., Никифорова С.А.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕНСКОЙ
ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ГОРОДА ОРЕНБУРГА**

**Кафедра акушерства и гинекологии,
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Оренбург**

Резюме: статья посвящена диагностике предраковых заболеваний женской половой системы, ведущих к развитию злокачественных опухолей. Онкологическая патология на сегодняшний момент, к сожалению, широко распространена у женского населения нашей страны. К развитию этой патологии наиболее часто приводят такие заболевания, как фиброзно-кистозная мастопатия, кисты и фиброаденомы молочных желез, заболевания шейки матки, матки и придатков.

Ключевые слова: онкологическая патология, диагностика, кольпоскопия, маммография.

**Gabdrakhmanova A.E., Grishina M.A., Romanenkova Ya.S., Nikiforova S.A.
PREVALENCE OF ONCOLOGICAL PATHOLOGY OF THE FEMALE SEXUAL
SYSTEM IN WOMEN OF THE CITY OF ORENBURG**

**Department of obstetrics and gynecology,
Orenburg state medical University, Orenburg**

Abstract: the article is devoted to the diagnosis of precancerous diseases of the female genital system leading to the development of malignant tumors. Cancer pathology is currently, unfortunately, widespread in the female population of our country. The development of this pathology is most often caused by diseases such as fibrocystic mastopathy, cysts and fibroadenomas of the mammary glands, diseases of the cervix, uterus and appendages.

Keywords: oncological pathology, diagnostics, colposcopy, mammography.

Актуальность. Диагностика онкологических заболеваний на ранних стадиях позволяет своевременно выделить группы риска и повышает эффективность лечения.

Цель исследования: оценить частоту встречаемости онкологической патологии у женского населения при проведении гинекологического обследования.

Материалы и методы: метод аналитический, нами проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 250 пациенток в возрасте от 32 до 80 лет, обследовавшихся в медицинском диагностическом центре женского здоровья «Белая роза» на базе ГАУЗ «ГКБ № 2» г. Оренбурга в течение 2019 года.

Пациенткам были проведены следующие виды диагностического обследования: выполнены осмотры молочных желез и шейки матки, цитологическое исследование соскоба из цервикального канала (эндоцервикс и экзоцервикс), кольпоскопия, маммография, УЗИ молочных желез, УЗИ половых органов, выполнены осмотры молочных желез и шейки матки.

Результаты и обсуждение: патологии органов женской половой системы были выявлены у 230 (92 %) обратившихся пациенток. Киста молочной железы была выявлена у 35 (14 %) пациенток, средний возраст которых составил 57,16 лет. Из них направлены на прием к онкологу 10 (28,57 %) пациенток и на диспансеризацию в женскую консультацию 17 (48,57 %) пациенток. Доброкачественная опухоль молочной железы железистого происхождения – фиброаденома, была выявлена у 10 (4 %) пациенток. Их средний возраст 53 года. Фиброзно-кистозная мастопатия была диагностирована у 29 (11,6 %) пациенток в возрасте от 41 до 60 лет, из них получили направление к онкологу 16 (55,17 %) и должны пройти диспансеризацию в женской консультации 10 (34,48 %) пациенток.

У 26 (10,40 %) в возрасте от 35 до 67 лет пациенток на результатах маммографии и УЗИ определялась железистая ткань. Из них на консультацию к онкологу были направлены 7 (38,9 %) пациенток, получили направление на госпитализацию 11 (61,1 %) пациенток. Фиброзно-жировая инволюция по результатам маммографии и УЗИ была выявлена у 123 (49,20 %) обратившихся в медицинский центр «Белая роза» в возрасте от 33 до 70 лет. Направление к онкологу получили 39 (56,52 %) пациенток, необходимо пройти диспансеризацию в женской консультации 33 (47,82 %) пациенткам.

По данным цитологического исследования у пациенток не были выявлены атипичные клетки. Экзоцервицит умеренной степени был выявлен у 51 пациентки (20,4 %), средний возраст составил 50,6 лет, из них лечение в кабинете патологии шейки матки должны пройти 34 (66,6 %). Экзоцервицит с большей степенью воспаления был выявлен у 23 (9,2 %) пациенток в возрасте от 33 до 69 лет, из них на лечение в кабинет ПШМ были направлены 11 (4,4 %) пациенток. Эндоцервицит выраженной степени воспаления был выявлен у 6 (2,4 %), из них в кабинет ПШМ была направлена 1 пациентка (0,4 %). Эрозия шейки матки была выявлена у 15 (6 %) пациенток в возрасте от 40 до 61 года, 12 (80 %) из них также были направлены в кабинет ПШМ. Бактериальный вагиноз был выявлен у 5 (2 %), вагинит был выявлен у 3 (1,2 %).

По данным кольпоскопии ретенционные кисты шейки матки были выявлены у 19 (7,6 %) пациенток в возрасте от 38 до 78 лет, зона трансформации 3 типа была диагностирована у 15 (6 %) пациенток в возрасте от 55 до 70 лет, 4 (26,6 %) человека были

направлены на лечение в кабинет ПШМ. Эктопия эпителия шейки матки была выявлена у 5 (2 %) пациенток, средний возраст которых составил 30 лет. 2 (40%) из них должны пройти лечение в кабинете патологии шейки матки. Йоднегативная зона по результатам кольпоскопии определялась у 7 (2,8 %) пациенток, 3 (1,2 %) из них пройдут обследование в кабинете ПШМ. Всего патологические изменения в кольпоскопической и цитологической картине были выявлены у 156 (62,4 %) пациенток, из них: направлены на лечение в кабинет патологии шейки матки у 73 пациенток (46,70 %), не нуждаются в лечении 83 пациентки (53,21 %).

Заключение и выводы: онкология женских половых органов является распространенной патологией среди женщин города Оренбурга. Для эффективного снижения ее показателей необходимо регулярное и тщательное наблюдение за этими пациентками, а именно прохождение диспансеризации и маммографии раз в год.

Список литературы:

1. О направлении клинических рекомендаций (протокола лечения) «Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака» (Электронный ресурс): письмо Министерства здравоохранения РФ от 2 ноября 2017 года N 15-4/10/2-7676 // Информационно-правовой портал «Гарант.ру» Разд. «Информационно-правовое обеспечение». «Прайм». Документы ленты «Прайм».
2. Клинические рекомендации Российского общества онкомаммологов: профилактика рака молочной железы, дифференциальная диагностика, лечение предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желез / ред. совет: И.В.Высоцкая, В.П. Летягин, В.Г. Черенков, К.П. Лактионов, И.Д. Бубликов. Москва, том 12, март 2016.
3. Клинические рекомендации ОСОО «Ассоциация онкологов России»: диагностика и лечение больных раком влагалища / ред. совет: Грицай А.А., Коржевская Е.В., Кравец О.А., Кузнецов В.В., Хохлова С.В. Москва, 2014.
4. Клинические рекомендации ОСОО «Ассоциация онкологов России»: диагностика и лечение рака шейки матки / ред. совет: Кравец А., Кузнецов В.В., Морхов К.Ю., Нечушкина В.М., Хохлова С.В. Москва, 2014.

УДК 618.19-009.7

Камалова М.А., Якупова Е.Р., Зиганшин А.М.

ДИАГНОСТИКА МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье представлены результаты диагностики мастопатии у женщин репродуктивного возраста. В исследовании приняли участие 64 женщины, в среднем возрасте $42,5 \pm 6,8$ лет. Методами диагностики стала пальпация молочных желез с последующим ультразвуковым исследованием при обнаружении патологического пальпируемого образования. В ходе проведенного исследования у 36 (56,2 %) исследуемых выявлено пальпируемое образование, которое затем подтверждалось ультразвуковым исследованием (УЗИ). По результатам УЗИ патология подтверждена у 36 (56,2 %) женщин, в виде диффузной мастопатии у 21 (32,8 %) и узловой мастопатии у 15 (23,4 %). Проведение данных методов диагностики позволяет эффективно выявить патологию в молочных железах, что дает возможность рекомендовать их применение для диагностики опухолевидных образований.

Ключевые слова: мастопатия, репродуктивный возраст, диффузная мастопатия, узловая мастопатия, масталгия.

Kamalova M.A., Yakupova E.R., Ziganshin A.M.

MASTOPATHY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Department of Obstetrics and Gynecology, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The article presents the results of the diagnosis of tumors in women of reproductive age. The study involved 64 women, with an average age of 42.5 ± 6.8 years. Diagnostic methods were the detection of abnormal palpation formation. In the course of the studies, a palpating formation was revealed in 36 (56.2 %) researchers, who can detect diffuse mastopathy in 21 (32.8 %), nodular mastopathy in 15 (23.4 %).

Keywords: mastopathy, reproductive age, diffuse mastopathy, mastopathy nodes, mastalgia, hyperprolactinemia.

Актуальность: мастопатия на сегодняшний день является одним из распространенных заболеваний молочной железы (МЖ) у женщин [2]. В Российской Федерации статистический учет количества мастопатии не ведется (2016), но по оценкам ряда авторов, ее частота в женской популяции достигает 60-80 % случаев [3].

Несмотря на то, что осмотр молочной железы включен в порядок обследования у женщин репродуктивного возраста, проблема своевременной диагностики опухолевидных образований остается актуальной [9]. При резко выраженной пролиферации малигнизация может наступить в 31,4 % случаев [4]. Снижение заболеваемости мастопатией – реальный путь к снижению частоты развития рака молочной железы (РМЖ).

Мастопатия представляет собой фиброзно-кистозную болезнь молочной железы, и характеризуется нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного

компонентов, обладает широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей. Ее следует рассматривать как маркер гормонального и тканевого сбоя молочной железы, и как один из значимых факторов ранней диагностики РМЖ. По данным отечественных и зарубежных авторов в зависимости от вида и возраста риск развития РМЖ различен, так при узловой форме он возрастает в 40 и более раз, а при диффузной форме в 37 раз [5].

Факторами риска развития заболевания являются: воздействие внешней среды, образ жизни (ионизирующая радиация, химические канцерогены, нарушение сна), репродуктивное поведение (возраст старше 35 лет, рождение крупного плода, многочисленные аборт и др.), заболевания половой сферы женщин (воспалительные заболевания органов малого таза, гормонально-зависимые гинекологические заболевания, опухоли яичников), эндокринные заболевания (сахарный диабет, щитовидной железы), заболевания желудочно-кишечного тракта (заболевания печени), наследственные и генетические факторы. При сопоставлении факторов риска РМЖ с причинами мастопатии можно утверждать, что неблагоприятные факторы риска развития рака молочной железы одновременно являются и причинами мастопатии.

Цель исследования: изучить эффективность методов диагностики мастопатии у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы: нами было исследованы 64 женщины гинекологического отделения РКБ имени Г.Г. Куватова, поступивших на оперативное лечение с различными гинекологическими заболеваниями. Средний возраст исследуемых женщин составил $42,5 \pm 6,8$ лет. Исследования проводились согласно клиническим рекомендациям «Доброкачественные дисплазии молочной железы» (2018).

Результаты и обсуждение: на начальном этапе у всех женщин был собран анамнез и выявлены факторы риска, способствующие развитию мастопатии. Жалобы на наличие болезненных ощущений в молочной железе во время менструального цикла отметили 45 (70,3 %) женщин. Из анамнеза выяснено, что – 20 (31,2 %) пациенток курили, а – 10 (15,6 %) курили на момент поступления в стационар. Малоактивный образ жизни вели – 6 (9,3 %), страдали повышенной массой тела и ожирением I ст – 28 (43,7 %) женщин. Из перенесенных гинекологических заболеваний чаще всего наблюдались: воспалительные заболевания органов малого таза у 24 (37,5 %), нарушения менструального цикла у 26 (40,6 %), миома матки у 9 (14,0 %) женщин. Относительно здоровыми себя считали 26 (40,6 %), страдали гипертонической болезнью – 32 (50 %), сахарным диабетом 2-го типа – 22 (34 %), гиподисфункцией щитовидной железы – 6 (9,3 %) женщин.

При пальпации молочной железы определялось образование различных форм и размеров у 36 (56,2 %) пациенток, все они для верификации патологического образования направлены на дополнительное ультразвуковое исследование молочной железы.

На эхограмме выявлены признаки диффузной мастопатии у 21 (32 %) женщин, мастопатия определялась в виде неравномерного расширения протоков молочной железы – 13 (20,3 %), множественных анэхогенных включений – 6 (9,3 %), утолщения связок Купера 1 (1,5 %), усиления зернистости с мелкозернистой до крупнозернистой – 1 (1,5 %) случаев. Признаки узловой мастопатии были выявлены у 15 (23,4 %) пациенток, определялись они в виде участков локального фиброза – 9 (14 %), множественных участков со сниженной эхогенностью тканей, они были неправильной формы и без четких контуров – 4 (6,25 %), имели выраженный ассиметричный и крупнозернистый тип окрашивания в режиме компрессионной соноэластографии – 2 (3,1 %) случаев. Все пациентки с диффузной и узловой мастопатиями в дальнейшем были отправлены на консультацию к онкологу-маммологу в Республиканский онкологический диспансер.

Заключение и выводы: таким образом, пальпаторное обследование молочной железы с последующим проведением ультразвукового исследования патологических образований является эффективным методом диагностики диффузной и узловой формы мастопатии.

Список литературы:

1. Беспалов В.Г., Травина М.Л. Фиброзно-кистозная болезнь и риск рака молочной железы (обзор литературы) // Опухоли жен. репродук. системы. 2015. № 4. С. 58-70.
2. Зиганшин А.М. Влияние неблагоприятных факторов образа жизни на организм женщины (статья). Вестник Ивановской медицинской академии, 2011, том 16, Специальный выпуск, С.38-39.
3. Высоцкая И.В., Лetyгин В.П., Лактионов К.П. Диагностика и лечение доброкачественных заболеваний молочных желез (клинические рекомендации Российского общества онкомаммологов) // Опухоли жен. репродук. системы. 2014. С. 19-32.
4. Доброкачественные дисплазии молочных желез: патогенетический вектор лечения. Обзор исследований, клинические рекомендации: информационный бюллетень / Е.А. Андреева, Н.И. Рожкова, Д.А. Соколова. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. 24 с.
5. Клинические рекомендации РООМ по профилактике РМЖ, дифференциальной диагностике, лечению предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желез / И.В. Высоцкая, В.П. Лetyгин, В.Г. Черенков и др. М., 2015. 21 с.

6. Коган И.Ю., Мясникова М.О. Диагностика и лечение мастопатии. СПб., 2010. 32 с.
7. Маммология: национальное руководство / под ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 496 с.
8. Каприн А.Д., Рожкова Н.И. Мастопатии. М. 2019. 320 с.
9. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.03.2006 г. № 154 « О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы», приказ МЗ РФ № 36 ан от 2015.
10. Сенча А.Н. Ультразвуковое мультипараметрическое исследование молочных желез. М. 2017. 360 с.
11. Сенча А.Н. Ультразвуковая диагностика. Поверхностно-расположенные органы. М.: Видар-М, 2015. 512 с.
12. Труфанов Г.Е., Рязанов В.В. Практическая ультразвуковая диагностика. М. 2017. 240 с.

УДК 618.16-009.613.7

Закирова Э.Р., Лукманова Л.Х., Муслимова С.Ю.

ВОЗМОЖНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА У ДЕВОЧЕК

Кафедра акушерства и гинекологии № 1,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье представлен ретроспективный анализ 97 историй болезни девочек со склероатрофическим лихеном. Авторами было выявлено, что наиболее часто это заболевание встречается у девочек в периодах позднего детства и препубертатном, и в этих же возрастных группах оно протекает с наиболее выраженной клиникой и тяжелыми поражениями кожи вульвы.

Ключевые слова: дерматоз, склероатрофический лихен, заболевания вульвы, детская гинекология.

Zakirova E.R., Lukmanova L.H., Muslimova S.YU.

THE POSSIBILITY OF EARLY DIAGNOSTICS OF LICHEN SCLEROSUS IN GIRLS

Department of Obstetrics and Gynecology № 1, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: The article presents a retrospective analysis of 97 medical histories of girls with scleroatrophic lichen. The authors found that the disease is most common in girls in late childhood and perpubertal and in the same age groups it occurs with the most pronounced clinic and severe lesions of the skin of the vulva.

Keywords: dermatosis, lichen sclerosus, vulvar diseases, pediatric gynecology.

Актуальность: Склероатрофический лихен (САЛ) – хронический воспалительный дерматоз, характеризующийся очаговой атрофией кожных покровов и слизистых оболочек аногенитальной области. Доля САЛ в структуре гинекологических заболеваний составляет 1,7 % [3]. Для этой патологии характерно 2 пика заболеваемости: первый приходится на препубертатный период, а второй – на постклимактерический период [2]. Более высокую подверженность женщин в этих возрастных периодах объясняют сходным гормональным фоном (низкий уровень эстрогенов и прогестерона при высоком уровне гонадотропинов). Распространенность САЛ у девочек составляет 0,11 %, тогда как у мальчиков САЛ определяется 0,5 % случаев [1].

Основной жалобой, которую предъявляют пациенты, является зуд, интенсивность которого не коррелирует с выраженностью склероза тканей. Снижение качества жизни, нарушение сна из-за зуда нередко приводит к развитию неврозов [4]. Грубая рубцовая деформация аногенитальной области приводит к необратимым функциональным нарушениям: дизурии, нарушению дефекации и впоследствии к диспареунии.

Цель исследования: выявить возможности ранней диагностики САЛ на амбулаторном приёме детского гинеколога.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 97 пациенток в возрасте от 1,5 до 18 лет, проходивших лечение в ГБУЗ РБ БСМП и РДКБ.

Результаты и обсуждение: Средний возраст девочек составил $9,45 \pm 4,06$ лет. Анализируя возрастное распределение пациенток, мы поделили их на шесть групп по классификации возрастных периодов детства Е.В. Уваровой (рис.1). Период раннего детства от 1 года до 3 лет – 8 пациенток (8,2 %), период среднего детства с 3 до 6 лет – 15 (15,5 %), поздний период детства с 6 до 8 лет – 26 (26,8 %), препубертатный с 8 лет до менархе – 29 (29,9 %), I фаза пубертата с менархе до 16 лет – 12 (12,4 %), II фаза пубертата с 16 до 18 лет – 7 пациенток (7,2 %).

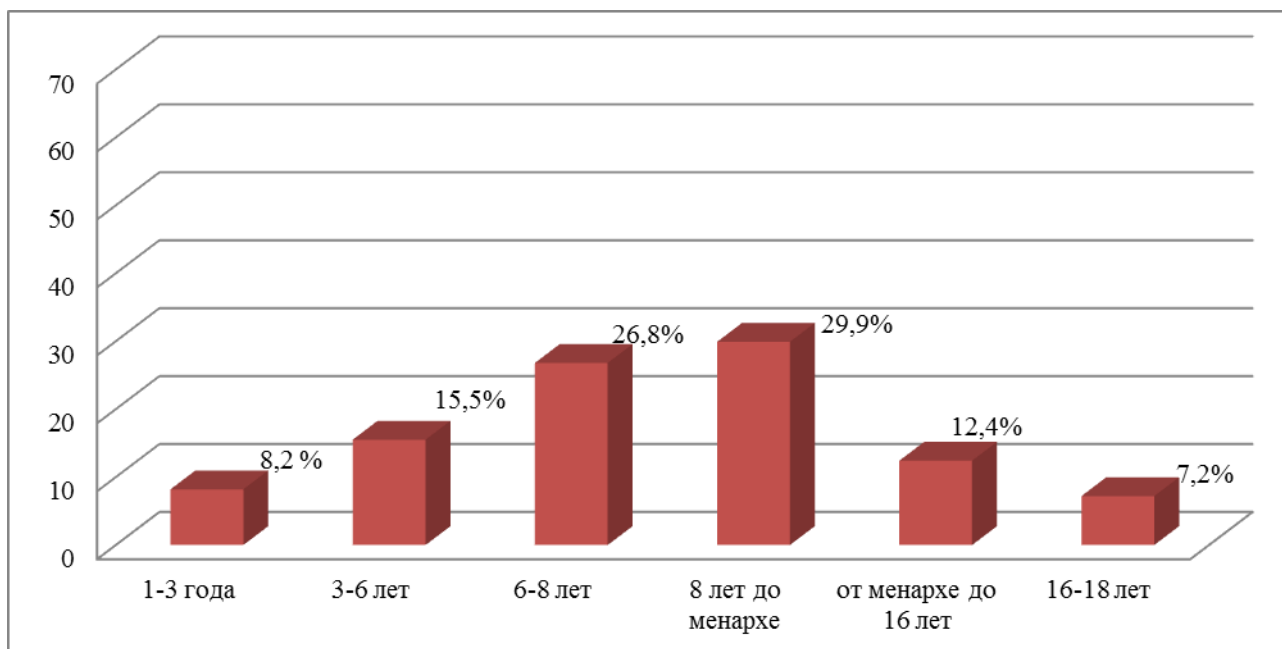


Рис. 1. Распространенность склероатрофического лихена в различных возрастных группах

Анализ возрастной структуры больных показал, что пик заболеваемости приходился на периоды позднего детства и препубертатный. Минимальная заболеваемость была выявлена в период раннего детства и вторую фазу пубертатного периода.

Таблица 1

Структура жалоб пациентов с САЛ в зависимости от возраста

Жалобы при поступлении	Возрастные категории пациентов, n (%)					
	1-3 года (n=8)	3-6 лет (n=15)	6-8 лет (n=26)	8 лет до менархе (n=29)	От менархе до 16 лет (n=12)	16-18 лет (n=7)
Зуд	5 (62,5%)	11 (73,3%)	15 (57,7%)	21 (72,4%)	9 (75%)	5 (71,4%)
Болезненность	-	2 (13,3%)	3 (11,5%)	1 (3,45%)	1 (8,3%)	1 (14,3%)

Парестезии	-	-	1 (3,8%)	2 (6,9 %)	1 (8,3%)	1 (14,3%)
Сухость, стягивание кожи	2 (25%)	3 (20%)	6 (23,1%)	4 (13,8%)	3 (25%)	3 (42,9%)
Нарушение сна	1 (12,5%)	2 (13,3%)	4 (15,4%)	3 (10,3%)	-	-
Дизурические расстройства	-	2 (13,3%)	-	2 (6,9 %)	-	-
Нарушение дефекации	-	-	1 (3,8%)	1 (3,45%)	-	-

Зуд в области промежности и перианальной области являлся основной жалобой пациенток всех возрастных групп, но девочки в возрасте позднего детства и в препубертатном периоде страдали от зуда чаще, у них он был более выраженным и сопровождался нарушением сна. У девочек этой группы жалобы были более разнообразными и многочисленными (таблица 1).

Таблица 2

Характер изменений кожи вульвы и перианальной области у девочек с САЛ в зависимости от возраста

Изменения, выявленные при визуальном осмотре	Возрастные категории пациентов, n (%)					
	1-3 года (n=8)	3-6 лет (n=15)	6-8 лет (n=26)	8 лет до менархе (n=29)	От менархе до 16 лет (n=12)	16-18 лет (n=7)
Истончение кожи и сглаживание её рисунка	6 (75%)	10 (66,7%)	14 (53,8%)	18 (62,1%)	7 (58,3%)	4 (57,1%)
Гиперкератоз	3 (37,5%)	4 (26,7%)	7 (26,9%)	11 (37,9%)	3 (25%)	2 (28,6)
Экскориации	2 (25%)	1 (6,7%)	3 (11,5%)	2 (6,9%)	-	1 (14,3%)
Трещины	-	2 (13,3 %)	3 (11,5%)	3 (10,3%)	1 (8,3%)	1 (14,3%)
Эрозии	-	1 (6,7%)	2 (7,7%)	1 (3,4%)	-	-
Рубцовая деформация вульвы	-	3 (20%)	9 (34,6%)	11 (37,9%)	3 (25%)	2 (28,6%)

При визуальном осмотре наиболее характерными изменениями кожи вульвы являлись её истончение, обеднение рисунка, атрофия подкожного слоя и гиперкератоз. Гиперкератоз при визуальном осмотре без применения оптики выявлялся менее чем в половине случаев, что затрудняло диагностику и являлось причиной неадекватного лечения. По данным нашего исследования 28 девочек (28,9 %) от 1,5 до 18 лет перед поступлением в стационар получали лечение по поводу хронических рецидивирующих вульвитов. Наличие эксфолиаций, трещин и эрозий, а также грубой рубцовой деформации вульвы чаще встречалось также у девочек периодов позднего детства и препубертата (таблица 2).

Заключение и выводы: Склероатрофический лишай наиболее часто встречается у девочек в периоде позднего детства и препубертате. В этой возрастной группе это заболевание протекает с наиболее выраженной клиникой и более тяжелыми поражениями кожи вульвы. Значительно облегчает диагностику заболевания проведение вульвоскопии с помощью видеокольпоскопа. Данный метод позволяет своевременно выявить все характерные поражения кожи, такие как её истончение, обеднение рисунка, атрофию подкожной клетчатки и гиперкератоз.

Список литературы:

1. Chi CC, Kirtschig G, Baldo M, et al. Topical interventions for genital lichen sclerosis // The Cochrane Database of Systematic Reviews 2011. Dec N 12. DOI: 10.1002/14651858.CD008240.pub2.
2. Ganesan L, Parmar H, Das JK, Gangopadhyay A. Extragenital Lichen Sclerosus et Atrophicus // Indian J Dermatol. 2015 V.60 N4 P.420
3. Goldstein AT, Marinoff SC, Christopher K. et al. Prevalence of vulvar lichen sclerosis in a general gynecology practice // The Journal of Reproductive Medicine. 2005. V.50 N 7 P. 477-480.
4. Grasso F., Grasso V. Anxiety as risk factor for vulvar lichen sclerosis et atrophicus // Gazzetta Medica Italiana Archivio per le Scienze Mediche. 2014. V.173 P. 317-319.

«ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 1»

УДК 616.72-002.07

Агавердиева А.А., Муталова Э.Г., Еникеева Г.Р., Иммис Е.С., Пугачева Т.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

Резюме: Болезнь Бехчета – это достаточно редкое заболевание аутоиммунного генеза с разнообразными клиническими проявлениями, наиболее частыми из которых является рецидивирующее эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки ротовой полости и половых органов, поражение глаз, суставов, ЖКТ и нервной системы. Наиболее редко поражаются мышцы и остальные части кожных покровов, что затрудняет диагностику Болезни Бехчета. Особый вариант Болезни Бехчета, при котором поражаются кожные покровы тыльных поверхностей кистей и стоп, глаз, ушных раковин в сочетании с полимиалгией может имитировать клинику дерматомиозита, нейродермита, что вызывает диагностические трудности.

В статье представлено собственное клиническое наблюдение за клиническим течением НЛА В-51 ассоциированной Болезнью Бехчета с редко рецидивирующим эрозивно-язвенным поражением слизистой оболочки ротовой полости с отсутствием язв на гениталиях, отрицательным тестом патергии, особенностью клинического течения которого является преобладание язвенного поражения кожи тыльных поверхностей кистей и стоп, псевдопустулезная сыпь на спине в сочетании с выраженной полимиалгией

Ключевые слова: Болезнь Бехчета; дерматомиозит, нейродермит.

Agaverdieva A.A., Mutalova E.G., Enikeeva G.R., Immis E.S., Pugacheva T.V.

CLINICAL OBSERVATION: BEHCET'S DISEASE

FSEI HE «Bashkir State Medical University»

Department of Hospital Therapy No. 1

Ministry of Health of the Russian Federation, Ufa

Abstract: Behcet's disease is a rare disease of autoimmune genesis with a variety of clinical manifestations, the most common of which is recurrent erosive-ulcerative lesions of the mucous membrane of the oral cavity and genitals, damage to the eyes, joints, gastrointestinal tract and nervous system. The muscles and other parts of the skin are most rarely affected, which complicates the diagnosis of Behcet's disease. A special variant of Behcet's disease, in which the skin of the back surfaces of the hands and feet, eyes, and auricles in combination with polymyalgia is affected, can imitate the clinic of dermatomyositis, neurodermatitis, which causes diagnostic difficulties.

The article presents its own clinical observation of the clinical course of HLA B-51 associated Behcet's disease with rarely recurring erosive-ulcerative lesions of the oral mucosa with no ulcers on the genitals, a negative test of patern, the clinical course of which is the prevalence of ulcerative lesions of the skin of the back of the hands and foot, pseudopustular rash on the back in combination with severe polymyalgia.

Keywords: Behcet's disease; dermatomyositis; neurodermatitis.

Актуальность: Болезнь Бехчета – редкое системное аутоиммунное заболевание, при котором поражаются сосуды разных калибров, с хроническим течением и непредсказуемыми обострениями. Основными характерными проявлениями Болезни Бехчета являются эрозивно-язвенное поражение кожи и слизистых оболочек, увеиты, поражения суставов, ЖКТ, нервной системы. Данные клинические проявления встречаются в различных соотношениях, что и обеспечивает полиморфизм и трудности в диагностике данного заболевания. [1, 2] Заболевание поражает лиц молодого возраста между 20 и 40 годами, преимущественно мужчин. Были описаны клинические случаи развития в детском [3] и в более взрослом возрасте. Этиология болезни Бехчета остаётся неясной. У 60-80 % больных обнаруживают прямую взаимосвязь с антигеном гистосовместимости HLA-B51 [4].

Клинический случай. Больной Б., 27 лет, поступил в ревматологическое отделение ГБУЗ РБ ГKB № 13 г. Уфа 27 июня 2019 г. с жалобами на боли в мышцах нижних конечностей, боли в коленных, голеностопных, плечевых, локтевых суставах, хруст при движении, кожные проявления в виде язв на тыльной поверхности кистей рук, псевдопустулезную сыпь на спине (рис. 1), язвы в ротовой полости (рис. 2), головные боли, снижение остроты зрения в течение года, выраженную слабость.



Рис. 1. Псевдопустулезная сыпь на спине. Рис. 2. Аффа на слизистой оболочке небной миндалины.

Из анамнеза известно, что пациент перенес эпизоды рецидивирующего стоматита, постоянные боли в мышцах нижних конечностей. В пубертате присоединились акнеподобная сыпь, язвы на тыльной поверхности кистей и стоп, головные боли. Кожным язвам предшествовало покраснение кожи, уплотнение и образование трещин. Пациент наблюдался у дерматолога с диагнозом «нейродермит» длительное время, лечился топическими гормональными препаратами с положительным эффектом. Обострение заболевания связывал с перенесением вирусных и бактериальных инфекций, стрессов. Самостоятельно проводил инъекции дипроспаном внутримышечно, на фоне которого отмечал заметное улучшение. Ухудшение состояния связывает с перенесенной острой

респираторной вирусной инфекцией в апреле 2019 года, после которой пациент отметил выраженную мышечную слабость, боль горле, в мышцах нижних конечностей, боль и хруст в болезненных суставах, головные боли, кожные проявления заболевания. Пациент обратился к иммунологу, при обследовании обнаружен ген HLA-B51, выявлены антитела класса Ig G к вирусу Эпштейн-Барра, повышение СРБ до 12 мг/л (при норме до 6), Ig A, G, M на нижних границах нормы, снижение NK- клеток. Был выставлен диагноз «Вероятная Болезнь Бехчета». Проведена терапия с положительным эффектом: ацикловир 1200 мг/сут., метилпреднизолон 8 мг/сут, циклоферон по схеме.

Для подтверждения диагноза и с целью подбора базисной терапии, пациент был госпитализирован в ревматологическое отделение ГБУЗ РБ ГКБ №13.

В общем анализе крови СОЭ в пределах нормальных значений. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение уровня СРБ до 16 мг/л. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости, эхокардиографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании кистей выявлен артрит суставов кистей I рентгенологической стадии. При офтальмологическом исследовании данных за наличие воспалительной и сосудистой патологии не выявлено.

При дополнительном обследовании с определением иммуноблота: АНФ 1/160, АТ к РНП/Sm, SS-A, SS-B, Pm-Scl, Jo-1, ANA-PNCA, dsDNA, AMA-M2, АЦА, антитела к нуклеосомам, цистонам – отрицательная. Волчаночные клетки не обнаружены.

На основе классификационных критериев заболевания, разработанных международной группой (ISBD, 1990) по изучению Болезни Бехчета, в пользу данного диагноза было выявлено наличие двух больших диагностических признаков: рецидивирующие язвы ротовой полости, поражение кожи (псевдопустулезная сыпь на спине, язвенное поражение кожи тыльной поверхности кистей и стоп), одного малого: артрит без деформации и анкилозов (рис. 3).



Рис. 3. Артрит суставов кистей I рентгенологической стадии, без деформаций и анкилозов

В условиях стационара проведено лечение: кетопрофен 2,0 мл внутримышечно, колхицин 1,0 г в сутки, таб. метилпреднизолон 0,016 г утром под прикрытием гастропротекторов, раствор натрия хлорида 0,9 %-200 мл с раствором дексаметазона 0,04-1 мл внутривенно капельно, раствор иммуновенина 5 %-25 мл внутривенно капельно. На фоне лечения отмечалось заметное улучшение: заживление язв на тыльной поверхности кистей, исчезновение болей и хруста в суставах, отсутствие болей в мышцах, СРБ отрицательный.

Пациент выписан с улучшением. После стационарного лечения в целях базисной терапии рекомендовано продолжить прием колхицина в дозировке 1,0 г в сутки, метилпреднизолон в дозировке 16 мг с постепенным снижением дозировки до 8 мг – длительно. На сегодняшний день пациент находится в ремиссии, под наблюдением ревматолога.

Заключение: Ранняя диагностика Болезни Бехчета заслуживает особого внимания, так как данное заболевание имеет непредсказуемое течение и зачастую приводит к инвалидизации. Уникальность клинического наблюдения заключалась в трудности в постановке диагноза из-за сходства клинических проявлений с нейродермитом и дерматомиозитом, ввиду полиморфизма клинических проявлений. Это привело к отсрочке назначения базисной терапии, от своевременности начала которой зависит улучшение течения и прогноз данного заболевания.

Список литературы:

1. 2018 update of EULAR recommendations for the management of Behcet's syndrome / G. Hatemi [et al.]// Annals of the rheumatic diseases. 2018. V. 77, № 6 P. 808-818.

2. Лисицына, Т.А. Новые рекомендации по ведению пациентов с болезнью / синдромом Бехчета (EULAR, 2018) / Т.А. Лисицына, З.С. Алекберова, Р.Г. Голоева // Научно-практическая ревматология. 2019. Т. 57. №. 2. С.133-142.
3. Козлова, Э.Ю. Болезнь Бехчета. Клинический случай / Э.Ю. Козлова // Международный студенческий научный вестник. 2015. №. 2. С. 42-43.
4. Алекберова, З.С. Болезнь Бехчета: этнос и семейная агрегация / З.С. Алекберова // Научно-практическая ревматология. 2016. Т. 54. №. 3. С.244-246.

УДК 616.3-008.1:613.3:612.59:613.86

Шкляев А.Е., Галиханова Ю.И., Максимов К.В.

**ПИТЬЕВОЙ ТЕСТ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ: ВЛИЯНИЕ
ТЕМПЕРАТУРЫ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС**

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия

Министерства здравоохранения РФ», г. Ижевск

Резюме: Статья посвящена изучению особенностей влияния воды разной температуры на психоэмоциональное состояние студентов с функциональной диспепсией. Установлено, что употребление питьевой воды 25°C способствовало повышению настроения, 30°C – улучшению самочувствия, 35°C, 40°C – снижению показателей стресса у всех студентов. Определена обратная сильная корреляционная связь между температурой выпитой воды и показателями депрессии и стресса, свидетельствующая о благоприятном влиянии теплой воды на психоэмоциональное состояние при функциональной диспепсии.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, питьевой тест, психоэмоциональное состояние.

Shklyayev A.E., Galikhanova Yu.I., Maximov K.V.

**DRINKING TEST AT FUNCTIONAL DYSPEPSIA: INFLUENCE OF
TEMPERATURE ON PSYCHO-EMOTIONAL STATUS**

**FGBOU VO “Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian
Federation”, Izhevsk**

Abstract: This article is devoted to the study of the effects of water of different temperatures on the psycho-emotional state of students with functional dyspepsia. It was established that drinking water 25°C contributed to an increase in mood, 30°C – improved well-being, 35°C, 40°C – reduced stress indicators in all students. An inverse strong correlation between the temperature of the drunk water and the indicators of depression and stress was determined, indicating the beneficial effect of warm water on the psycho-emotional state in functional dyspepsia.

Keywords: functional dyspepsia, drinking test, psychoemotional state.

Функциональная диспепсия (ФД) является одним из наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний [1, 4, 5]. Функциональные нарушения чаще встречаются у больных молодого и трудоспособного возраста, что придает им особую значимость и актуальность, так как укрепление здоровья студенческой молодежи в современных условиях является одной из доминирующих задач для федеральных и региональных программ, связанных со здоровьесбережением данного контингента населения [2, 3]. В связи с вышеизложенным возникает необходимость изучения структуры ФД в студенческой среде, а также характера воздействия различных факторов на психоэмоциональное состояние студентов с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования. Провести сравнительный анализ воздействия питьевой воды различной температуры на психоэмоциональное состояние студентов с симптомами ФД.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ». В исследовании участвовало 36 студентов от 20 до 22 лет, средний возраст – $21,1 \pm 0,5$ лет. Среди обследованных было 66,7 % девушек и 33,3 % юношей. Проводился сбор жалоб и данных анамнеза для выявления симптомов ФД. С целью определения психоэмоционального состояния все исследуемые студенты отвечали на вопросы психологических опросников (САН, шкала психологического стресса PSM-25, определение уровня тревожности по методике Спилбергера-Ханина, диагностика уровня невротизации Л.И. Вассермана, шкала депрессии Бека). Все опрошенные, после подписания информированного добровольного согласия, в течение 4-х дней употребляли негазированную питьевую воду (1-й день – 25°C , 2-й день – 30°C , 3-й день – 35°C , 4-й день – 40°C) до чувства полного насыщения и после 5-ти минутного отдыха заполняли вышеуказанные тесты. Были сформированы 2 группы по наличию и отсутствию симптомов ФД. Достоверность различий определялась по t-критерию Уилкоксона для зависимых и по t-критерию Манна-Уитни для независимых выборок. Использовался критерий корреляции рангов Пирсона. Результаты считались достоверными при $p \leq 0,05$. Статистическая обработка полученных данных была проведена с помощью программы Microsoft Office Excel 2013, Statistica 10.0.

Результаты и обсуждение. Симптомы ФД выявлены у половины обследованных. Боли или жжение в эпигастральной области отмечены у одной четвертой студентов. Симптомы постпрандиального дистресс-синдрома имелись у 41,7 % участников исследования, у одной шестой части студентов – смешанная форма ФД. До начала эксперимента показатель самочувствия у студентов варьировал от 33 до 50 баллов (в среднем – $41,0 \pm 5,4$ баллов). Низкая активность до начала эксперимента была выявлена у 16,7 % опрошенных. Средний показатель настроения составил $45,0 \pm 5,6$ баллов, плохого настроения до начала эксперимента не было ни у одного студента. У одной пятой опрошенных наблюдалась легкая депрессия (в среднем – $7,2 \pm 4,3$ баллов). У студентов с симптомами ФД данный показатель был выше, чем у их одноклассников без ФД ($9,8 \pm 2,9$ и $4,5 \pm 3,8$ баллов, соответственно) ($p < 0,01$). Показатель стресса в среднем у всех опрошенных равнялся $86,6 \pm 15,6$ баллов. Уровень невротизации у 75,0 % студентов был в пределах от 13 до 28 баллов, что соответствует среднему уровню по исследуемой шкале. У студентов с ФД баллы по уровню стресса ($p < 0,01$) и невротизации ($p < 0,05$) были выше по сравнению с контрольной группой. Высокая ситуативная тревожность выявлена у одной третьей исследуемых. Показатель

личностной тревожности был высоким почти у половины опрошенных. Значимые корреляционные взаимосвязи у студентов всех групп выявлены между температурой употребляемой воды и уровнями депрессии и стресса ($r=-0,990$, $p<0,05$ и $r=-0,953$, $p<0,05$). С повышением температуры употребляемой воды отмечается уменьшение уровней депрессии и стресса. Очевидно, теплая вода улучшает кровообращение органов ЖКТ, расслабляет гладкую мускулатуру пищеварительного тракта и нормализует перистальтику, что приводит к уменьшению выраженности болей и дискомфорта в животе. По данным питьевого теста с водой разной температуры показатели психологических опросников менялись следующим образом (табл.1).

Таблица 1

Результаты психологического обследования студентов-медиков

Студенты без симптомов ФД					
Шкалы	До приема воды	25°C	30°C	35°C	40°C
Самочувствие	41,3±5,7	50,1±5,2**	45,0±7,0*	42,0±5,6**	41,7±7,0
Активность	38,2±3,7	40,0±6,2	40,2±5,7*	38,3±4,0	39,5±4,3
Настроение	45,8±3,4	50,5±7,9**	46,7±6,1	46,7±2,4	44,5±5,7
Депрессия	4,5±3,8	3,7±2,7	2,7±2,7**	1,2±1,8**	1,2±1,5**
Стресс	78,8±11,5	73,3±16,7	76,0±12,9	65,0±10,9**	61,5±13,2**
Ситуативная тревожность	42,0±14,5	35,0±8,9*	38,0±8,6	36,7±8,5	36,7±8,4*
Личностная тревожность	41,5±14,2	38,0±8,9	39,0±9,6	40,2±8,1	38,7±9,3
Невротизация	13,3±6,1	12,2±4,4	13,2±5,9	11,7±4,7	10,7±5,7**
Студенты с симптомами ФД					
Самочувствие	40,7±5,5	43,0±10,7##	46,5±5,2**	36,6±11,8	40,0±9,2
Активность	36,2±11,6	38,8±14,4	36,5±12,3	33,3±13,4	37,2±8,8
Настроение	44,2±7,2	49,2±9,6**	46,2±7,1	44,8±7,5	46,0±5,5**
Депрессия	9,8±2,9##	8,8±4,4##	7,5±2,6* ##	7,7±4,9##	6,2±3,5** ##
Стресс	94,3±15,6##	88,2±15,3* ##	84,8±17,4	80,8±16,2**	73,5±25,5**
Ситуативная тревожность	41,9±3,7	38,0±8,0	40,8±4,8	43,3±9,6	41,7±10,1
Личностная тревожность	46,7±7,6	45,5±10,1	43,5±6,9	45,5±8,3	44,3±9,3
Невротизация	18,5±4,2#	17,7±6,0##	19,5±5,9##	20,3±6,2##	19,8±8,1##

* - $p<0,05$, ** - $p<0,01$ – достоверность различий значений по сравнению с исходными данными в группе; # - $p<0,05$, ## - $p<0,01$ – достоверность различий между группами в ходе эксперимента.

При употреблении воды любой из вышеуказанных температур отмечают достоверно более низкие показатели депрессии и невротизации у студентов без симптомов ФД, чем у их

одногогруппников ($p < 0,01$). При употреблении воды температурой 25°C самое хорошее самочувствие наблюдается у студентов без ФД – $50,1 \pm 5,2$ баллов ($p < 0,01$). Показатели самочувствия у здоровых обследованных существенно выше, чем до начала эксперимента ($p < 0,01$). Настроение улучшилось у студентов всех групп ($p < 0,01$). Отмечается достоверно более низкий показатель по шкале стресса у студентов без ФД ($73,3 \pm 16,7$ баллов против $88,2 \pm 15,3$ баллов) ($p < 0,01$). Уровень стресса у участников исследования с функциональными нарушениями ЖКТ уменьшился на $6,5\%$ ($p < 0,05$). При употреблении воды данной температуры у здоровых студентов снизился показатель ситуативной тревожности ($p < 0,05$). При употреблении 30°C воды отмечается повышение показателей самочувствия и снижение уровня депрессии в обеих исследуемых группах ($p < 0,05$). Прием воды способствовал повышению активности здоровых студентов на $5,2\%$ ($p < 0,05$). При температуре питьевой воды равной 35°C наблюдается уменьшение уровня стресса на $14,3\%$ у студентов с ФД и на $17,5\%$ у их здоровых одногруппников ($p < 0,01$). Отмечено снижение суммы баллов по шкале Бека у исследуемых без ФД практически в 4 раза по сравнению с результатами до начала исследования ($p < 0,01$). Употребление натошак воды 40°C температуры характеризовалось уменьшением уровней стресса и депрессии у всех студентов ($p < 0,01$). Прием воды способствовал повышению настроения у участников исследования с ФД ($p < 0,01$). Ситуативная тревожность ($p < 0,05$) и невротизация ($p < 0,01$) у здоровых студентов снизились на $12,6\%$ и $19,5\%$, соответственно.

Заключение и выводы. У $50,0\%$ обследованных студентов выявлены различные варианты ФД. У трети опрошенных выявлялся высокий уровень ситуативной тревожности, у половины – личностной тревожности, у четверти – средний уровень стресса, у $17,0\%$ – признаки легкой депрессии, у $75,0\%$ – средний уровень невротизации. При повышении температуры употребляемой в питьевом тесте воды отмечалось уменьшение показателей по шкалам депрессии и уровня стресса, что, очевидно, связано с благоприятным воздействием теплой воды на организм, в том числе на психоэмоциональное состояние исследуемых. Установлено, что употребление питьевой воды 25°C способствовало повышению настроения, 30°C – улучшению самочувствия, 35°C , 40°C – снижению показателей стресса как у здоровых студентов, так и студентов с ФД по сравнению с исходными данными. На протяжении всего исследования отмечались более низкие показатели уровней депрессии и невротизации у студентов без симптомов ФД.

Список литературы:

1) Андреев Д.Н. Алгоритм лечения больных функциональной диспепсией с позиций современных клинических рекомендаций // МС. 2018. № 3. С. 22-25.

2) Андреев Д.Н., Заборовский А.В. и др. Эволюция представлений о функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.) // РЖГГК. 2017. 27(1). С. 4-11.

3) Левашов Р.В., Гулин А.В. Соматотипологические, нутритивные и рН-метрические подходы в оценке уровня здоровья студентов на фоне нарушений физиологических функций пищеварения // Вестник российских университетов. Математика. 2011. № 3. С.885-888.

4) Пахомова И.Г. Функциональная диспепсия как проявление нарушений моторики желудочно-кишечного тракта // МС. 2013. № 6-2. С. 33-38.

5) Шкляев А.Е., Пантюхина А.С., Горбунов Ю.В. Динамика качества жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника в процессе медикаментозной и немедикаментозной терапии // Архивъ внутренней медицины. 2015. № 2. С. 45-48.

УДК 616.329-616.33-009.1

Закирова Э.Р., Сангишева М.С., Сахаутдинова Г.М., Загидуллин Т.С.

**ВЛИЯНИЕ H. PYLORI НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ДИСПЕПСИИ**

Кафедра поликлинической терапии с курсом ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в статье рассмотрена распространенность симптомов гастроэзофагеального рефлюкса и функциональной диспепсии у группы пациентов с H. pylori инфекцией и H. pylori-негативной группы. Для анкетирования пациентов использовался опросник FSSG (Frequency Scale for Symptoms of GERD). Выявлена более высокая выраженность симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в H. pylori-негативной группе.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, функциональная диспепсия, опросник FSSG, хеликобактерная инфекция.

Zakirova E.R., Sangisheva M.S., Sakhautdinova G.M., Zagidullin T.S.

**INFLUENCE OF H. PYLORI ON THE PREVALENCE OF SYMPTOMS OF
GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND FUNCTIONAL DYSPEPSIA**

**Department of Polyclinic Therapy with the Course of IPGE, Bashkir state medical
university, Ufa**

Abstract: The article describes the prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux disease and functional dyspepsia in the group of patients with H. pylori infection and H. pylori-negative group. For questioning patients, the FSSG (Frequency Scale for Symptoms of GERD) questionnaire was used. A higher severity of symptoms of gastroesophageal reflux disease was revealed in the H. pylori-negative group.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia, FSSG questionnaire, H. pylori infection.

Актуальность: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и функциональная диспепсия (ФД) относятся к наиболее часто встречающимся заболеваниям в повседневной гастроэнтерологической практике [1]. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является масштабной проблемой общественного здравоохранения во всем мире, в России распространенность ГЭРБ составляет 18-46 % [2]. Основным проявлением ГЭРБ является симптомокомплекс, включающий в себя обратный заброс желудочного и дуоденального содержимого в пищевод, который сопровождается такими типичными проявлениями, как изжога, отрыжка. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) включает не только рефлюкс-эзофагит (РЭ), подтвержденный эндоскопией верхних отделов желудочно-кишечного тракта, но и неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ), характеризующуюся только субъективными симптомами, такими как изжога, отрыжка кислым без РЭ. Отдельно

следует отметить группу пациентов с функциональной диспепсией. Согласно Римским критериям – IV (2016 г.), широкий термин функциональная диспепсия включает пациентов с постпрандиальным дистресс-синдромом (ППДС), характеризующимся диспепсическими симптомами, вызванными приемом пищи, и эпигастральным болевым синдромом (ЭБС), к которому относится боль и изжога в эпигастральной области. Особенностью ЭБС является возникновение вне зависимости от приема пищи, так боль может возникать во время голодания и стихать после приема пищи. Еще один критерий постановки диагноза ФД – отсутствие признаков органического заболевания: эндоскопическое исследование не выявляет изменений, которые бы могли объяснить наличие симптомов. По данным исследований, в структуре гастроэнтерологических жалоб диспепсия составляет 20-40 % [4]. Сходные патофизиологические механизмы формирования ГЭРБ и функциональной диспепсии, включающие замедленное опорожнение желудка, нарушение аккомодации, снижение моторики пищевода, осложняют дифференциальную диагностику этих заболеваний.

Особая роль в развитии функциональной диспепсии отводится *H. pylori*. Исследования показали, что *H. pylori* бывает чаще обнаружена у пациентов с диспепсией, чем в контрольной группе. *H. pylori* встречается у 30-50 % пациентов с функциональной диспепсией, но его патогенные последствия еще не установлены [3]. У пациентов с ГЭРБ отмечается противоположная зависимость: считается, что распространенность *Helicobacter pylori* у больных ГЭРБ ниже, чем в популяции. Так исследования, проведенные в Корее, выявили, что частота гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) возрастает параллельно с соответствующим снижением серопозитивности *H. pylori*. [6]. Сообщалось, что серопозитивность *H. pylori* является значительным фактором риска развития язвы двенадцатиперстной кишки и значительным защитным фактором против ГЭРБ.

Цель исследования: Изучить распространенность симптомов диспепсии и гастроэзофагеального рефлюкса у пациентов среди *H. pylori* – позитивных пациентов и пациентов без *H. pylori* или после успешной эрадикационной терапии.

Материалы и методы: Исследование было проведено на базе 5 и 44 поликлиник. Были проанкетированы 53 пациента в возрасте от 22 до 65 лет с помощью опросника FSSG. Из них 39 пациентов (73,6 %) были *H. pylori*-негативными, 14 (26,4 %) – *H. pylori* – позитивными. Средний возраст первой группы составил $44,38 \pm 11,50$ лет, второй группы – $39,29 \pm 12,86$ лет. Группа *H. pylori* – негативных пациентов была представлена 18 мужчинами и 21 женщиной, группа *H. pylori* – позитивных пациентов – 8 мужчинами и 6 женщинами.

Опросник FSSG был разработан в 2004 году в Японии. Из 12 вопросов FSSG 7 вопросов выявляют симптомы характерные для ГЭРБ, а оставшиеся 5 вопросов – симптомы диспепсии. Статистический анализ был проведен с использованием программ STATISTICA 10.0, MicrosoftExcel 2010. Для оценки статистической значимости различий между группами применялся критерий Стьюдента. Значимыми были признаны различия с $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: В результате проведенного исследования, среди 53 проанкетированных пациентов симптомы гастроэзофагеального рефлюкса с постоянной частотой выявлялись у 2 (3,8 %), часто – у 5 (9,4 %), иногда – у 10 (18,9 %), никогда и случайно – у 36 (67,9 %). В зависимости от наличия *H. pylori* инфекции встречаемость симптомов гастроэзофагеального рефлюкса в первой и второй группе была следующей: постоянно – 2 (5,1 %) и 0, часто – 4 (10,3 %) и 1 (7,1 %), иногда – 8 (20,5 %) и 2 (14,3 %), никогда и случайно – 25 (64,1 %) и 11 (78,6 %) соответственно (таблица 1).

Таблица 1

Встречаемость симптомов гастроэзофагеального рефлюкса в зависимости от наличия *H. pylori* инфекции, n (%)

Встречаемость симптомов гастроэзофагеального рефлюкса	H. pylori инфекция	
	- (n=39)	+ (n=14)
«Никогда», «Случайно»	25 (64,1)	11 (78,6)
«Иногда»	8 (20,5)	2 (14,3)
«Часто»	4 (10,3)	1 (7,1)
«Постоянно»	2 (5,1)	-

Встречаемость симптомов диспепсии у пациентов в обеих группах с постоянной частотой была равна 3 (5,7 %), часто – 7 (13,2 %), иногда – 10 (18,9 %), никогда и случайно – 33 (62,2 %). Постоянная встречаемость симптомов диспепсии была выше в группе *H. pylori* – позитивных пациентов. Распределение встречаемости симптомов в первой и второй группе выглядело следующем образом: постоянно – 1 (2,6 %) и 2 (14,3 %), часто – 4 (10,3 %) и 3 (21,4 %), иногда – 7 (17,9 %) и 3 (21,4 %), никогда и случайно – 27 (69,2 %) и 6 (42,9 %) соответственно (таблица 2).

Таблица 2

Встречаемость симптомов диспепсии в зависимости от наличия *H. pylori* инфекции, n (%)

Встречаемость симптомов диспепсии	H. pylori инфекция
-----------------------------------	--------------------

	- (n=39)	+ (n=14)
«Никогда», «Случайно»	27 (69,2)	6 (42,9)
«Иногда»	7 (17,9)	3 (21,4)
«Часто»	4 (10,3)	3 (21,4)
«Постоянно»	1 (2,6)	2 (14,3)

Сравнение общей суммы баллов теста FSSG в первой и второй группе (таблица 3) выявило отсутствие статистически значимых различий ($p=0,463$). Также в исследовании не выявлено статистически значимых различий между суммой баллов, характеризующих выраженность симптомов диспепсии, в двух группах ($p=0,4$). В группе с *H. Pylori*-негативными пациентами сумма баллов, характеризующая выраженность симптомов ГЭРБ, было достоверно выше, чем в группе с *H. Pylori*-позитивными пациентами ($p=0,03$). Имеются данные, что инфекция *H. pylori* может быть связана с улучшением перистальтики пищевода, повышением давления в кардиальном сфинктере за счет стимуляции афферентных волокон блуждающего нерва и увеличения секреции гастрина [5]. Увеличение давления в кардиальном сфинктере может быть одним из факторов защиты от ГЭРБ.

Таблица 3

Результаты, полученные с использованием опросника FSSG

Показатель	<i>H. pylori</i> инфекция		P
	- (n=39)	+ (n=14)	
Возраст (M±SD)	44,38±11,50	39,29±12,86	P=0,103
Пол (мужчины/женщины)	18/21	8/6	P=0,249
Общая сумма баллов теста FSSG (M±SD)	3,85±1,97	3,79±2,12	P=0,463
Сумма баллов, характеризующая выраженность симптомов ГЭРБ (M±SD)	2,21±0,98	1,64±0,84	P=0,03
Сумма баллов, характеризующая выраженность симптомов диспепсии (M±SD)	1,71±0,72	1,78±0,81	P=0,4

Заключение и выводы: Таким образом, симптомы гастроэзофагеального рефлюкса и диспепсии наблюдались как в группе с *H. Pylori*-негативными пациентами, так и у *H. Pylori*-позитивных пациентов. При использовании опросника FSSG выявлена более высокая выраженность симптомов ГЭРБ в группе без хеликобактерной инфекции. Достоверные различия по выраженности симптом диспепсии в двух группах не выявлены. Использование

опросника FSSG является удобным инструментом для быстрого выявления симптомов ГЭРБ и диспепсии, может быть использован как метод скрининга в повседневной работе врача-гастроэнтеролога.

Список литературы:

1. Дичева Д.Т., Андреев Д.Н., Ульянкина Е.В. Синдром перекреста ГЭРБ, функциональной диспепсии и СРК: патогенетические связи и подходы к терапии // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 36. С. 64-70. DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-36-64-70.
2. Ивашкин В.Т., Маев В.И., Трухманов А.С. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. Т. 27. № 4. С.75-95. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-4-75-95.
3. Bytzer P, Talley NJ. Dyspepsia // Ann Intern Med. 2001. V.134 P. 815–822. DOI: 10.7326/0003-4819-134-9_Part_2-200105011-00004.
4. El-Serag H.B., Talley N.J. Health-related quality of life in functional dyspepsia // Alimentary Pharmacology & Therapeutics 2003. V.18 P. 387-393. DOI: 10.1046/j.1365-2036.2003.01706.x.
5. Liu L, Gao H, Wang H, et al. Comparison of esophageal function tests to investigate the effect of Helicobacter pylori Infection on gastroesophageal reflux disease (GERD) // Med Sci Monit. 2018. V. 24 P. 4791-4797. DOI: 10.12659/MSM.908051.
6. Nam K, Shin JE, Kim SE, et al. Prevalence and risk factors for upper gastrointestinal diseases in health check-up subjects: a nationwide multicenter study in Korea // Scand J Gastroenterol. 2018. V. 53 N 8 P. 910-916. DOI: 10.1080/00365521.2018.1487992.

УДК 616.12-008.1:612.67

Гареева А.И., Фрид С.А.

**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ
ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

Кафедра госпитальной терапии № 1,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в ходе исследования провели оценку клинических параметров пациентов пожилого возраста с диагнозом острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности ишемического генеза (ОД ХСН). Отмечается ухудшение функции сердца, прогрессирование хронической болезни почек (ХБП), развитие анемии.

Ключевые слова: острая декомпенсация ХСН, госпитализация, пожилые пациенты.

Gareeva A.I., Frid S.A.

**EVALUATION OF THE ELDERLY PATIENTS CLINICAL CHARACTERISTICS
WITH ACUTE CHRONIC HEART FAILURE DECOMPENSATION OF ISCHEMIC
ORIGIN**

Department of hospital therapy № 1,

Bashkortostan State Medical University, Ufa

Abstract: during the study, we evaluated the clinical parameters of elderly patients with a diagnosis of acute decompensation of chronic heart failure of ischemic origin (OD CHF). There are changes in heart function, the progression of chronic kidney disease (CKD), and the development of anemia.

Keywords: acute decompensation of CHF, hospitalization, elderly patients.

Актуальность. Сердечная недостаточность (СН) – это клинический синдром, характеризующийся наличием симптомов (одышка, ортопноэ, отек нижних конечностей) и признаков (повышенное яремное венозное давление, легочная гиперемия), часто вызванный структурной и / или функциональной сердечной патологией, что в результате приводит к снижению сердечного выброса и / или повышению внутрисердечного давления. Подавляющее большинство пациентов с СН госпитализируются с ранее существовавшей сердечной патологией и показанием к госпитализации является острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ОД ХСН) [1]. Существует ряд ключевых различий между этой группой пациентов и пациентов с острой сердечной недостаточностью, которая проявляется кардиогенным шоком и отеком легких. Декомпенсированная сердечная недостаточность любого типа демонстрирует одни и те же патофизиологические механизмы, т. е. повышение сердечного давления наполнения и снижение внутренней сократимости кардиомиоцитов. ОД ХСН характеризуется постепенным началом, наличием большого

количества сопутствующих заболеваний [2]. Хроническая сердечная недостаточность имеет общую распространенность 1-2 % и, таким образом, является одним из самых распространенных заболеваний, затрагивающих взрослых в Европе сегодня. Среди лиц в возрасте 60 лет и старше ее распространенность составляет свыше 10 % у мужчин и 8 % у женщин [3]. ОД ХСН на сегодняшний день не имеет четкой клинической характеристики, изучение клинической «портрета» пациента с данной нозологией является актуальной.

Цель работы. Анализ клинических параметров у пациентов пожилого возраста с диагнозом острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ОД ХСН) ишемического генеза.

Материалы и методы. Скрининговым методом отобрано 98 историй болезни пациентов мужского и женского пола из 969 проанализированных с ОД ХСН, находившихся на лечении в ГБУЗ РКГВВ с ишемической болезнью сердца за 2018-2019 гг. Средний возраст пациентов составил $77 \pm 1,28$ лет. У пациентов с ОД ХСН отмечалось наличие сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь 93,2 %, хроническая обструктивная болезнь легких 26,7 % и сахарный диабет 19,3 %. Критерием включения и отбора явились пациенты с ОД ХСН только ишемической природы. Группу сравнения составили пациенты с ХСН без декомпенсации ишемического генеза ($n=12$), сопоставимые по полу и возрасту с основной группой. Проведен анализ следующих показателей ЧД, САД, ДАД, ЧСС, параметры ЭХО-КГ, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, результаты ТШХ, уровни СКФ, КК, МАУ. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием Microsoft Excel 2014 и статистического пакета IBM SPSS Statistics 19.

Результаты и обсуждение. В ходе анализа историй болезни нами установлено, что у госпитализированных пациентов за два исследуемых года был выставлен диагноз ИБС (в разных вариантах), осложненная хронической сердечной недостаточностью. При этом у 98 пациентов с выявленной нами ОД ХСН, этот синдром не только отсутствовал в диагнозе, но и не был отмечен в дневниках. В результате анализа лечения в стационаре нами выявлено, что пациенты получали следующую терапию: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в 77,55 % случаев, β -адреноблокаторы в 73,47 %, петлевые диуретики в 42,86 %, антагонисты минералокортикоидных рецепторов в 54,08 %, блокаторы кальциевых каналов в 11,22 %, сердечные гликозиды в 9,18 % случаев и данная терапия не имела отличий с компенсированной ХСН. Согласно таблице 1, такие показатели как АД и ЧД статистически достоверно не изменялись при ОД ХСН, но следует отметить, что уровень ЧСС в покое увеличивался относительно нормы с нарастанием декомпенсации. Увеличился показатель

индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) на 8 % ($p>0,001$) за счет межжелудочковой перегородки (МЖП) (6 %) и толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) (6 %) ($p<0,001$), что явилась статистически значимой. Следует отметить достоверное повышение среднего давления правого желудочка (СДПЖ) на 22 % ($p<0,001$) вместе с размером правого предсердия (ПП) (5 %) ($p<0,001$), независимо от ширины легочного ствола (ШЛС) (3 %). Отмечается наличие связи прогрессированием декомпенсации сердечной недостаточности: усиление отеков на периферии (77 %), гидроторакса (18 %) и внебольничные пневмонии на фоне застойных явлений в легких (7 %). Отмечается связь у 3 % пациентов с увеличением размера полостей левого и у 5 % пациентов правого предсердий с наличием фибрилляции предсердий в 22 % случаев и в 42 % другие нарушения ритма. Параллельно достоверно ухудшались показатели ТШХ на 20% ($p>0,001$). В связи с достоверным снижением КК на 12 % ($p>0,001$), возрастании концентрации сывороточного креатинина в плазме крови на 6 % ($p<0,01$), замедлении СКФ в 1,2 раза ($p<0,05$) следует отметить снижение функции почек. Отсутствует существенное влияния на функцию почек показателя мочевины у 4 % пациентов. Отмечалось статистически значимое возрастание МАУ на 21 % ($p>0,001$). Наличие анемии у 16 % пациентов.

Таблица 1

Клинико-морфологическая характеристика пожилых пациентов с ОД ХСН

Показатели	2018 год n=49	2019 год n=49	Группа сравнения n=12
САД, мм.рт.ст.	142,56±2,14	144,48±2,27	138,25±5,16
ДАД, мм.рт.ст.	82,64±1,1	81,83±1,27	78,81±3,29
ЧСС, уд/мин без фибрилляции предсердий	78,38±0,9 p14<0,01 n=41	82,6±1,24 p(сравн.)<0,01 n=35	69,5±5,22 0,05<p13<0,1
Частота сокращений желудочков (ЧСЖ), уд/мин	113,4±12,6 n=8	134,3±10,4 n=14	-
ЧД, в мин	19±0,3	18±0,2	16±0,7
Фракция выброса, %	50,03±0,9 p14<0,02	46,7±1,2 p(сравн.)<0,01	57,1±2,3 0,05<p13<0,1
Конечный систолический размер, см	3,85±0,002 p14>0,001	3,81±0,006 p(сравн.)<0,001	3,67±0,019 p13<0,001
Толщина межжелудочковой перегородки, см	1,34±0,02 p14<0,001	1,42±0,02 p(сравн.)>0,01	1,2±0,09 0,05<p13<0,1
Левое предсердие, см	5,69±0,01 x 4,42±0,02 p14>0,001	5,87±0,02 x 4,4±0,03 p(сравн.)>0,001	5,01±0,5 x 4,12±0,4 0,05<p13<0,1
Конечный диастолический размер, см	5,16±0,001 p14>0,001	5,14±0,002 p(сравн.)>0,001	4,9±0,09 p<0,001

СДПЖ, мм.рт.ст.	28,65±1,67 p14<0,001	37,32±1,2	35,58±2,4 p13<0,01
Толщина задней стенки левого желудочка, см	1,07±0,02 p14<0,001	1,14±0,01 p(сравн.)<0,001	0,9±0,09 p13<0,05
ШЛС, см	2,72±0,04	2,8±0,05	-
Правое предсердие, см	5,67±0,09 x 4,26±0,07 p14<0,001	5,38±0,09 x 3,99±0,07 p(сравн.)<0,001	5,15±0,32 x 3,81±0,24 0,05<p13<0,1
ИММЛЖ л, г/м ²	161,3±1,49 p14>0,001	174,2±1,32 p(сравн.)>0,001	148,1±3,12 p13>0,001
ТШХ, м	244,3±2,38 p14>0,001	196,6±3,34 p(сравн.)>0,001	304,4±4,87 p13>0,001
Гемоглобин, г/л	132,15±1,65 p14<0,05	136,16±1,44 p(сравн.)<0,02	130,23±2,13
Клиренс креатинина, мл/мин	58,3±0,3 p14>0,001	51,4±0,2 p(сравн.)>0,001	61,2±2,3 0,05<p13<0,1
СКФ, мл/мин/1,73 м ²	46,4±1,9 p14<0,05	41,8±1,4 p(сравн.)<0,001	52,6±3,2 0,05<p13<0,1
Сывороточный креатинин, Ммоль/л	104,47±2,17 p14<0,01	111,72±2,29 p(сравн.)<0,001	99,6±3,5 0,05<p13<0,1
Микроальбуминурия, г/л	0,354±0,003 p14>0,001	0,448±0,002 p(сравн.)<0,1	0,496±0,095 0,05<p13<0,1
Мочевина, Ммоль/л	7,35±0,2	7,63±0,2	

Согласно результатам, полученным в ходе исследования, отмечалось значительное ухудшение функции, как левого, так и правого желудочков, что проявлялось выраженным значимым ремоделированием полостей: увеличения толщины МЖП, ТЗСЛЖ, расширения левого предсердия, что проявляется нарастанием диастолической дисфункции, в отличие от систолической. Данные изменения проявлялись при САД и ДАД, которые находились в пределах нормальных или гипертензивных значений. Систолическая дисфункция представлена усилением периферических отеков и гидроторакса, чему способствует каскад нейрогуморальных событий. После каждой декомпенсации усиливается нарастание конечного диастолического размера и конечного систолического размера, что связано с продолжающейся гипертрофии миокарда левого желудочка. Отмечается прогрессирование хронической болезни почек (ХБП) и ухудшение следующих показателей: снижение почечного кровотока, который проявляется замедлением СКФ, увеличением сывороточного креатинина, усилением МАУ. На фоне ХБП с развитием гломерулосклероза развивается анемия.

Заключение и выводы: отсутствует диагностика ОД ХСН у пациентов, находящихся на стационарном лечении. Не проводится специфическая терапия острой декомпенсации. Характеристика клинического портрета пациента с ОД ХСН представлена нормальным или повышенным значением уровня АД, сохраненной ФВ, выраженной диастолической

дисфункцией с переходом в систолическую и усугублением с каждым эпизодом декомпенсации, выраженной тахикардией, ухудшением функции почек, нарастанием анемии.

Список литературы:

1. Kurmani S., Squire I. Acute Heart Failure: Definition, Classification and Epidemiology // Curr Heart Fail Rep. 2017. 14 (5). С. 385-392.
2. Donkor A, Cleland J, McDonagh T, Hardman S. National Heart Failure // Audit. 2016.
3. Astrid Hummel, Klaus Empen, Marcus Dörr De Novo Acute Heart Failure and Acutely Decompensated Chronic Heart Failure // DtschArztebl Int. 2015. 112 (17). С. 298-310.

«ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»

УДК 616.127-005.8

Казиев А.Ж., Абдешева М.Н., Курманалина Г.Л.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У
ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ И БЕЗ ЗУБЦА Q**

Кафедра внутренних болезней № 2,

Западно-Казахстанский Медицинский Университет им. М. Оспанова, г. Актобе

Резюме. Размер поражения сердечной мышцы имеет значение после острого инфаркта миокарда (ИМ). Целью исследования было сравнение клинических показателей пациентов с острым инфарктом миокарда с зубцом Q и без зубца Q в популяции города Актобе. Изучались данные 816 пациентов с инфарктом миокарда, находившихся на лечении в кардиологическом отделении Медицинского центра ЗКМУ им. М. Оспанова и Актобинского медицинского центра, были изучены на наличие факторов риска (возраст, пол, АГ, СД, липидный обмен и уровень креатинина) и состояние коронарных сосудов. Доля мужчин старше 55 лет во второй группе статистически значимо была больше, чем в первой группе: 263 (53,56 %) (95 % ДИ 49-57) и 161 (49,5 %) (95 % ДИ 44-54) соответственно. По таким факторам риска, избыточный вес, наличие сопутствующего СД и АГ, также как и по основным биохимическим показателям различий выявлено не было. В нашем исследовании выявлено статистически значимое преобладание пациентов со сниженной фракцией выброса ($p=0,00$) у пациентов с ИМ с зубцом Q 44 (8,9 %) (95 % ДИ 6,4-11,4), чем с ИМ без зубцом Q 31 (9,5) (95 % ДИ 6,3-12,7). Также выявлено статистически значимое преобладание пациентов с критическим стенозом огибающей ветви ($p=0,02$) в группе с ИМ без зубца Q по сравнению с пациентами с ИМ с зубцом Q (ОВ – 28,1 % против 20,9 %). Тяжелое течение инфаркта миокарда в 3 раза чаще встречался в группе пациентов с Q-ИМ. Соотношение не-Q- инфаркта и Q- инфаркта миокарда было 1:1,5.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда (ОИМ), Q-волновой ИМ, не-Q- ИМ.

Kaziyev A.J., Abdesheva M.N., Kurmanalina G.L.

**CLINICALLY SIGNIFICANT DIFFERENCES OF PATIENTS WITH Q- AND NON-
Q WAVE MYOCARDIAL INFARCTION**

Department of internal disease № 2,

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe

Abstract. The size of the heart muscle hearth is important after acute myocardial infarction (MI). The aim of the study was to compare the clinical indicators of patients with acute Q-wave myocardial infarction and without a Q-wave myocardial infarction in the population of Aktobe. We studied data from 816 patients with myocardial infarction who were treated in the cardiology department of the medical center of M. Ospanov WKMU medical center and Aktobe Medical Center, were studied for the presence of risk factors (age, sex, hypertension, diabetes, lipid metabolism and creatinine level) and the state of coronary vessels. The proportion of men over 55 years of age in the second group was significantly higher than in the first group: 263 (53.56 %) (95 % CI 49-57) and 161 (49.5 %) (95 % CI 44-54), respectively. There were no differences in such risk factors as overweight, concomitant diabetes and hypertension, as well as in the main biochemical indicators. Our study revealed a statistically significant predominance of patients with a reduced ejection fraction ($p=0.00$) in patients with Q wave MI 44 (8.9 %) (95 % CI 6.4-11.4) than

with not-q wave MI 31 (9.5) (95 % CI 6.3-12.7). There was also a statistically significant predominance of patients with critical envelope branch stenosis ($p=0.02$) in the group with not-Q-wave MI compared to patients with Q-wave MI (S-28.1 % vs. 20.9 %). Heavy myocardial infarction was 3 times more common in the group of patients with Q-wave-MI. The relation of not Q wave infarction to Q-wave myocardial infarction was 1:1.5.

Keywords: acute myocardial infarction (MI), Q-wave MI, non-Q MI.

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ) – актуальная проблема медицины и здравоохранения. По данным ВОЗ, ежегодно от болезней системы кровообращения, в том числе ИМ, в мире умирают более 17,7 млн. человек (ВОЗ, 2017). Стандартизированный показатель смертности от ИМ в России 34,24 на 100 тыс. населения [2]. В Актюбинской области 32,2 на 100 тыс. Населения [1]. Размер ИМ левого желудочка-фактор неблагоприятных исходов. Определение размера поражения имеет прогностическое значение после острого ИМ [3, 5]. Хотя современная тактика лечения пациентов с ИМ не зависит от морфологии зубца Q, нами представляется интересным изучить, отличаются ли пациенты с Q-волновым и не-Q-волновым ИМ по клиническим и лабораторно-инструментальным параметрам.

Цель исследования. Сравнить клинические показатели пациентов с острым ИМ с зубцом Q и без зубца Q в городе Актобе.

Материалы и методы. Изучены данные пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении медицинского центра НАО ЗКМУ имени М. Оспанова и Актюбинского медицинского центра с 1 января 2017 по 31 декабря 2018 года. Изучались следующие показатели: возраст (в общем, а также с расчетом доли мужчин старше 55 лет и женщин старше 65 лет), пол, сопутствующие заболевания и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), индекс массы тела (ИМТ), показатели биохимического анализа крови (общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), глюкоза, тропонин, состояние основных коронарных сосудов по данным (КАГ). Пациенты разделены на 2 группы: пациенты с ИМ с зубцом Q (Q-ИМ), во второй – с острым ИМ без зубца Q (не-Q-ИМ). Для оценки распространенности стенозов коронарных сосудов проанализированы состояние ствола левой коронарной артерии (ЛКА), передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), огибающей ветви (ОВ), а также правой коронарной артерии (ПКА). Уменьшение диаметра коронарной артерии ≥ 50 % считали гемодинамически значимым стенозом, а уменьшение ≥ 85 % рассматривали как критический стеноз. При определении пороговых значений клинических и лабораторных показателей использовали классификации и рекомендации Европейских обществ кардиологов и артериальной гипертензии 2018 г.

Статистическая обработка данных проведена в Statistica 10. Выборка пациентов и их характеристики представлены частотами для категориальных переменных, средними значениями, стандартными отклонениями (СО), медианами (Me), интерквартильными размахами (IQR) для непрерывных переменных. Для долей рассчитывали 95 % доверительный интервал (ДИ). Статистические сравнения выполнены с помощью теста хи-квадрат для категориальных переменных, тестом Стьюдента или Манна-Уитни для непрерывных данных.

Результаты и обсуждения. Количество пациентов в I группе (Q-ИМ) 325 человек, во II (не-Q-ИМ) – 491. Средний возраст пациентов в группе Q-ИМ $61,4 \pm 12,0$ лет, в группе не-Q-ИМ 63 ± 11 лет ($p=0,07$). Доля мужчин в обеих группах статистически не различалась: 257 (79 %) (95 % ДИ 74-89) и 350 (71 %) (95 % ДИ 67-75). Доля мужчин старше 55 лет во II группе статистически значимо больше, чем в I группе: 263 (53,56 %) (95 % ДИ 49-57) и 161 (49,5 %) (95 % ДИ 44-54). Индекс массы тела в группе Q-ИМ был в пределах от 17,7 до 45,8 кг/м², Me составила 26,04, IQR – 24,2-30,8. В группе не-Q-ИМ размах ИМТ отмечался от 16,0 до 66,0 кг/м², Me равна 27,4, IQR – 24,5-30,5. Избыточная масса тела в группе с Q-ИМ составила 58,4 % (95 % ДИ 53-63), а в группе с не-Q-ИМ – 61,5 % (95 % ДИ 57-65). Пациенты с сахарным диабетом в группе с Q-ИМ 59 пациент (18,1 %) (95 % ДИ 13-22), в группе не-Q-ИМ – 108 пациентов (21,9 %) (95 % ДИ 18-25). Me и IQR глюкозы крови в I группе составили 6,8 ммоль/л (5,6-8,5), во II – 6,7 ммоль/л (5,6-8,6). Показатели липидного обмена в группах статистически значимо не различались. Уровень общего холестерина в I группе составил 5,0 ммоль/л (4,3-5,8) и 5,1 ммоль/л во II группе (4,2-6,0), а холестерин ЛПНП – 3,0 ммоль/л (2,2-3,6) и 2,9 ммоль/л (2-3,7), для I и II групп соответственно. Среднее содержание креатинина в группе с Q-ИМ было 78 мкмоль/л (IQR 68,5-98), в группе с не-Q-ИМ – 80,3 мкмоль/л (IQR 68-99,3). Содержание тропонина в крови у I группы превышала показатели II группы, составив 2,5 (2,9-3,9), в то время как у II группы 1,61 (2,1-2,7). В I группе 1 степень АГ у 24 пациентов (7 %) (95 % ДИ 4-10), 2 степень АГ – у 43 (13 %) (95 % ДИ 9-16), 3 степень АГ – у 195 – 60 % (95 % ДИ 54-65). Во II группе АГ I степени встречалась у 43 (8,7%) (95 % ДИ 6-11), АГ II степени – у 60 (12 %) (95 % ДИ 9-15), АГ III степени – у 314 (64 %) (95 % ДИ 59-68). В анамнезе у пациентов с не-Q-ИМ чаще выявлялся предшествующий ИМ по сравнению с пациентами с Q-ИМ: 17 % (95 % ДИ 13-20 %) и 9 % (95 % ДИ 6-12 %, соответственно), однако эта разница незначима. Такая же картина с инсультом: в I группе он у 18 пациентов (5 %) (95 % ДИ 2-7), во II группе – у 32 (6,5 %) (95 % ДИ 4-8). По коронароангиографии поражение более 2 сосудов наблюдалось у 254 пациентов (79 %) и у 401 (81,6 %) соответственно. По частоте критических стенозов ствола

ЛКА и ее ОВ были выявлены статистически значимые различия в пользу группы не-Q-ИМ, однако частота критического стеноза ПМЖВ и ПКА преобладала в группе пациентов с Q-ИМ. В I группе критический стеноз ствола ЛКА отмечался у 1 пациента (0,3 %) (95 % ДИ 0,29-0,9), ПМЖВ у 147 пациентов (45 %) (95 % ДИ 39-50), ОВ у 68 (21 %) (95 % ДИ 16-25), ПКА – у 117 (36 %) (95 % ДИ 30-41). Во II группе стеноз более 85 % ствола ЛКА отмечался у 10 больных (2 %) (95 % ДИ 0,7-3,2), ПМЖВ – у 204 (41,5 %) (95 % ДИ 37-45), ОВ – у 138 (28 %) (95 % ДИ 24-32), ПКА – у 114 (29 %) (95 % ДИ 25-33). Выявлено преобладание пациентов со сниженной фракцией выброса во II группе 44 (9 %) (95 % ДИ 6,4-11,4), чем в первой 31 (9,5) (95 % ДИ 6,3-12,7). Также в группе Q – ИМ чаще встречался кардиогенный шок по сравнению с не-Q-ИМ (4,3 % против 1,4 %). Данные обеих групп представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристики и факторы риска у пациентов с Q-ИМ и не-Q-ИМ

Переменные	Q-ИМ, абс. (%) (n=325)	95%ДИ	Не-Q-ИМ, абс. (%)(n=491)	95%ДИ
	325(39,8%)		491(60,1%)	
Возраст, лет	161 (49,5%)	44-54	263(53,56%)	49-57
> 55 лет у мужчин	51 (15,6%)	11-19	103(20,97%)	17-24
> 65 лет у женщин				
Мужчины	257(79,07%)	74-83	350(71,2%)	67-75
Женщины	68 (20,9%)	16-25	141(28,7%)	24-32
Сахарный диабет	59 (18,1%)	13-22	108 (21,9%)	18-25
АГ 1 степени	24 (7,3%)	4-10	43 (8,7%)	6-11
АГ 2 степени	43 (13,2%)	9-16	60 (12,2%)	9-15
АГ 3 степени	195 (60%)	54-65	314 (63,9%)	59-68
Избыточная масса тела и ожирение (ИМТ>25 кг/м ²)	190 (58,4%)	53-63	302 (61,5%)	57-65
Инсульт в анамнезе	18 (5,02%)	2-7	32 (6,5%)	4-8
ОХС > 5 ммоль/л	170 (52,3%)	46-57	279 (56,8%)	48-57
ХС-ЛПНП > 3 ммоль/л	160 (49,2%)	43-54	228 (46,4%)	42-50
Поражение >2 сосудов по данным КАГ	254 (79%)	73-82	401 (81,6%)	78-85
Стеноз>85%(кр-ий стеноз)				
ЛКА ствол	1 (0,3%)	0,29-0,9	10 (2,03%)	0,7-3,2
ПМЖВ	147 (45,2%)	39-50	204 (41,5%)	37-45
ОВ	68 (20,9%)	16-25	138 (28,1%)	24-32
ПКА	117 (36%)	30-41	144 (29,3%)	25-33
Killip I	263 (80,9%)	76-85	414 (84,3%)	81-87
Killip II	38 (11,6%)	8,2-	49 (9,9%)	7-12
Killip III	10 (3,07%)	15,1	21 (4,2%)	2,4-
Killip IV	14 (4,3%)	1,2-4,9 2,1-6,52	7 (1,4%)	6,07 0,3-2,4

Фракция выброса < 40	31 (9,5%)	6,3- 12,7	44 (8,9%)	6,4- 11,4
----------------------	-----------	--------------	-----------	--------------

Заключение и выводы. Таким образом, соотношение не-Q- инфаркта и Q- инфаркта миокарда было 1:1,5, среди пациентов. Выявлено статистически значимое преобладание пациентов со сниженной ФВ в группе пациентов с Q- инфарктом миокарда (p=0,00). Также выявлено преобладание пациентов с критическим стенозом ОВ (p=0,02) в группе не-Q-ИМ по сравнению Q-ИМ. Тяжелое течение ИМ в 3 раза чаще встречался в группе пациентов с Q-ИМ. По-видимому, клинические характеристики с течением времени меняются, но для подтверждения необходимо более длительные и проспективные наблюдения.

Список литературы:

1. Кыдырбаев А.М. Эпидемиологические особенности смертности от острого инфаркта миокарда в Актюбинской области Казахстана / А.М. Кыдырбаев, Н.С. Игисинов, Б. Жолдин, И.Ж. Талипова, Г.Л. Курманалина // *Medicine (Almaty)*. 2016. № 8. С. 170.
2. Самородская И.В. Анализ показателей смертности от инфаркта миокарда в российской федерации в 2006 и 2015 годах / И.В. Самородская, О.Л. Барбараш, В.В. Кашталап, М.А. Старинская // *Российский кардиологический журнал*. 2017. №. 11. С. 22-26.
3. Симулин В.Н. Прогностическая оценка патологической волны q при инфаркте миокарда / В.Н. Симулин, С.Е. Головенкин, В.В. Радионов // *Сибирское медицинское обозрение*. 2009. № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prognosticheskaya-otsenka-patologicheskoy-volny-q-pri-infarkte-miokarda> (дата обращения: 04.03.2019).
4. Бермагамбетова Г. Н. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей стран СНГ // *Вестник КАЗНМУ*. 2013. № 1. С. 71.
5. Кульнязова А. Отдаленный прогноз и перспективы больных, перенесших Q-образующий и Q-необразующий инфаркт миокарда // *Самара-2008*.

УДК 616.12-007.61

Загидулина А.Р., Козлова А.А., Сафина Ю.Р., Шуськова Т.Е., Халиуллин Г.О.,

Мирончук Н.Н.

ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: ПОИСК ОПТИМАЛЬНОГО ЭКГ-ИНДЕКСА

Кафедра факультетской терапии,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: целью нашего исследования является выявление наиболее чувствительного электрокардиографического (ЭКГ) индекса для диагностики гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и ее типа у пациентов с артериальной гипертензией (АГ). Нами были обследованы 82 человека с ГЛЖ, подтвержденной в эхокардиографическом исследовании (ЭХО-КГ): возраст 71,7 [65; 80] лет; индекс массы тела (ИМТ) 29,7 [24,6; 33,1] кг/м². В результате ГЛЖ с помощью ЭКГ в группе исследования была подтверждена у 50 человек (61 %). Чувствительность ЭКГ индексов оказалась следующей: индекс Соколова-Лайона – 6 %, Корнельское произведение 17 %, шкала Эстес 54 %. Анализ распределения положительных по ГЛЖ ЭКГ индексов по группам в зависимости от типа гипертрофии не выявил различий в чувствительности индексов к какому-либо ее типу. Таким образом, шкала Эстес – наиболее чувствительная методика для диагностики ГЛЖ у пациентов с АГ, однако для более точной диагностики необходимо использование всех 3 индексов. Определение типа ГЛЖ с помощью ЭКГ индексов невозможно.

Ключевые слова: гипертрофия левого желудочка, индекс Соколова-Лайона, Корнельское произведение, шкала Эстес, индекс массы миокарда левого желудочка.

Zagidulina A.R., Kozlova A.A., Safina Y.R., Shuskova T.E., Khaliullina G.O.,

Mironchuk N.N.

DIAGNOSTICS OF LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY: SEARCH FOR THE OPTIMAL ECG INDEX

Department of faculty therapy,

Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: the purpose of our study is identification of the most sensitive electrocardiographic (ECG) index for the diagnosis of left ventricular hypertrophy (LVH) and its type in patients with arterial hypertension. 82 people with LVH confirmed in echocardiographic study (ECHO-KG) were examined: age 71.7 [65; 80] years; body mass index (BMI) 29.7 [24.6; 33.1] kg/m². As a result, using an ECG in the study group, LVH was detected in 50 people (61 %). The sensitivity of the ECG indices was as follows: the Sokolov-Lyon criteria – 6 %, the Cornell product criteria – 17 %, the Romhilt-Este's index – 54 %. Analysis of the distribution of positive ECG indices in groups depending on the type of LVH did not reveal differences in the sensitivity of the indices to any particular type of hypertrophy. Thus, the Romhilt-Este's index is the most sensitive method for diagnosing LVH in patients with hypertension, but for more accurate diagnosis, it is necessary to use all 3 indices. It is not possible to determine the type of LVH using ECG indices.

Keywords: left ventricular hypertrophy, Sokolov-Lyon criteria, Cornell product criteria, Romhilt-Este's index, left ventricular mass index.

Актуальность: ГЛЖ – ранний маркер поражения сердца, связанного с гемодинамической нагрузкой. ГЛЖ увеличивает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, общую смертность, риск внезапной кардиальной смерти, а также является предвестником развития острых цереброваскулярных осложнений у больных АГ. Чаще всего для прижизненной диагностики ГЛЖ используются ЭХО и ЭКГ [1].

Цель исследования: выявить наиболее чувствительный ЭКГ индекс для диагностики ГЛЖ и ее типа у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: обследованы 82 пациента (36 мужчин и 46 женщин) с АГ и ГЛЖ, находившихся в терапевтическом отделении ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа. Всем пациентам выполнены оценка антропометрических данных (измерение роста, веса, расчет ИМТ и определение площади поверхности тела (ППТ) по формуле Мостеллера), ЭКГ исследование и ЭХО-КГ (аппарат SIEMENS SONOLINE G50) в М – и В-режимах. По данным ЭКГ были рассчитаны индексы Соколова-Лайона, Корнельское произведение и шкала Эстес [3, 6]. На основании результатов ЭХО-КГ исследования (КДР, толщина ЗСЛЖ и МЖП) по формуле Американского эхокардиографического общества [4] вычисляли ИММЛЖ, и, соотнося этот показатель с ППТ, рассчитывали индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ). Индекс относительной толщины (ИОТ) ЛЖ определяли по формуле ($2 \cdot \text{толщина задней стенки в диастолу} / \text{КДР}$). По итогам сопоставления ИММЛЖ и ИОТ определяли типы гипертрофии ЛЖ. Концентрическое ремоделирование диагностировали при ИММЛЖ у женщин $\leq 95 \text{ г/м}^2$, у мужчин $\leq 115 \text{ г/м}^2$ и ИОТ $> 0,42$; концентрическую гипертрофию – при ИММЛЖ у женщин $> 95 \text{ г/м}^2$, у мужчин $> 115 \text{ г/м}^2$ и ИОТ $> 0,42$; эксцентрическую гипертрофию – при ИММЛЖ у женщин $> 95 \text{ г/м}^2$, у мужчин $> 115 \text{ г/м}^2$ и ИОТ $\leq 0,42$.

Возраст обследованных составлял 71 [65; 80] лет. Ожирением (ИМТ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$) страдали 31 (38 %) пациентов, избыточная масса тела (ИМТ 25 – 29,9 кг/м^2) была у 29 (35 %) пациентов, нормальная масса тела (ИМТ 19-24,9 кг/м^2) – у 22 (27 %). Коморбидный фон был представлен сахарным диабетом – у 14 (17 %) пациентов, ХСН – у 78 (95 %), хронической болезнью почек у 9 (11 %) человек, церебро-васкулярными заболеваниями у 26 (32 %). Фибрилляция предсердий наблюдалась у 30 (37 %) пациентов.

Для обработки данных была использована программа “ STATISTICA-10”. Результаты наблюдений приведены в виде медианы, 25 и 75 перцентилей. Различия по количественным признакам оценивались по критерию Манна-Уитни (u-тест), по качественным – по критерию Фишера. Различия между группами с учетом поправки Бонферрони считали статистически значимым при $p < 0,017$.

Результаты и обсуждения: показатели по данным ЭХО-КГ: ИММЛЖ (у женщин – 143 [118,3; 155,8] г/м², у мужчин – 148 [131,6; 168,8] г/м²), ММЛЖ (у женщин – 248,8 [220,8; 292] г., у мужчин – 300,4 [261; 329,6] г.). Концентрическое ремоделирование было выявлено у 3 (4 %) человек; концентрическая гипертрофия – у 45 (55 %) человек; эксцентрическая гипертрофия 34 (41 %) человека. ЭХО-КГ характеристики обследованных в зависимости от типа гипертрофии представлены в таблице 1, из неё следует, что больные из групп с концентрическим ремоделированием и концентрической гипертрофией не отличались между собой по ММЛЖ ($p_{1-2}=0,027405$), но имели различия с пациентами из группы с эксцентрической гипертрофией ($p_{1-3}=0,001802$, $p_{2-3}=0,004574$).

Таблица 1

Эхо-кардиографические характеристики обследованных в зависимости от типа ГЛЖ

Показатели	Концентрическое ремоделирование, n=3	Концентрическая гипертрофия, n=45	Эксцентрическая гипертрофия, n=34
	1	2	3
ММЛЖ, г	207 [205; 219] $p_{1-2}=0,027405$, $p_{1-3}=0,001802$	257 [230; 297] $p_{2-3}=0,004574$	299 [261; 332]
ИММЛЖ, г/м ²	103 [102;104] $p_{1-2}=0,001850$, $p_{1-3}=0,000257$	144 [123;156] $p_{2-3}=0,2462$	151 [122;169]
ИОТ, ед.	0,5 [0,44; 0,52] $p_{1-2}=0,904371$, $p_{1-3}=0,000257$	0,48[0,46; 0,5] $p_{2-3}=0,0000001$	0,38 [0,33; 0,41]

Уровень значимости $p < 0,017$

Больные с эксцентрической гипертрофией имели бóльшую ММЛЖ, чем пациенты из двух других групп. Однако, после стандартизации ММЛЖ к ППТ и определения ИММЛЖ оказалось, что различия между группами больных с концентрической и эксцентрической гипертрофией отсутствуют ($p_{2-3}=0,2462$) и ИММЛЖ в обеих группах одинакова.

По данным ЭКГ ГЛЖ была выявлена 50 человек (61 %). При этом с помощью индекса Соколова-Лайона ($SV1 + RV6 > 35$ мм) ГЛЖ подтверждена у 5 человек (6 %), по Корнельскому вольтажному индексу ($RaVL + SV3 > 28$ мм у мужчин и > 20 мм у женщин) – у 15 (18 %), по критерию Эстес (0-3 балла – ГЛЖ маловероятна, 4 балла – вероятна, 5-13 балла(ов) – достоверна) – у 45 (55 %) человек, из них возможная гипертрофия у 15 (18 %) и достоверная – у 30 (37 %). Таким образом, наиболее чувствительным ЭКГ маркером ГЛЖ у пациентов с АГ можно считать критерий Эстес. Распределение положительных критериев ГЛЖ у лиц с подтвержденной на ЭКГ гипертрофией было различным 1 положительный

критерий был выявлен у 34 человек (68 %), 2 критерия – у 14 человек (28 % группы), все 3 критерия - у 2 человек (4 % группы).

Уточняя возможности диагностики типа гипертрофии с помощью ЭКГ индексов, было оценено распределение больных с положительными ЭКГ-индексами по типам ГЛЖ. Результаты представили в таблице 2.

Таблица 2

Распределение положительных ЭКГ индексов в по группам в зависимости от типа ГЛЖ

ЭКГ индексы	Концентрическое ремоделирование, n=3	Концентрическая гипертрофия, n=45	Эксцентрическая гипертрофия, n=34	Точный критерий Фишера двухсторонний (p)
Соколова-Лайона	0	4 (5%)	1 (1%)	0,38
Корнельское произведение	0	11 (13%)	3 (4%)	0,08
Шкала Эстес (достоверная)	0	20 (24%)	10 (12%)	0,24
Шкала Эстес (вероятная)	0	4 (5%)	11 (13%)	1,0
Всего	0	39 (48%)	25(31%)	

Уровень значимости $p < 0,017$

Как оказалось, частота встречаемости различных положительных индексов у пациентов с концентрическим и эксцентрическим типами гипертрофии была одинаковой и, следовательно, ЭКГ индексы, диагностирующие ГЛЖ, не позволяют определять тип гипертрофии.

Полученные нами данные в полной мере согласуются с результатами других исследований. Так, анализ данных литературы показал, что чувствительность индекса Соколова-Лайона колеблется в пределах 3,33 – 45 % [2, 5], Корнельского произведения 3,33 – 63 % (для женщин) и 53 % (для мужчин) [2, 5]. По результатам международных исследований чувствительность этих критериев равна соответственно 22-73 % и 15-55 % [2].

Заключение и выводы: ЭКГ диагностика позволяет выявить гипертрофию лишь у 61 % больных с артериальной гипертензией. Наиболее чувствительной методикой для диагностики ГЛЖ у этих пациентов является шкала Эстес (54 %). Однако для более точной диагностики необходимо использование не одного, а всех трех ЭКГ-индексов. Определение типа ГЛЖ с помощью ЭКГ индексов невозможно.

Список литературы:

1. Козиолова Н.А., Шатунова И.М. Клиническое значение гипертрофии левого желудочка при артериальной гипертензии // Кардиология. 2015. № 8. С. 62-67.
2. Комарова О.А., Атауллаханова Д.М., Клименко В.С., Черепенина Н.Л. Сравнительная оценка информативности критериев выявления гипертрофии миокарда левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией // Российский кардиологический журнал. 2007 № 1 (63). С. 32-35.
3. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии / Орлов В.Н. Москва: Медицинское информационное агенство, 2004. 528 с.
4. Роберто М. Ланг, Мишель Бириг, Ричард Б. Деверо. Рекомендации по количественной оценке структуры и функций камер сердца. Российский кардиологический журнал. 2012, 3 (95).
5. Серафинович И.А., Никитина О.Е., Матейко И.А. Анализ и оценка традиционных диагностических электрокардиографических критериев гипертрофии левого желудочка // Журнал ГрГМУ 2008. № 3 (23). С. 102-109.
6. Яковенко Е.И. ЭКГ – диагностика гипертрофии левого желудочка. Российский кардиологический журнал. 2009; (5): 79-83.

УДК 577.164.16:616.155.194.8

Бурханова К.Д., Исанбаева А.Р., Мирончук Н.Н.

**ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ И ВИТАМИНА В12 НА
ХАРАКТЕРИСТИКИ КРАСНОЙ КРОВИ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ
СОСТОЯНИЯХ У ЖЕНЩИН**

Кафедра факультетской терапии,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в данной статье оценивалось влияние дефицита фолиевой кислоты и витамина В12 на характеристики красной крови при железодефицитных состояниях у женщин. Оценивался общий анализ крови, показатели обмена железа, концентрация витамина В12 и фолиевой кислоты. Результаты обследования показали, что у пациенток с дефицитом фолиевой кислоты и без него не выявлено статически значимой разницы между гематологическими показателями. Разделение группы в зависимости от уровня витамина В12 показало, что у пациенток с дефицитом витамина количество эритроцитов было меньшим ($p=0,0019$), а их объем большим ($p=0,05$), чем у пациенток без дефицита. Выявлено, что у 25 % обследованных женщин с железодефицитными состояниями наблюдался дефицит витамина В12 или фолиевой кислоты, при этом обнаружить его по эритроцитарным индексам общего анализа крови не представлялось возможным.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, дефицит витамина В12 и фолиевой кислоты.

Burkhanova K.D., Isanbaeva A.R., Mironchuk N.N.

**THE EFFECT OF FOLIC ACID AND VITAMIN B12 DEFICIENCY ON THE
CHARACTERISTICS OF RED BLOOD IN WOMEN AT IRON DEFICIENCY
CONDITIONS**

Department of faculty therapy, Bashkir state medical University, Ufa

Abstract: assessment the effect of folic acid and vitamin B12 deficiency on the characteristics of red blood in women with iron deficiency. A full blood test, iron metabolism, concentrations of vitamin B12 and folic acid were also studied. Results showed that patients with folic acid deficiency and without it had no statistically significant difference between hematological parameters. The separation of the group depending on the level of vitamin B12 showed that patients with vitamin deficiency, the concentration of red blood cells was less ($p=0.0019$), and their volume was larger ($p=0.05$) than in patients without a deficiency. We found that 25 % of women with iron deficiency had a concomitant deficiency of vitamin B12 or folic acid, while it was not possible to detect it by the erythrocyte indices of the common blood test.

Keywords: iron-deficiency anemia, vitamin B12 deficiency, folic acid deficiency.

Актуальность: чаще всего диагностика анемии ограничивается общим анализом крови, по которому на основании эритроцитарных индексов можно предположить ту или иную этиологию анемии. Однако в случаях анемий смешанного генеза могут возникать диагностические ошибки.

Цель: оценить влияние дефицита фолиевой кислоты и витамина В12 на характеристики красной крови при железодефицитных состояниях у женщин.

Материалы и методы: обследована 21 женщина с железодефицитными состояниями (ЖДС), из них 17 (81 %) имели анемию и 4 (19 %) – латентный дефицит железа. Возраст пациентов составлял 32 [29-49] лет, ИМТ 22,6 [19,3-27,7] кг/м³. Менопауза и постменопауза имелись у 5 женщин (24 %), у остальных менструальная функция была сохранена и продолжительность менструаций составляла 4,9 [3-6] дней, при этом обильные месячные наблюдались у 4 (19 %). Коморбидный фон характеризовался патологией пищеварительного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки) – 10 (48 %) женщин, геморрой – у 1 (5 %), хронический холецистит у 4 (19 %), миомой матки страдали 3 (14 %). Без сопутствующего коморбидного фона были 7 человек (33 %). Пациентки наблюдались амбулаторно. Оценивались общий анализ крови, показатели обмена железа, концентрация витамина В12 и фолиевой кислоты в сыворотке крови. Латентным дефицитом железа считали показатели ферритина в пределах 10-30 мкг/л, манифестным – уровень ферритина менее 10 мкг/л [2], возможным дефицитом фолиевой кислоты считали концентрацию 6,8-13,4 нг/мл, дефицитом – <6,8 нг/мл [3]. Содержание витамина В12 <200 пг/мл расценивали, как вероятный дефицит [4]. Статистический анализ данных производился в программе STATISTICA10 непараметрическими методами. Результаты представлены в виде медианы и квартилей (25 %; 75 %). Сравнительный анализ проводился с помощью теста Манна-Уитни (U-тест). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты обследования: результаты гематологического и биохимического обследования группы наблюдения представлены в таблице 1. Нормальный уровень гемоглобина (117-140 г/л) наблюдался у 3 женщин (14 %), анемия легкой степени тяжести (90-116 г/л) у 11 (52 %) анемия средней степени тяжести (70-89 г/л) у 7 (33 %). Анемия носила гипохромный и микроцитарный характер. У всех женщин с анемией выявлялся анизоцитоз (RDW >14,5 %).

Таблица 1

Лабораторные данные обследованных

Показатели	N	Величины	Референсный интервал
Эритроциты, 10 ¹² кл/л	21	4,5 [4,2;4,8]	3,8-5,1
Гемоглобин (Hb), г/л	21	100 [89;113]	117-140
Средний объём эритроцита(MCV), фл	21	73,6 [67;80]	81-100
Цветовой показатель (MCH), пг	21	21,5 [18,9;24,7]	27-34
Средняя концентрация Hb в эритроците (MCHC),г/л	21	30,7 [28,2;32,2]	32-36
Показатель анизоцитоза эритроцитов (RDW),	21	18,6 [15;19,9]	11,6-14,8

%			
Витамин В12, нг/л	21	330 [265;450]	201-300
Фолиевая кислота, нмоль/л	18	16,75 [12,3;24,5]	9,8-65,2
ОЖСС, мкмоль/л	12	90,5 [87,25;97,25]	45-76
Сывороточное железо, мкмоль/л	16	5,15 [3,4;7,15]	9,0-30,4
Трансферрин, г/л	12	3,9 [3,43;4,51]	2,5-3,8
Ферритин, мкг/л	21	4,7 [2,5;7,8]	20-250

В отдельных случаях анемия носила смешанный характер, так сочетание ЖДС и дефицита фолиевой кислоты наблюдалось у 5 женщин (24 %) (из них явный дефицит был выявлен у 1, у остальных – возможный дефицит), В12- и железодефицита – так же у 5 (24 %), дефицит всех трех факторов – у 2 женщин (10 %).

Чтобы оценить влияние дефицита витамина В12 и фолиевой кислоты на гематологическую картину при ЖДС, группу исследования разделили на подгруппы в зависимости от нормального или сниженного содержания в сыворотке крови витамина В12 (n=21) и фолиевой кислоты (n=18). Сравнительные характеристики подгрупп представлены в таблицах 2 и 3.

Таблица 2

Сравнительная характеристика в зависимости от уровня фолиевой кислоты

Показатели	Фолиевая кислота ≤13,4 нмоль/л, n=5	Фолиевая кислота >13,4 нмоль/л, n=13	p (U-тест)
Возраст, лет	31 [28;32]	43 [31;49]	0,2887
ИМТ, кг/м ²	20,8 [19,1;24,2]	23,9 [19,5;30,7]	0,5697
Эритроциты, 10 ¹² к/л	4,47 [4,46;4,53]	4,55 [4,37;4,79]	0,5662
Гемоглобин, г/л	89 [77;107]	100 [90;111]	0,3559
MCV, фл	64,7 [64;73]	73,6 [68;75,5]	0,2075
MCH, пг	19,6 [17,2;24,1]	21,1 [18,9;24,1]	0,5663
MCHC, г/л	31,1 [26,9;32,3]	28,8 [28,2;32,1]	0,241
RDW, %	19,3 [16,4;20]	18,6 [15;19,9]	0,8490
ОЖСС, мкмоль/л	89,75 [84,85;94,4]	92,45 [87,4;98,35]	0,5697
Сывороточное железо, мкмоль/л	5,4 [3,7;6,7]	4,9 [3,1-7,6]	1,000
Трансферрин, г/л	3,49 [2,8;4,015]	4,2 [3;4,6]	0,1091
Витамин В12, нг/л	330 [183;376]	341 [279;508]	0,5663
Ферритин, мкг/л	2,5 [1,64;3,59]	4,71 [2,6;7,06]	0,2460
Фолиевая кислота, нмоль/л	7,1 [6,9;11,1]	17,5 [16,7;25,5]	0,0002

Таблица 3

Сравнительная характеристика в зависимости от уровня витамина В12

Показатель	В12, ≤200 нг/л, n=5	В12, >200 нг/л, n=16	p (U-тест)
Возраст, лет	32 [29;50]	36,5 [29,5;49]	0,7798
ИМТ, кг/м ²	27,3 [19,3;32]	22,5 [19,1;26,2]	0,3706
Эритроциты, 10 ¹² к/л	4,11 [3,77;4,16]	4,55 [4,47;4,82]	0,0019*

Гемоглобин, г/л	107 [100;116]	99 [85;112]	0,5476
MCV, фл	86 [80;87]	71,75 [66,85;75,25]	0,0500*
MCH, пг	26,5 [25,9;28]	20,4 [18,9;24,1]	0,0517
MCHC, г/л	32 [30,9;32,3]	29,2 [28,2;31,6]	0,3972
RDW, %	16,4 [13,4;17,8]	19,3 [15,3;20,1]	0,1530
ОЖСС, мкмоль/л	86,5 [81,6;91,4]	92,45 [88,1;97,4]	0,3636
Сывороточное железо, мкмоль/л	5,85 [2,1;9,6]	5,15 [3,7;6,7]	1,000
Трансферрин, г/л	4,015 [3,64;4,39]	3,9 [3,4;4,5]	1,000
Фолиевая кислота, нмоль/л	12,3 [6,9;19,3]	16,8 [13,6;25,5]	0,3602
Ферритин, мкг/л	7,92 [3,59;27,3]	4,21 [2,5;7,1]	0,3127
B12, нг/л	183 [178;190]	355 [288;450]	0,0002

* - $p < 0,05$

У пациенток с дефицитом фолиевой кислоты и без него не выявило статически значимой разницы гематологических показателей у пациенток. Вероятно, отсутствие различий обусловлено как малым количеством единиц наблюдения в подгруппе с дефицитным состоянием ($n=5$), так и включением в эту группу больных с явным ($n=1$) и возможным ($n=4$) дефицитом фолиевой кислоты. Эритроциты в обеих подгруппах характеризовались гипохромией и микроцитозом. В подгруппах, сформированных по принципу наличия или отсутствия дефицита витамина B12, была выявлена разница по количеству эритроцитов и MCV. При этом гипохромия и микроцитоз были в обеих подгруппах, однако, в подгруппе дефицита витамина B12 количество эритроцитов было меньшим ($p=0,0019$), а их объем большим ($p=0,05$), чем в подгруппе без дефицита. Таким образом, дефицит витамина B12 несколько менял гематологическую картину, но преобладающий железодефицит маскировал имеющийся дефицит витамина B12 у пациенток, и распознать его по картине периферической крови не представлялось возможным.

Согласно данным литературы, большое количество пациентов с ЖДС рефрактерны к лечению препаратами железа, что может объясняться сочетанием железодефицита с дефицитом других кроветворных витаминов или минералов, например, витамина B12 [5]. При этом B12-дефицитная анемия не всегда будет сопровождаться макроцитозом и гиперхромией [1,6]. Эти данные согласуются с нашим исследованием.

Заключение и выводы: у 25 % обследованных женщин с железодефицитными состояниями наблюдался сопутствующий дефицит алиментарных факторов (витамина B12 или фолиевой кислоты). На фоне железодефицита по эритроцитарным индексам общего анализа крови затруднительно предположить дефицит витамина B12 или фолиевой кислоты. При B12- и фолиеводефицитных состояниях на фоне железодефицита не всегда будут наблюдаться гиперхромия и макроцитоз эритроцитов.

Список литературы:

1. Румянцев А.Г., Масчан А.А. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению анемии, обусловленной дефицитом В12. 2014. С. 5-7.
2. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Чернов В.М., Тарасова И.С. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. 2015. С. 6-18.
3. ВОЗ. Оценка фолатного статуса у различных групп населения по концентрации фолата в сыворотке крови и красных кровяных клетках. Информационная система данных о содержании витаминов и минералов в продуктах питания. Женева, Всемирная организация здравоохранения. 2012. URL: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75584/4/WHO_NMН_NHD_EPG_12.1_rus.pdf. (дата обращения: 4.03.2020).
4. Pennyacker LC, Allen RH, Kelly JP, et al.(Eds.) High prevalence of cobalamin deficiency in elderly outpatients. J Am Geriatr Soc. 1992; 40:1197-1204.
5. Sun A, Chang JY, Wang YP, Cheng SJ, Chen HM, Chiang CP. Do All the Patients With Vitamin B12 Deficiency Have Pernicious Anemia? J Oral Pathol Med. 2016. 45(1). P. 23–27. doi: 10.1111 / jop.12330.
6. Suzuki T. Iron Deficiency Anemia Refractory to Iron Preparations. Rinsho Ketsueki. 2016. 57(10). P.1881–1889. doi: 10.11406 / rinketsu.57.1881.

«ОБЩЕМЕДИЦИНСКАЯ СЕКЦИЯ НА ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКАХ»

УДК 611.43

Salimgareeva D.F., Gavrilovskaya A.V., Mayorova O.A., Pochueva N.N.

COMPARATIVE ANALYSIS OF BREAST CANCER INCIDENCE

Department of Foreign Languages with the Course of Latin,

Department of Human Anatomy,

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: breast cancer can develop by means of regeneration of healthy cells into oncogenic against the background of many factors. According to statistics, a significant number of breast cancer occurs in women, but it can also be seen in men, in the rate of 1:100. The paper presents an analysis of the incidence rates of breast cancer in regions of the Republic of Bashkortostan.

Keywords: breast, fascial system, breast cancer, breast lymph stream.

Relevance: breast diseases are urgent and pressing issue of the 21st century. According to statistics, the number of breast cancer patients is increasing each year and makes up 17 % of all cases of cancer.

Objective: to study the fascial structure of the breast, anatomical and physiological information about the breast, lymphatic drainage path from the mammary glands, to analyze the statistics of morbidity of breast cancer among the population.

Materials and methods: we have conducted a sociological survey of 100 women aged 18-60 on their awareness of breast cancer problem. A third of respondents usually visit a gynecologist with the purpose of basic medical examination, mostly women of middle age; 38 % every two years turn to hospital, 27 % consider themselves to be completely healthy, 5 % found the first signs of the disease by themselves. A histological study of breast cancer was performed. The mammary gland is a paired organ of soft tissue type, developing by the type of apocrine glands. It is a body of epidermal origin, which produces a specific secret. In women, breast is located at the level of III-VI ribs, on either sides of the parasternal and anterior axillary lines. Normally, a person has a pair of breasts, but as an atavism there may be additional mammary glands. In men, the breast remains for life as a vestige. In females, during puberty, namely with the beginning of the functioning of the ovaries, the mammary glands increase in volume, and with the onset of regula, their tissue undergoes monthly changes that are cyclical. The breast is a complex alveolar-tubular gland. As part of the gland tissue, 15-20 cone-shaped lobes are collected by their tops to the nipple. The lobules have excretory ducts that merge into the alveolar duct, which is directed to the nipple and ends at its top with a small hole. The state and activity of a woman's mammary glands are regulated by the action of hormones produced by the endocrine glands.

The mammary gland is connected by loose connective tissue to the fascia of the pectoralis major muscle. On the front surface of the breast, closer to the center is the nipple. It is covered by a pigmented area – mammary areola [1].

The basis of the mammary glands, the so-called skeleton, is formed by the superficial fascia. Supporting ligaments come along the thickness of the gland; they recede from the superficial fascia, the leaves of which make up the breast capsule, it is woven into the deep layers of the skin. In the upper part, the fascia has a junction with the clavicle. The gland is pushed in, dragging the surface fascia along the entire surface. The lymphatic system of the breast is characterized by a very complex structure. Through this system, lymph flows through the lymph nodes, a tissue fluid that washes the organs and tissues of the body. The process of metastasis formation and lymph outflow from the breast occurs in several ways. The most important is the axillary pathway. From the breast, lymph flows into the lymph nodes of the armpit. This happens in the following ways:

By Zorgius nodes which are located below the lower edge of the major pectoral muscle at the level of the second rib;

- Through the Rotter's lymph nodes. They are between the major pectoral muscle and small one.
- Through the lymph vessels in the thickness of the major and minor pectoral muscles after intramuscular sites, as well as between the fiber.

Methods of breast examination: for diagnosis the following methods are used:

1. Chest palpation.

Palpation and examination – this is the easiest method to begin with the examination of the mammary glands. During the examination, surface changes on the breast skin are noticeable. This can be redness, ulceration, peeling, etc. Palpation reveals various types of calcifications, there may be several of them. In case a groove in the chest is found, its depth should be estimated. The morphology and nature of the calcification suggest the type of disease. Palpation and examination can be performed independently, by tracing the discharge from the nipple and probing the breast. In the course of this examination, the picture of lymph nodes can also be traced, the increase of which already indicates the stage of tumor development. To confirm the hypothesis that emerged during palpation doctors use the following methods:

2. X-ray
3. instrumental diagnostics
4. laboratory tests

Lesion of the breast lymph nodes most often occurs in breast cancer. Breast cancer is considered as multi-etiological malignancy. Breast cancer occurs by the degeneration of a healthy

epithelial cell into an oncogenic one. Isolation of the lymphatic pathways by metastases provokes metastasis to the axillary, supraclavicular, retroperitoneal lymph nodes, and also to the liver. Breast cancer is often found in the left breast in the upper-outer quadrant. A malignant tumor can also appear in men. This is also due to changes in the body's hormonal balance. Based on various sources, it was found that the ratio of men and women in the structure of morbidity is 1: 100. Risk factors for breast cancer in the male half of the population may be changes in the metabolism of the genitals, age (60-70 years old), race, exposure to radiation, genetic predisposition to this disease, etc. [2].

Results and discussions: according to the Ministry of Health of the Republic of Bashkortostan statistics of breast cancer incidence for 2019 has been analyzed and it revealed that Ufa ranks the 1st place – 587 people (32.43 per 100 thousand population), Sterlitamak is the second – 164 people (9.06 per 100 thousand population), 3rd place – Salavat – 91 people (5.03 per 100 thousand population). The following statistics is for districts, in 1st place is Ufa district – 35 people (1.93 per 100 thousand population), 2nd place – Chishminsky district-24 people (1.33 per 100 thousand population), 3rd place – Chekmagushevsky – 11 people (0.99 per 100 thousand population). It is also worth paying attention that 1 place for cancer is taken by breast cancer (1810 people), the second place-lung cancer, trachea and bronchi, skin neoplasms are in the 3rd place. It should also be noted that cancer is diagnosed more often at stage 2, for example, according to the statistics of Ufa, cancer at stage 1 was diagnosed in 155 people, while at the second stage-257, at stage 3-139 people, at 4 only 36 people. Cancer incidence in the Republic of Bashkortostan in 2019, 140008 cases were registered, including 6791 men and 7217 women, which means that women are more susceptible to cancer, but if you consider the different localization of cancer, you can see that, for example, lung, tracheal and bronchial cancer in men accounts for 1160 cases, while women only 227, similarly, laryngeal cancer in men 136, and women 7 cases per year, women have a huge gap in breast cancer, namely from the period 01.01.2019-31.12.2019, a total of 1810 cases of breast cancer were registered, of which only 687 people were detected during a preventive examination, this is 1/3 of all cancer cases, the diagnosis was confirmed in all 1810 people. The first cases of breast cancer in 2019 were registered at the age of 20-24 years old in 3 people, the largest number of cases falls on 60-64 years old, but the greatest mortality at the age of 55-59 years old, namely, 84 deaths.

Conclusions: having studied the statistics for 2019, we can conclude that oncological diseases, in particular those related to women's mammary glands, are increasing every year. Thus, after studying certain literature, it can be stated that the structure and functioning of the female breast depends on the physiological processes occurring in the body, through the outflow of lymph,

tumor cells metastasize. It was revealed that according to statistics, breast cancer occupies one of the first places both in Russia and in the Republic of Bashkortostan [3].

References:

1. Mammalogy: national guidance / Under the editorship of V.P. Kharchenko, N. and. Carob. Moscow: GEOTAR-Media, 2009. P. 328.
2. Makieva K.B. Optimization of early diagnostics of breast formations gland: author. dis. cand. honey / K.B. Makeeva. Kyrgyz-Russian Slavic University. Bishkek, 2010. P. 21.
3. Mukhanova I.F. Analysis of some indicators of oncological care for breast cancer in the population of the Republic of Bashkortostan and the Russian Federation // Scientific and practical peer-reviewed journal «Modern problems of health and medical statistics». 2017. № 2. P. 46-56.

«НЕВРОЛОГИЯ, НАРКОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ»

УДК 616.831-005.4

Новикова Л.Б., Акопян А.П., Шарапова К.М., Латыпова Р.Ф., Савенко А.И.

**АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У
МОЛОДЫХ**

Кафедра неврологии ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: проводился ретроспективный анализ 66 историй болезни неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), Регионального сосудистого центра ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи г. Уфы за 2019 год. Анализировались факторы риска, причины ОНМК у молодых, среди которых преобладала гипертоническая болезнь, заболевания сердца и крови, васкулиты.

Ключевые слова: инсульт у молодых, подтипы инсульта.

Novikova L.B., Akopian A.P., Sharapova K.M., Latypova R.F., Savenko A.I.

ANALYSIS OF CASES OF STROKE IN YOUNG PATIENTS IN 2019

Department of Neurology of the Institute for Continuing Professional Education,

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: the article presents a retrospective analysis of 66 case of histories of patients with stroke, who were hospitalized in the Regional vascular center Emergency hospital in Ufa for 2019. The causes of stroke in young patients were most often hypertension, heart disease, blood diseases, vasculitis.

Keywords: stroke in young patients, unspecified subtype.

Актуальность: распространенность инсульта в молодом возрасте варьирует от 6,7-17,1 на 100 тыс. населения и имеет тенденцию к росту. Инфаркты мозга, возникающие в возрасте от 18 до 44 лет, составляют около 4,6 % от всех инсультов в популяции. Растущий интерес к выяснению причины инсульта у больных молодого возраста связан с различными этиопатогенетическими факторами, отличающими его от инсультов у больных старших возрастных групп.

Цель исследования: провести анализ случаев ОНМК у молодых за 2019 г.

Материалы и методы: проводился ретроспективный анализ 66 историй болезни больных с ОНМК, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения Регионального сосудистого центра ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи г.Уфы за 2019 год. По гендерному признаку было 23 (34,8 %) женщины и 43 (65,2 %) мужчины, в соотношении 1:2. Средний возраст пациентов составил $38,1 \pm 0,7$ ($M=45$; $m=23$) лет, из них возраст женщин

34,5±1,4 лет, мужчин 40,2±0,6 лет. Вредные привычки имели 32 (48,5 %) больных, из них курили 24 (36,4 %) больных, злоупотребляли алкоголем 8 (12,1 %) больных. Принимали оральные контрацептивы 2 женщин с транзиторными ишемическими атаками (ТИА). Всем больным проводилось клинико-инструментальное, лабораторное, нейровизуализационное исследование, согласно стандартам. Оценка степени тяжести инсульта проводилась с использованием шкалы тяжести инсульта Национального института здоровья США (the National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS), для оценки функционального исхода использовалась модифицированная шкала Рэнкин, индекс мобильности Ривермид. Статистическая обработка данных проводилась с помощью Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение: за 2019 год поступило 1212 больных с ОНМК, из них 66 (5,4 %) больных молодого возраста, среди них с инсультами 55 (83,3 %) и ТИА 11 (16,7 %).

Типы и подтипы ОНМК представлены на рисунке 1.

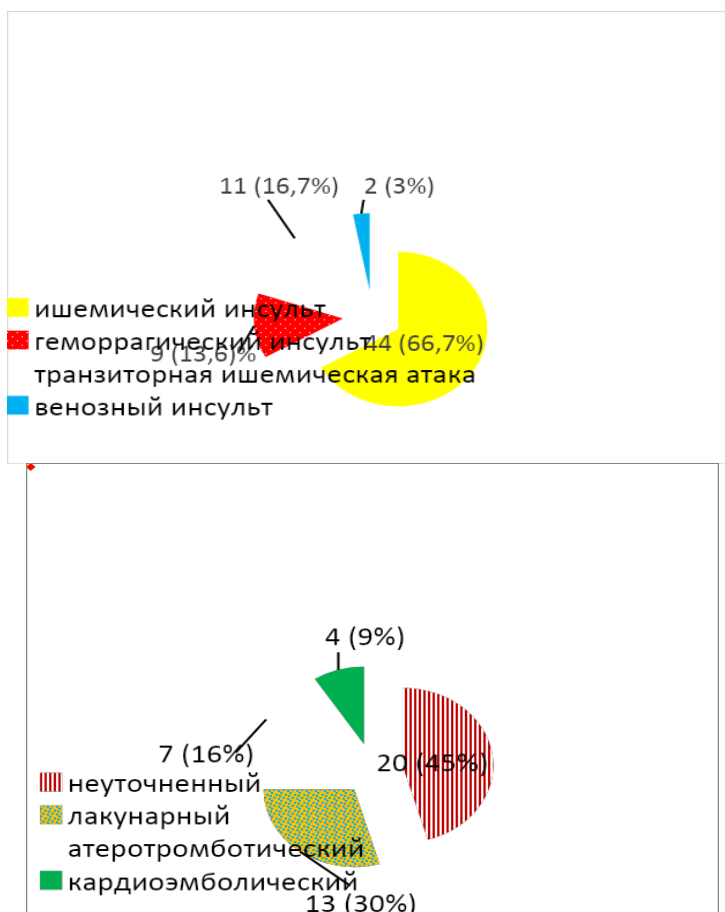


Рис. 1. Типы и подтипы ОНМК у молодых

Повторные ОНМК были у 7 (10,6 %) пациентов. По локализации ИИ у 20 (45,5 %) больных был в левом каротидном бассейне (ЛКБ), у 6 (13,6 %) больных в правом каротидном бассейне (ПКБ), у 27 (61,4 %) больных в вертебро-базилярном бассейне (ВББ). По подтипам ИИ у 20 (45,5 %) больных был неуточненного подтипа, у 7 (15,9 %) больных атеротромботический подтип, у 4 (9,1 %) больных кардиоэмболический подтип, у 13 (29,5 %)

больных лакунарный подтип. Заинтересованность ЛКБ в случае ТИА была у 5 (45,5 %) больных, ПКБ у 4 (36,4 %), ВББ у 2 (3 %).

Среди пациентов с ГИ субарахноидальные кровоизлияния (САК) были у 2 (22,2 %) больных, внутримозговые гематомы у 6 (66,7 %) с локализацией в области ствола мозга, в мозжечке, в области подкорковых ядер и по смешанному типу у 1 (11,1 %) больного.

При венозных инсультах определялись тромбозы мозговых синусов различной локализации.

Общемозговая симптоматика (угнетение сознания, судорожный синдром, цефалгический синдром) выявлялась у 21 (38,2 %) больных. В клинической картине инсультов преобладали очаговые нарушения. Неврологический дефицит был представлен двигательными нарушениями у 23 (41,8 %) больных, нарушениями речи у 22 (40 %) больных, мозжечковым синдромом у 19 (34,5 %) больных, нарушениями чувствительности у 11 (20 %) больных, псевдобульбарным синдромом у 5 (9,1 %) больных.

По шкале NIHSS при поступлении инсульт легкой степени был у 28 (42,4 %) больных, средней степени был у 21 (31,8 %) больного, тяжелый инсульт был у 1 (1,5 %) больного, крайне тяжелый инсульт был у 4 (6 %) больных. Без симптомов инсульта поступило 11 (16,7 %) больных.

По шкале Рэнкина инсульт без существенных нарушений жизнедеятельности был у 24 (36,4 %) больных, легкие нарушения жизнедеятельности был у 10 (15,1 %) больных, умеренные нарушения жизнедеятельности был у 6 (9 %) больных, выраженное нарушение жизнедеятельности был у 5 (7,6 %) больных, грубое нарушение у 13 (19,7 %) больных.

Сопутствующая соматическая патология была представлена гипертонической болезнью у 37 (56 %) больных, хроническим бронхитом у 46 (65,1 %) больных, заболеваниями сердца (инфекционный эндокардит, ревматические поражения сердца, ишемическая болезнь и пороки сердца) у 16 (24,2 %) больных, железодефицитной анемией у 11 (16,7 %) больных, вторичная тромбофилия (беременность) у 1 (1,5 %), пиелонефрит у 6 (9 %) больных, сахарный диабет у 5 (7 %) больных. Гепатит В и гепатит С был у 5 (7,6 %) больных, один из которых наблюдался с ВИЧ-инфекцией. Вторичный васкулит сифилитического генеза был у 5 (7,6 %) больных. Метаболический синдром выявлялся у 14 (21,1 %) больных. Среднее артериальное давление при поступлении составило: систолическое $137,3 \pm 2,72$ (M=200; m=90) мм рт.ст., диастолическое $82,9 \pm 1,16$ (M=110; m=60) мм рт.ст.

По результатам ультразвукового сканирования магистральных артерий головы (УДС МАГ, ТКДС) у 23 (34,8 %) больных выявлялся стенозирующий атеросклероз, у 10 (15,1 %) больных нестенозирующий атеросклероз, отсутствие патологических изменений у 15 (22,7

%) больных. Средний показатель толщины интимы-медиа справа $0,82 \pm 0,03$ мм, слева $0,83 \pm 0,03$ мм. Окклюзия внутренней сонной артерии выявлена у 1 больного и окклюзия средней мозговой артерии у 1 больного, диссекция позвоночной артерии у 1 больного, подтвержденная церебральной ангиографией (ЦАГ). По данным ЦАГ, которое проводилось 6 больным были обнаружены окклюзии у 1 больного, диссекция у 1 больного, фузиформная аневризма у 2 больных, без патологии у 2 больных.

По данным эхокардиографии (ЭХО КГ) у 55 (83,3 %) больных с ИИ и ТИА гипертрофия миокарда была у 23 (41,8 %) больных, нарушение сократимой способности миокарда у 3 (5,5 %) больных, протезирование клапанов сердца у 5 (9,1 %) больных, аневризма левого желудочка у 1 (1,8 %) больного, митральная недостаточность у 2 (3,6 %) больных. Средняя фракция выброса составила $63,5 \pm 0,7$ %.

По результатам компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) наряду с очагами инсульта у 13 (23,6 %) больных были признаки глиозной, кистозно-глиозной трансформации вещества головного мозга. У 4 (6 %) больных была обнаружена окклюзия интракраниальных артерий.

Чреспищеводная ЭХО КГ была проведена 12 (21,8 %) больным, в результате которой у одного из них диагностирован бактериальный эндокардит у 1 (1,5 %).

По результатам коагулограммы при поступлении в стационар коагулопатии были выявлены у большинства больных – 62 (93,9 %): по типу сочетания гипо и гиперкоагуляции у 35 (53 %) пациентов, гиперкоагуляции у 17 (25,7 %), гипокоагуляции у 10 (15,1 %) пациентов. Среднее число показателей фибриногена и РФМК составило $4,8 \pm 1,0$ г/л и $5,6 \pm 0,2$ соответственно, что свидетельствовало о состоянии гиперкоагуляции.

По данным показателям липидного профиля дислипидемия была у 13 (19,7 %) больных. Среднее значение показателей липидного профиля: общий холестерин $5,8 \pm 0,2$ ммоль/л, ТГ $1,9 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПВП $1,6 \pm 0,07$ ммоль/л, ЛПНП $3,3 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПОНП $0,9 \pm 0,09$ ммоль/л.

Показатели общего анализа крови были в референсных значениях.

В биохимическом анализе крови у больных с гепатитами и ВИЧ-инфекцией были повышены показатели КФК, печеночных трансаминаз, билирубина, в остальных случаях показатели в референсных значениях.

У 59 (86,4 %) пациентов при выписке наблюдалась положительная динамика. Положительной динамики не было у 2 (3 %) больных. Летальным исходом завершились 5 (10,6 %) случаев ОНМК.

Заключение и выводы: в нашем исследовании основным фактором риска инсульта была гипертоническая болезнь и заболевания сердца. Среди причин инсульта у больных молодого возраста, в отличие от других возрастных групп можно выделить такие патологические состояния как коагулопатии, васкулиты, диссекция мозговых сосудов, тромбофилия, обусловленные патологией печени, сифилитической и ВИЧ инфекцией, дисплазией соединительной ткани, приемом оральных контрацептивов.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации. Геморрагический инсульт у взрослых, 2016. С 6-17.
2. Клинические рекомендации. Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых, 2018. С 14-52.
3. Прилепская О.А., Дубровина О.А. Инсульт молодого возраста: все ли мы знаем? // ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, 2016. С. 75-79.
4. Пизова Н.В. Редкие причины инсульта в молодом возрасте // Медицинский алфавит // Неврология и психиатрия. 2016. Том № 2. № 14.
5. Стаховская Л.В., Котова С.В. Инсульт. Руководство для врачей // 2-е издание. Издание: Медицинское информированное агентство России, 2018.

УДК 616.8-005

Глушкова А.С., Салимгареева А.И., Качемаева О.В.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА: ФОКУС НА ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в условиях отделения медицинской реабилитации проведен анализ осведомленности пациентов, перенесших инсульт, о наличии у них факторов риска, необходимости контроля над модифицируемыми факторами риска. Оценена динамика осведомленности о факторах риска инсульта до и после проведения занятий в «школе здоровья».

Ключевые слова: факторы риска, осведомленность, инсульт.

Glushkova A.S., Salimgareeva A.I., Kachemaeva O.V.

CURRENT ISSUES OF SECONDARY STROKE PREVENTION: FOCUS ON AWARENESS

Department of Neurology,

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: in the conditions of the Department of medical rehabilitation, an analysis of the awareness of stroke patients about the presence of risk factors and the need to control modifiable risk factors was conducted. The dynamics of awareness of stroke risk factors before and after classes in the «school of health» was evaluated.

Keywords: risk factors, awareness, stroke.

Актуальность: В России ежегодно регистрируется более 400000 случаев инсультов, среди них ишемические встречаются значительно чаще (70-85 %), чем геморрагические [4]. В Республике Башкортостан динамика заболеваемости инсультом за последние 10 лет характеризуется тенденцией к повышению показателей с 1,6 до 2,3 на 1000 человек, причем в структуре общей заболеваемости увеличивается рост числа случаев геморрагического инсульта [3].

Вторичная профилактика острых нарушений мозгового кровообращения является одной из основных задач после перенесенного инсульта [2]. Она должна начинаться как можно скорее после развития первого инсульта и основываться на коррекции факторов риска развития инсульта [5]. Известно, что только 50 % пациентов, имеющих хронические заболевания, привержены к лечебным рекомендациям [1].

Цель исследования: оценить осведомленность пациентов о вторичной профилактике инсульта и предложить мероприятия, направленные на повышение осведомленности о подходах к профилактике у пациентов отделения медицинской реабилитации взрослых РКБ им Г.Г. Куватова. Задачи:

1. Изучить распространенность факторов риска развития инсульта в исследуемой группе пациентов.
2. Изучить осведомленность пациентов о факторах риска, первых симптомах и признаках инсульта, вторичной профилактике инсульта.
3. Предложить меры, направленные на повышение осведомленности пациентов в группе интенсивного наблюдения.

Материалы и методы: В отделении медицинской реабилитации взрослых РКБ им. Г.Г. Куватова г. Уфы проанализированы данные 29 пациентов, перенесших инсульт. Из исследования были исключены пациенты с нарушениями речи по типу сенсорной и тотальной афазии, а также пациенты, не согласившиеся принять участие в проведении опроса.

Изучение осведомленности пациентов о наличии у них факторов риска развития инсульта, осознания факта необходимости их контроля, осуществлялось путем анкетирования. В разработанную нами анкету были включены вопросы об основных симптомах инсульта, о наличии сопутствующих заболеваний, знании нормальных показателей артериального давления, глюкозы и холестерина крови; методах контроля факторов риска. Наблюдение осуществлялось в течение 2х недель, осмотр проводился 1 раз в неделю. Проводился сбор анамнеза, неврологический осмотр, оценивалось наличие факторов риска по данным медицинской документации (с письменного согласия пациентов) и по данным опроса. Были проведены школы здоровья для пациентов и родственников «Факторы риска. Как взять их под контроль», с целью повышения мотивации и улучшения выполнения пациентами врачебных рекомендаций.

Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Microsoft Excel 2016, пакета программ StatSoft 7.0. Проведена оценка нормальности распределения исследуемых величин. Рассчитаны описательные статистики. Для проведения расчётов использованы непараметрические методы. Различия в группах оценивали по критерию хи-квадрат Фишера, χ^2 , различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: Средний возраст пациентов составил $60,06 \pm 8,54$ лет. В исследовании приняли участие 48,28 % (14/29) женщин и 51,72 % (15/29) мужчин. Геморрагический инсульт перенесли 31,03 % (9/29) человек, ишемический – 68,97 % (20/29).

Количество факторов риска среди пациентов – от 5 до 11. Наиболее распространенные из них: гипертоническая болезнь – 96,55 % (28/29), сахарный диабет – 31,03 % (9/29), аритмии – 17,24 % (5/29). При этом про наличие данных сопутствующих заболеваний точно знали – 44,83 % (13/29) пациентов, не знали о них – 13,79 % (4/29). 41,38 % (12/29) считали,

что имеют «какие-то хронические заболевания», но не могли их назвать. И так, более половины пациентов не осведомлены о своих заболеваниях – факторах риска развития инсульта. 55,17 % (16/29) пациентов регулярно измеряли АД. Пациенты со средним значением АД выше 139/89 мм. рт. ст. составили 27,5 % (8/29), из них 37,5 % (3/8) считали, что показатели в норме, несмотря на повышенные цифры. Не контролировали АД – 44,8 % (13/29), либо делали то только по мере ухудшения самочувствия – 27,5 % (8/29). Имели нормальные значения глюкозы крови и знали об этом 37,93 % (11/29) опрашиваемых; 27,59 % (8/29) считали уровень глюкозы нормальным, но не знали точное значение, не знали свои показатели – 34,48 % (10/29). Контроль уровня глюкозы осуществляют – 58,62 % (17/29), не следят за уровнем сахара – 41,38 % (12/29). Готовность к плановому посещению лечащего врача также разнится. Готовы посещать – 65,52 % (19/29) опрашиваемых; считают, что необходимо обращаться к врачу при возникновении симптомов заболевания – 13,79 % (4/29); 20,69 % (6/29) – не станут посещать врача по месту жительства в связи с недоверием к специалистам. К длительному ежедневному приему препаратов готовы 75,86 % (22/29), не готовы – 24,14 % (7/29). Постоянно соблюдали диету с исключением легкоусвояемых углеводов и жиров животного происхождения только 44,83 % (13/29) больных, не соблюдали диету 55,17 % (16/29).

Мы предположили, что осведомленность пациентов о своих факторах риска зависит от пола, так как женщины, традиционно, более внимательны по отношению к назначениям врача и точно выполняют рекомендации. По результатам анализа статически значимых отличий по отношению к исследуемым факторам риска в зависимости от пола не выявлено. Вероятно, это связано с малочисленностью и разнородностью выборки и требует продолжения исследования.

По результатам анкетирования, проведенным до и после посещения «Школ Здоровья» получены следующие данные о том, как пациенты готовы модифицировать свои факторы риска (таблица 1). Средний возраст пациентов, посещавших «Школу здоровья» – 55,4 года. Среди них женщины – 77,8 %, мужчины – 22,2 %.

Таблица 1

Результаты анкетирования, проведенного в рамках «Школы Здоровья»

Вопросы, приведенные в анкете	До занятия, %	После занятия, %
Какие факторы риска развития инсульта вам известны?		
Артериальная гипертензия	75	85,7
Сахарный диабет	66,7	71,4
Атеросклероз	50	57,1
Гиподинамия	50	57,1
Стресс	66,7	85,7

Вредные привычки	42,8	50
Неправильное питание	50	57,1
Основные признаки инсульта		
Онемение конечностей	50	71,4
Нарушение речи	57,1	66,7
Нарушение координации	57,1	66,7
Головная боль	50	85,7
Повышение АД	100	71,4
Какие меры профилактики принимали и будете принимать по отношению к себе и к своим родственникам		
Придерживаюсь правильного питания (буду придерживаться)	33,3	57,1
Медикаментозная профилактика	50	57,1
Веду дневник АД (начну вести)	50	100
Регулярные физические нагрузки	33,3	57,1
Знаете ли вы последствия перенесенного инсульта?		
Выздоровление	100	85,7
Инвалидность	50	100
Летальный исход	33,3	42,8
Есть ли у вас вредные привычки?		
Нет	100	71,4
Курение	0	0
Алкоголь	0	28,6
Как часто нужно принимать препараты, снижающие давление?		
По мере необходимости	16,6	0
Постоянно	83,3	100
Знаете ли вы свой уровень АД?		
Да	83,3	85,7
Нет	16,6	14,3

Осведомленность о том, что стресс является фактором риска, после занятия возросла на 20 %. 100 % пациентов считали, что основным признаком инсульта является повышенное давление (после – 71,4 %). Не знали, что признаком инсульта может быть онемение конечностей 50 % пациентов, нарушение координации и речи – по 57,1 %. Половина опрошенных осознали, что необходимо контролировать АД путем ведения дневника. Пациенты обратили внимание на важность правильного питания (33,3 % – до посещения занятий и 57,1 % – после) и на необходимость постоянного приема лекарственных препаратов, назначаемых лечащими врачами: 83,3 % – до занятий, 100 % – после занятий.

Заключение и выводы: 1. Наиболее распространенными факторами риска в исследуемой нами группе оказались следующие: гипертоническая болезнь – 96,55 %, сахарный диабет – 31,03 %, фибрилляция предсердий – 17,24 %, курение – 27,59 %.

2. Более половины пациентов не знают о наличии у них факторов риска развития инсульта. От 40 до 50 % не контролируют факторы риска развития инсульта, уже перенеся

острое нарушение мозгового кровообращения, даже зная о наличии у них этих факторов, не придают данному контролю ценности.

3. Около 20 % не доверяют своим врачам, в связи с чем не планируют обращаться к ним за помощью и не будут придерживаться их рекомендаций.

4. Проведенные «Школы здоровья» показали, что среди пациентов выросли показатели осведомленности об инсульте, появилось желание поменять свой образ жизни, заинтересованность в профилактике после занятий. Мы считаем, что проведение таких школ для пациентов, их родственников является оправданным.

5. Для повышения приверженности к лечению в дальнейшем предложены мероприятия: 1) планирование регулярного посещения лечащего врача; 2) контроль факторов риска: ведение дневника АД, контроль уровня сахара, следование врачебным рекомендациям, своевременный прием препаратов, соблюдение дозировок лекарственных средств, подчеркнута недопустимость самостоятельной отмены препаратов.

Список литературы:

1. Ефремова Е.В. Клиническое значение приверженности к лечению больных с сердечно-сосудистой патологией / Е.В. Ефремова, А.М. Шутов, М.В. Мензоров // Клиническая медицина. Ульяновск. 2016. 29 с.

2. Коваленко Е.А. Обзор. Факторы, влияющие на приверженность пациентов к длительной терапии после инсульта / Е.А. Коваленко, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия // Клиническая геронтология. 2017. 9 с.

3. Новикова Л.Б. Организация специализированной медицинской помощи больным с инсультом в Республике Башкортостан / Л.Б. Новикова // Журнал неврологии и психиатрии. Инсульт. 2012. № 12. С.72-76

4. Парфенов В.А. Факторы риска и вторичная профилактика ишемического инсульта / Парфенов В.А. // Нервные болезни. ВАК. 2007 год. С. 1.

5. Impact of Diabetes Perceptions on Medication Adherence in Japan / Koki Urata, Kana Hashimoto, Reiko Horiuchi, Kiichi Fukui and Kunizo Arai. // Т. 7. №. 4. Октябрь, 2019 год.

УДК 616.831-005.4

Центер И.М., Шухова Е.А., Визило Т.Л.

ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ И ПРЕДИКТОРЫ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Кафедра неврологии, нейрохирургии,
медицинской генетики и медицинской реабилитации,

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово

Резюме: Проведено обследование пациентов в остром периоде ишемического инсульта с целью раннего выявления постинсультных болевых синдромов (ноцицептивных и нейропатических), выявления возможных предикторов их возникновения. Приводятся данные собственного наблюдения 30 пациентов, перенесших инсульт.

Ключевые слова: постинсультные болевые синдромы, ноцицептивная и нейропатическая боль, центральная постинсультная боль.

Tsenter I.M., Shukhova E.A., Vizilo T.L.

POST-STROKE PAIN SYNDROMES AND PREDICTORS OF THEIR OCCURRENCE

Department of Neurology, Neurosurgery,
Medical Genetics and Medical Rehabilitation,
Kemerovo state medical university, Kemerovo

Abstract: Patients were examined in the acute period of ischemic stroke for the purpose of early identification of post-stroke pain syndromes (nociceptive and neuropathic), to identify possible predictors of their occurrence. The data of own observation of 30 patients who have had a stroke are presented.

Keywords: post-stroke pain syndromes, nociceptive and neuropathic pain, central post-stroke pain.

Актуальность: церебральные инсульты являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем современного общества, самой частой причиной тяжелой и длительной инвалидизации. Возникающие после инсульта длительные болевые расстройства значительно ограничивают возможности медицинской реабилитации и ухудшают качество жизни пациента. Постинсультная хроническая боль не всегда непосредственно связана с инсультом, может развиваться на фоне предшествующих болевых расстройств, для нее характерны и нейропатический, и ноцицептивный механизмы, что создает сложности в выборе оптимальных методов лечения. Многие пациенты предъявляют жалобы на сочетание нескольких видов боли [3, 5]. Диагностика постинсультных болевых синдромов (ПИБС) имеет ряд сложностей: разнообразная клиническая картина, наличие разных типов боли у одного пациента, отсутствие конкретных критериев диагностики нейропатической боли и

необходимость использования специальных шкал оценки для определения степени поражения нервной системы и эффективности проводимого лечения [1, 2].

Цель исследования: определить частоту встречаемости постинсультных болевых синдромов у пациентов в острый период инсульта; выявить предикторы формирования ПИБС.

Материалы и методы: на базе неврологического отделения (зав. к.м.н. И.В. Молдавская) регионального сосудистого центра ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша» г. Кемерово было проведено обследование 30 пациентов, перенесших инсульт (14 женщин и 16 мужчин в возрасте от 30 до 83 лет). Пациентам проводился клинический неврологический осмотр; при выявлении жалоб на наличие боли, интенсивность болевых ощущений оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Для диагностики и дифференциальной диагностики нейропатической боли использовались Лидская шкала оценки нейропатической боли (LANSS) и опросник DN-4, обладающие высоким уровнем чувствительности и специфичности.

Результаты и обсуждение: все пациенты были разделены на две группы: группа I – пациенты, не имеющие ПИБС и группа II – с ПИБС. I группу составили 15 пациентов (50 % от исследуемых), II группу – 15 человек (50 % от исследуемых), что позволяет сделать вывод о высокой распространенности ПИБС у пациентов, перенесших инсульт.

Центральная постинсультная боль (ЦПИБ) является наиболее тяжелым видом ПИБС, частота ее по данным разных авторов, колеблется от 1 до 12 % [4]. Время появления боли различно, чаще она развивается в течение первых 3-6 мес. Появление синдрома постепенное, совпадает с нарастанием чувствительных расстройств и появлением дизестезии. Боль носит интенсивный и неослабевающий характер, с эпизодами без боли, не превышающими несколько часов. Характерны феномены тактильной и акционной аллодинии, гиперпатии. В нашем исследовании у 7 пациентов (46,67 %) были зафиксированы проявления ЦПИБ: стимулозависимый болевой феномен аллодинии, и изменение порога болевой чувствительности на пораженной стороне. Эти проявления были расценены как начальные проявления формирования ЦПИБ, что поставило вопрос о назначении специфического лечения нейропатического болевого синдрома.

Постинсультные артропатии приводят к образованию контрактур с ограничением пассивных и активных движений из-за резкой болезненности, препятствуют восстановлению нарушенных двигательных функций [2]. Наиболее часто наблюдаются постинсультные артропатии плечевых суставов, их развитие связано с выходом головки из суставной впадины из-за растяжения суставной сумки, наступающего под действием силы тяжести

паретичной конечности. По литературным данным, постинсультные артропатии встречаются у 16-72 % пациентов, перенесших инсульт. В нашем исследовании мы не встретили такого ПИБС, вероятно это связано с тем, что они возникают через 1-3 месяца после инсульта.

Постинсультная скелетно-мышечная боль в нижней части спины у пациентов, перенесших инсульт, по литературным данным, встречается в 24–56 % случаев; носит ноцицептивный характер и обусловлена нарушением биомеханики двигательной функции. В нашем исследовании этот вид ПИБС наблюдался у 2 (6,67 %) пациентов, имеющих инсульт в каротидном бассейне с нарушением двигательной функции за счет гемипареза. Обращало на себя внимание то, что пациенты были не мотивированы на лечение этого ПИБС, так как связывали его с вертеброгенной патологией.

Постинсультные болезненные мышечные спазмы связаны с прогрессирующим нарастанием мышечной спастичности. Они возникают у больных с парезами в первые месяцы после инсульта; для их профилактики используется лечение положением, специальные лечебно-гимнастические приемы на расслабление. В нашем исследовании этот вид ПИБС был отмечен у 1 (3,33 %) пациента, перенесшего инсульт в каротидном бассейне.

Комплексный регионарный болевой синдром включает нейропатическую боль, двигательные ограничения, вазомоторные, потовыделительные и трофические изменения. В нашем исследовании этот вид ПИБС не наблюдался, возможно, это связано с его невысокой распространенностью.

Постинсультная головная боль появляется у 10 % пациентов во время или сразу после инсульта, характеризуется как головная боль напряжения, имеет сжимающий и выраженный характер и не усугубляет двигательные расстройства. В нашем исследовании этот вид ПИБС наблюдался у 5 (16,67 %) пациентов, перенесших инсульт в каротидном бассейне и у 2 (6,67 %) пациентов, перенесших инсульт в вертебробазилярном бассейне.

При определении влияния возраста на появление болевого синдрома, было отмечено, что более подвержены появлению ПИБС люди пожилой возрастной группы (60-75 лет). Так, среди наших пациентов 8 человек (53,33 %) относятся к пожилой группе; 4 человека (26,67 %) – к средней (44-60 лет) и 3 человека (20 %) – к старческой возрастной группе (75-90 лет). У опрошенных пациентов молодой возрастной группы (до 44 лет) болевой синдром не был выявлен.

В ходе исследования не выявлено достоверных различий между появлением ПИБС у мужчин и женщин. Болевой синдром встречался вне зависимости от гендерной принадлежности. Следует отметить, что при сравнении интенсивности боли по шкале ВАШ,

женщины указывают более высокие цифры в шкале, по сравнению с мужчинами (среднее значение для женщин 6,875; для мужчин – 5,5).

Выявлено, что чаще ПИБС возникал при первичном ишемическом инсульте: болевой синдром отмечен у 9 пациентов (60 %) после первого случая возникновения острой ишемии головного мозга, и у 4 пациентов (26,67 %) – после повторного инсульта.

При изучении частоты возникновения ПИБС в зависимости от локализации очага ишемии, определено, что ПИБС возникает чаще при инсульте в бассейне левой средней мозговой артерии. 7 пациентов (46,67 %) перенесли инсульт в левой СМА; 2 пациента (13,33 %) – в правой СМА; 4 пациента (26,67 %) – в ВББ.

Заключение и выводы: 1. Боль является частым осложнением после инсульта, необходимо выявлять пациентов с ПИБС для своевременного и адекватного лечения. Постинсультные болевые синдромы отмечены у 50 % обследованных пациентов (постинсультная скелетно-мышечная боль в нижней части спины, постинсультные болезненные мышечные спазмы, постинсультная головная боль, центральная постинсультная боль).

2. Возможные предикторы возникновения ПИБС:

- а) возраст пациентов (наиболее подвержены возникновению лица пожилого возраста);
- б) первичный инсульт чаще сопровождался развитием постинсультного болевого синдрома;
- в) локализация очага ишемии (инсульт в бассейне левой СМА);
- г) ранние проявления ЦПИБ: стимулозависимый болевой феномен аллодинии, и изменение порога болевой чувствительности на пораженной стороне.

Список литературы:

1. Визило Т.Л., Визило А.Д., Чеченин А.Г. Трудные вопросы ведения пациентов в восстановительном периоде инсульта // Лечащий врач. 2016. № 10. С. 60-63.
2. Есин Р. Г., Есин О.Р., Ситнова М.А. Принципы фармакотерапии постинсультной боли в области плеча // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. № 5. С. 41-45.
3. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Теленков А.А. Постинсультные болевые синдромы // Неврология сегодня. 2016. № 1. С. 67-70.
4. Королев А.А., Сулова Г.А. Центральная постинсультная боль // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. № 5. 38-46.
5. Кукушкин, М.Л., Хитров Н.К.. Общая патология боли. М.: Медицина, 2004. 144 с.

**«ПСИХОЛОГИЯ, СОЦИОЛОГИЯ, ФИЛОСОФИЯ И
ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ»**

УДК 351.761

Захаров А.В., Коваленко И.И., Беляк М.А., Морозов А.М.

ОТНОШЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ НАСЕЛЕНИЯ И МОДЕЛИ ЕГО ПОТРЕБЛЕНИЯ

Кафедра общей хирургии

Тверской государственной медицинской академии, г. Тверь

Резюме: все причины возникновения алкогольной зависимости условно делят на две группы: социальные – ведущие и наследственные. К этим факторам относится глобальное общественное отношение к алкоголю, которое формируется общим восприятием населения спиртного, способное косвенно повлиять на неустойчивых людей и подтолкнуть их к злоупотреблению алкоголем. С целью оценки алкогольной предрасположенности групп населения, улучшения индивидуального подхода к профилактике необходимо собирать данные об общем отношении людей к алкоголю. Они указывают на вероятные направления алкоголизации общества.

Ключевые слова: алкоголь, статистика, общественное мнение, психология.

Zakharov A.V., Kovalenko I.I., Belyak M.A., Morozov A.M.

ATTITUDE TO ALCOHOL OF POPULATION AND ITS CONSUMPTION MODELS

Tver state medical university, Tver

Abstract: all causes of alcohol dependence are conditionally divided into two groups: social-leading and hereditary. These factors include the global public attitude to alcohol, which is formed by the general perception of the population of alcohol, which can indirectly affect unstable people and encourage them to abuse alcohol. In order to assess the alcohol predisposition of population groups, to improve an individual approach to prevention, it is necessary to collect data on the general attitude of people to alcohol. They indicate the likely directions of alcoholization of society.

Keywords: alcohol, statistics, public opinion, psychology.

Актуальность: согласно глобальному отчету ВОЗ об алкоголе и здоровье 2018 года Россия находится в первой десятке стран по критерию употребления алкоголя, а статистика алкогольных отравлений, не смотря на небольшое снижение в последние годы, по-прежнему велика [9].

На уровень употребления алкоголя оказывают влияние как культурные установки, так и психология потребления спиртных напитков [3]. В изменении настоящего положения дел немаловажную роль играет самовосприятие и самосознание людей в обществе, то, как они понимают употребление алкоголя и насколько осведомлены о его влиянии на здоровье. Оценить такое субъективное мнение общества может быть очень полезно для более точного понимания глубины общественной проблемы алкоголизма.

Цель исследования: статистически проанализировать субъективные данные об отношении к алкоголю, полученные в ходе опроса больных, сопоставить их с уже имеющимися исследованиями и выявить закономерности или же расхождения.

Материалы и методы: в ходе нашего исследования был проведен анализ литературы и статистических данных, а также был проведен опрос пациентов городских больниц с дальнейшим сравнением полученной информации с уже имеющимися исследованиями.

Результаты и обсуждения: в современной науке нет четкого детерминирования этиологии алкоголизма, которое не вызывало бы вопросов. Тем не менее, все причины подразделяют на две больших категории: причины, связанные с индивидуальными особенностями организма (наследственность, психология), и причины, обусловленные социальными факторами (культура, социально-психологический климат) [8].

При сборе анамнеза людей, самостоятельно обратившихся за помощью в больницы, обнаруживается, что большая часть из них объясняет свою зависимость воздействием социальных факторов, таких как проблемы в семье, проблемы в продвижении по карьерной лестнице, угроза или факт увольнения [7]. Было опрошено 209 человек от 26 до 79 лет, которые были разделены на две возрастные группы: 26-45 лет и 45 и более лет. Из них 108 женщин и 101 мужчина. 39,2 % опрошенных имеют высшее профессиональное образование, 11 % имеют среднее общее, и 40 % – среднее профессиональное образование и 9,8 % с неоконченным высшим и средним образованием. 38,9 % женщин относятся к возрастной группе 26-45 лет, и 61,1 % к 46 лет и выше. 48,5 % мужчин относятся к возрастной группе 26-45 лет, и 51,5 % к 56 лет и выше.

Как уже было отмечено, на восприятии спиртного самими больными сказывается и общее отношение населения к алкоголю, в том числе твердая уверенность в безопасности малых доз его потребления. Согласно социологическим исследованиям, 40 % опрошенных людей считают, что малый уровень потребления спиртных напитков никак не сказывается на здоровье и не влияет на трудоспособность [1]. В то время как некоторые ученые утверждают об отсутствии «безопасной» дозы, другие исследователи говорят, что ее порог у мужчин составляет 30 г. в сутки, что соответствует двум стандартным порциям, и 20 г. у женщин [2].

В ходе нашего исследования 44,4 % женщин указало на безопасную дозу 18-25 г., 22,2 % считают приемлемой дозу в 26-40 г., 7,4 % считают безопасной дозу в 41-55 г., а 25,4 % считают, что безопасной дозы не существует. У мужчин 28,7 % считает безопасной дозу в 18-25 г., 24,8 % – дозу в 26-40 г., 17,8 % – дозу в 41-55 г., 9,9 %, считают, что она может быть больше, и 18,8 % отрицают ее существование.

Согласно исследованиям, мужчины в большей степени употребляют крепкие спиртные напитки (в среднем 45 %), а женщины – напитки средней крепости (в среднем 47 %). Однако в нашем опросе было выявлено, что количество мужчин, выпивающих слабоалкогольные напитки, в основном определяющихся пивом, превалирует и составляет 45,8 % от всего количества. Только 30,1 % употребляют крепкий алкоголь и 24,1 % выпивают алкоголь средней крепости. Это соотносится с общей для всей России тенденцией роста потребления пива на фоне снижения продажи крепких спиртных напитков [4]. Потребление женщинами алкоголя в целом соотносится с предыдущими исследованиями: 54,8 % употребляют алкоголь средней крепости, 40,4 % женщин обычно употребляют крепкие напитки, и лишь 4,8 % пьют слабоалкогольные напитки.

Из опрошенных женщин-респондентов 22,3 % утверждает, что не пьют, по меньшей мере 5 лет, 29,8 % употребляют алкоголь раз в полгода, 38,7 % пьют раз в месяц, и 9,2 % пьют раз в неделю. Из опрошенных мужчин-респондентов 19 % не пьют более 5 лет, 17,8 % выпивают раз в пол года 16,8 % употребляют алкоголь еженедельно, 41,6 % употребляют алкоголь раз в месяц, и только 4,8 % потребляют алкоголь на регулярной основе. В проведенных ранее исследованиях показано, что 67,2 % людей хотя бы раз употребляли алкоголь за месяц до опроса [6]. Наши данные говорят, что за 30 дней до опроса 52,8 % людей употребляли алкоголь.

При опросе также оценивалось отношение к алкоголю в целом. Положительно относится к алкоголю лишь 16,7 % женщин до 46 лет, в то время как у женщин старше это число составляет 24,2 %. Здесь можно проследить следующую тенденцию: с возрастом все большее число женщин начинает относиться к алкоголю положительнее. У мужчин эти цифры не разнятся: 42,3 % у более молодой группы и 44,9 % у группы старше 46 лет.

В нашем опросе мы также задавали вопрос о необходимости повышения контроля за алкоголем на государственном уровне. 65,7 % женщин считают, что государству нужно усиливать контроль и принимать меры по борьбе с алкоголем, а 34,3 % считают, что в этом нет необходимости. 51,5 % мужчин считают, что необходимо усиливать меры по контролю за алкогольной продукцией, а 48,5 % не видят в этом смысла. На наш взгляд мужчины менее склонны к ужесточению мер по контролю алкоголя из-за того факта, что общее потребление алкоголя мужским полом выше, чем женским, что подтверждается другими исследованиями [5].

Подавляющее большинство и женщин (84,3 %) и мужчин (76,2 %) считают, что алкоголизм – болезнь, требующая лечения. Однако и здесь заметно уменьшение процента

положительного ответа от мужского пола, что также, скорее всего, связано со стабильно повышенным общим уровнем потребления алкоголя.

Заключение и выводы: на основе проведенного анкетирования мы выявили несколько паттернов, согласно которым люди отвечали на вопросы. Так, мужчины употребляющие алкоголь раз в неделю в достаточных дозах склонны отвечать, что алкоголизм не является болезнью. Те же регулярно употребляющие мужчины считают, что усиление мер контроля алкогольного оборота не требуется, мотивируя это особенностью русского менталитета. Соответственно и отношение к алкоголю у таких лиц положительное. Другой паттерн прослеживается у мужчин и женщин по отношению к виду употребляемого алкоголя. Традиционно женщины предпочитали алкогольные напитки средней крепости (вино, шампанское), а мужчины предпочитали крепкие алкогольные напитки (коньяк, водка, виски). Однако на сегодняшний день наблюдается тенденция изменения предпочтений мужчин в пользу слабоалкогольных напитков, в подавляющем большинстве пива, что тяжело позитивно расценивать, ведь большинство людей считают слабоалкогольные напитки менее опасными и тем самым употребляют их в большем количестве, а значит они увеличивают употребление алкоголя в пересчёте на чистый этанол на душу населения, что может в дальнейшем привести к увеличению этого показателя. Кроме того, как нам кажется, слабоалкогольные напитки из-за низкого процента этанола и менее заметного влияния на организм могут чаще приводить к развитию склонности употреблять больше.

Выявление и анализ различных паттернов людей, систематически употребляющих алкоголь, на наш взгляд, крайне важен ввиду того, что можно сделать индивидуальный подход к каждой модели употребления алкоголя и тем самым увеличить эффективность прилагаемых мер. Как нам кажется, это может повысить успешность профилактики алкоголизма и улучшить показатели в будущем.

Список литературы:

1. Буеверов А.О., Богомолов П.О. Враг, способный стать другом к вопросу о пользе алкоголя // Медицинский совет. 2018. № 6. С. 104-112.
2. Гладкий Ю. Н., Байкова Е. В. Гуманитарно-географические аспекты алкоголизма в России: внешние причины смерти и культура потребления спиртного // Гуманитарный вектор. 2018. Т. 13. № 2. С. 142-151.
3. Половнёв А.В. Ожидаемая продолжительность жизни и потребление алкоголя в России // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Общественные науки. 2017. № 4 (788). С. 216-223.

4. Радаев В.В. Не самогоном единым: структура и факторы потребления домашнего алкоголя в современной России // ЖССА. 2016. Т. 19. № 4. С. 121-141.
5. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO

УДК 316.625

Гарифуллина А.А., Коньшина Ю.Е.

**СТИЛЬ ПОВЕДЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ГРУППЕ В РАКУРСЕ
ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

Кафедра педагогики и психологии,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в данной статье рассматриваются особенности стиля управления мужчин и женщин. Выявлен сравнительный анализ их стиля поведения на примере старост студенческих групп. Сделан вывод о проявлении лидерских способностей среди студентов.

Ключевые слова: группа, личность, руководитель, гендерные особенности, стиль поведения.

Garifullina A.A., Konshina Yu. E.

**STYLE OF BEHAVIOR OF THE HEAD IN THE STUDENT GROUP FROM THE
PERSPECTIVE OF GENDER CHARACTERISTICS**

Department of pedagogy and psychology,

Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: this article discusses the features of the management style of men and women. A comparative analysis of their style of behavior is revealed on the example of elders of student groups. The conclusion about the manifestation of leadership abilities among students.

Keywords: group, personality, manager, gender characteristics, behavior style.

Актуальность исследования. Проблема управления считается одной из центральных. Немало врачей выполняют руководящие должности, способы их управленческой деятельности могут различаться в зависимости от гендерных особенностей руководящего человека. Информация о гендерных особенностях психики способствует устранению причин, негативно влияющих на процессы управления и психофизиологическое состояние человека.

Цель исследования: изучить гендерные особенности стиля поведения и управления руководителя коллектива на примере старост студенческих групп.

Методы и материалы: Методика «Диагностика лидерских способностей (Е. Жариков, Е. Крушельницкий)», авторская анкета «Мотивы избрания на руководящую должность». 46 респондентов, студенты стоматологического факультета ФГБОУ ВО БГМУ; возрастной диапазон от 17 до 21 года; 30 женщин и 16 мужчин.

Результаты и обсуждение: Гендер (от лат. genus "род") – это социальный пол, который определяет поведение человека в обществе и восприятие этого поведения другими людьми. Генетика играет важную роль в исследовании закономерностей наследования поведенческих

признаков: выявлено, что наше поведение регулируется некоторыми генами поведения, умственные способности человека и его темперамент передаются по наследству [3].

Также обнаружено, что новаторами чаще являются мужчины. Это связано с заметными различиями между их полушариями мозга и выпиранием правой лобной доли за левую (за анализ новой информации и решение задач отвечают лобные доли и правое полушарие мозга). У женщин правые и левые лобные доли примерно одинаковы, рецепторы эстрогена в них расположены симметрично, а различия между передними и задними отделами коры проявляются ярче. У мужской половины населения лучше развита зрительная память и пространственное воображение. Девушкам не представляет труда устранить свое агрессивное поведение, однако их так же несложно вывести на сильные эмоции. Коммуникативные способности и умение определять эмоции у женщин развиты лучше [6].

Мужчина-руководитель часто прямолинеен до агрессивности (под воздействием тестостерона) и очень целеустремлен. Агрессия у мужчин часто проявляется, когда они не хотят показывать свою чувствительность, чтобы не показаться «слабыми». Им присущи независимость в действиях, выраженная потребность в самоутверждении, в связи с этим они подвержены высокому риску при принятии решений [5]. Женский стиль обеспечивает женщинам-руководителям высокую социально-психологическую эффективность [4]. Их организованности характерна коллективность и психологичность. Они поощряют у своих работников коммуникативные способности, внимательны к своему персоналу и могут понять его проблемы. Им присущ авторитарный стиль управления, при котором руководители отдают предпочтение приказам и требованиям и жестко контролируют работу своего коллектива [1]. Однако от этого возникает парадокс: с одной стороны, женщинам-руководителям характерна авторитарность, но с другой стороны, они одобряют у коллектива предприимчивость и не терпят безынициативности. Интересный факт: как мужчины-подчиненные не терпят в женщине-руководителе проявления «мужской» грубости, так и женщины-подчиненные не поощряют проявления нерешительности и мягкости у мужчин-руководителей. Также мужчине-руководителю неинтересно мнение персонала о нем, но женщине-руководителю необходимо знать, как ее воспринимают [2].

На первом этапе исследования мы провели тест «Диагностика лидерских способностей (Е. Жариков, Е. Крушельницкий)» и получили следующие результаты:

В общей выборке у 56,5 % респондентов лидерские способности на среднем уровне. Среди старост групп БГМУ мы сразу разделили данные по половому признаку.

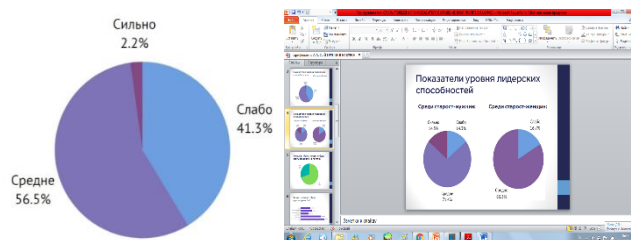


Рис.1. Показатели уровня лидерских качеств у общей выборки респондентов и у старост

Видно, что большинство студентов имеет средний лидерский потенциал. Сильно выраженные лидерские качества имеет лишь 2,2 % из общей выборки. Возможно, это связано с тем, что в силу своего юного возраста студенты еще не успели получить достаточно опыта для развития своих лидерских способностей. Сильно выраженные лидерские качества присутствуют у мужчин-испытуемых – 14,3 %. Вероятно, это объясняется тем, что изначально руководитель в нашем сознании ассоциируется с мужским началом и вся система воспитания в детстве базируется на установке, что мужчина более гармонично видится на руководящей должности.

На втором этапе мы предложили тем же 46 респондентам пройти анкету «Мотивы избрания на руководящую должность», состоящую из 9 вопросов. Участие принимали 30 женщин и 16 мужчин от 17 до 21 года.

На 1-й вопрос «Хотел(а) бы ты когда-нибудь стать старостой в группе?» 69,6 % ответили «да». У многих респондентов присутствовало желание взять на себя руководящую роль.

На 2-м вопросе «Какие мотивы тобой руководили бы?» популярными стали ответы «дополнительный жизненный опыт» (63 %) и «развитие собственных лидерских качеств» (54,3 %). 30,4 % ответили «был(а) бы всегда на виду, в центре внимания», 26,1 % – «высокий статус», 21,7 % – «к старостам благосклонны преподаватели». Радует, что многие стремились бы к саморазвитию и получению нового полезного опыта, нежели к «престижному статусу».

По результатам 3-го вопроса «Занимал (а) ли ты когда-нибудь руководящие должности?» только 23,9 % испытуемых пробовали себя в руководящей деятельности, из которых лишь 7,7 % студентов имеют опыт от 3 до 5 лет. Вероятно, на должность старосты больше 2-3 лет остаются ребята, научившиеся решать и разрешать определенные проблемы в коллективе.

На 4-й вопрос «Если да, то на протяжении какого времени?» 56,4 % ответили «от 1 до 3 лет». Лишь половина респондентов решила продолжать занимать руководящую должность

после школы, а 35,9 % впервые осмелились примерить на себя эту роль в вузе в новом коллективе. 7,7 % студентов имеют опыт руководящей работы «от 3 до 5 лет».

В 5-м вопросе «С какими проблемами ты сталкивался (лась) в роли руководителя?» лидерами стали ответы «пользовались моей добротой, мягкостью» (36,1 %), «на меня давило постоянное чувство ответственности» (33,3 %), «мне приходилось идти против собственной воли» (27,8 %). Возможно, это связано с тем, что учащиеся либо не имели достаточного опыта и способностей к руководству, либо не хотели портить отношения со своим коллективом, поэтому им приходилось часто идти на уступки, однако из-за сильного чувства ответственности им иногда приходилось идти против воли для исполнения своих обязанностей. Скорее всего, часть из этих старост назначили без их желания, из-за чего и возникли эти трудности. 13,9 % указали, что им «не хватало организаторских способностей и инициативы». 8,3 % испытуемых ответили «мне не хватало авторитета среди подчиненных». По всей видимости, это часть испытуемых, которые впервые примерили на себя роль руководителя и пока не имеют достаточного опыта.

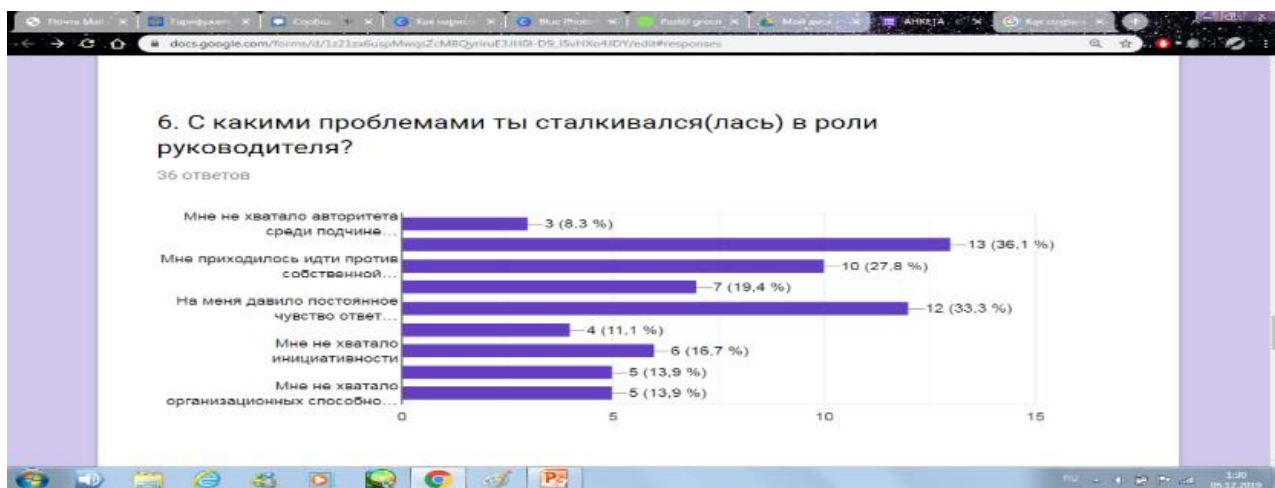


Рис.2. Распределение ответов на 5 вопрос анкетирования. Выводы исследования

- желание взять на себя руководящую роль присутствовало у 70 % респондентов, но лишь 24 % испытуемых пробовали себя в руководящей деятельности, причем сильно выраженные лидерские качества имеет лишь 2,2 % респондентов из общей выборки;
- большинство из респондентов имеет средний лидерский потенциал, который можно и нужно развивать.
- у старост-мужчин лидерские способности проявляются ярче.
- основными мотивами студентов при выборе на должность старосты стали «дополнительный жизненный опыт» (63 %) и «развитие собственных лидерских качеств» (54,3 %).

Мы считаем, что склонности к руководящей работе нужно развивать с учетом гендерных особенностей, а при выборе старосты представителям деканата необходимо учитывать опыт и желание у претендентов на эту роль для того, чтобы отбор проходил наиболее качественно и успешно.

Список литературы:

1. Бердыева Д.Ш. Стили управления, их обусловленность особенностями личности руководителя // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2014. № 2.
2. Блинов, А.О. Особенности управления персоналом с преобладанием женщин / А.О. Блинов // Управление персоналом. 2003. № 3, С. 36-37.
3. Гвоздкова, И.А. Гендерные аспекты организации управленческой деятельности / Вестник университета (Государственный университет управления) 2016. С. 191-197.
4. Журавлев А.А. Стиль в современной психологии управления. М.: Издательство «Экономика», 1994.
5. Кошарная, Г.Б., Толубаева, Л.Т. Гендерные аспекты управления персоналом / Г.Б. Кошарная, Л.Т. Толубаева. Пенза: Изд-во ПГУ, 2010. 144 с.
6. Голдберг, Э. Управляющий мозг: Лобные доли, лидерство и цивилизация / Э. Голдберг. М.: Смысл, 2003. 458с.

УДК 908

Султанов О.Р., Имаева А.Р., Рахимкулов А.С.

ЭВАКОГОСПИТАЛЬ № 2600 В ЗДАНИИ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ СТАНЦИИ ЧИШМЫ

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Статья раскрывает деятельность эвакуационного госпиталя номер 2600 на территории Республики Башкортостан, который с 1941 по 1943 годы размещался в здании средней школы станции Чишмы. Кратко рассказано об истории формирования эвакогоспиталя, его боевом пути.

Ключевые слова: Республика Башкортостан, Великая Отечественная война (ВОВ), Чишмы, эвакогоспиталь (ЭГ) 2600.

Sultanov O.R., Imaeva A.R., Rakhimkulov A.S.

**THE EVACUATION HOSPITAL № 2600 IN THE BUILDING OF HIGH SCHOOL
OF CHISHMY STATION**

**Department of public health and health care organization IAPE, Bashkir state medical
university, Ufa**

Abstract: The article reveals the activities of evacuation hospital number 2600 in the Republic of Bashkortostan, which from 1941 to 1943 was located in the Chishmy station high school building. Briefly told about the history of the formation of the evacuation hospital, its military route.

Keywords: The Republic of Bashkortostan, Great Patriotic War (GPW), Chishmy, evacuation hospital (EH) 2600.

Актуальность: 2020 год – это Год памяти и славы, Год 75-летия Победы нашей страны в Великой Отечественной войне. Безусловно, Победа в первую очередь ковалась в бою, на линии фронта, в окопах, но она была бы невозможна без помощи извне – нужен был сильный тыл, который обеспечивал бы передовую качественным продовольствием, мощным вооружением. И такой тыл безусловно был. Но одного продовольствия и одного вооружения было мало для превосходства над врагом, требовалось лечить раненых солдат, возвращать их как можно быстрее в строй. Эту функцию выполняли многочисленные медсанбаты, полевые эвакуационные пункты (ПЭПы), которые действовали преимущественно на передовой. Далеко от линии фронта свою деятельность разворачивали эвакуационные госпитали, которые заботились о тяжелораненых. Медработники эвакогоспиталей производили тяжелые хирургические операции, которые невозможно было выполнить в полевых условиях. Благодаря слаженной работе наших медиков в Великую Отечественную войну в строй вернулось более 18 миллионов человек (абсолютный рекорд среди всех военных конфликтов), 72,3 % раненых (почти 3/4) вернулось в строй. Вермахт же такими

выдающимися показателями похвастаться не мог – только половина раненых бойцов возвращалась в строй.

Цель исследования: Изучить деятельность эвакогоспиталя номер 2600 на территории Республики Башкортостан. Кроме того, найти сведения об истории создания эвакогоспиталя, его боевом пути.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужил электронный архив портала «Память народа», электронный архив МАОУ СОШ №1 поселка городского типа Чишмы, современные воспоминания медработников эвакогоспиталя номер 2600. Методами исследования были: историко-генетический (ретроспективный), метод сравнительного анализа.

Результаты и обсуждение: Станция Чишмы росла и развивалась. В 1936 году были выделены денежные средства объемом 600 тыс. рублей на строительство здания школы (будущая средняя школа № 1 станции Чишмы, сейчас – МАОУ СОШ № 1 поселка городского типа Чишмы – статус поселка утвердился за Чишмами в 1946 году). Строительство было завершено к 1939-1940 учебному году, школа начала свою работу как русская школа (башкирских и татарских классов в ней пока еще не было). Никто не мог даже предположить, что в июне 1941 года грянет самая кровопролитная для советского народа война (около 27 млн. убитых, погибших, пропавших без вести), при том, что 3-й Рейх и Советский Союз с 23 августа 1939 года связывал Договор о ненападении (также известный как «пакт Молотова-Риббентропа») [3, 6].

Уже 2 сентября 1941 года учащиеся и учителя средней школы № 1 станции Чишмы готовились к приему раненых, эвакуированных. Многие ученики школы посещали занятия не в родной школе, а в здании РОНО, здании птицекомбината, занятия также проходили в железнодорожной школе № 48, в частных домах. Многие ученики ушли работать на заводы, некоторые помогали с транспортировкой раненых, уходом за ними. Безусловно, юноши рвались на фронт, на передовую [3].

С 18 октября 1941 года по 4 ноября 1943 года в здании школы размещался эвакогоспиталь № 2600. Именно сюда, в Башкирию, доставляли раненых из Москвы, Ленинграда, Сталинграда, Саратовской области. Именно сюда переправляли сверхкомплектных раненых (т.е. тех, которым попросту не хватило места) из эвакогоспиталей Куйбышева (Самары) [1, 2, 3].

Начальник госпиталя – Левант Михаил Григорьевич. Родился в 1902 году. Место призыва – Харьковский ГВК, Украинская ССР, Харьковская обл., г. Харьков. Год поступления на службу – 1941. 06.03.1944 был удостоен Ордена Красной Звезды в составе 3-

й армии 1-го Белорусского фронта (2600 ЭГ, 103 ПЭП, 3А, 1 БелФ, 1-го Белорусского фронта). Даты подвига – 01.09.1943-10.09.1943 [4, 5].

На момент своего открытия школа не имела никакого водоснабжения, не была подключена к канализации. В кратчайшие сроки ученики и учителя провели в школу автономный водопровод, организовали канализационную систему выгребного типа. Свой первый выпуск школа осуществила в 1943 году, однако, ввиду обстоятельств, не смогла сделать выпуск в своих стенах. Первый полноценный выпуск состоялся только в 1944-45 учебном году [3].

В военные годы директорами школы были: Соболев Иван Семенович, Волошина Слава Давыдовна и Соловьев Андрей Маркович, эвакуированные из Украины. Только в 1944 году госпиталь был расформирован, и здание было возвращено школе. Многие ученики Чишминской средней школы №1 (Алексей Лихман, Гайнат Нигматуллин, Владимир Федоров, Биктимир Урманов, Анатолий Федяшев, Александр Аверьянов, Иван Ездоков, Камиль Тимеркаев) погибли на фронте. За активное участие в общественно-политических кампаниях, за активную помощь колхозу «Социализм», за сбор лекарственного сырья, помощь семьям погибших, за сбор средств на постройку эскадрильи боевых самолетов школа была удостоена благодарности советского правительства за подписью И. Сталина [3].

Эшелоны с ранеными приходили почти каждый день. По рассказам учителей-ветеранов педагогического труда, техперсонала эвакогоспиталь занимался в первую очередь тяжелоранеными бойцами, все ампутированные конечности и послеоперационный материал закапывались и захоранивались или на территории школы, или на православном и мусульманском кладбищах [3].

Эвакогоспиталь № 2600 начал свое формирование в селе Измалково Орловской области в конце августа 1941 года. Из-за частой угрозы бомбардировок госпиталь был переведен в город Елец Липецкой области. Госпиталь прошел длинный боевой путь: Измалково (Орловская область) – Елец (Липецкая область) – Чишмы (БАССР) – Брянская область – Белоруссия (в составе 2-го Белорусского фронта, 3-й армии) – Польша (прошел через город Мельзак (Пененжно) в апреле 1944 года) – Восточная Пруссия – Германия (некоторое время госпиталь размещался в тюрьме Ганновера, победу госпиталь встретил в городе Бранденбурге, вечером 9 мая отдельные части госпиталя добрались и до Берлина) – Уручье, Белоруссия (так как все еще продолжалась война с Японией). Отдельные части госпиталя работали вплоть до июня 1946 года (основная часть санитаров, медсестер и медбратьев, врачей была демобилизована в октябре 1945 года) [1, 2].

Заключение и выводы: Была изучена деятельность эвакогоспиталя номер 2600 на территории Республики Башкортостан. Были найдены сведения по истории создания эвакогоспиталя, был определен его примерный боевой путь, который удалось восстановить по современным воспоминаниям медсестер эвакогоспиталя (Плешакова (Соломахина) Анна Касьяновна, Тарасова Екатерина Ефимовна).

Список литературы:

1. Воспоминания медсестры эвакогоспиталя №2600 Плешаковой (Соломахиной) Анны Касьяновны.
2. Воспоминания хирургической медсестры, акушерки эвакогоспиталя №2600 Тарасовой Екатерины Ефимовны.
3. Гайсин Х.Г., «Народное образование в поселке Чишмы», Издательство «Гилем», Уфа, 2008 г.
4. ЦАМО. Картотека награждений. Шкаф 51, ящик 3.
5. ЦАМО. Номер фонда ист. информации: 33. Номер описи ист. информации: 686044. Номер дела ист. информации: 3675. № записи: 21250653.
6. Энциклопедия «Чишмы – край светлых родников», Уфа, Издательство «Восточная печать», 2004 г.

**«ХИМИЧЕСКИЕ НАУКИ, МОЛЕКУЛЯРНАЯ МЕДИЦИНА, НОРМАЛЬНАЯ И
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ, ФАРМАКОЛОГИЯ»**

УДК 547.854.7:547.304.4

Зайкина А.В., Мельников А.С., Мещерякова С.А., Шумадалова А.В.

**ИЗУЧЕНИЕ ПРОДУКТОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДНЫХ
ТИЕТАНИЛУРАЦИЛА И ДИОКСОТИЕТАНИЛУРАЦИЛА С АЛИФАТИЧЕСКИМИ
АМИНОКИСЛОТАМИ**

¹Фармацевтический факультет,

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа

²Стоматологический факультет, кафедра общей химии,

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа

Резюме: Изучено взаимодействие производных тиетанилурацила и диоксотииетанилурацила, полученных в результате взаимодействия 6-метил-3-(тиетан-3-ил)-пиримидин-2,4(1H,3H)-диона и 3-(1,1-диоксидотиетан-3-ил)-6-метил-пиримидин-2,4(1H,3H)-диона с 1-хлорпропан-2-оном и с алифатическими аминокислотами. В результате изучения вышеуказанных взаимодействий были подобраны оптимальные условия синтеза новых соединений, определены некоторые физико-химические характеристики новых веществ, и выявлен наиболее вероятный тип биологической активности.

Ключевые слова: 6-метилурацил, тиетан, диоксотииетан, аминокислоты, биологическая активность.

Zaikina A.V.¹, Melnikov A.S.², Meshcheryakova S.A., Shumadalova A.V.

**RESEARCH OF PRODUCTS OF INTERACTION OF DERIVATIVES OF
THIETANILURACYL AND DIOXOTHETANILURACIL WITH ALIPHATIC AMINO
ACIDS**

¹Faculty of Pharmacy, Bashkir state medical University of the Ministry of healthcare of
the Russian Federation, Ufa

²Faculty of Dentistry, Department of General Chemistry, Bashkir state medical
University of the Ministry of the Healthcare of the Russian Federation, Ufa

Abstract: The interaction of the derivatives of thietanyl uracil and dioxothiethanyl uracil obtained as a result of the interaction of 6-methyl-3- (thietan-3-yl) -pyrimidin-2,4(1H,3H)-dione and 3- (1 , 1-dioxidothietan-3-yl) -6-methyl-pyrimidin-2, (1H,3H)-dione with 1-chloropropan-2-one, and with aliphatic amino acids. As a result of studying the above interactions, optimal conditions for the synthesis of new compounds were selected, some physicochemical characteristics of new substances were determined, and the most likely type of biological activity was identified.

Keywords: 6-methyluracil, thietane, dioxothiethan, amino acids, biological activity.

Актуальность: Для производных метилурацила, содержащих тиетановый и диоксотиетановый фрагменты, известно множество видов биологической активности. Активность этого ряда соединений во многом зависит от структуры заместителя в пиримидиновом цикле [1, 2]. В свою очередь, в связи с акселерацией науки, поиск новых производных для вышеуказанного типа соединений является актуальной задачей фармацевтической химии и органической химии в целом [3, 4, 5].

Цель исследования: Целью данного исследования было получение и анализ новых биологически активных веществ на основе метилурацила и алифатических аминокислот, содержащих тиетановый и диоксотиетановый фрагменты.

Материалы и методы: Исходные соединения: 6-метил-1-(2-оксопропил)-3-(тиетан-3-ил)-пиримидин-2,4(1*H*,3*H*)-дион и 3-(1,1-диоксотиетан-3-ил)-6-метил-1-(2-оксопропил)-пиримидин-2,4(1*H*,3*H*)-дион, получены на основе взаимодействия 6-метил--3-(тиетан-3-ил)-пиримидин-2,4(1*H*,3*H*)-диона и 3-(1,1-диоксотиетан-3-ил)-6-метил-пиримидин-2,4(1*H*,3*H*)-диона, при кипячении, в течение 6 часов, в среде ацетона и ацетонитрила соответственно, с 1.5 кратным мольным избытком 1-хлорпропан-2-она, в присутствии прокаленного карбоната калия (схема 1).

Соединения 6, 7 получены при кипячении исходных соединений, в течение 3 часов в среде ацетонитрил-вода (объемное соотношение 1:0.6), с алифатическими аминокислотами, взятыми в мольном соотношении 1:1.1 (схема 2).

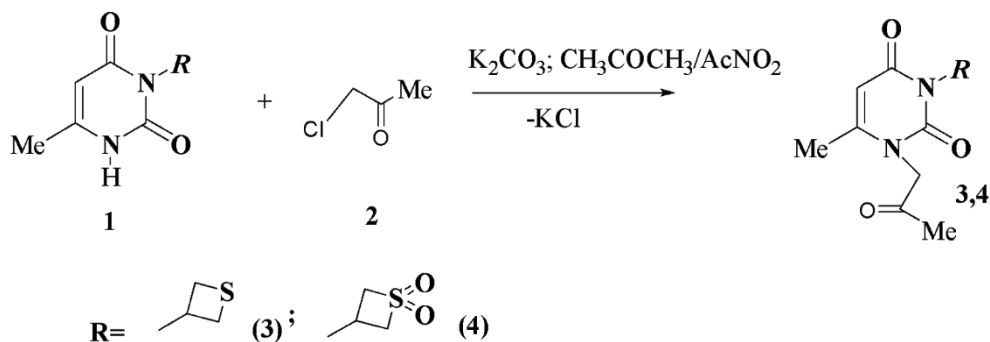
Индивидуальность синтезированных соединений подтверждена методом тонкослойной хроматографии и определением температуры плавления. Структура соединений установлена методом спектроскопии ЯМР ¹H.

Прогноз наиболее вероятного вида биологической активности для всех синтезированных соединений проводили с использованием онлайн ресурса PASS.

Результаты и обсуждение:

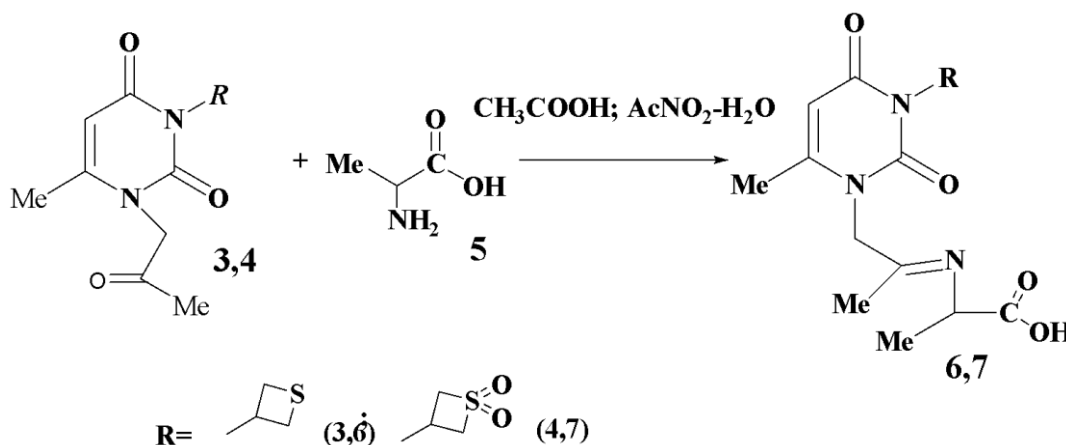
В результате исследования были синтезированы: 6-метил-1-(2-оксопропил)-3-(тиетан-3-ил)-пиримидин-2,4(1*H*,3*H*)-дион (3), 3-(1,1-диоксотиетан-3-ил)-6-метил-1-(2-оксопропил)-пиримидин-2,4(1*H*,3*H*)-дион (4), 2-((1-(6-метил-2,4-диоксо-3(тиетан-3-ил)-3,4-дигидропиримидин-1(2*H*)-ил)пропан-2-илиден)амино)пропановая кислота (6), 2-((1-3-(1,1-диоксотиетан-3-ил)-6-метил-2,4-диоксо-3,4-дигидропиримидин-1(2*H*)-ил)пропан-2-илиден)амино)пропановая кислота (7).

Схема 1



Синтез производных 6-метилурацила, содержащих тиетановый и диоксотииетановый фрагменты.

Схема 2



Синтез производных 6-метилурацила, содержащих тиетановый и диоксотииетановый фрагменты, с алифатическими аминокислотами (на примере аланина).

Полученные соединения являются стабильными во внешних условиях кристаллическими соединениями от светло-желтого до темно-желтого цвета.

Выход продуктов, температуры плавления, подвижность (в системе этилацетата), и элементный состав полученных веществ, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Физико-химические характеристики синтезированных производных

№	Выход, %	T _{пл} , °C	R _f	Элементный состав, %
3	55	90-91	0.5	C-51.95, H-5.55, N-11.02, O-18.87, S-12.61
4	76	195	0.28	C-46.15, H-4.93, N-9.78, O-27.94, S-11.20
7	35	185-187	0,525	C-47.05, H-5.36, N-11.76, O-26.86, S-8.97
8	99	193-195	0.2	C-51.68, H-5.89, N-12.91, O-19.67, S-9.85

На основании предварительного прогноза биологической активности, наиболее вероятным видом активности для полученных соединений определено ингибирование протеосомной АТФ-азы. Значение вероятности проявления для полученного типа активности находится в пределах 0.693-0.729, вероятность быть неактивным 0.011-0.015.

Заключение: На основании анализа полученных данных можно заключить следующее:

1. Подобраны оптимальные условия синтеза новых производных 6-метилурацила.
2. Синтезированные производные 6-метилурацила являются достаточно стабильными соединениями, установленные физико-химические характеристики можно в дальнейшем использовать для их идентификации.
3. Наиболее вероятным типом биологической активности для синтезированных веществ является ингибирование протеосомной АТФ-азы, что, безусловно, открывает перспективы дальнейшего изучения данной группы биологически активных веществ, способных проявлять гипотензивное действие.

Список литературы:

1. Katzung, B.G. Basic & Clinical Pharmacology / B.G. Katzung. 8thed. New York: McGraw-Hill, 2000. 1228 p.
2. Macrocyclic derivatives of 6-methyluracil as ligands of the peripheral anionic site of acetylcholine esterase / Semenov V.E., Giniyatullin R.Kh., et al // MedChemComm. 2014. Vol. 5. No. 11. P. 1729-1735.
3. Ahlrwalia V.K., Sharma H. R., Tyaqi R. // Indian J. Chem., 1989. 23 B, 195.
4. Lyubyashkin A.V., Tovbis M.S. Prescopus Russia // Open journal. 2013. Vol. 1. P. 49-57.
5. Синтез, изомерия и гипотензивная активность тиетансодержащих гидразонов урацилилуксусной кислоты / С.А. Мещерякова [и др.] // Биоорганическая химия. 2014. Т. 40, № 3. С. 327.

УДК 577.1

Мусина Д.Т., Галкин М.А.

ЛИПОСОМАЛЬНАЯ ФОРМА ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕНОГО: НОВАЯ МЕТОДИКА ПОЛУЧЕНИЯ

Кафедра биологической химии,

Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет

имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Резюме: Индоцианин зеленый (ИЦЗ) – перспективный флюоресцентный краситель, который может быть использован для неинвазивной диагностики инфаркта миокарда, однако проникновение свободного ИЦЗ в очаг некроза затруднено в связи со склонностью к агрегации красителя, кроме того значительное количество вещества поглощается печенью. В данном исследовании разработана универсальная, быстрая, простая, недорогая методика получения липосомальной формы ИЦЗ, позволяющая варьировать диаметр наночастиц в зависимости от проницаемости сосудистого русла в патологическом очаге и подбирать концентрационное соотношение ИЦЗ: липосомы в широких пределах в зависимости от цели работы без риска образования агрегатов

Ключевые слова: Индоцианин зеленый, визуализационные технологии, таргетная доставка.

Musina D.T., Galkin M.A.

LIPOSOMAL INDOCYANINE GREEN: FULL COMPLEXATION METHOD OF OBTAINING

¹Biochemistry Department,

Pavlov First State Medical University of St. Petersburg, St. Petersburg

Abstract: Indocyanine green (ICG) is a fluorescent dye, which can be used for the intravital, non-invasive diagnostics of acute myocardial infarction. However, the dye is prone to aggregation in buffers and significant part of it is accumulated in liver. In this study versatile, fast, easy, economically effective method of obtaining liposomal ICG was developed. This method allows to vary the particles diameter over a wide range in respect to vascular permeability and ICG to lipid ratio.

Keywords: Indocyanine green, visualization, targeted drug delivery.

Актуальность: Индоцианин зеленый (ИЦЗ) – флюоресцентный краситель, используемый в визуализационных технологиях в медицине. Высокий интерес к данному веществу связан с его тропностью к очагам некроза, что открывает возможности для неинвазивной оценки наличия и обширности инфаркта миокарда при помощи люминесцентного КТ [3]. Однако ИЦЗ склонен к агрегации в буферах [5] и в значительной мере поглощается печенью, что, затрудняет проникновение его в очаг некроза и снижает качество получаемого изображения. Необходимость таргетной доставки ИЦЗ, снижения роли печени в метаболизме красителя, нормирования размеров доставляемых частиц в

соответствии с проницаемостью сосудистого русла обуславливает преимущества липосомальной формы красителя. Дополнительным протекторным эффектом в отношении очага некроза в миокарде обладают и сами липосомы [4].

В литературе описано большое количество методик получения липосомальной формы ИЦЗ, однако они имеют существенные недостатки и ограничения: чрезвычайная сложность и трудоемкость, необходимость в использовании дорогостоящего оборудования и расходных материалов. Кроме того, в ряде методик не учитываются рН, осмолярность раствора, низкая растворимость ИЦЗ в буферах [1,2]. При воспроизведении методик выявляется значительное загрязнение образцов агрегатами свободного красителя, а также используются вещества, имеющие противопоказания для внутривенного введения лабораторным животным и человеку [2]. В силу вышеперечисленного, ни одна из перечисленных выше методик не может быть использована как элемент трансляционной медицины.

Цель исследования: Разработка универсальной, простой, недорогой, быстрой методики получения липосомальной формы ИЦЗ, оценка влияния буфера на устойчивость полученных наночастиц, подбор оптимального соотношения ИЦЗ:липид, оценка взаимодействий в полученной системе, влияния времени инкубации на получаемые липосомы с ИЦЗ.

Материалы и методы: В данном исследовании методом экструзии были синтезированы липосомы из фосфатидилхолина (12,9 мМ) в среде изотоничного раствора NaCl, а также приготовлен водный раствор ИЦЗ (1,29 мМ). Полученные растворы были смешаны в массовом отношении 5:1 (липид:ИЦЗ, концентрационное соотношение 27:1). В течение 24 часов производилось постоянное перемешивание раствора. Полученная суспензия изучена на анализаторе наночастиц Nanotrac Wave II. Для оценки влияния буфера на устойчивость полученных наночастиц суспензия липосом была приготовлена по описанной выше методике в среде 10 мМ фосфатного буфера. Образцы, приготовленные в среде 0,9 % NaCl и фосфатного буфера были оценены на спектрофотометре СФ-2000. Для подбора оптимального соотношения ИЦЗ: липид и оценки взаимодействий в данной системе были приготовлены растворы с рН 7,4, содержащие различные соотношения ИЦЗ:липид от 1:1 до 1:100 по концентрации. Для исключения влияния осмотических сил на результаты водный раствор ИЦЗ приготовлен с добавлением D-глюкозы в концентрации 270 мМ. Полученные растворы инкубировались в течение 2 и 24 часов и оценивались на спектрофотометре СФ-2000

Результаты и обсуждение: В ходе анализа наночастиц получены следующие результаты: с достоверностью 95,5 % можно утверждать, что средний диаметр липосом

находится в диапазоне 112,5-118,7 нм (t-критерий Стьюдента, программный пакет Excel). При агрегации красителя в растворе наблюдаются частицы неправильной формы, размером 10^3 - 10^4 нм (Рис. 1 а). В распределении частиц по размеру наблюдается один пик, соответствующий диаметру частиц 115 нм, частицы диаметром 10^3 - 10^4 нм отсутствуют (Рис. 1 б). При анализе наночастиц было получено нормальное распределение частиц по размеру, все частицы имели сферическую форму.

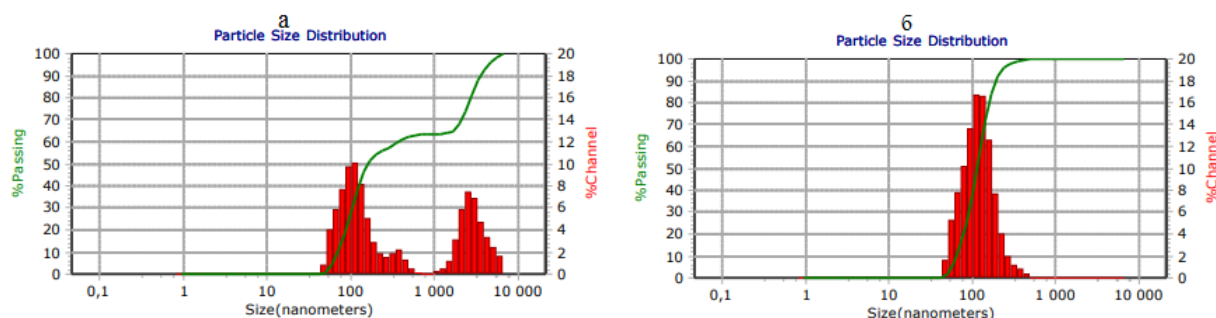


Рис. 1. а) Липосомы полученные по методике Shoshi et al. [4] 0,48 мМ, Липосомы 64,4 мМ (1:134)

б) Липосомы полученные по нашей методике: ИЦЗ 0,48 мМ, Липосомы 12,9 мМ (1:27) в 0,9% NaCl

Различия в оптической плотности липосом с ИЦЗ, приготовленных в фосфатном буфере и 0,9 % NaCl при 800 нм статистически незначимы (t-критерий Стьюдента, достоверность 95,5 %, программный пакет Excel 2016). Были оценены липосомы без ИЦЗ, показано, что при 800 нм липосомы не поглощают свет. При изучении экстинкции растворов, содержащих различные концентрации ИЦЗ: липид показано, что значения оптической плотности при увеличении концентрационного соотношения при 800 нм формируют S-образную кривую (Рис. 2).

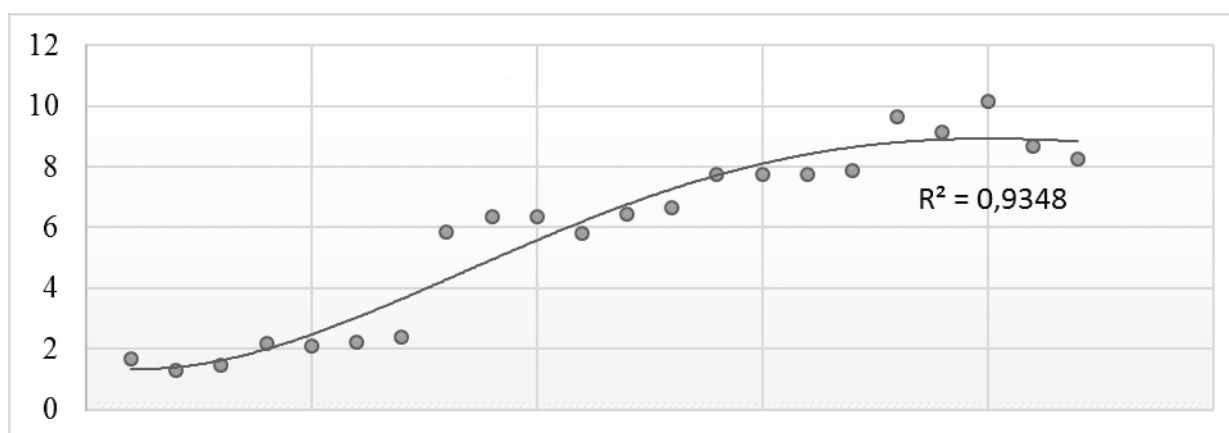


Рис. 2. Изменение оптической плотности в зависимости от соотношения ИЦЗ: липид при 800 нм

При этом при достижении соотношения 1:6 формируется резкое повышение оптической плотности раствора, в дальнейшем замедляющиеся темпы прироста оптической плотности и формирующее плато при соотношении 1:70 (Рис. 3.). Различия в оптической плотности растворов через 2 и 24 часа инкубации статистически незначимы (t-критерий Стьюдента, достоверность 95,5 %, программный пакет Excel).

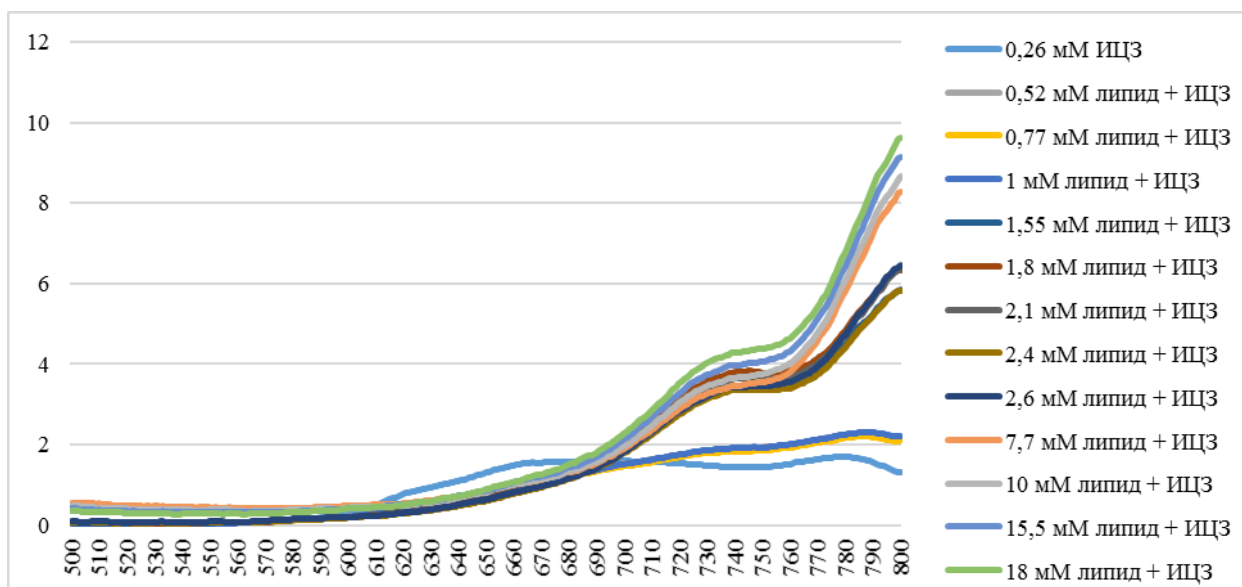


Рис. 3. Результаты спектрофотометрии ИЦЗ с липосомами

Заключение и выводы: Данные полученные при анализе наночастиц позволяют утверждать об отсутствии агрегатов в анализируемом растворе. При изучении влияния концентрационного соотношения резкое повышение оптической плотности при 800 нм свидетельствует о смещении равновесия в системе «агрегаты ИЦЗ – свободный ИЦЗ – липосомы, связанные с ИЦЗ» в сторону липосом, связанных с ИЦЗ, предотвращающем образование агрегатов красителя. Дальнейшее увеличение оптической плотности связано с переходом ИЦЗ в липидную фазу. Достижение плато может быть объяснено достижением такого соотношения липосомы: ИЦЗ, при котором количество свободного ИЦЗ в растворе статистически незначимо. Было показано отсутствие влияния времени инкубации и буфера на свойства липосом. Таким образом, разработана универсальная, простая, быстрая, недорогая методика получения липосомальной формы ИЦЗ, позволяющая варьировать диаметр наночастиц в зависимости от проницаемости сосудистого русла в патологическом очаге и подбирать концентрационное соотношение ИЦЗ: липосомы в широких пределах в зависимости от цели работы без риска образования агрегатов.

Список литературы:

[1] Miranda D. Indocyanine green binds to DOTAP liposomes for enhanced optical properties and tumor photoablation / Wan C., Kilian H.I., Mabrouk M.T., Zhou Y., Jin H., Lovell JF // Biomaterial Science 2019 № 7 Vol. 8 P. 3158-3164.

[2] Shoshi Bar-David Size and lipid modification determine liposomal Indocyanine green performance for tumor imaging in a model of rectal cancer / Liraz Larush, Noam Goder, Asaf Aizic, Ehud Zigmond, Chen Varol, Joseph Klausner, Shlomo Magdassi, Eran Nizricorresponding // Scientific Reports 2019 № 9 P. 8566.

[3] Sonin, D. In vivo visualization and ex vivo quantification of experimental myocardial infarction by indocyanine green fluorescence imaging / Papayan, G., Pochkaeva, E., Chefu, S., Minasian, S., Kurapeev, D., Vaage, J., Petrishchev, N. and Galagudza, M // Biomedical Optics Express 2017 № 8 Vol. 1 P. 151-161.

[4] Quan H. Modulation of the anti-inflammatory effects of phosphatidylserine-containing liposomes by PEGylation / Park HC., Kim Y., Yang HC. // J Biomed Mater Res A. 2017 № 105 Vol. 5. P. 1479-1486.

[5] Zhou, Jin Fu. Aggregation and degradation of indocyanine green / Chin, Margaret P., Schafer, Steven A. // Proceedings of the SPIE 1994 Vol. 2128 P. 495-505.

УДК 547.854.7:547.304.4

Тимохина Е.С., Быкова В.А., Мельников А.С., Мещерякова С.А., Шумадалова А.В.

**ПОИСК ВЕЩЕСТВ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ, СИНТЕЗИРОВАННЫХ
НА ОСНОВЕ ДИОКСОТИЕТАНИЛУРАЦИЛА**

¹Фармацевтический факультет,

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа

²Стоматологический факультет, кафедра общей химии,

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа

Резюме: Исследование направлено на предварительное определение видов биологической активности производных ароматических аминокислот, синтезированных на основе диоксотиетанилурацила. В результате исследования синтезированы новые производные диоксотиетанилурацила, содержащие фрагмент ароматических аминокислот, и проведен статистический анализ предварительных видов биологической активности вновь синтезированных соединений.

Ключевые слова: метилурацил, диоксотиетан, аминокислоты, биологическая активность.

Timohina E.S.¹, Bykova V.A.¹, Melnikov A.S.², Meshcheryakova S.A., Shumadalova A.V.

**SEARCH FOR SUBSTANCES WITH BIOLOGICAL ACTIVITY SYNTHESIZED
BASED ON DIOXOTHETANILURACIL**

¹Faculty of Pharmacy,

Bashkir state medical University of the Ministry of healthcare of the Russian

Federation, Ufa

²Faculty of Dentistry, Department of General Chemistry,

Bashkir state medical University of the Ministry of healthcare of the Russian

Federation, Ufa

Abstract: The research is directed at preliminary determination of the types of biological activity of derivatives of aromatic amino acids synthesized on the basis of dioxothietanyluracil. As a result of the research, new dioxothietanyluracil derivatives containing a fragment of aromatic amino acids were synthesized, and a statistical analysis of preliminary types of biological activity of first time synthesized compounds was carried out.

Keywords: 6-methyluracil, dioxothietane, amino acids, biological activity.

Актуальность: Органические соединения, полученные на основе метилурацила, содержащие диоксотиетановый фрагмент, могут проявлять множество видов биологической активности. Активность подобных веществ в значительной степени коррелируется со

строением заместителей, которые вводятся в структуру соединения [1, 2]. В свою очередь, в связи с развитием науки, поиск новых производных данных соединений является актуальной задачей биоорганической и фармацевтической химии [3, 4, 5].

Цель исследования: Целью данного исследования являлся синтез новых производных метилурацила, содержащих диоксотетановый фрагмент и предварительный анализ видов биологической активности с учетом изменения структуры вводимого заместителя.

Материалы и методы: Исходное соединение: 3-(1,1-диоксотетан-3-ил)-6-метил-1-(2-оксопропил)-пиримидин-2,4(1*H*,3*H*)-дион, получено на основе взаимодействия 6-метил-3-(тетан-3-ил)-пиримидин-2,4(1*H*,3*H*)-диона, при кипячении, в течение 6 часов, в среде ацетонитрила, с 1,5 кратным мольным избытком 1-хлорпропан-2-она, в присутствии прокаленного карбоната калия (схема 1).

Производные на основе исходного соединения получены при кипячении, в течение 3 часов в среде ацетонитрил-вода (объемное соотношение 1:0.6), с ароматическими аминокислотами, взятыми в мольном соотношении 1:1.1 (схема 2).

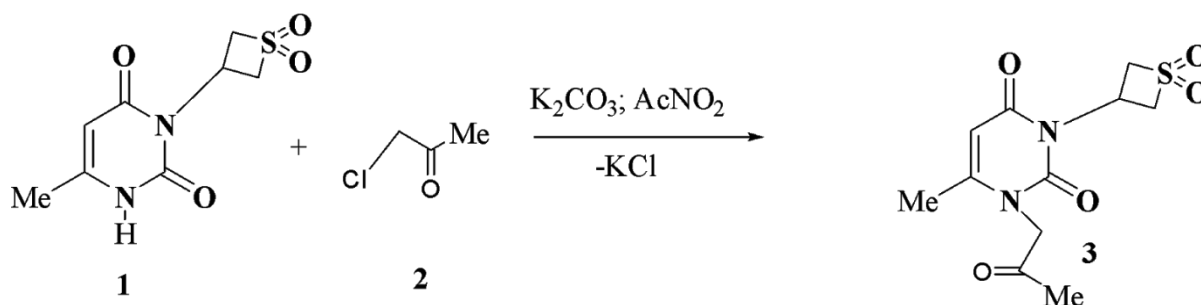
Индивидуальность синтезированных соединений подтверждена методом тонкослойной хроматографии и определением температуры плавления. Структура соединений установлена методом спектроскопии ЯМР ¹H.

Прогноз наиболее вероятных видов биологической активности, а также прогноз вероятной токсичности для всех синтезированных соединений, проводили с использованием онлайн ресурсов PASS и GUSAR.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета STATISTICA 6.0.

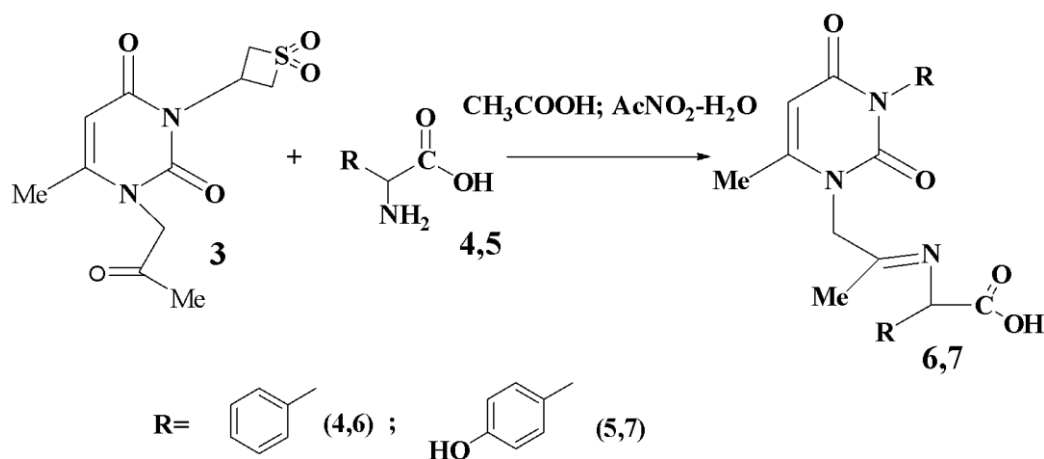
Результаты и обсуждение: В данном исследовании нами были получены: 3-(1,1-диоксотетан-3-ил)-6-метил-1-(2-оксопропил)-пиримидин-2,4(1*H*,3*H*)-дион (3), 2-((1-(3-(1,1-диоксотетан-3-ил)-6-метил-2,4-диоксо-3,4-дигидропиримидин-1(2*H*)-ил)пропан-2-илиден)амино)-2-фенилуксусная кислота (6), 2-((1-(3-(1,1-диоксотетан-3-ил)-6-метил-2,4-диоксо-3,4-дигидропиримидин-1(2*H*)-ил)пропан-2-илиден)амино)-2-(4-гидроксифенил)уксусная кислота (7).

Схема 1



Синтез производных 6-метилурацила, содержащих диоксоэтановый фрагмент.

Схема 2



Синтез производных 6-метилурацила, содержащих диоксоэтановый фрагмент, с ароматическими аминокислотами.

Далее нами были выделены и проанализированы возможные виды биологической активности синтезированных соединений (таблица 1), а так же дан прогноз токсичности.

Таблица 1

Потенциально возможные типы биологической активности производных ароматических аминокислот и 6-метилурацила, содержащих диоксоэтановый фрагмент

№	Тип биологической активности	P_a	P_i
1.	Ингибитор протеасомной АТФ-азы	0.570±0.06	0,035±0.01
2.	Стимулятор лейкопоза	0.540±0.06	0,033±0.02
3.	Агонист интерлейкина 2	0.408±0.04	0,019±0.03
4.	Ингибитор мурамоилтетрапептидкарбоксипептидазы	0.399±0.05	0,040±0.02
5.	Ингибитор реакции Майяра	0.380±0.03	0,017±0.03
6.	Антиоксидант	0.362±0.03	0,075±0.01

7.	Ингибитор N-формилметионилпептидазы	0.340±0.05	0,069±0.03
8.	Противоаллергический	0.310±0.06	0,089±0.04
9.	Ингибитор тиолоксидазы	0.245±0.03	0,076±0.03
10.	Ингибитор аланин-тРНК-лигазы	0.228±0.03	0,09±0.01

Как можно видеть из таблицы 1, наиболее вероятный тип биологической активности, это ингибирование протеасомной АТФ-азы, как известно данное свойство ингибиторов может трактоваться, как способность проявлять как гипотензивное действие, так и кардиопротекторное действие, что снижает вероятность развития инфаркта. Возможные побочные эффекты, описанные для ингибиторов АТФ, для данных веществ способны компенсироваться возможностью проявления антиоксидантной и противоаллергической активности. Как видно, все прогнозируемые виды биологической активности отличаются достаточно низкими показателями вероятности быть неактивными, исходя из этого, открываются обширные перспективы дальнейших исследований синтезированных биологически активных веществ.

Согласно полученным данным, на основании прогноза программы GUSAR, синтезированные вещества являются малотоксичными соединениями.

Заключение: Анализ полученных данных позволяет сформулировать следующие выводы:

1. Впервые были синтезированы новые биологически активные вещества, на основе 6-метилурацила и ароматических аминокислот, содержащие диоксотетановый фрагмент.
2. Синтезированные соединения являются малотоксичными и экологически безопасными.
3. Полученные соединения имеет достаточно широкий спектр возможных типов биологической активности, что в свою очередь позволяет определить вектор дальнейших исследований.

Список литературы:

1. Синтез тиетанилзамещенных пиримидин-2,4(1*H*,3*H*)-дионов / Катаев В.А., Мещерякова С.А., Лазарев В.В., Кузнецов В.В. // ЖорХ. – 2013. – Т. 49. Вып. 5. С.760-762.
2. Practical procedures for the preparation of N-tert-butyl dimethylsilylhydrazones and their use in modified Wolff-Kishner reduction and in the synthesis of vinyl halides and gem-dihalides/ Furrow M.E., Myers A.G. // J. Am. Chem. Soc. 2004. V. 126. P. 5438-5446.
3. Ahlrwalia V.K., Sharma H.R., Tyaqi R. // Indian J. Chem., 1989. 23B, 195.
4. Lyubyashkin A.V., Tovbis M. S. Prescopus Russia // Open journal. 2013. Vol. 1. P. 49-57.

5. Синтез, изомерия и гипотензивная активность титансодержащих гидразонов урацилилуксусной кислоты / С.А. Мещерякова [и др.] // Биоорганическая химия. 2014. Т. 40, № 3. С. 327.

**«АНАТОМИЯ, ГИСТОЛОГИЯ, ЭМБРИОЛОГИЯ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ
АНАТОМИЯ, ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»**

УДК 611.835.88

Грицаенко Д.В., Хужина Ю.Э., Рыбалко Д.Ю.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ИКРОНОЖНОГО НЕРВА

Кафедра анатомии человека им. профессора С.З. Лукманова,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: в данной статье рассматривается вариантная анатомия образования икроножного нерва и зоны его иннервации. Исследование было проведено на 10 нижних конечностях. Были выделены несколько критериев описания икроножного нерва: источники кожных нервов икры, способ образования икроножного нерва, наличие коммуникантных ветвей между кожными нервами икры, зона распространения ветвей. По каждому критерию были выделены несколько вариантов.

Ключевые слова: икроножный нерв, вариантная анатомия, кожная иннервация.

Gritsaenko D.V., Khuzhina Ju.E., Rybalko D.Yu.

VARIANT ANATOMY OF THE SURAL NERVE

Department of human anatomy, Bashkir state medical university, Ufa

Abstract: variant anatomy of the sural nerve formation and its innervation zone are considered in this paper. The study was conducted on the 10 lower extremities. Several criteria have been used for the descriptions of the sural nerve: sources the sural cutaneous nerves, the way of the sural nerve formation, presence the communicative branches between the sural cutaneous nerve, innervation zone. Several variants were identified according to each criterion.

Keywords: the sural nerve, variant anatomy, skin innervation.

Актуальность: в настоящее время одним из методов лечения травм магистральных нервов является аутотрансплантация нервом, чаще всего в качестве аутотрансплантата используется икроножный нерв [3, 4]. Кроме того, тема зоны распространения ветвей икроножного нерва слабо освещена в изученной нами научной литературе.

Анатомия икроножного нерва. Согласно данным учебной литературы икроножный нерв, n. suralis, образуется в результате слияния латерального кожного нерва икры, n. cutaneus surae lateralis, являющегося ветвью общего малоберцового нерва, n. fibularis communis, и медиального кожного нерва икры, n. cutaneus surae medialis, являющегося ветвью большеберцового нерва, n. tibialis. Слияние кожных нервов может произойти на любом уровне и внешних ориентиров их слияния нет. Сформированный нерв огибает латеральную лодыжку сзади, отдавая пяточные ветви для иннервации кожи латеральной стороны пятки. Выходя на тыл под названием латеральный тыльный кожный нерв, n.

cutaneus dorsalis pedis, обычно иннервирует кожу латерального края тыла стопы и латеральную сторону мизинца.

Цель исследования: изучить вариантную анатомию икроножного нерва и распределение его ветвей.

Материал и методы: исследование проводилось на кафедре анатомии человека БГМУ на трупном материале. Были исследованы 6 ампутированных нижних конечностей, а так же нижние конечности 2-х трупов. Искомые нервы были выделены путем препарирования.

Результаты и обсуждение: для облегчения описания препаратов мы выделили несколько критериев, а именно: источник образования кожных нервов икры, способ образования икроножного нерва, наличие коммуникантных ветвей между кожными нервами икры, зона иннервации икроножного нерва.

Нами было выделено два варианта образования латерального и медиального кожных нервов икры. В 6 случаях из 10, что составило 60 %, кожные нервы икры образовались типичным образом, т.е. от большеберцового и общего малоберцового нервов соответственно (рис. 1). В 2 случаях из 10, что составило 20 %, кожные нервы икры нами обнаружены не были (рис.2), при этом икроножный нерв начинался от большеберцового нерва. В двух других случаях отследить образование кожных нервов не удалось.



Рис. 1. Источник формирования кожных нервов икры, макрофото



Рис. 2. Формирование икроножного нерва непосредственно из большеберцового нерва, макрофото

Нами было выделено 3 варианта образования икроножного нерва. В 5 случаях из 10 (50 %) наблюдалось типичное образование икроножного нерва путем слияния кожных нервов икры, причем это происходило на разных уровнях. Мы выделили 3 варианта: образование в средней трети – 3 случая (30 %) и образование на границе средней трети и нижней трети голени – 1 случай (10 %) (рис. 3.), образование в верхней трети голени 1 случай (10 %). В 4-х других случаях слияния кожных нервов не произошло, причем в двух случаях нами была обнаружена соединительная ветвь (20 %) (рис. 4), в оставшихся 2 случаях (20 %) не было обнаружено ни слияния нервов, ни соединительных ветвей между ними. В 2 других случаях икроножный нерв отходил непосредственно из большеберцового (см. рис. 2).



Рис. 3. Образование икроножного нерва на границе средней и нижней третей голени, макрофото



Рис. 4. Соединительная ветвь между кожными нервами икры, макрофото

При изучении зоны распределения ветвей во всех случаях были обнаружены кожные латеральные пяточные ветви, распространяющиеся на латеральной поверхности кожи пятки. Различия были в зоне иннервации на тыле стопы. По этому критерию мы выделили 4 варианта. Наиболее распространен вариант иннервации кожи двух (латеральной и медиальной) поверхностей V пальца и двух поверхностей IV пальца, т.е. от латерального тыльного кожного нерва отходят 4 тыльных пальцевых нерва стопы, он наблюдался в 4

случаях из 10, что составило 40 %(рис. 5). Второй вариант иннервации - это иннервация двух поверхностей V и латеральной поверхности IV пальца, т.е. от латерального тыльного кожного нерва отходят 3 тыльных пальцевых нерва стопы, 2 случая (рис. 6). Третий вариант – иннервация только латеральной поверхности V пальца, 2 случая (рис. 7). Однако в 1 случае было обнаружено слияние промежуточного и латерального тыльных кожных нервов на уровне конечных ветвей, при этом зоной иннервации собственно латерального тыльного кожного нерва оказывается только латеральная поверхность V пальца (рис. 8). Четвертый вариант – иннервация двух поверхностей V, двух сторон IV пальца и латеральной поверхности III пальца, т.е. от латерального тыльного кожного нерва отходят 5 тыльных пальцевых нервов стопы, что наблюдалось в 1 случае (рис. 9). При этом, чаще всего, распространения ветвей промежуточного тыльного кожного нерва в этих областях обнаружено не было.



Рис. 5. Вариант иннервации кожи двух поверхностей V и двух поверхностей IV пальцев, макрофото



Рис. 7. Вариант иннервации латеральной поверхности V пальца, макрофото



Рис. 6. Вариант иннервации двух поверхностей V и латеральной поверхности IV пальца, макрофото



Рис. 8. Слияние промежуточного и латерального тыльных кожных нервов стопы, макрофото



Рис. 9. Вариант иннервации двух поверхностей V, IV и латеральной поверхности III пальцев, макрофото

Егоровой Л.В. [2] были изучены следующие характеристики: расположение, длина, диаметр нерва, а также его кровоснабжение и наличие коммуникантных ветвей с другими нервами. Согласно данным этого исследования «...в подавляющем большинстве случаев икроножный нерв имеет анастомоз с коммуникантной ветвью малоберцового нерва». Чаще

все это происходило в нижней трети голени. В нашем случае коммуникантные ветви наблюдались между кожными нервами икры (2 случая) и на уровне тыльных нервов стопы (1 случай). Ряд авторов указывает [7], что икроножный нерв является основным составляющим дорсального нервного комплекса наравне с глубоким и поверхностным малоберцовыми нервами и подкожным нервом. Между элементами этого комплекса сложные взаимоотношения, которые характеризуются наличием или отсутствием анастомозов, различной области распространения одного и того же нерва, образование перекрытий зон иннервации, а так же их взаимозамещений. Латеральный тыльный нерв может быть связан с промежуточным тыльным нервом стопы. Наличие связи между нервами часто обуславливает иннервацию в области III-IV и IV-V пальцев от латерального тыльного нерва, что было нами обнаружено в 1 случае. По данным тех же авторов в некоторых случаях латеральный тыльный нерв стопы занимает область промежуточного нерва. Это подтверждает полученные нами данные. В некоторых случаях промежуточный нерв может отсутствовать, либо может быть представлен тонкой ветвью, которая присоединяется к латеральному тыльному нерву. В таком случае иннервация тыла осуществляется от латерального тыльного нерва.

Заключение и выводы: таким образом, согласно выделенным критериям, были определены основные варианты распределения изучаемых нервов. В частности нами были выделены 4 основных варианта зоны распространения ветвей икроножного нерва на тыле стопы, большинство из которых свидетельствуют о незначительной зоне иннервации промежуточного нерва. Эти полученные нами данными могут быть учтены при проведении аутотрансплантации икроножным нервом, а также неврологами при определении зон иннервации.

Список литературы:

1. Алмасуд Рами. Анатомические вариации седалищного нерва // Актуальные проблемы медицины и биологии. 2018. № 3. С. 16-19.
2. Егорова Л.В. Вариантная анатомия икроножного нерва // Медицина. 2017. Т. 2. № 12. С. 11-12.
3. Судаков Д.В., Черных А.В., Якушева Н.В. и др. Опыт аутотрансплантации икроножным нервом магистральных нервных стволов предплечья на фоне укушенных ран верхних конечностей // Центральный научный вестник. 2017. Т. 2. № 1 (18). С.12-14.
4. Ельшина М.И. Современный взгляд на аутопластику нервных стволов // Медицина. 2017. Т. 2. № 12. С. 16-18.

5. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. Анатомия человека. Санкт-Петербург: Издательство дом СПбМАПО, 2006. 720 с.
6. Сапин М.Р., Бочаров В.Я., Никитюк Д.Б. и др. Анатомия человека. В двух томах. Москва: «Медицина», 2001. 635 с.
7. Измайлова Л.В., Лютенко М.А., Дьякова М.А., Дунаев В.А. К вопросу об иннервации стопы // Материалы VII Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» URL: <https://scienceforum.ru/2015/article/2015008711> (Дата обращения: 02.02.2020).

УДК 611.08

Казиханова М.И., Кунтышев В.А., Иманова В.Р., Почуева Н.Н.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Кафедра анатомии человека,

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Изучены вариабельность отхождения артерий верхней конечности, межартериальные анастомозы брыжеечной части тонкой кишки и определены аркады пяти порядков. Многочисленные начальные ветви тоще- и подвздошнокишечных артерий имеют наибольшую длину, линейную форму и располагаются параллельно друг другу.

Ключевые слова: вариантная анатомия плечевой артерии, межартериальный анастомоз, аркады, брыжеечная часть тонкой кишки.

Kazikhanova M.I., Kuntyshev V.A., Imanova V.R., Pochueva N.N.

OPTIONAL ANATOMY OF ARTERIAL VESSELS.

The Department of Human Anatomy, Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: Variability of arterial discharge of the upper limb, inter-arterial anastomoses of the mesenteric part of the small intestine were studied, and arcades of five orders were determined. Numerous initial branches of the jejunum and iliac intestinal arteries have the greatest length, linear shape and are parallel to each other.

Keywords: variant anatomy of the brachial artery, inter-arterial anastomosis, arcade, mesenteric part of the small intestine.

Актуальность: для сосудов человека характерен широкий диапазон изменчивости. Артерии склонны к индивидуальной вариабельности, и этому следует уделить большое внимание, изучая проблемы морфологии и практической медицины, проводя диагностические и хирургические вмешательства.

Цель исследования: выявить вариабельность отхождения артерий верхней конечности и в брыжеечной части тонкой кишки в зависимости от индивидуальных особенностей организма взрослого человека.

Материалы и методы: использован метод препарирования поствитального материала.

Результаты и обсуждение: Зориной З.А., Катеренюк И.М. изучалась вариантная анатомия артерий верхних конечностей с использованием современных методов исследования, ими было обнаружено, что варианты артерий проявляются в виде различных сочетаний артерий, образующих общие артериальные стволы. По их результатам присутствие таких стволов составило 34,8 %. Наличие добавочных артерий составило 23 %. Также варианты артерий могут быть связаны с местом начала артерий (18,6 %). Было обнаружено высокое отхождение лучевой артерии, а также определено отхождение передней артерии, огибающей плечевую кость, от глубокой артерии плеча; отхождение глубокой

артерии плеча от задней артерии, огибающей плечевую кость. В остальных случаях (23,6 %) были отмечены варианты, связанные с типом ветвления и атипичной топографией артерий.

В работе Чистилиновой Л.И. выявлена вариабельность отхождения артерий верхней конечности, где также отмечается возможность высокого отхождения лучевой артерии. Кроме этого было исследовано многообразие вариантов артериальных сосудов на кисти. По результатам исследований было установлено, что отсутствие поверхностной ладонной дуги встречается сравнительно часто, тогда как глубокая ладонная дуга в большинстве случаев постоянна. В исследовании были обнаружены две поверхностные ладонные дуги, образованные в большей степени поверхностной ветвью лучевой артерии.

Изменчивость локтевой артерии отмечается в работе Гаджиевой Ф.Г., Околокулак Е.С. Ими было замечено, что локтевая артерия может иметь высокое начало, лежать поверхностно, ствол локтевой артерии может быть удлинён с образованием изгибов. При последней вариации локтевая артерия начиналась в локтевой борозде между *m. flexor digitorum superficialis* и *m. flexor carpi ulnaris*. Формирование изгибов происходило между нижней и средней третью предплечья, при этом ствол локтевой артерии отклонялся в медиальную сторону, следуя по передней поверхности *m. flexor carpi ulnaris*. Затем локтевая артерия проникала через локтевой канал запястья в кисть и формировала поверхностную ладонную дугу.

С использованием комплекса морфологических методов изучены аркадные формы межартериальных анастомозов сосудов брыжеечной части тонкой кишки, а в толще печёочно-двенадцатиперстной связки обнаружен линейный межартериальный анастомоз желудочно-двенадцатиперстной артерией и артерией желчного пузыря. Выделены сосудистые аркады пяти порядков. Артерии первого порядка имеют линейную форму, наибольшую длину и располагаются параллельно друг другу. От артерий второго порядка под углом в 45 градусов отходят по две боковые ветви, которые соединяются с таковыми у смежных артерий и образуют аркады второго порядка. В последующем сосуды дихотомически делятся и образуют аркады третьего, четвёртого и пятого порядков. Диаметр сосудов выделенных аркад по мере отдаления пропорционально уменьшается. Форма аркад со II по IV порядков варьирует: преобладающая часть анастомозов имеет форму «пчелиных сот», (рис.1) вместе с тем встречаются аркады треугольной и квадратной форм. Внутри «сотовых ячеек» имеются малые треугольные аркады, образующие дополнительные анастомозы.

Последний порядок аркад располагается в 1,5-2 см от стенки тонкой кишки. От дистальных аркад отходят ориентированные параллельно друг другу прямолинейные артерии длиной 1-1,5 см.

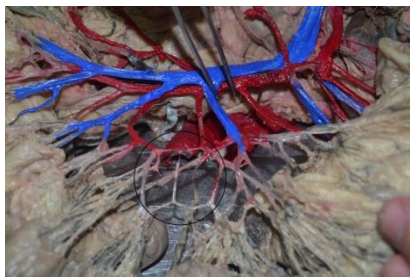


Рис. 1 Аркадные анастомозы II порядка тощекишечных артерий в форме шестиугольника

Ствол прямолинейных артерий делится на 3-4 веерообразно расходящихся сосудов в виде «гусиной лапки». Отмечен сегментарный тип кровоснабжения, то есть определённый сегмент тонкой кишки кровоснабжается отдельной «гусиной лапкой» артерий. Количество аркад в брыжейке не постоянно. В начальном отделе тощей кишки есть лишь дуги первого порядка, далее строение сосудистых аркад усложняется и число их увеличивается. Притоки тоще- и подвздошно-кишечных вен также формируют аркады. Архитектоника межвенных анастомозов аналогична артериальным. В проксимальных порядках аркад одна артерия сопровождается одной веной, а в «гусиной лапке» одну артерию, как правило, сопровождают две вены. При этом, одна вена проходит по передней полуокружности артерии, вторая – по задней. Таким образом, в архитектонике сосудов в брыжейке тощей и подвздошных кишок определяется четыре топографических звена: прямые артерии – артериальные аркады – прямые артерии - артерии «гусиной лапки». Наличие как многоступенчатых артериальных и венозных аркад, так и сосудистых «гусиных лапок» обеспечивает достаточное кровоснабжение органа.

Методом макропрепарирования было проведено исследование на материале верхних конечностей. Обнаружено, что на правой верхней конечности плечевая артерия проходит атипично: от места начала, то есть от артерии, огибающей плечевую кость, до деления на лучевую и локтевую артерии - 8 см (рис.2). Это говорит о высокой бифуркации плечевой артерии.



Рис. 2. Вариант бифуркации плечевой артерии

Типичным местом деления считается нижний угол локтевой ямки. На левой конечности плечевая артерия делится типично: от места начала до места деления - 25 см (рис. 3).



Рис. 3 Типичное разветвление плечевой артерии

Заключение и выводы: в результате исследований было выяснено, что многие сосуды имеют высокий коэффициент изменчивости. Вероятно, формируется компенсаторный сосудистый механизм, обеспечивающий коллатеральное кровообращение в условиях высокой мобильности, как брыжейки, так и петель тощей и подвздошной кишок при усиленной перистальтике, создающий условия для нормального функционирования.

Список литературы:

1. Гаджиева Ф.Г. Изменение формы магистральных артерий предплечья и их клиническая значимость / Ф.Г. Гаджиева, Е.С. Околокулак // Достижения и инновации в современной морфологии: сб. тр. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 115-летию со дня рожд. акад. Д.М. Голуба, Минск, 30 сент. 2016 г.: в 2 т. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь; Белорус. науч. о-во морфолог.; Белорус. гос. мед. ун-т; под ред. П.Г. Пивченко, Н.А. Трушель. Минск: БГМУ, 2016. Т. 1. С. 92-94.
2. Зорина, З.А. Вариантная анатомия артерий верхних конечностей и ее визуализация современными методами исследования [Электронный ресурс] / З.А. Зорина, И.М. Катеренюк

// Материалы республиканской с международным участием научно-практической конференции, посвященной 60-летию Гродненского государственного медицинского университета, Гродно, 28 сентября 2018 г. / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет"; редкол.: В.А. Снежицкий (отв. ред.), С.Б. Вольф, М.Н. Курбат. Гродно, 2018. С. 14-16. 1 эл. опт. диск.

3. Чистилинова, Л.И. Вариабельность отхождения артерий верхней конечности [Текст] / Л.И. Чистилинова; Науч. рук. В.Г. Ковешников // Актуальні питання теоретичної та клінічної медицини: збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 10-12 квітня 2013 р. / Відп. за вип. М.В. Погорелов. Суми: СумДУ, 2013. С. 7.

УДК 616.61-006

Крашенинникова С.В., Биктимиров В.Г., Нуралиев Р.А., Баязитов Я.И., Мустафин Т.И.

**СОЧЕТАНИЕ ХРОМОФОБНОЙ КАРЦИНОМЫ ПОЧКИ С УЧАСТКАМИ
ПАПИЛЛЯРНОГО ПОЧЕЧНОКЛЕТОЧНОГО РАКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Кафедра патологической анатомии имени проф. В.А. Жухина

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: Проведен анализ протокола гистологического исследования, включающего ИГХ исследование одного случая хромофобной карциномы почки с участками папиллярного почечноклеточного рака 2 типа. Материалом для проведения морфологического исследования была почка после радикальной нефрэктомии.

Ключевые слова: опухоль почки, иммуногистохимия, диагностика.

Krashennnikova S.V., Biktimirov V.G., Nuralieva R.A., Bayazitov Y.I., Mustafin T.I.

**COMBINATION OF CHROMOPHOBIC KIDNEY CARCINOMA WITH SITES OF
PAPILLARY RENAL CELL CANCER. CLINICAL CASE**

Department of Pathological Anatomy named after Professor V.A. Zhukhov

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The analysis of the histological examination protocol, including the IHC study of one case of chromophobic carcinoma with areas of papillary renal cell carcinoma, was performed. The material for the morphological study was a kidney after radical nephrectomy.

Keywords: kidney tumor, immunohistochemistry, diagnosis.

Актуальность: на сегодняшний день злокачественные опухоли почек являются значительной проблемой онкоурологии. Их доля по разным данным достигает 3-5 % от всех злокачественных новообразований у взрослого населения [1]. Отмечено, что заболеваемость опухолями почек увеличивается за последние десятилетия в среднем на 2,5-3 % в год [1]. Известно, что «золотым стандартом» в диагностике опухолей любой локализации служат патоморфологические исследования. Но изучение микропрепаратов на светооптическом уровне с окрашиванием гистологических срезов гематоксилином и эозином не всегда позволяет поставить развернутый патоморфологический диагноз, уточнить степень дифференцировки клеток, определить гистогенез опухоли, дифференцировать различные компоненты опухоли, верифицировать отдельные виды опухолей между собой. В подобных случаях используется иммуногистохимическое (ИГХ) исследование.

Цель исследования: описание случая сочетания хромофобной карциномы почки с участками папиллярного почечноклеточного рака.

Материалы и методы: Проведен анализ протокола гистологического исследования, включающего ИГХ исследование одного случая хромофобной карциномы с участками

папиллярного почечноклеточного рака. Материалом для проведения морфологического исследования была почка после радикальной нефрэктомии. Фрагменты материала фиксировали в 10% забуференном нейтральном формалине, проводили и заливали в парафин по классической методике. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Для ИГХ исследования использовали панель антител: P504S (AMACR), CD10 (56C6), CK 8/18 (B22/1&B23.1), Cytokeratin 19 (F53-B/a2.26), E-кадгерин (EP700Y), Keratin 20 (CK20) (Ks20.8), ЕМА (Е29), CK5/14 (EP1601Y+LL002), Vimentin (V9), Ki-67 (SP6).

Результаты и обсуждение: при гистологическом исследовании выявлено, что одна из зон опухолевого роста главным образом состояла из солидных полей светлых крупных клеток, формирующих кистозные и солидные структуры в отечной строме. Цитоплазма клеток ярко эозинофильная, ядра гиперхромные, очагово перинуклеарные просветления – гало. Сосуды среднего калибра (Рис. 1, 2). Другая часть была представлена небольшими полигональными клетками с мелкими мономорфными ядрами и эозинофильной цитоплазмой, формирующими папиллярные и солидные структуры (Рис. 3). Таким образом, было заподозрено наличие двух различных вариантов опухоли. Первый участок – вероятнее всего был представлен хромофобной карциномой почки, второй – папиллярного почечноклеточного рака почки 2 типа. Для дополнительной диагностики был использован ИГХ метод.

Дифференциальную диагностику в данном случае было целесообразно проводить с папиллярным почечноклеточным раком, хромоцитомой, хромофобной карциномой и светлоклеточной почечноклеточной карциномой.

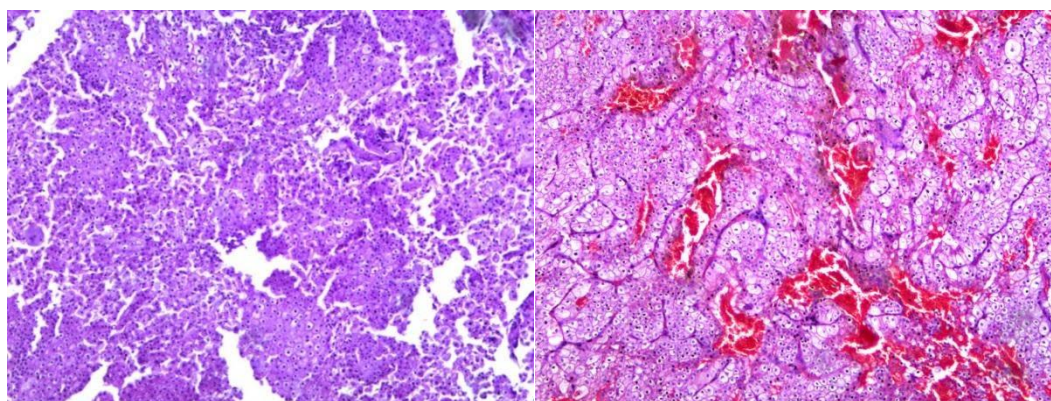


Рис. 1. Участок папиллярного почечноклеточного рака. Гематоксилин-эозин. Ув. 120

Рис. 2. Хромофобная карцинома почки. Гематоксилин-эозин. Ув. 120

Для каждой опухоли почки свойственна своя известная оригинальная комбинация ИГХ антител и интенсивность окраски [1-6]. В таблице 1 представлена комбинация антител ряд опухолей, с которыми проводился дифференциальный диагноз в нашем случае.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика различных видов опухолей по ИГХ профилю

Маркер Опухоль	Хромофоб- ная карцинома почки	Папиллярный почечноклеточ- ный рак 2 типа	Светлоклеточная почечноклеточная карцинома	Онкоцитома
Е-кадгерин (EP700Y)	+++	–	–	+
CD10 (56C6)	–	-/+	+	–
СК 8/18 (B22/1&B23.1)	+	+	+	+/-
Vimentin (V9)	–	+/-	+	+
P504S (AMACR)	–	++	-/+	–
EMA (E29)	–	–	–	+
Keratin 20 (CK20)	–	–	+	–

Ниже приведены иллюстрации результатов ИГХ исследований опухоли (Рис.4 – Рис.6).

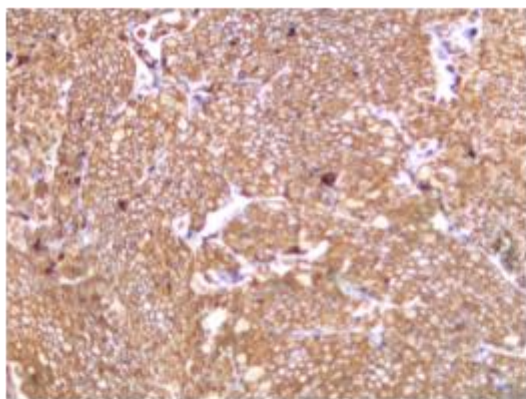


Рис. 3. Е-кадгерин (EP700Y). Интенсивно позитивная экспрессия в цитоплазме и на мембране клеток опухоли

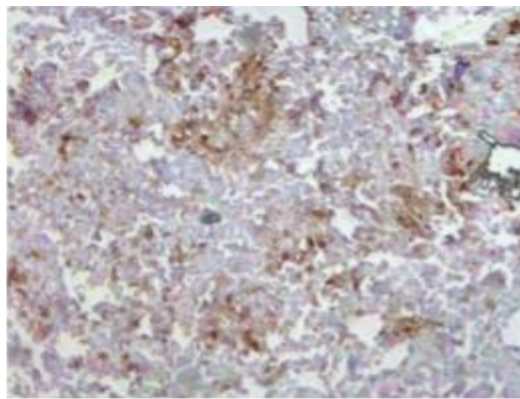


Рис. 4. CD10 (56C6) . Очаговая слабо позитивная экспрессия на мембранах клеток опухоли

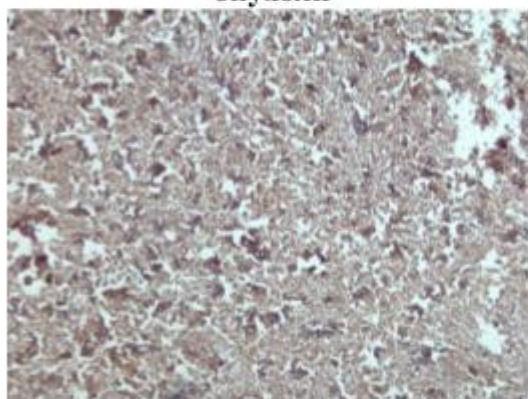


Рис. 5. P504S (AMACR). Интенсивная позитивная экспрессия клеток опухоли.

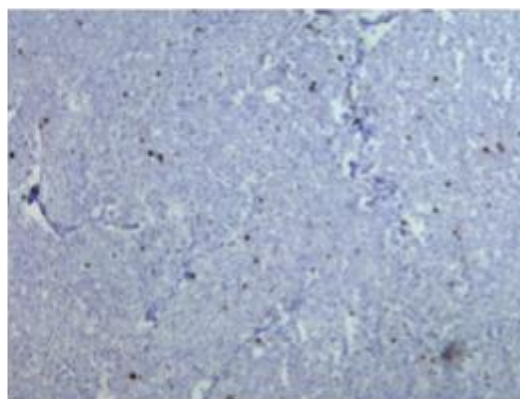


Рис. 6. Ki-67 (SP6). Интенсивная позитивная экспрессия в ядрах – около 4% клеток опухоли.

В таблице 2 представлены полученные результаты исследования.

Таблица 2

Полученные результаты при проведенном ИГХ исследовании

Антитела	Результат
Е-кадгерин (EP700Y)	+++
CD10 (56C6)	-/+
СК 8/18 (B22/1&B23.1)	+++
Vimentin (V9)	+/-
P504S (AMACR)	+
Ki-67 (SP6)	Интенсивная позитивная экспрессия в ядрах ~ 4% клеток опухоли.
EMA (E29)	-
Keratin 20 (CK20)	-

Основными антителами, позволившими определить морфологические варианты опухоли были Е-кадгерин (EP700Y), CD10 (56C6), P504S (AMACR), Ki-67 (SP6). Так, при использовании антитела Е-кадгерин была выявлена интенсивная позитивная экспрессия в цитоплазме и на мембране клеток опухоли, что является крайне характерным для хромофобной карциномы. При использовании P504S (AMACR) была отмечена позитивная экспрессия клеток опухоли, что в свою очередь является патогномичным для папиллярного почечноклеточного рака 2 типа. В реакции с CD10 (56C6) выявлена очаговая слабо позитивная экспрессия на мембранах клеток опухоли, что так же свидетельствует в пользу папиллярного почечноклеточного рака 2 типа. Ki-67 (SP6) - интенсивная позитивная экспрессия в ядрах ~ 4% клеток опухоли. Таким образом, в представленном случае было выявлено сочетание папиллярного почечноклеточного рака 2 типа и хромофобной карциномы почки.

Заключение и выводы: проведение морфологического и ИГХ исследования опухоли почки позволяет провести дифференциальную диагностику сходных вариантов опухолей, в том числе разных компонентов, что принципиально важно в плане прогноза и тактики лечения пациентов.

Список литературы:

1. Андреева Ю.Ю. Опухоли мочевыделительной системы и мужских половых органов. Морфологическая диагностика и генетика: Руководство для врачей / Ю.Ю. Андреева, Н.В. Данилова, Л.В. Московина, Л.Э. Завалишина и др.; под ред. Ю.Ю. Андреевой, Г.А. Франка. М.: Практическая медицина, 2012. С. 10-31.
2. Бобров И.П. Интратуморальные тучные клетки при почечно-клеточном раке: клиничко-морфологические сопоставления / И.П. Бобров, Т.М. Черданцева, Н.Г. Крючкова и др. // Бюллетень медицинской науки. 2018. №. 2. С. 32-36.
3. Горбань Н.А. Опухоли почек из светлых клеток. (Москва). Конференция «Онкоурология – 2018» г. Москва. 21-22 сентября 2018 г.
4. Горбань Н.А. ИГХ исследование в диагностике почечно-клеточного рака. Конференция «Онкоурология – 2017». г. Москва. 29-30 сентября 2017 г.
5. Маслякова Г.Н. Морфологическая и иммуногистохимическая характеристика почечно-клеточного рака / Г.Н. Маслякова, А.В. Медведева, Е.Н. Цмокалюк и др. // Бюллетень медицинских интернет-конференций. Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2017. Т. 7. №. 2. С. 542-545.
6. Семенов В.М. Иммуногистохимические и молекулярно-генетические методы диагностики онкологических заболеваний (обзор литературы) / В.М. Семенов, Е.С.

Пашинская, В.В. Поляржин и др. // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2017. Т. 16. №. 2. С. 15-25.