

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Совет молодых ученых и студентов

# МОЛОДЁЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА

ТЕЗИСЫ

70-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции  
с международным участием

Россия, г. Тверь, 25–26 апреля 2024 г.



Тверь

Редакционно-издательский центр  
Тверского государственного  
медицинского университета

2024

УДК 378.2:61  
ББК 51.1 (2)  
М 755

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

Л.В. Чичановская, О.Н. Бахарева, Л.А. Мурашова, Е.С. Михайлова, А.В. Леонтьева

**Рецензенты:**

Галина Семеновна Джулай, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России;

Ирина Юрьевна Колесникова, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России.

**Молодежь, наука, медицина** : тезисы 70-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием / Тверской гос. мед. ун-т ; редкол.: Л.В. Чичановская [и др.]. – Тверь : Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2024. – 492 с. – URL: <https://tvgmu.ru/nauka-i-innovatsii/sovet-molodykh-uchyenykh-i-studentov/>

ISBN 978-5-8388-0283-5.

В сборнике тезисов конференции опубликованы работы студентов из медицинских учебных заведений и других учреждений России, Белоруссии, Дагестана, Таджикистана, Узбекистана.

В нем представлены как результаты экспериментальных исследований, так и публикации по клинической тематике различных направлений: хирургия, терапия, педиатрия, стоматология, гинекология и др. Рассмотрены актуальные вопросы современной медицины.

Сборник предназначен для широкого круга читателей.

УДК 378.2:61  
ББК 51.1 (2)

ISBN 978-5-8388-0283-5

© ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, 2024  
© Оформление. Редакционно-издательский центр Тверского государственного медицинской университета, 2024

Уважаемые ученые, студенты, коллеги!

В настоящем сборнике опубликованы тезисы 70-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием «МОЛОДЕЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА». Количество работ и обширная география демонстрируют актуальность и востребованность этой конференции.

В сборнике представлены работы из Твери, Москвы, Санкт-Петербурга, Калининграда, Тюмени, Красноярска, Смоленска, Казани, Екатеринбурга, Донецка, Нижнего Новгорода, Владивостока, Симферополя, Иркутска, Архангельска, Саранска, Кемерово, Владикавказа, Курска, Воронежа, Дагестана (Махачкала), Таджикистана (Душанбе), Узбекистана (Ташкент, Ургенч) и Беларуси (Минск, Гомель, Витебск).

Тезисы представлены по широкому кругу актуальных проблем как фундаментальных, так и прикладных вопросов медицины, также уделено внимание гуманитарным и образовательным аспектам. Авторы исследовали важные вопросы кардиологии, гастроэнтерологии, нефрологии, педиатрии, хирургии, акушерства, стоматологии, общественного здоровья и других направлений медицины. В некоторых работах представлены новейшие возможности лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний, возможности прогнозирования течения болезни. Часть тезисов посвящена фундаментальной медицине: морфологии, гистологии, микробиологии, фармакологии.

В сборнике представлены преимущественно результаты оригинальных исследований. Публикации характеризуются четкой формулировкой цели исследования, методичностью, хорошим языком и доступностью для читателя.

Такое значительное количество работ свидетельствует о выраженном интересе молодых исследователей к изучению различных аспектов медицины, на основе принципа объективности и с учетом новых теоретических и концептуальных подходов. Искренне желаем всем авторам дальнейшего развития и творческих успехов, интереса к науке и медицине, стабильности и процветания. А также новых встреч и диалогов на Тверской земле!

Ректор Тверского ГМУ,  
д-р мед. наук, профессор

Л. В. Чичановская

## INFRAINGUINAL BYPASS RECONSTRUCTIONS BELOW THE KNEE JOINT IN PATIENTS WITH ATHERODIABETIC LESION OF THE LOWER LIMB ARTERIAL VESSELS

*R.S. Warnakulasuriya Fernando, 5<sup>th</sup> year Faculty of International Students  
GrSMU, Grodno, Belarus*

*1<sup>st</sup> Department of Surgical Diseases*

*A.R. Obuxovich, Assistant lecturer in the Faculty of International Students  
GrSMU, Grodno, Belarus.*

*1<sup>st</sup> Department of Surgical Diseases.*

*Scientific Supervisor- Candidate of medical Sciences, Assoc.Prof. V.P. Vasilevsky*

**Key words:** *Bypass reconstruction; Diabetic Mellitus; Lower limb vessels.*

### **Goals and objectives**

Analysis of the results of auto-venous bypass surgery below the knee joint in patients with atherodiabetic lesions.

### **Materials and methods**

As of January 1, 2022, we performed a retrospective analysis of open reconstructive operations performed on infrainguinal arteries in 2015–2020 in the departments of vascular and purulent surgery at the Grodno University Clinic on 74 patients with concomitant pathology, including diabetes and atherosclerosis of the lower extremities.

Out of these, 20 people underwent femoral-popliteal bypass (FPS) below the knee joint gap: 3 patients with an in-situ vein and 17 patients with a reversed auto-vein, including 1 FPS in combination with endarterectomy from the superficial femoral artery (SFA) and anterior tibial artery. In 2015, 1 operation was performed; in 2016:3, 2017:4, 2018:5, 2019:6, 2020:1. There were 15 men and 5 women. The average age of the examined was  $65,5 \pm 6,03$  years. There were 5 patients aged 51–60 years, 11 patients aged 61–70 years, and 4 patients over 70 years old. All patients suffered from type 2 diabetes. The duration of diabetes less than 5 years was noted in 4 cases, from 5 to 10 years in 13 cases, from 10 to 20 years in 2 cases, over 20 years in 1 case. Treatment of diabetes was carried out in 6 patients with insulin, in 13 with oral medications, in 1 patient combined treatment with long-acting insulin and oral medications. Chronic arterial insufficiency of the lower extremities stage 2b (according to Fontaine-A.V. Pokrovsky) was noted in 4 cases, 3<sup>rd</sup> stage in 1 case and 4<sup>th</sup> stage in 15 cases. At stage 4 ischemia, trophic disorders of the distal segments of the legs were presented (according to the Wagner scale) superficial localized skin ulcers (W1) in 2 patients, deep ulcers involving muscles and tendons (W3) in 2 patients; infected ulcers spreading to bone structures or necrosis of the fingers (W4) in 11 patients. Angiographic examination revealed isolated occlusive-stenotic lesions of the SFA in 9 patients, combined lesions of the SFA and tibial arteries in 6 patients, involvement of all parts of the infrainguinal arteries in 5 patients.

## **Results and discussion**

No intraoperative complications were noted. In the immediate postoperative period, in two cases (10 %), re-intervention was required: thrombectomy from the shunt on the 4th day and extra-anatomical iliopopliteal bypass on the 11th day. 1 (5 %) patient died in the immediate postoperative period from acute cardiovascular failure. The remaining patients were discharged for outpatient treatment in satisfactory condition. In the long term after surgery, 1 (5 %) re-intervention was required angioplasty of the SFA and posterior tibial artery after 7 months.

Two patients (10 %) underwent amputation after 2 and 12 months. Both amputations were performed at the hip level; both patients died one month and six months after the amputation, respectively. During the analyzed observation period, 6 (30 %) people died from concomitant diseases with preserved lower limbs. During the first year after surgery, 3 patients (15 %) died. During the second year after surgery, 2 patients (10 %) died. After 41 months, 1 patient (5 %) died after the primary operation. The patients suffered from diabetes for more than 5 years. Among them, chronic arterial insufficiency of the lower extremities was seen in 1 with stage 2b and in 5 with initial stage 4.

Of the living patients with a preserved lower limb at the time of completion of the study, an analysis of chronic arterial insufficiency found that 7 people had stage 2a, 2 had stage 2b, 2 had stage 3, and 1 had stage 4. The rate of preservation of the operated lower limb for the entire observation period was 90 % (in 18 of 20 patients). Repeated reconstructive interventions on the operated lower limb were not performed at the same time in 83 % of cases.

## **Conclusions**

Auto-venous bypass surgery below the knee joint is an effective treatment method for patients with chronic ischemia of the lower extremities due to atherodiabetic lesions of the infrainguinal arteries, allowing the preservation of the lower extremity in 90 % of cases.

## АКТУАЛЬНОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МАММОГРАФИЧЕСКОМ СКРИНИНГЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*И.И. Абдулсаламов<sup>1</sup>, студент 1 курса педиатрического факультета,  
Д.А. Мусеев<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*<sup>2</sup> — АНО Медицинский центр «Белая Роза»*

*Кафедра лучевой диагностики*

*Заведующий кафедрой: д.м.н., доцент А.А. Юсуфов*

*Научный руководитель: аспирант Д.А. Мусеев*

**Ключевые слова:** рак молочной железы; BI-RADS; цифровая маммография

**Цель:** оценить возможность использования искусственного интеллекта в маммографическом скрининге рака молочной железы.

**Материалы и методы:** ретроспективно проанализированы результаты цифровых маммограмм 202 пациенток, которые проходили обследование в медицинском центре «Белая Роза» г. Тверь в 2024 году. Пациенткам выполнялась маммография в двух стандартных проекциях: прямой (краниокаудальная) и косой (медиолатеральная) с помощью цифрового маммографа MELODY фирмы ВИЛЛА СИСТЕМ МЕДИКАЛИ Италия. Изображения в формате DICOM, были проанализированы искусственным интеллектом (ИИ), с последующим формированием протокола маммографического исследования с графическим отображением и указанием подозрительного участка на маммографических снимках. Платформа ИИ самостоятельно давала оценку плотности молочных желез по международной классификации ACR, область поражения, наличие кальцинатов и оценивала снимки по категории BI-RADS (Breast imaging-reporting and data system).

**Результаты.** Проведены исследования 202 пациенток. В первую очередь мы проанализировали статистику полного совпадения заключений ИИ с заключениями врача, что составило 82,9 %. Важно отметить, что разбирая случаи разночтения, мы отметили завышение показателя критерия BI-RADS искусственным интеллектом в 4,7 % случаев. Что было связано с родинками на коже, врач рентгенолог знал об этом, но ИИ в свою очередь не располагал данной информацией, что приводило к завышению оценки до BI-RADS 3. Обобщив полученные данные, мы видим что гипердиагностика в данном случае отсутствует и мы можем прибавить эти 4,7 % к нашему основному проценту совпадения, что составило 87,6 %.

Гипердиагностика, а именно несовпадение с заключением врача на 2 и более позиции по шкале BI-RADS, была отмечена только в 7 случаях, и связана в основном с высокой плотностью и особенностью архитектоники молочных желез. При оценке шкалы BI-RADS 3 и выше, процент чувствительности к обнаружению (детекции) узловых образований молочных желез составил 77,5 %. Сопоставляя зак-

лучение врача и искусственного интеллекта по классификации BI-RADS, мы пришли к выводу о высокой чувствительности платформы ИИ.

**Вывод:** технологии искусственного интеллекта имеют большой потенциал в обнаружении злокачественных новообразований, и могут быть эффективным помощником принятия решений для врачей-рентгенологов, занимающихся маммографией. Важно отметить, что искусственный интеллект не заменит экспертов по лучевой диагностике, но рентгенологи, знающие как использовать его возможности, будут на шаг впереди.

## СЛУЧАЙ ИСХОДА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*М.А. Авалян, П.С. Смирнова, студенты 4 курса лечебного факультета;*

*Л.А. Фомина*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель: д.м.н., доцент Л.А. Фомина*

**Ключевые слова:** *острый панкреатит; панкреонекроз; псевдокиста поджелудочной железы*

**Цель исследования.** Проанализировать клинический случай, демонстрирующий течение и исход острого панкреонекроза, псевдокисты поджелудочной железы (ПЖ), жидкостного образования в подпеченочной области и ферментной недостаточности до восстановления функции органа и исчезновения псевдокисты через 2 года после острого процесса.

**Материал и методы.** Проведен анализ клинической ситуации, в связи с этим использованы данные медицинской карты стационарного больного клинической больницы скорой медицинской помощи и медицинской карты амбулаторного больного поликлиники клинической больницы скорой медицинской помощи с изучением лабораторных и инструментальных методов исследования пациента. Публикация клинической ситуации проводится с согласия пациента (заполнено информированное добровольное согласие на публикацию клинической ситуации без личностных данных больного).

**Результаты исследования.** Женщина, 1983 г.р. с начала декабря 2017 года для снижения веса (на то время вес составлял 102 кг) соблюдала диету с существенным ограничением углеводов и жиров, за 3 недели вес снизился на 14,5 кг. Пищевые ограничения были закончены 30 декабря, в «Новогодние каникулы» объем пищи был небольшой, однако «праздничное меню» полностью не исключалось, алкоголь не употребляла.

11.01.18. после завтрака появилась распирающая интенсивная боль в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, тошнота, многократная рвота, была доставлена в приемное отделение КБСМП г. Твери, где проведены компьютерная томография (КТ) брюшной полости, клинический и биохимический анализы крови, осмотрена хирургом. Диагноз: острый панкреатит, геморрагический субтотальный панкреонекроз, парапанкреатический инфильтрат. Острые жидкостные скопления брюшной полости и забрюшинного пространства. Состояние при поступлении тяжелое, была госпитализирована в реанимационное отделение, где находилась с 11.02.18. по 25.02.18.

11.01.18. КТ брюшной полости — признаки острого деструктивного панкреатита с формированием инфильтрата и жидкостных забрюшинных скоплений с двух сто-



рон, больше выраженных справа до входа в малый таз. КТ грудной клетки — двухсторонний выпот в плевральных полостях. В анализах крови выраженный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение  $\alpha$ -амилазы, трансаминаз, фибриногена, СРБ.

В течение 3–4 недель отмечались лихорадка, отсутствие аппетита, выраженные боли в верхних отделах живота, тошнота, рвота, диарея. Получала массивную антибактериальную и инфузионную терапию, спазмолитики, холинолитики, анальгетики, аналог соматостатина. Проводились чрезкожные дренирования жидкостных скоплений под контролем УЗИ, пункция плевральных полостей. 16.02. КТ брюшной полости — формирование постнекротической псевдокисты ПЖ ( $62 \times 37 \times 24$  мм), жидкостное образование в подпеченочной области ( $74 \times 43 \times 28$  мм). Выписана на амбулаторное лечение 20.02.18. в стабильном состоянии.

В течение двух лет отмечала периодические боли в верхних отделах живота, связанные с нарушением питания (увеличением объема пищи), послабление стула до 2–3 раз в день. Соблюдала диету (стол № 5), отмечала «страх» приема пищи. Вес в течение 6–8 месяцев после выписки из стационара снизился на 5 кг, затем на фоне ферментных препаратов стабилизировался на уровне 54–55 кг. Наблюдалась у гастроэнтеролога с постоянным приемом ферментных препаратов, получала курсы спазмолитиков, М-холиноблокаторов, ингибиторов протонной помпы.

В динамике (2018–2020 годы) УЗИ/МРТ органов брюшной полости — псевдокиста ПЖ и ограниченная жидкость в правом подреберье, панкреатическая эластаза в кале 148 мкг/г., 133 мкг/г.

Заболевание оказало негативное влияние на психику больной: появилась выраженная лабильность настроения, прерывистый сон, периоды депрессивных состояний, не могла набрать вес, что также отражалось на психическом состоянии.

В июне 2020 года забеременела. Первая половина беременности с тяжелым токсикозом, вес снизился на 3 кг, анорексия. Затем самочувствие стабилизировалось, стала набирать вес, появился аппетит, уменьшились тошнота и болевые ощущения в животе, стул стал более оформленный, постоянно получала ферментные препараты. Роды без осложнений, самостоятельные. После родов не обращалась к гастроэнтерологу в течение 2 лет.

В настоящее время жалоб нет. Прием пищи 4 раза в день, порции небольшие, ограничений по продуктам нет. Вес 69 кг, рост 170 см, стул 1 раз в день, оформленный. УЗИ брюшной полости 23.03.23, 12.10.23 диффузные изменения ПЖ, копрограмма без патологии, панкреатическая эластаза в кале  $> 200$  мкг/г.

**Вывод.** Клиническая ситуация подтверждает возможность рассасывания псевдокисты ПЖ, полного восстановления ее функции после перенесенного субтотального панкреонекроза.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 20-25 ЛЕТ НА ОСНОВЕ ШКАЛЫ FRAMINGHAM-30

*Н.Ф. Азизов, студент 5 курса лечебного факультета, А.В. Щербаченко, студентка 5 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра факультетской терапии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент С.А. Воробьев*

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания; возраст 20-25 лет; шкала Framingham-30

**Актуальность проблемы.** Все современные шкалы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) валидизированы на популяции людей старше 30 лет. Однако наследственность и сформированные привычки влияют на здоровье человека с более раннего возраста и трудно поддаются коррекции.

**Цель исследования.** Определить риск развития ССЗ у лиц в возрасте 20-25 лет и выявить связь между риском возникновения ССЗ и уровнем осведомленности опрошенных в их профилактике.

**Материалы и методы.** Проведено анонимное анкетирование 268 респондентов в возрасте 20–25 лет на разработанном для данного исследования сайте [framingham30.ru](http://framingham30.ru). Ссылка на анкету размещалась в социальных сетях в открытом доступе, риск мог оценить любой желающий. Анкета включала в себя ряд вопросов из шкалы риска развития ССЗ Framingham-30 (возраст, пол, артериальное давление, рост, вес), а также род деятельности и социальный статус респондента — обучающегося медицинского вуза, обучающегося вуза немедицинского направления, работающий и др. В анкету также были включены классические факторы риска ССЗ: курение, наличие сахарного диабета, предрасположенность к сахарному диабету, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, наличие ССЗ у родителей. Средний возраст респондентов составил  $21,5 \pm 1,2$  года. Анкетирование прошли 190 (70,9 %) девушек и 78 (29,1 %) юношей. Респонденты были разделены на две группы по роду деятельности — 231 (86,19 %) студента-медика и 37 (13,81 %) «немедиков», возраст которых был сопоставим. Использовались методы описательной и аналитической статистики. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы Microsoft Excel.

**Результаты.** Вероятность возникновения ССЗ у всех респондентов в возрасте 20–25 лет в среднем составила 3,60 %, что было существенно выше нормальных (2,70 %) и оптимальных значений (2,20 %), автоматически и индивидуально рассчитываемых по шкале Framingham-30. У 107 (39,92 %) опрошенных в возрасте 20–25 лет был повышен индивидуальный риск возникновения ССЗ, то есть почти у каждого второго респондента. Установлено, что у группы студентов-меди-

ков риск развития ССЗ был статистически значимо меньше, чем в группе «немедиков» ( $p < 0,0067$ ; соответственно 3,32 % и 5,03 %). Наиболее частыми факторами риска развития ССЗ у пациентов 20–25 лет являлись: отягощенная наследственность (наличие ССЗ у родителей (31,7 %); наличие сахарного диабета в семье (26,1 %)), гиподинамия (31,7 %), курение (30,5 %). Артериальная гипертензия наблюдалась у 8,2 % опрошенных, при этом гипотензивные препараты принимали 1,1 % респондентов. Ожирение наблюдалось у 5,5 % участников опроса, на злоупотребление алкоголем указало 1,1 % респондентов, сахарный диабет отмечался у 0,37 % опрошенных.

**Выводы.** Почти у половины (39,92 %) респондентов 20–25 лет имеется повышенный риск возникновения ССЗ уже в молодом возрасте. Риск возникновения ССЗ был повышен, как в группе студентов-медиков, так и в группе лиц без медицинского образования, однако в группе студентов-медиков был сравнительно ниже. Среди факторов риска развития ССЗ преобладали модифицируемые – курение, гиподинамия, артериальная гипертензия, ожирение. Отягощенная наследственность отмечалась у каждого третьего пациента, и нередко комбинировалась с модифицируемыми факторами риска развития ССЗ. Возможно именно комбинация генетических факторов с привычками образа жизни, заложенными в юности, играет ведущую роль в возникновении ССЗ. Повышенный риск развития ССЗ, как у более осведомленных (студенты-медики), так и у менее осведомленных лиц (другие респонденты) по вопросам профилактики ССЗ, указывает не только на важность санитарно-просветительской работы, но и на необходимость активных действий каждого индивидуума в формировании привычек здорового образа жизни.

## КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАЗИТАРНОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА

*А.В. Алексеева, 5 курс лечебного факультета,  
Р.А. Демидова, 2 курс педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия  
Кафедра кардиологии ПДО  
Научный руководитель: д.м.н., доцент Е.Н. Чернышева*

**Ключевые слова:** эхинококкоз; эхинококкоз сердца; клинический случай; эхинококк

**Цель исследования.** Описать клинические и диагностические особенности проявления эхинококкоза сердца на примере клинического случая.

**Материалы и методы.** История заболевания пациента У. 22 года. Был проведён анализ клинических проявлений, диагностических исследований, данных оперативного лечения и послеоперационного периода.

**Результаты.** Пациент У. 22 года. Отмечал резкое ухудшение в состоянии здоровья 31.08, когда на фоне полного благополучия появились раздражающие боли за грудиной, обильный холодный пот, слабость. С предварительным диагнозом «ОКС» был экстренно госпитализирован в стационар по месту жительства. Зафиксировано АД 50/20 мм рт. ст., осмотрен терапевтом, выставлен диагноз «межреберная невралгия?», пациент отпущен домой. В течение последующих 4 дней пациент отмечал нарастание одышки, боль в животе. Обратился в поликлинику по месту жительства 05.09, проведена КТ брюшной полости, выявлено «многокамерное образование печени? с прорастанием в полость средостения», при ЭХО-КС заподозрен эхинококкоз сердца. В течение двух суток состояние с отрицательной динамикой — нарастание одышки до удушья, появление асцита, отеков. Самостоятельно 07.09 обратился в поликлинику ФЦССХ года с жалобами на боли в грудной клетке, в верхних отделах живота, одышку при минимальной физической нагрузке. По данным ЭХО-КГ — «ФВ — 77 %, в полости ЛЖ многокамерное образование, крепящееся и плотно связанное, вероятно инфильтрирующее боковую стенку ЛЖ, размером 6,45 × 4,1 см, площадью 37 кв. см. Гидроперикард. Гидроторакс. Жидкость в малом тазу».

Проведено обследование пациента. ОАК: лейкоциты —  $12,27 \cdot 10^9/\text{л}$  (4–9); гемоглобин — 136 г/л (135–160); эритроциты —  $4,63 \cdot 10^{12}/\text{л}$  (4,0–5,0); тромбоциты —  $284 \cdot 10^9/\text{л}$ ; абс. сод. Нейтрофилов —  $8,05 \cdot 10^9/\text{л}$  (1,56–6,13); эозинофилы — 14,8 % (0,5–5); СОЭ — 7 мм/час (1–10).

По данным биохимического анализа крови: АЛТ — 67,2 ед/л (до 46); АСТ — 38,6 ед/л (до 38); креатинин — 128 мкмоль/л (61–115); билирубин прямой — 6,9 мкмоль/л (0–3,4); глюкоза — 6,42 ммоль/л (3,88–5,83); С-реактивный белок — 25,77 мг/л (до 0,5). Pro BNP — 509, 2 пг/мл (0–125).

Пациенту проведена терапия ХСН (с 07–12.09.) с хорошим клиническим эффектом. Проведена операция: **Удаление эхинококковой кисты сердца от 12.09.** Интраоперационно диагностирован прорыв эхинококковой кисты в полость перикарда. Эхинококковая киста со множеством дочерних кист от 3 мм до 2 см. Содержимое кисты и фрагменты хитиновой оболочки удалены. Послеоперационный период в плановом порядке. Пациент выписан на 8 день.

**Обсуждение.** В виду того, что эхинококкоз, в том числе изолированное поражение сердца, является достаточно редкой патологией, диагностика данного заболевания может представлять трудности на амбулаторном этапе. Так на примере клинического случая, представленного в данной статье, пациенту первоначально были выставлены более «привычные» диагнозы — «межрёберная невралгия», «ОКС». Учитывая достаточно яркую клиническую картину и стремление пациента к обследованию, в данном случае достаточно быстро был выставлен клинический диагноз и проведено лечение. В настоящее время ведётся динамическое наблюдение за пациентом.

Вывод. Диагностика эхинококкоза имеет первостепенное значение, помогает обнаружить заболевание на начальной стадии. В приведенном примере описана достаточно быстрая диагностика, правильная тактика ведения пациента. Приводятся данные обследования и диагностического поиска.

## А.П. ЧЕХОВ И И.И. ЛЕВИТАН: ВЗАИМОВЛИЯНИЕ ДВУХ ГЕНИЕВ

*Ф. М. Алижанов, студент 4 курса лечебного факультета  
А.С. Сафонова, старший преподаватель кафедры русского языка  
Ю.В. Алгунова, доцент кафедры русского языка  
Кафедра русского языка  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Научные руководители: старший преподаватель А.С. Сафонова,  
доцент Ю.В. Алгунова*

**Ключевые слова:** писатель; художник; творцы

**Цель исследования:** рассмотреть биографии Левитана и Чехова, исследовать взаимовлияние художника и писателя, их близость в решении художественных задач, проанализировать работы русских литературоведов и критиков.

**Материалы и методы:** проведен анализ ранних рассказов А.П. Чехова («Степь», «Крыжовник» и др.) и произведений И.И. Левитана («Осенний день. Сокольники» (1879), «Весной в лесу» (1882), «Первая зелень. Май» (1883), «Мостик. Саввинская слобода» (1884), «Речка Истра» (1885), «У церковной стены» (1885), проанализированы работы русских литературоведов и критиков (Н.К. Михайловского, А.М. Скабичевского, М.А. Протопопова). Исследование было проведено на материале статей литературных критиков и исследователей; основными методами исследования стали аналитический, сравнительно-сопоставительный, историко-типологический, системно-типологический и культурологический.

**Результаты:** Анализ показал, что интерес литературоведов к биографии Левитана и Чехова не ослабевает на протяжении многих лет. Исследователи часто упоминают имена великих творцов рядом, отмечая близость писателя и живописца, их духовное родство, взаимовлияние творческих идей и подходов.

Познакомились писатель и художник в 1879 году, благодаря Николаю Павловичу Чехову, который на тот момент уже был дружен с молодым живописцем. И с этого момента судьбы двух деятелей искусства были неразрывно связаны.

Объединяли их не только дружба и духовное родство, но и удивительное сходство судеб: оба родились в 1960 году, оба прожили очень короткую, но яркую насыщенную жизнь, оба внесли вклад в отечественную и мировую культуру.

Первые публикации Чехова относятся к 1880 году, чуть раньше приходит успех и к Левитану: его картину «Осенний день. Сокольники» в 1879 году покупает П.М. Третьяков для своей коллекции.

Многое о взаимоотношениях Чехова и Левитана известно из их переписки, позволяющей воссоздать атмосферу времени, близость художников в восприятии мира. Дружба с Левитаном, восхищение его работами многое дали Чехову-писателю. Произведения 1880-х годов проникнуты чувством гармонии и красоты природы, оживающей в его произведениях, тонкой и глубокой эмоциональностью.

Так, в спокойную погоду природа могла казаться «кроткой и задумчивой», степь «улыбалась и сверкала росой», а «пепельно-седое кудрявое облако переглядывалось со степью». Основным методом писателя стало выражение тонких нюансов человеческой души через образы природы.

Как и Левитан, Чехов не скрывал восхищения великолепием родных просторов. Его работы проникнуты тонкой и глубокой эмоциональностью, горячей любовью к своей Родине. Так, в рассказе «Крыжовник» «в тихую погоду, когда вся природа казалась кроткой и задумчивой» герои думают о том, как «прекрасна эта страна». Левитан пишет художнику А.М. Васнецову: «Воображаю, какая прелесть теперь у нас на Руси, — реки разлились, оживает все... Нет лучше страны, чем Россия!»

У Левитана начала 1880-х годов много камерных, лаконичных, как чеховские рассказы, картин и этюдов, для которых характерны стремление передать настроение и особый дух места, воссоздать детали русских пейзажей: «Весной в лесу» (1882), «Первая зелень. Май» (1883), «Мостик. Саввинская слобода» (1884), «Речка Истра» (1885), «У церковной стены» (1885). Оба художника стремились к правдивому изображению действительности, делились общими ценностями и идеалами, такими как гармония, простота и естественность.

Многолетняя дружба художника и писателя породила множество легенд. Одна из них рассказывает о том, что Левитан вызывал Чехова на дуэль. Поводом послужил рассказ «Попрыгунья», в котором отражен роман Левитана с художницей С.П. Кувшинниковой. Позже отдельные черты личности живописца проступают в чеховской «Чайке», где, описывая Треплева, застрелившего чайку, автор подразумевает поступок Левитана-охотника. Однако художник принял пьесу и позже писал другу: «От нее веет той грустью, которой веет от жизни, когда всматриваешься в нее», — и в этих словах выражается их общее лирико-мистическое чувство природы.

**Выводы:** таким образом, основываясь на произведенном анализе, можно сказать, что жизнь и творчество крупнейших представителей русской культуры второй половины XIX века — пейзажиста Исаака Ильича Левитана и писателя Антона Павловича Чехова оставили след не только в отечественной, но и в мировой культуре. Параллели в живописи Левитана и прозе Чехова во многом объяснимы общей эпохой, в которую они жили, а также тесным общением и дружбой двух великих творцов XIX столетия.

## АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

*В.П. Алтынцева, А.Д. Гурьева, Н.А. Игнатова, студентки 4 курса  
фармацевтического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: к.б.н., И. А. Ломоносова*

**Ключевые слова:** гомеопатические препараты; ассортимент; заболевания верхних дыхательных путей

**Цель исследования:** анализ ассортимента гомеопатических препаратов для лечения заболеваний верхних дыхательных путей проводили на базе сайтов аптек «Планета здоровья», «Аптека.RU», «Аптека Плюс», «Вита экспресс», «Апрель».

**Материалы и методы:** сайт ГРЛС, сайт РЛС, справочник лекарственных препаратов Видаль, сайты аптек «Планета здоровья», «Аптека.RU», «Аптека Плюс», «Вита экспресс», «Апрель» и их мобильные приложения, Государственная Фармакопея РФ (14 издание); общенаучные методы.

**Результаты:** на российском фармацевтическом рынке представлено 40 гомеопатических препаратов для лечения заболеваний дыхательной системы, имеющих действующее регистрационное удостоверение. Данные препараты выпускаются в 7 лекарственных формах: капли для приема внутрь, гранулы гомеопатические, назальные капли, таблетки для рассасывания, таблетки подъязычные, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, сиропы. Наиболее распространенными лекарственными формами являются капли для приема внутрь (11 наименований), гранулы гомеопатические (10 наименований), таблетки для рассасывания (9 наименований), таблетки, покрытые пленочной оболочкой (5 наименований). Данные препараты выпускают четыре страны производителя: Россия, Франция, Австрия, Германия. Крупнейшим зарубежным производителем на российском фармацевтическом рынке является Германия, на её счет приходится 15 препаратов — это 37,5 % от всех рассмотренных средств. Среди немецких производителей можно выделить: Biologische Heilmittel Heel, Deutsche Homöopathie Union-Arzneimittel, Rottendorf Pharma GmbH, Dr. Willmar Schwabe. Препараты отечественного производства занимают 45 % российского рынка гомеопатических препаратов для лечения заболеваний дыхательной системы (18 средств). Наибольшее число средств отечественного производства приходится на фирму «ЭДАС» (15 наименований). Помимо перечисленного, 5 препаратов данной фармакологической группы ушли с российского фармацевтического рынка, вследствие ликвидации производителя (производитель — Веледа). Некоторые средства данной группы (4 препарата), находящиеся в обороте на территории России, имеют регистрационное удостове-



рение Германии, но производятся, либо упаковываются в России (торговые наименования «Синупрет», «Синупрет экстракт», «Тонзилгон Н», «Бронхипрет»).

Действующие вещества гомеопатических препаратов относятся к компонентам растительного (44 растения), животного (5 компонентов) и минерального происхождения (26 минералов). В Государственную Фармакопею РФ 14 издания включены 12 растений, что составляет 27,3 % от всех компонентов растительного происхождения, входящих в состав гомеопатических препаратов. В составе гомеопатических препаратов с наибольшей частотой встречаются Аконитум напеллус (Аконит синий), Атропа белладонна (Красавка обыкновенная), Бриония (Переступень) – 8 препаратов (18 %), Гепар сульфурис калькареум (Серная кальциевая печень), Ипекакуана (рвотный корень) – 6 препаратов (13 %).

**Выводы:** на российском фармацевтическом рынке гомеопатические препараты для лечения заболеваний дыхательных путей являются востребованными и представлены разнообразными лекарственными формами, действующими веществами растительного, животного и минерального происхождения, российскими и зарубежными производителями. Данные препараты присутствуют в ассортименте как Интернет-аптек, так и офлайн-аптек. Некоторые препараты данной лекарственной группы были исключены из реестра лекарственных препаратов вследствие ликвидации производства.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНЗИТОРНЫХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ ИХ МАТЕРЕЙ

*А. Е. Алябьева, Н. О. Гурина студентки 6 курса педиатрического факультета;  
О. Б. Федерякина  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра педиатрии педиатрического факультета  
Научный руководитель: доцент, к.м.н. О.Б. Федерякина*

**Ключевые слова:** транзиторные состояния; новорожденные; естественные роды; кесарево сечение

**Актуальность.** Транзиторные состояния — это индивидуальные реакции новорожденных, возникающие на границе антенатального и постнатального периодов, отражающие процесс приспособления ребенка к родам и к новым условиям жизни. Процессы адаптации у детей, рожденных при операции кесарева сечения (КС), протекают более напряженно, чем при естественных родах, из-за отсутствия должной активации симпатoadреналовой системы. Данная система играет особую роль в кровоснабжении сердца и головного мозга, а также в стимуляции сурфактантной системы легких, поэтому особенно важно обратить внимание на течение процессов адаптации в неонатальном периоде у детей, рожденных посредством абдоминального родоразрешения, чтобы не пропустить за их маской серьезной патологии.

**Цель исследования:** выявить особенности течения адаптационных процессов у новорожденных в зависимости от вида родоразрешения их матерей.

**Материалы и методы:** в ходе исследования были изучены истории развития 62 новорожденных, из которых половина детей (31 ребенок) были рождены путем операции КС (основная группа), а другая половина (31 ребенок) — в результате спонтанных родов (группа сравнения). КС у матерей детей основной группы проведено по таким показаниям, как гипоксия плода, многоплодная беременность, особенности предлежания плода, соматическая и экстрагенитальная патология у матерей.

**Результаты:** при анализе максимальной убыли массы тела было обнаружено, что она отмечалась на третьи сутки. Несколько большая убыль массы была характерна для детей основной группы. Она составляла в среднем  $7,3 \pm 0,61$  %, в то время как потеря в весе в группе сравнения —  $6,6 \pm 0,43$  % ( $p > 0,05$ ). Следует отметить, что степень убыли массы тела не зависела от пола ребенка.

Физиологическая желтуха встречалась в обеих группах, но ее интенсивность в контрольной группе была несколько выше. Чаще всего у детей при естественных родах она появлялась на третьи сутки с результатами по Билитесту от 20 до 29 (среднее значение  $24,5 \pm 1,25$ ) и второй зоной по Крамеру. У детей основной группы среднее значение по Билитесту на третьи сутки не превышало 20 и составляло  $12,5 \pm 1,36$  ( $p < 0,05$ ).

У детей, рожденных путем КС, присутствовала токсическая эритема. Чаще всего эритема проявлялась на 2-е сутки в виде единичных пятнисто-папулезных элементов на конечностях. У новорожденных группы сравнения данное транзиторное состояние возникало реже.

Половой криз встречался на 2–3-и сутки у одинакового числа детей из каждой группы ( $p > 0,05$ ).

**Обсуждение результатов:** течение транзиторных состояний у детей, рожденных в результате КС и от естественных родов, имеет ряд различий. Желтушный синдром встречался в обеих группах детей, средний срок его появления в обеих группах составил конец 2-х или начало 3-х суток. В то же время начавшаяся желтуха была более интенсивной у детей от естественных родов. Это можно объяснить недостаточным поступлением молока в первые дни жизни. Дети после КС получали энтеральное питание адаптированной смесью в должном объеме.

Максимальная убыль массы тела у детей, рожденных путем КС, была несколько выше, так как новорожденные позже прикладывались к груди, чем при естественном родоразрешении, и, соответственно, становление лактации происходило в таком случае медленнее.

У детей, рожденных путем КС, токсическая эритема была более выражена, чаще всего она появлялась на 2–3-и сутки в виде пятнисто-папулезных высыпаний. По-видимому, это обусловлено недостаточным формированием микробиоты кишечника, так как не было прохождения малыша через естественные родовые пути, и ребенка начинали кормить смесью.

**Заключение:** В данной работе хотелось бы обратить внимание на особенности течения транзиторных состояний у детей, рожденных посредством операции КС, вследствие гипоксии плода, различной соматической и экстрагенитальной патологии у матерей. Отсутствие у таких малышей естественного механизма родов, а также недостаточная активация симпатoadреналовой системы приводят к менее благоприятному течению адаптационных состояний. Такие дети нуждаются в более тщательном наблюдении на педиатрическом участке.

Следует учитывать, что в связи с принятой в настоящее время ранней выпиской новорожденных из родильного дома на 3–4-и сутки многие транзиторные состояния проходят мимо взгляда врача-неонатолога и обнаруживаются уже на педиатрическом участке.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ТАКОЦУБО НА ФОНЕ СТРЕССОВОГО ФАКТОРА

*А.К. Амоналиева Насибахон, М.А.Кхан, студенты  
6 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.В. Караева*

**Ключевые слова:** синдром Такоцубо; стресс индуцированная кардиомиопатия; гипердиагностика ИБС

**Цель исследования:** описать клинический случай кардиомиопатии Такоцубо на фоне стрессового фактора.

**Материалы и методы:** больная 61 года, заболела остро после ссоры с соседкой; через 1 час появилось чувство жжения за грудиной, чувство нехватки воздуха, одышка. Принимала: валидол 2 таблетки, без эффекта. Из анамнеза: около 5 лет иногда отмечает повышение артериального давления (АД) до 130–135/80 — 85 мм рт. ст., адаптирована к 115–120/70 мм рт. ст., препараты не принимает. Вредных привычек нет. Мать страдала артериальной гипертензией. В сопровождении дочери обратилась к кардиологу.

Рост 157 см, вес 68 кг, ИМТ 27,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожа обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 19 в минуту, ЧСС 65 в минуту, ритмичный. АД 130/82, мм рт. ст. Границы сердца расширены влево +1,0 см от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, периферических отеков нет. ЭКГ: ритм синусовый, 76 в минуту, электрическая ось отклонена влево, Инверсия зубца Т в II, III, AVF; V1-V6 признаки Q негативного передне-распространенного инфаркта миокарда левого желудочка (ЛЖ). Экспресс тест на тропонин положительный. ЭХО-КС от 02.2015: глобальная систолическая функция ЛЖ умеренно снижена до 42 %. Диастолическая дисфункция 1 типа. Полости сердца не расширены. Нарушения сократимости в виде диффузного акинеза базального, среднего и верхушечного сегмента, передней стенки ЛЖ. Митральная регургитация 1 ст.

Предварительный диагноз: ИБС, Q негативный передне-распространенный инфаркт миокарда ЛЖ. Экстренно было дано 3 таблетки нитроглицерина с интервалом 5 мин, Анаприлина 40 мг, Аспирин 300 мг, Копидогрель 300 мг. Больная была доставлена в сосудистый центр ГБУЗ №6. В кардиологическом отделении при поступлении: высокочувствительный тропонин I — 2,89 нг/мл, со снижением до 0,48 нг/мл на 2-е сутки. В биохимическом анализе крови: были повышены трансаминазы: АСТ — 81 Ед/л, АЛТ — 44 Ед/л, со снижением на 3-и сутки до 51 Ед/л и 24 Ед/л соответственно. Коронароангиография: ствол, левая коронарная артерия, диагональная ветвь передняя нисходящая артерия, ветви тупого края, правая ко-

ронарная артерия с ровными контурами — без гемодинамически значимых сужений, без стенозов, с ровными контурами, проходимы. Заключение: сбалансированный тип кровоснабжения миокарда. На фоне проводимой терапии (бета-блокаторы, статины, антикоагулянты, антиагреганты, иАПФ, диуретики) состояние больной улучшилось. ЭКГ в динамике на 9-е сутки: ритм синусовый 62 уд/мин. Исчезла инверсия зубца Т в отведениях II, III, AVF, V1-V6. Положительная динамика. ЭХО-КС на 6-е сутки — улучшение систолической и диастолической функции ЛЖ. Фракция выброса по Симпсону — 67 %, на момент исследования грубых четких зон нарушения локальной сократимости ЛЖ не выявлено. Учитывая положительную динамику, ЭКГ, ЭХО-КС, а также с учетом клиники, анамнеза и данных лабораторных исследований диагноз был изменен на стресс-индуцированную кардиомиопатию (синдром Такоцубо).

Выводы: данный клинический случай подчеркивает опасность возникновения синдрома Такоцубо у пациенток, подверженных стрессовому фактору и хроническим заболеваниям. Это позволит минимизировать гипердиагностику ИБС.

## НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА АЗАРИЯ ЯКОВЛЕВИЧА КАТЦА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

*Е.А. Антонова, К.И. Крылова, студентки 3 курса стоматологического факультета*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра безопасности жизнедеятельности*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент И.А. Жмакин*

**Ключевые слова:** Катц Азарий Яковлевич; Великая Отечественная война; ортопедическая стоматология; Ленинградский стоматологический институт; Молотовский стоматологический институт

**Цель исследования:** изучить биографию А.Я. Катца и его вклад в развитие медицины в годы Великой Отечественной войны.

**Материалы и методы:** изучены и проанализированы современные литературные источники и интернет-ресурсы, а также непосредственно статьи самого Азария Яковлевича, написанные им в период работы в Молотовском стоматологическом институте.

**Результаты:** Азарий Яковлевич Катц (1883–1952 гг.) — доктор медицинских наук (1935), профессор (1936), ортопед-стоматолог. В 1923 году он окончил Военно-медицинскую академию, до 1929 года работал в Научно-практическом стоматологическом институте, а в 1936 г. был назначен заведующим кафедрой ортопедической стоматологии в Ленинградском стоматологическом институте (ЛСИ). А.Я. Катц изучил влияние ортодонтических конструкций на состояние челюстных костей и мышц. Он внедрил в ортодонтическую стоматологию понятия «функциональные норма и патология», давшие начало функциональному направлению в ортодонтии. Им были разработаны стоматологические корректирующие приспособления (специальные коронки-оболочки, прикусная пластинка, пружинящие брекеты). Он автор методов лечения «щелкающего» височно-нижнечелюстного сустава, также он предложил определение понятия «артикуляция». Научная деятельность А.Я. Катца оказала существенное влияние на развитие военной стоматологии в годы Великой Отечественной войны. Во время блокады Ленинграда и эвакуации ЛСИ профессор А.Я. Катц был переведен в г. Молотов, о чем свидетельствуют найденные в библиотеке Тверского государственного медицинского университета научные журналы со штампом Молотовского института. Там его деятельность была направлена на разработку ряда аппаратов и методик, позволяющих оказать необходимую помощь солдатам и офицерам с огнестрельными ранениями челюстей. В эти годы он создал простой и оригинальный аппарат для исправления неправильного положения отломков при переломах нижней челюсти (Григорьева Т.А., Полунина Е.В. Стоматологи и челюстно-лицевые хирурги Ленинградского стоматологического института — фронту. Курск. 2021. С. 94–103).

Результаты своих исследований он изложил в научных статьях, опубликованных в журнале «Стоматология». В своей работе «Функциональные методы лечения огнестрельных ранений челюстей» А.Я. Катц рассмотрел в качестве основного лечебного фактора функцию поврежденного органа (Стоматология. 1944. №1. С. 35–38). В 1942 г. профессор А.Я. Катц предложил использование съемных шин из каучука или пластмассы, которые изготавливаются по правильно установленным отломкам нижней челюсти при помощи аппарата с пружинящими рычагами. Это обеспечивало правильное положение и надежную фиксацию отломков. Свои наработки он изложил в работе «Съемные и несъемные шины и шинирующие протезы» (Стоматология. 1944. №2. С. 48–53). После окончания войны Азарий Яковлевич в 1946 г. вернулся в г. Ленинград. После возвращения в родной город он был избран заведующим кафедрой ортопедической стоматологии ЛСИ, который к этому времени был эвакуирован из г. Красноярска (Жмакин И.А., Улупова Г.А. Подвиг мужества и стойкости. Тверь. 2021. 351 с.). Помимо научной деятельности Азарий Яковлевич проявил себя как замечательный педагог, подготовивший много специалистов по ортопедической стоматологии, научных работников и преподавателей. Благодаря своим идеям, существенно повлиявшим на дальнейшее развитие ортопедической стоматологии, А.Я. Катц получил заслуженный высокий авторитет среди научных и практических работников стоматологии всей страны. Правительство высоко оценило заслуги профессора А.Я. Катца перед Родиной. Он был награжден орденом Трудового Красного Знамени. Азарий Яковлевич скончался 29 октября 1952 года на 70-м году жизни в отделении 1-го Военно-морского госпиталя (Иорданишвили А.К. Азарий Яковлевич Катц — основоположник отечественной ортопедической стоматологии. Санкт-Петербург. 2019. С. 13–14.).

**Выводы:** профессор Азарий Яковлевич Катц был выдающимся научным деятелем, замечательным специалистом и педагогом. Его по праву можно назвать основоположником ортодонтического направления в стоматологии. Будучи вовлеченным в свою профессиональную деятельность, он разработал большое количество ортодонтических аппаратов и методик лечения. В период Великой Отечественной войны А.Я. Катц, находясь в городе Молотове, посвятил свою деятельность помощи солдатам с челюстно-лицевыми ранениями и тем самым внес неоценимый вклад в развитие военной стоматологии.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ БЕККЕРА

*А.К. Арсамакова, С.А. Изиева студенты 4 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.В. Сороковикова*

**Ключевые слова:** мышечная дистрофия Беккера; нейромышечное заболевание; креатинфосфокиназа; дистрофин

**Цель исследования:** изучить клинический случай нейромышечного заболевания у трехлетнего ребенка.

**Материал и методы исследования:** анализ амбулаторной карты и выписки из истории болезни ребенка с нейромышечным заболеванием.

**Результаты:** на амбулаторный прием к врачу-неврологу обратились родители с трехлетним ребенком, которые предъявляли жалобы на повышенную возбудимость, беспокойный сон, боли в ножках и периодическую ходьбу на цыпочках, занимающую около 5–10 % времени. Неврологом было назначено лечение и рекомендован осмотр ребенка в динамике.

Через четыре месяца при повторном визите к неврологу сохранялись жалобы на повышенную возбудимость, появились боли в нижних конечностях, ходьба на цыпочках составляла уже 10–20 % от общего времени, проведенного на ногах. В неврологическом статусе: в сфере черепных нервов лицо симметричное, наблюдается повышение глоточного рефлекса, язык по средней линии. Мышечный тонус удовлетворительный, сила мышц 5 баллов, координационные пробы выполняет по возрасту. Отмечается незначительное увеличение в объеме икроножных мышц, при пальпации мышцы плотные и упругие. Чувствительность не нарушена, тазовых нарушений нет. Неврологом было заподозрено нейромышечное заболевание Дюшенна-Беккера, в связи с чем был назначен биохимический анализ крови на определение уровня АЛТ, АСТ, креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы. В полученных результатах было выявлено незначительное повышение показателей: АЛТ 43,96 Ед/л (референсные значения 0–29,0), АСТ 81,92 Ед/л (референсные значения 0–59), КФК 907,13 Ед/л (референсные значения 0–171), ЛДГ 371,89 Ед/л (референсные значения 110,00–295,00). В связи с чем пациент был направлен на консультацию к врачу-генетику и на проведение стимуляционной электронейромиографии нижних конечностей. При проведении электронейромиографии по исследуемым нервам патологии не обнаружено. После ребенок поступил в стационар неврологического отделения областной клинической детской больницы на дальнейшее обследование, где были проведены консультации офтальмолога, ЛОРа, врача-генетика. Пациенту при выписке был выставлен диагноз: G96.8 другие заболевания центральной нервной системы.



После выписки из стационара был повторно осмотрен неврологом амбулаторно, ребенок был направлен в медико-генетический центр имени академика Н.П. Бочкова на проведение генетического анализа: поиск мутаций в гене, отвечающий за выработку белка дистрофина. В полученных результатах анализа была обнаружена делеция 48–51 гена DMD в гемизиготном состоянии, не приводящая к сдвигу рамки считывания, что характерно для клинической формы заболевания — мышечной дистрофии Беккера. Амбулаторно осмотрен кардиологом, проведена доплерэхокардиография, были выявлены признаки малой аномалии сердца (диагональные, поперечные трабекулы левого желудочка). Размеры полостей сердца соответствуют возрастной норме, скоростные показатели не изменены. Систолическая функция миокарда не изменена.

**Выводы:** таким образом, необходимо повысить настороженность врачей-неврологов на предмет нейромышечных заболеваний несмотря на ранний детский возраст и неспецифические жалобы, такие как: беспокойный сон, эмоциональная лабильность, периодическая ходьба на носочках и боли в ногах направлять детей на медико-генетическое обследование.

## ЗООМОРФНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧЕЛОВЕКА В РУССКОЙ ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЕ МИРА

*С.И. Афанасьева, студентка 2 курса стоматологического факультета;*

*Н.Н. Толкачева*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра русского языка*

*Научный руководитель: старший преподаватель кафедры Н.Н. Толкачева*

**Ключевые слова:** зооморфная характеристика человека; оценочная характеристика; зооморфная метафора; животное

**Цель исследования:** провести анализ зооморфной оценки человека в русской языковой картине мира.

**Материалом исследования** послужили тексты русских народных сказок, русские фразеологические обороты, пословицы.

В работе представлен лингвокультурологический метод исследования.

**Результаты:** слово «зооморфный» отсылает нас к греческому языку и может быть переведено как «имеющий сходство с животными». В нашей работе пойдет речь об оценочной характеристике человека, выражающейся в зооморфной метафоре. Надо отметить, что оценочная характеристика человека через наименования животного в русской языковой картине мира частотна и разнообразна. Зооморфная характеристика человека употребляется в художественной литературе, в устном народном творчестве, в разговорной речи. Для зооморфной характеристики человека применяются существительные, наречия, глаголы, прилагательные, образованные от наименований животных (слон, ишачить, по-черепашьи, медвежья походка). С помощью сопоставления с животным человека можно охарактеризовать с различных сторон. Например: описание внешности человека (слон и бегемот — внешне грузный, крупный человек, а газель и лань — стройный и грациозный), характеристики личности (сорока — болтливая женщина, ворона — рассеянный человек), особенности поведения (раскудахтались как куры — громко обсуждать, хамелеон — человек, часто меняющий свои убеждения), место человека в обществе (светская львица — женщина, активно участвующая в светской жизни, птенец — молодой и неопытный человек, жестокий и кровожадный человек — акула). В русской языковой картине мира оценка человека через животное, как правило, отрицательная. Например, упрямого человека назовут ослом, нечистоплотного — свиньей, хитрого — лисой, коварного — змеей, язвительного — ехидной). В некоторой степени эта традиция восходит к устному народному творчеству, к русским сказкам (заяц труслив, лиса хитра и тд.). Этот же прием нашел свое отражение в жанре басни (И.А. Крылов «Ворона и лисица», «Свинья под дубом», «Стрекоза и муравей», «Слон и Моська») и детской литературе («Кошкин дом»,

«Муха Цокотуха»). Стоит вспомнить и русскую литературу (Н.В. Гоголь «Мертвые души», В.В. Маяковский «Клоп», В. Пелевин «Жизнь насекомых»).

Отметим, что в некоторых случаях отсылка к животному служит не только отрицательной, но и положительной характеристикой человека. Например, пчелой и муравьем обозначают старательного и трудолюбивого работника, а если хотят дать оценку опытному и знающему человеку, то делают это с помощью лексемы зубр.

Большое количество лексем, с положительной характеристикой человека это наименования птиц. Образы птиц являются символами положительных, даже идеальных героев и обладают яркой метафорической выразительностью. Вспомним знаменитую песню Я. Френкеля «Журавли» на стихи Р. Гамзатова. В национальном языковом сознании птица ассоциируется и со свободой, высшими достижениями (орел).

**Выводы:** в русском языке для оценочной характеристики человека, его внешности, личностных качеств, поведения, статуса часто употребляется лексика, которая объединена понятием «животные». Зооморфная характеристика – чрезвычайно выразительное средство оценки человека в русской языковой картине мира. Данная тема может иметь практическую значимость в преподавании русского языка как иностранного и требует более подробного исследования.

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Т.А. Ахаткулов, клиническая ординатура 2-курс,  
Х.Э. Исроилов, студент 6 курса лечебного факультета  
Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд,  
Узбекистан  
кафедра Травматологии и ортопедии  
Научный руководитель: PhD, А.А. Ахтамов*

Лечение врожденной косолапости у детей младшего возраста является одной из сложных проблем детской ортопедии. Эта врожденная патология выявляется у 1–2 детей на 1000 новорожденных и без надлежащего лечения может приводить к инвалидности. По данным некоторых авторов врожденная косолапость составляет 36–40 % в структуре ортопедических заболеваний у детей.

Сочетание с другой врожденной патологией (врожденный вывих бедра, врожденная мышечная кривошея и др.) наблюдается примерно у 10 % больных. Лечение врожденной косолапости посвящено большое число работ. Однако и сегодня данная проблема сохраняет свою актуальность. Это связано с тяжестью и разнообразием форм врожденной косолапости, а также с выраженной склонностью данной патологии к рецидивированию. Раннее начало консервативного лечения косолапости резко снижает травматизацию при редрессации косолапости, что способствует более широкому применению щадящих методов редрессаций без существенной травматизации пациента и без применения наркоза.

Следует отметить, что до настоящего времени основным средством фиксации стопы при лечении врожденной косолапости остаётся гипсовая повязка, предложенная ещё в 1852 году Н.И. Пироговым.

Как в нашей стране, так и за рубежом разработаны многочисленные конструкции аппаратов, шин и других приспособлений с постоянным редрессирующим воздействием на стопу без ограничения подвижности голеностопного сустава. Однако широкое применение они не нашли.

Все методики, применяемые при лечении врожденной косолапости, основаны на принципах постепенной одновременной коррекции всех элементов деформации (эквинуса, варуса, супинации) этапными гипсовыми повязками.

**Цель работы:** анализ результатов консервативного лечения детей грудного возраста с врожденной косолапостью.

**Материал и методы.** В анализ включены результаты лечения 42 больных в возрасте от 7 дней до 3 месяцев, лечившихся консервативно по поводу врожденной косолапости. Сроки наблюдения составили от 1 года до 5 лет.

**Результаты.** Для лечения врожденной косолапости нами применялось этапное гипсование по методике Виленского, Понсетти и Зацепина, что связано с длительным периодом иммобилизации.

Этапы коррекций по методике Зацепина:

I этап: производится отведение переднего отдела стопы одновременно с накатыванием ладьевидной кости на головку тарана;

II этап: ротация стопы с целью выведения под нагрузку тыльной поверхности таранной кости, которая развернута кнаружи;

III этап: коленный сустав удерживается в среднем положении по отношению к оси голени. При таком положении торсия костей голени постепенно устраняется. Придание стопе положения тыльной флексии выполняется каждое через 2 недели, до того момента, когда стопа легко выводится в положение гиперкоррекции.

Достигнутая коррекция поддерживается гипсовым тутором и ортопедической обувью.

При сложных (III–IV степени) случаях на 3-й месяц от начала лечения производим полную коррекцию эквино-варусной деформации стоп. Устранение эквинуса производится путём придания стопе положения тыльной флексии. Коленный сустав приводим в положение сгибания под углом  $150^\circ$  и внутренней ротации голени до  $30\text{--}35^\circ$  и фиксируем циркулярной гипсовой повязкой до средней трети бедра.

Выполнение комплекса мануальных коррекций одновременно с фиксацией гипсовой повязкой позволяет достигнуть желаемого результата.

После окончания лечения ребенок нуждается в наблюдении до 5–7 лет для своевременного выявления возможного рецидива.

С целью профилактики возможного рецидива всем больным до 5 лет рекомендуем ортопедическую обувь.

Результаты лечения врожденной косолапости по методике ЦИТО прослежены в сроки от 1 года до 5 лет.

Хороший результат (больной нормально ходит, опираясь на всю подошвенную поверхность стопы) достигнут у 64,6 % пациентов.

Удовлетворительный результат (не удалось достичь гиперкоррекции, однако больной хорошо ходит, опираясь на всю подошвенную поверхность стоп, при этом сохраняется незначительное приведение переднего отдела стопы) получен в 24,2 % случаев,

Неудовлетворительный результат (несмотря на проведение комплекса консервативного лечения, желаемого результата не получено и рекомендовано оперативное лечение) отмечен у 11,2 % больных.

**Выводы:** своевременность, преемственность, доступность высокоэффективных методов и комбинированное применение способов консервативной терапии позволяет улучшить результаты лечения врожденной косолапости.

## АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Л.У. Ахматов, К. Мухсинов резидент магистратура 3 курс, С.А. Бекмуродова студент 4 курса медико-педагогический факультета Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан  
кафедра Травматологии и ортопедии  
Научный руководитель: Доцент, к.м.н. А. Ахтамов*

**Актуальность темы.** Если вопросы диагностики и лечения врожденного вывиха бедра у детей на первом году жизни достаточно разработаны и широко освещены в литературе, то методы выявления патологии в условиях родильного дома и ранние лечебные мероприятия в этом возрасте носят противоречивый характер и оказывают влияние на неблагоприятные исходы.

**Цель.** Лечение врождённого вывиха бедра у детей состоит в том, чтобы не только вправить головку во впадину, но и создать анатомически стабильный, функционально полноценный сустав, а также уменьшить инвалидность.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 45 детей с врождённым вывихом бедра, в том числе 11 двухсторонних суставов, в возрасте от 1 мес. до 12 лет (всего 56 суставов).

В последние годы нарастает число детей с поражением центральной нервной системы и гипертензионным синдромом, который сопровождается гипертонусом мышц. Следовательно, диагностика представляет значительные трудности. Лечение и диспансеризацию детей с врождённым вывихом бедра необходимо проводить совместно с педиатрами и невропатологами.

Детям в возрасте до 1 мес. производят свободное пеленание и лечебную гимнастику, направленную на ликвидацию приводящей контрактуры бедер.

При лечении врождённой дисплазии тазобедренного сустава у детей в возрасте 1–2 мес. применяют отводящие функциональные приспособления: распашонку-стремена, подушку Фрейка, повязку-лифчик Шнейдерова. Начиная с 1 мес. ребёнку надевают шину ЦИТО (до 3 мес. ребёнку надевают шину № 1, 6 мес. — № 2, 12 мес. — № 3).

Как правило, период самовправления длится 6–10 сут. и более. Поэтому в этот период не разрешается купать ребёнка и снимать отводящие приспособления. При сгибании бедер под углом 75–80° и отведении их под углом 70–75° достигается центрирование головки бедренной кости в вертлужную впадину.

При полном вывихе бедра лечение на шине длится 5–6 мес. а при подвывихах и дисплазии суставов — 2–3 мес. Длительность лечения на абдукционной шине зависит от развития крыш вертлужных впадин.

При предвывихе и подвывихе бедра стремена (шины) обеспечивают хороший контакт суставных концов и создают благоприятные условия для дальнейшего развития тазобедренных суставов.

При изучении формирования тазобедренного сустава и результатов лечения у 435 детей в возрасте от 3 до 10 лет с дисплазией и врожденным вывихом бедра установлено, что чем раньше было начато лечение, тем раньше нормализовались рентгенологические показатели.

Так, у 99 % детей с дисплазией тазобедренного сустава, которых начали лечить в возрасте до 3 мес. анатомия и функция конечности восстановились полностью. У 10 % детей, которых начали лечить в возрасте 4–6 мес. через 3–10 лет на рентгенограмме выявляли признаки дисплазии.

У 87,1 % детей с врожденным вывихом бедра, которых начали лечить в возрасте до 3 мес. получены хорошие анатомо-функциональные результаты.

Выводы:

1. Необходимо проводить ранние осмотры, начиная с родильного дома;
2. Осуществлять пропаганду знаний среди населения о патологии детского опорно-двигательного аппарата;
3. Организовать санитарно-просветительскую работу среди педиатров, хирургов и ортопедов, добиваясь «ортопедической настороженности»;
4. Проводить полную диспансеризацию и учет детей с данной патологией;
5. Разъяснять экономическую целесообразность раннего выявления и лечения врожденного вывиха бедра.

## АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*В.Д. Барановский студент 4 курса лечебного факультета,  
Л.В. Чичановская, О.Н. Бахарева, А.А. Виноградова, В.С. Бахарева  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Российская Федерация  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научный руководитель: доц., к.м.н. О.Н. Бахарева*

**Ключевые слова:** ишемический инсульт; геморрагический инсульт; летальность

**Цель исследования.** Изучить динамику летальности инсульта в до- и ковидном периоде.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ отчетной документации об организации оказания медицинской помощи в ОРИТ и ПСО ГБУЗ «Ржевская ЦРБ» за период с 2018 по 2023 год.

В исследовании учитывались показатели: количество пролеченных с диагнозом ОНМК, доля ишемического и геморрагического инсульта, летальность при ишемическом и геморрагическом инсультах. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ «Microsoft Excel».

**Результаты.** Учитывая, что летальность сосудистых заболеваний является «лакмусовой бумажкой» уровня оказания лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, представляло интерес изучение частоты заболеваемости и летальности в до- и ковидном периоде. Оказало, что если в доковидном периоде (2018-2019 год) количество пациентов, поступивших в ПСО с диагнозом ОНМК было относительно стабильным и составило, соответственно 865, 907 человек. То в период распространения коронавирусной инфекции (в 2020–2023 годах) зафиксирована отчетливая тенденция роста случаев ОНМК, соответственно 829, 1023, 1013, 1028 человек. При изучении структуры ОНМК оказалось, что соотношение ишемического и геморрагического инсульта как до- так и ковидном периоде сохранялось стабильным. Так доля ишемического инсульта за период 2018–2023 гг. составила, соответственно 783 (91 %), 834 (92 %), 765 (92 %), 922 (90 %), 921 (91 %), 955 (93 %), а геморрагического инсульта, соответственно 74 (9 %), 73 (8 %), 64 (8 %), 101 (10 %), 92 (9 %), 73 (7 %).

Однако динамика летальности в период распространения коронавирусной инфекции, особенно в 2021 году как ишемического, так и геморрагического инсульта была неблагоприятной, что было связано как с большими организационными проблемами в связи с масштабным реформированием коечного фонда и ресурсов здравоохранения, а также с массовыми ограничительными мероприятиями, а также снижением уровня профилактических программ. Так если в доковидном периоде уровень летальности при ишемическом инсульте составил, соответственно 101 (13 %), 130 (16 %), то в период распространения коронавирусной



инфекции, соответственно 126 (17 %), 209 (23 %), 127 (14 %), 100 (11 %). При геморрагическом инсульте выявлена аналогичная тенденция. Так в период 2018-2019 гг. уровень летальности составил, соответственно 29 (40 %), 33 (45 %), в период 2020–2023 гг, соответственно 28 (44 %), 61 (61 %), 43 (47 %), 34 (47 %).

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют об изменении эпидемиологических характеристик ОНМК в период распространения коронавирусной инфекции, что связано как с патогенетическими, так и организационными аспектами ведения больных с данной патологией, а также низкой своевременной обращаемостью больных за медицинской помощью из-за страха заражения коронавирусной инфекцией. Вследствие чего в стационар поступали пациенты с уже с развернутой клинической картиной ОНМК, что значительно увеличивает риск летальности данной категории больных. Кроме того, угрожающе высокая летальность геморрагического инсульта требует разработки превентивных профилактических мероприятий даже в условиях ограничительных мер новых инфекционных вызовов.

## ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ЗАПОРОВ У ПОЖИЛЫХ

*М.В. Баукин, А.В. Кошелева, Л.А. Савина, Е.С. Кочнева,  
6 курс, лечебный факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Ю. Колесникова*

**Ключевые слова:** *пожилые пациенты; запор; слабительные*

**Цель исследования:** анализ клинической практики лечения запора в сопоставлении с данными опроса пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих запорами, и провизоров.

**Материалы и методы:** проведено добровольное анкетирование 62 пожилых амбулаторных пациентов, страдающих запорами (14 мужчин, 48 женщин; медиана возраста 70 лет), 31 врача терапевта участкового, а также 31 сотрудника аптечной сети. В исследование включались пациенты старше 65 лет, имеющие более чем полугодовой анамнез запоров, без признаков иных заболеваний (кровь в кале, немотивированное похудание, болевой абдоминальный синдром). У всех опрошенных выяснялось их мнение по поводу немедикаментозных подходов к коррекции запоров (диетические и режимные рекомендации), применение лаксативов различных групп, их эффективности и переносимости.

**Результаты:** 25 (40,3 %) пациентов запоры беспокоили свыше 10 лет, при этом менее 3 дефекаций в неделю отмечали 24 (38,7 %) опрошенных, менее двух — 11 (17,7 %), а менее одного раза в неделю — 4 (6,5 %) пациента. При уточнении соблюдения рекомендованной при запоре диеты выяснено, что адекватное количество клетчатки употребляли только 22 (35,5 %) респондента, кисломолочные продукты — 18 (29,0 %) человек, достаточное количество жидкости выпивали 12 (19,4 %) опрошенных. Среди причин невыполнения диетических рекомендаций пациенты наиболее часто называли собственную неосведомленность — 18 (29,0 %), неудовлетворенность в связи с однообразием и неприемлемыми вкусовыми качествами пищи — 16 (25,8 %), а также неэффективность диеты — 4 (6,5 %). Рекомендованная при запоре физическая активность выполнялась только 21 (33,9 %) человеком. Врачи сообщали об информировании пациентов с запорами в отношении диетических рекомендаций и оптимального уровня двигательной активности в письменном виде (памятки) в 15 (48,4 %) и 7 (22,6 %) случаях, соответственно, в подробном устном — 12 (38,7 %) и 15 (48,4 %), в кратком устном — 3 (9,7 %) и 9 (29,0 %).

Регулярно принимал слабительные 31 (50,0 %) пациент, эпизодически — 22 (35,5 %) респондента. Самыми популярными были контактные слабительные: по 25 (40,3 %) ответов о предпочтении препаратов растительного и синтетического

происхождения. Существенно реже больные сообщали о приеме осмотических слабительных — 10 (16,1 %) респондентов. Полностью удовлетворены действием слабительных были 49 (79,0 %) респондентов, частично — 13 (21,0 %). Наиболее распространенным нежелательным лекарственным явлением при приеме слабительного было вздутие живота — 15 (24,2 %) ответов, неэффективность — 4 (6,5 %) и диарея — 4 (6,5 %) случая.

Врачи-терапевты наиболее часто рекомендовали осмотические слабительные — 21 (67,7 %), несколько реже слабительные контактного действия — 17 (54,8 %) терапевтов, при этом синтетические лаксативы несколько чаще, 10 (32,3 %), чем растительные — 8 (25,8 %) ответов (данный вопрос анкеты предполагал возможность множественного выбора, поэтому общее количество ответов превышает 100 %). Также врачи участковые терапевты рекомендовали микроклизмы, слабительные в свечах и микроклизмах в 5 (16,1 %) случаях. Сотрудники аптечной сети наиболее часто при запоре рекомендовали пожилым пациентам осмотические слабительные — 18 (58,1 %) ответов, синтетические слабительные контактного действия — 13 (41,9 %) ответов, наиболее редко растительные слабительные контактного действия — 6 (19,4 %). Применение слабительные в свечах и микроклизмах рекомендовали 2 (6,5 %) работника аптеки. Вместе с тем, по мнению последних, люди пожилого и старческого возраста в сегменте слабительных препаратов наиболее часто приобретают растительные контактные лаксативы — 20 (64,5 %) ответов, синтетические контактные лаксативы — 18 (58,1 %), осмотические слабительные — 5 (16,1 %).

**Заключение:** пожилые люди, страдающие запором, придерживаются диетических и режимных мероприятий, направленных на нормализацию дефекации, примерно в трети случаев, при том что врачи дают подобные рекомендации практически всем таким пациентам. Несмотря на то, что врачи и сотрудники аптек чаще всего рекомендуют осмотические слабительные, пожилые пациенты предпочитают применять лаксативы контактного действия.

## ПРИЧИНЫ И ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*А.С. Бахарева, слушатель «Юный медик», А.Е. Соболев, начальник Центра довузовской подготовки, к.х.н., доцент кафедры химии, О.Н. Бахарева, доцент кафедры неврологии, реабилитации и нейрохирургии, А.А. Виноградова, ассистент кафедры неврологии, реабилитации и нейрохирургии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент, О.Н. Бахарева*

**Ключевые слова:** сон; инсомния; подростковый возраст; нарушения сна

**Цель исследования:** изучить причины и особенности нарушений сна у детей в подростковом возрасте.

**Материалы и методы.** Проведено собственное исследование по разработанному опроснику «Частота и причины инсомнии среди подростков» на базе гимназии №10 г. Тверь, который включал 20 стандартных вопросов о характере и длительности сна, его возможных нарушениях и их причинах. Обследовано 45 учащихся средней школы в возрасте 16–17 лет. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ «Microsoft Excel».

**Результаты.** Учитывая, что полноценный сон является одним из значимых факторов успешного образовательного процесса, нами проведено исследование качества сна школьников подросткового возраста. По результатам опроса выявлено, что хороший уровень сна зарегистрирован у 35 (77 %) обследованных. Однако на вопрос «Часто ли Вы не высыпаетесь из-за длительной подготовки уроков?» утвердительно ответили 30 % респондентов, при этом 37 (83 %) обследованных хотели бы спать дольше. Среди основных причин инсомнии, связанных с нарушением засыпания, наиболее часто выявлены психоэмоциональное напряжение — у 18 (40 %), частое употребление тонизирующих напитков на ночь — у 10 (23 %), плохое настроение, апатия — у 8 (18 %), ограничения в еде на ночь — у 3 (7 %), длительное использование гаджетов на ночь 10 (23 %), интенсивные физические нагрузки — у 4 (9 %). На прерывистый сон пожаловались 10 (23 %) обследованных. При этом оказалось, что продолжительность сна 6–8 часов зарегистрирована всего у 24 (54 %), а 3–6 часов — у 21 (46 %), что требует особого внимания со стороны родителей и психологов.

**Выводы.** Таким образом, среди детей подросткового возраста выявлены настораживающе высокие показатели инсомнии, связанные как с изменением механизма засыпания, так и длительности и глубины сна, что требует проведения превентивных мероприятий со стороны родственников и психологов с целью профилактики функциональных нарушений нервной системы подростков.

## АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ГИПОДИНАМИИ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПЕРЕД СЕССИЕЙ

*К.О. Бегишев, В.В. Славин, 6 курс, лечебный факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: к.м.н. Е.Н. Матвиевская*

**Ключевые слова:** гиподинамия; тревога; депрессия

**Введение.** Гиподинамия является одной из главных проблем в медицине и играет важнейшую роль в возникновении множества заболеваний, затрагивая, в том числе, психоэмоциональную сферу.

Современный студент, будучи занятым учебным процессом, не уделяет должного внимания своей физической активности, что приводит к развитию гиподинамии. Последняя, в свою очередь, оказывает влияние на психоэмоциональную сферу, в том числе способствует развитию тревоги и депрессии, что, несомненно, влияет на эффективность обучения. Формируется порочный круг.

**Цель исследования** — проанализировать связь между гиподинамией и развитием тревожно-депрессивного синдрома у студентов медицинского вуза перед сессией.

**Материалы и методы.** В рамках одномоментного исследования студентам медицинского вуза было предложено пройти тестирование с использованием сервиса “Google Forms” в период с 21.12.2023 по 11.02.2024. Критерии включения: студенты 1-6 курсов медицинского вуза, которые были готовы пройти 10-и минутный опрос в перисессионный период. Критерии исключения не предусмотрены. Тест был разработан специально для данного исследования (23 вопроса). Кроме общих вопросов о поле и курсе обучения он состоял из двух частей: 7 вопросов о гиподинамии на основании короткого международного опросника для определения физической активности- INTERNATIONAL QUESTIONNAIRE ON PHYSICAL ACTIVITY — IPAQ; 14 вопросов госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Короткий опросник IPAQ учитывает все виды физических нагрузок в течение последней недели: на работе; во время перемещения (ходьбы или езды на велосипеде); домашняя работа или работа в саду; физическая активность в свободное время или занятия спортом. По каждому виду нагрузки необходимо выбрать соответствующую продолжительность выполнения и получить определенное количество баллов: от 0 до 7. В итоге баллы суммируются, гиподинамия признается при сумме баллов менее 21.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) — это инструмент для скринингового выявления тревоги и депрессии. Шкала состоит из 14 утверждений, которые обслуживают две подшкалы (тревоги, депрессии). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, которые кодируются по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). По сумме баллов оценивается результат: отсутствие тревоги/депрессии регистрируется при сумме баллов  $\leq 7$ , субклинически выраженная тревога/депрессия соответствует 8-10 баллам, клинически выраженная тревога/депрессия  $\geq 11$  баллов.

**Результаты.** Опрос прошли 99 человек: мужчин — 36 (36 %), женщин — 63 (63 %), средний возраст  $21 \pm 3$  лет. Студенты первого курса 12 человек (12 %); второго — 15 (15 %); третьего — 13 (13 %); четвертого — 13 (13 %); пятого — 27 (27 %); шестого — 19 (19 %). Гиподинамия выявлена у 61 человека (62 % опрошенных). Тревога определялась у 49 человек (49,49 %), из них субклинически выраженная — у 22, клинически выраженная — у 27 человек. Депрессия зарегистрирована у 34 респондентов (34 %), из них субклинически выраженная — у 16, клинически выраженная — у 18 человек. Согласно полученным данным, из расчета по критерию  $\chi^2$  связь между гиподинамией и тревогой статистически значима при уровне значимости  $p < 0.01$  (значение критерия  $\chi^2$  составило 7,919). Согласно расчетам корреляционной связи с использованием коэффициента корреляции Пирсона, между гиподинамией и тревогой определяется обратная корреляционная связь слабой силы ( $R = -0,361$ ); между гиподинамией и депрессией также обратная корреляционная связь слабой силы ( $R = -0,352$ ). Такой уровень корреляционной связи показывает, что тревожно-депрессивный синдром у студентов медиков накануне сессии тем выраженной, чем более у них выражена гиподинамия.

**Выводы.** У большинства студентов (62 % опрошенных) медицинского вуза выявлена гиподинамия. Гиподинамия оказывает влияние на развитие тревожных нарушений у студентов накануне сессии. По нашим данным установлена сильная корреляционная связь между гиподинамией и тревожно-депрессивными нарушениями у студентов накануне сессии.

Поскольку выявлена зависимость между гиподинамией и тревогой, депрессией, мы можем отметить значимость физических нагрузок для психоэмоционального состояния студентов перед сессией.

Практические рекомендации студентам: более ответственно подходить к вопросу регулярной физической активности не только для профилактики соматических заболеваний, но также для поддержания работоспособности и стабильного психоэмоционального фона перед сессией.

## ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАПСУЛЫ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА В РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*С.Д. Бекмурадова, Ж.М.Бозорбоев, С. Шералиев, Ш. Юлдашева,  
студенты 5 курса педиатрического факультета  
Самаркандский государственный медицинский университет  
г. Самарканд, Узбекистан  
Кафедра Травматологии и ортопедии  
Научный руководитель: к.м.н, доцент Ш.Н.Эранов*

**Ключевые слова:** лучевая кость; вывих головки лучевой кости; суставная сумка, синовиальная оболочка

**Цель исследования.** Изучить морфодинамические аспекты репаративно-регенеративных процессов суставной сумки локтевого сустава и его синовиальной оболочки, в разные временные промежутки у больных перенесших закрытую травму локтевого сустава с вывихом головки лучевой кости.

**Материал и методы исследования.** Материалом для исследования служили суставные сумки переднего и заднего отделов локтевого сустава 20 детей. Сроки получения травм с вывихом головки лучевой кости были следующими. 6 детей поступили для оперативного лечения в сроки до 6 месяцев после перенесенного травматического вывиха с вправлением в различных медицинских учреждениях, у 4-х детей давность вывиха составляла 8–12 месяцев, у 8 детей оперативное вмешательство проведено в сроки 12-20 месяцев после произошедшего вывиха и у 2-х детей — после 24 месяцев. У всех детей во время операции были иссечены передние и задние отделы суставных сумок. Взятый материал заливался в 12 % раствор нейтрального формалина. После достаточного срока фиксации они промывались в проточной воде, проводилось через спиртовой батареи возрастающей крепости и заливались в парафиновые блоки. Приготовленные тонкие срезы в санном микротоме открашивались гематоксилин-эозином, пикрофуксином по методу ван-Гизона, гексозамингликаны выявлялись ШИК-реакцией и эластические волокна — по методу Вейгерта.

**Результаты исследования.** У больных сроком вывиха до 6 месяцев в суставной сумке переднего отдела определялась слабая пикринофилия при окраске по ван-Гизону, утолщенность и деформированность эластических волокон, определяемых по Вейгерту. Микроскопические изменения суставных компонентов у детей, перенесших вывих 8–12 месяцев назад характеризовались более выраженными склеротическими изменениями, подтверждаемые также усиленной пикринофилией при окраске по ван-Гизону. Суставные поверхности у этих 2 детей характеризовались грубой деформацией без наличия ворсинок. Суставные компоненты детей, оперированных по истечении 12–20 месяцев характеризовались значительно выраженными склеротическими изменениями суставных сумок и деформацией синовиальных оболочек. У них определялась более выраженная пикринофилия. У 2-х детей, с перенесенным

вывихом 24 месяца тому назад в суставной сумки и синовиальной оболочки отмечена тенденция к разграничению слоистости, появлялись ворсинчатые образования и заметная васкуляризация.

**Выводы.** Результаты исследования клеточно-тканевых элементов у детей в возрасте 3–12 лет, перенесших травматический вывих в локтевой суставе в анамнезе, подвергнутых к оперативному лечению с иссечением суставных сумок и синовиальных оболочек в различные сроки после травм, в зависимости от сроков обращения за врачебной помощью, показали достоверно убедительные морфо-гистохимические изменения, различающиеся во временных промежутках. В зависимости от сроков обращения детей за повторной медицинской помощью, наблюдается убедительная разница во временных промежутках посттравматического периода, проявляющиеся динамической тканевой закономерностью, направленной на возможности проявления самосохранения и самовосстановления, всецело зависящей от состояния организма детей и их нейроэндокринных регуляторных систем.



## НАВЯЗЧИВЫЕ ГРЁЗЫ КАК НОВОЕ ЯВЛЕНИЕ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

*В.Н. Белов 5 курс педиатрический факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Проценко*

**Ключевые слова:** дезадаптивная мечтательность; диссоциативное расстройство личности; фантазии; обсессивно-компульсивное расстройство; синдром дефицита внимания и гиперактивности

**Цель исследования:** определить причины и предпосылки недавнего выделения в психиатрии навязчивых грёз в отдельный синдром.

**Материалы и методы исследования:** анализ интернет-ресурсов и литературы.

**Результаты.** Навязчивые грёзы или дезадаптивная мечтательность (ДМ) - недавно выявленное психологическое расстройство, характеризующееся чрезмерным и аддиктивным вовлечением в яркую, интенсивно эмоциональную деятельность, иногда с помощью музыки и/или повторяющихся движений, вызывающее дистресс и функциональные нарушения. Основоположником данной концепции является израильский профессор клинической психологии университета Хайфы Эли Сомер. В своей работе «Неадаптивное мечтание: качественное исследование» он выделяет две функции навязчивых грёз: избавление от стресса и душевной боли посредством фантазий об исполнении желаний; удовлетворение потребности в общении, близости. Также он определил, что мечты по своему наполнению подразделяются на основные темы: насилие, идеализированное Я, власть и контроль, плен, спасение и побег, сексуальное возбуждение. Мотивами, которые описывали динамику дезадаптивной мечтательности, были «Начальные» и «Кинестетические» элементы.

В 2009 году Щупак и Розенталь описали клинический случай «чрезмерной мечтательности» у пациентки, лечившейся 10 лет от чрезмерных высокоструктурированных фантазий. В 2006 году она наткнулась на малоизвестный веб-сайт «India Parenting», который после публикации небольшой статьи о мечтах у детей получил 45 опубликованных ответов от людей, назвавших себя «зависимыми» мечтателями, которые описали симптомы, удивительно совпадающие с ее собственными. После публикации данного клинического случая появилось множество онлайн-форумов и веб-страниц, на которых появились тысячи анонимных постеров со всего мира от страдающих навязчивыми грёзами, они заявляли, что тайно страдали от этих симптомов в течение многих лет. Возможность сделать это анонимно значительно повлияло на решение этих людей заявить о себе.

Одной из причин относительно недавнего выявления синдрома навязчивых грёз является трудность в дифференцировке с такими психическими расстройствами, как

диссоциативное расстройство личности, обсессивно-компульсивное расстройство личности (ОКР), аффективные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Стоит также отличать дезадаптивного мечтателя (дэйдримера) от человека, склонного к фантазиям.

Как при диссоциативном расстройстве личности, так и при навязчивых грёзах определяются отдельные личности со своей биографией и характером, но было определено, что при последнем больной чётко понимает нереальность персонажей.

Схожесть обсессий при ОКР и навязчивых грёз характеризуется периодическими, возникающими через неопределённые промежутки времени навязчивыми мыслями, идеями, представлениями, всепоглощающей концентрацией внимания на умственной деятельности, связанной с яркими сенсорными образами. Однако сейчас обнаружены значительные различия: фантазии при ДМ вызываются целенаправленно с целью получения удовольствия, ими можно легко управлять; при ОКР навязчивые мысли нежелательны и возникают спонтанно, человеку приходится с ними бороться, сопротивляться им, он находится в состоянии дистресса.

Ряд симптомов, ранее приписывавшихся СДВГ-невнимательного типа, теперь считается признаком ДМ. Основное их различие заключается в структуре фантазий. У дэйдримеров мечты имеют сложную структуру, проработанные сюжеты и персонажей; не редкость наличия нескольких проработанных вселенных.

В исследовании 2017 года Эли Сомер отмечает высокую коморбидность синдрома навязчивых грёз с аффективными и тревожными расстройствами, в частности, с тревожной депрессией. Дэйдримеры испытывают сильный дистресс из-за неспособности контролировать уход в грёзы; не могут рассказать о своём состоянии, сталкиваясь с сильным чувством стыда.

В рамках исследования было решено провести опросы среди студентов средних и высших учебных заведений для определения коморбидности ДМ и ОКР. Для этого мы использовали опросник по дезадаптивной мечтательности MDS-16 и шкалу Йеля-Брауна для определения обсессивно-компульсивного расстройства. На них ответило 44 студента, среди которых 17 (38,6 %) юношей и 27 (61,4 %) девушек. По результатам опросника MDS-16 14 (31,8 %) студентов имели выраженную симптоматику синдрома навязчивых грёз. По результатам шкалы Йеля-Брауна у 26 (59,1 %) есть клинические проявления ОКР. Для определения коморбидности был проведён корреляционный анализ: коэффициент корреляции был примерно равен 0,7, что говорит о высокой коморбидности ОКР и ДМ.

Дезадаптивную мечтательность необходимо изучать для оказания своевременной и более эффективной психотерапевтической помощи пациентам, страдающим от навязчивых грёз, т.к. последние являются предиктором для развития других более тяжёлых патологических состояний психики.

В данном исследовании были выделены предпосылки — доступность Интернета, анонимность, и причины — трудность дифференциальной диагностики на-

вязчивых грёз, страх быть осуждённым социумом; недавнего выделения дезадаптивной мечтательности. Дезадаптивная мечтательность имеет высокую коморбидность с ОКР (коэффициент корреляции  $r = 0,7$ ). В дальнейшем планируется работа по выявлению дэйдримеров среди учащихся ТГМУ по оказанию им психологической помощи студентам, страдающим от данного расстройства.

## МОДЕЛИРОВАНИЕ IN VITRO ЗАСЕЛЕНИЯ БИОСОВМЕСТИМОГО МАТЕРИАЛА СМЕШАННОЙ КУЛЬТУРОЙ ОСТЕОГЕННЫХ КЛЕТОК

*Т.С. Белоногова, Е.В. Майорова, студентки 1 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра биологии, кафедра биохимии с курсом КЛД  
Научные руководители: к.б.н., доцент Н.В. Костюк, к.б.н.,  
доцент М.Б. Белякова*

**Ключевые слова:** культура клеток; остеогенные клетки; моделирование костного импланта

**Цель исследования:** изучить динамику заселения смешанной культурой остеогенных клеток биосовместимого материала, имитирующего костный имплант.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на базе кафедр биологии и биохимии с курсом КЛД Тверского государственного медицинского университета. Фрагменты свода черепа крысы после обработки протеолитическими ферментами размещали на поверхности культурального пластика (имитировал биосовместимые материалы костных имплантов). Экспланты культивировали в питательной среде Игла в модификации Дульбекко (DMEM/F12) с добавлением глутамина, аскорбиновой кислоты и 10 % фетальной телячьей сыворотки. Общее время эксперимента составило 8 недель. За развитием культуры следили с помощью прижизненной микроскопии клеток; отложение минерального матрикса и формирование коллагенового волокна выявляли специфическими гистологическими окрасками. В культуре оценивали долю клеток разных морфотипов, их линейные размеры и полярность, сети межклеточных взаимодействий.

**Результаты.** Клетки, покидающие экспланты, обладали плохой адгезией к культуральному пластику, поэтому в течение нескольких дней могли сохранять свою первоначальную сферическую форму. По мере адаптации к новым условиям происходило их прикрепление и распластывание. Спустя 3-4 дня в культуре выявлялось несколько различных морфотипов: вытянутые фибробласты, кубические остеобласты, звездчатые остециты и гигантские многоядерные остеокласты. Популяция остеокластов была самой немногочисленной и даже на пике своего развития не превышала 5 % смешанной культуры. В зрелых остеокластах диаметром около 150 мкм определялось до двух десятков ядер. К концу второй недели остеокласты практически полностью были вытеснены другими типами клеток.

Фибробластоподобные клетки первоначально демонстрировали типичное поведение, переходя от широкораспластанных форм к удлиненным. На поздних стадиях фиксировалось образование и рост волокон. Специфическая окраска на коллаген (по Ван Гизону, трихром по Маллори) дала положительную реакцию. Длина наиболее развитых коллагеновых тяжей достигала 1000 мкм, а толщина — 10 мкм.

Распластанные клетки кубической морфологии также активно заполняли свободные области. По мере переуплотнения поверхностный рост колонии заменялся на трехмерный. В центре колонии образовывался узелок — нодус. Гистологические окраски (ализариновым красным, по Ван Косса) свидетельствовали о начавшемся в нем процессе минерализации, что позволило отнести клетки кубического морфотипа к остеобластам.

Звездчатые клетки с 2–3 тупыми отростками, идентифицированные как остеоциты, первоначально были разбросаны одиночно по всей поверхности культурального пластика. В дальнейшем, вероятно, в результате хемотаксиса, однотипные клетки собирались в кластеры по 15–20 штук, отростки удлинялись и ветвились, образуя сложные сети. В типичном случае остеоцит правильной или ассиметричной формы имел 5–6 отростков с ветвлением 2–3 порядка и контактировал с 7–8 соседними клетками. Если первичный остеоцит оказывался в окружении неродственных клеток, то формировал вокруг себя лауну, останавливающую экспансию. На поздних этапах эксперимента были замечены кластеры звездчатых клеток, ведущих свое начало от распластанных прямоугольных клеток. Вторичные кластеры остеоцитов имели большую площадь и могли состоять из сотни клеток. Сеть межклеточных взаимодействий в кластере была поляризована в направлении, заданном клетками-предшественниками, и имела более простое строение по сравнению с первичными кластерами.

Таким образом смешанная популяция остеогенных клеток в культуре демонстрирует сходство с процессами прямого формирования костной ткани *in vivo*. По мере накопления достаточной клеточной массы популяции переходят от роста к наработке специфического межклеточного вещества.

### **Выводы**

1. В исходной культуре, полученной из костного экспланта представлены клетки как остеогенного дифферона (osteoblastы, osteocytes, их прогениторы), так и дифферона мононуклеарных фагоцитов (osteoclastы).
2. Osteoclastы вытесняются из смешанной популяции еще на ранних этапах культивирования (1–2 недели). Поздняя культура состоит из кластеров osteoblastов, osteocytes и fibroblastоподобных клеток типичной морфологии.
3. Смешанные культуры могут быть использованы для разработки методов тестирования материалов для костных имплантов.

## ОБРАЩЕНИЯ КАК СРЕДСТВО ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРСОНАЖЕЙ В БАСНЯХ И.А. КРЫЛОВА

*М.В. Белоусова, студентка 2 курса стоматологического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра русского языка*

*Научные руководители: к.ф.н., доцент А.Т.Аксёнова, асс. Н.Ф. Макарова*

**Ключевые слова:** обращения; коммуникация; басня

**Цель исследования:** выделить и проанализировать основные тематические группы обращений в баснях И.А.Крылова.

**Материалы и методы:** анализ текстового материала (басни И.А. Крылова), отбор и классификация лексических средств.

**Результаты.** Жизнь многих известных русских поэтов и писателей тесно связана с Тверским краем. И.И. Лажечников, М.Е. Салтыков-Щедрин, А.С. Пушкин, Ф.М. Достоевский — все эти имена вписаны в историю Твери, но особое место в ней занимает имя И.А.Крылова — самого известного русского баснописца. Иван Андреевич родился в Москве, а скончался в Петербурге, но несколько лет жизни, с 1775 по 1782, провел в Твери. Будущий литератор провел в этом городе детские и подростковые годы, с 6 до 13 лет, но тем не менее уже успел послужить в тверском магистрате и получил некоторый жизненный опыт. Крылов был очень талантлив, быстро учился иностранным языкам, много читал, отличался любознательностью. Он не получил систематического образования, однако в Твери научился грамоте и стал с жадностью читать книги, оставленные ему в наследство отцом. Благодаря знакомству с богатыми тверскими помещиками Львовыми будущий баснописец изучал различные науки, овладевал языками. Юный Крылов любил гулять по улицам города, посещал народные сборища, торговые площади. Именно там он прислушивался к говору простого люда, запоминал пословицы, постигал народную мудрость. Эти впечатления отразились в его баснях, послужили богатым материалом для будущих литературных творений. Совершенно не удивительно, что в произведениях Крылова так много присказок, народных выражений, поговорок, которые присущи лишь тверскому говору. Богаты его басни и яркими обращениями персонажей друг к другу, подчеркнутыми писателем из народной речи. Экстралингвистические факторы, на которых обычно основывается выбор того или иного обращения, позволяет выделить несколько тематических групп данных слов в баснях И.А.Крылова. Основными из них являются:

1. *Термины, обозначающие родство.* Они встречаются наиболее часто и тесно связаны с обычаями и традициями русского народа (например, «сват», «кума», «кумушка», «папа», «сестрица»). Отметим, что в баснях Крылова эти слова используются не в прямом значении, то есть не в общении между род-

ственниками, а в разговоре с равным себе собеседником. Это является признаком речи представителей простых сословий: крестьян, ремесленников, купцов.

2. *Термины, с помощью которых оцениваются качества собеседника.* К ним относятся слова с положительным значением («свет», «светик», «голубушка») и отрицательным значением («злодей», «невежа», «обжора», «болван», «щенок»). Последние представлены в баснях более разнообразно в связи с особенностями жанра произведений.
3. *Термины, указывающие на социальные связи говорящих.* Эти обращения призваны вызвать доверие у собеседника. К ним относятся такие слова, как «сосед», «соседушка», «соседка», «земляк», «землячка», а также имеющие более яркую эмоциональную окраску слова «друг», «дружок», «дружище», «приятель». Эти обращения указывают на общность интересов персонажей и побуждают их к действиям.
4. *Слова, называющие зверей и птиц.* Этот вид обращений приближает стиль повествования к разговорной речи. В них особенно ярко проявляются национально-культурный компонент и черты народного стиля общения. К таким обращениям относятся, например, слова «хохлатка», «хохлаточка», «квакушка».
5. *Слова, называющие лица по их социальной принадлежности и должности, а также наименования лиц по возрасту.* Эти обращения чаще всего являются словами, употребляемыми в их прямом значении: «царь», «барин», «старик». Самым частотным является обращение «барин», характерное для речи русского крестьянства и сразу позволяющее понять взаимоотношения между персонажами и их социальный статус.

**Выводы:** использованные в баснях И. А. Крылова обращения собеседников друг к другу являются важным способом характеристики персонажей. Они сообщают информацию о возрасте героев произведения, об их социальном статусе, об эмоциональном состоянии и об установившихся между персонажами взаимоотношениях, а также помогают получить представление об особенностях русской разговорной речи XVIII века.

## ДЛИТЕЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У МАЛЬЧИКА 9 ЛЕТ

*Д.А.Беляева, М.А.Ужов, И.С.Сапронов, студенты 3 курса лечебного факультета*

*Е.В. Штукина, И.А. Черкасова, А.А. Юсуфов*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра лучевой диагностики*

*Научный руководитель: ассистент Е.В. Штукина*

**Ключевые слова:** инородное тело; трахеобронхиальное дерево; компьютерная томография, бронхоскопия.

**Цель исследования:** анализ истории болезни пациента с длительным нахождением рентгеноконтрастного инородного тела в нижнедолевом бронхе и установление наиболее информативных методов диагностики рентгеноконтрастных инородных тел дыхательных путей.

**Материалы и методы:** в ходе работы были изучены и проанализированы данные истории болезни, результаты компьютерной томографии, рентгенографии, бронхоскопии.

**Результаты:** пациент С., 9 лет проходил обследование и лечение в ДОКБ г. Твери с 17.09.2021 по 24.09.2021 с жалобами на рецидивирующие пневмонии, бронхиты, периодические боли в животе.

Из анамнеза: в период с 10.2019 по 10.2021 у пациента трижды диагностирована правосторонняя пневмония. Каждый раз выполнялась рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях, на которой инородное тело трахеобронхиального дерева (ТБД) обнаружено не было. С июня 2021 ежемесячно обострялся бронхообструктивный синдром. Сопутствующие заболевания: аллергический ринит, респираторный аллергоз. Учитывая клиническое течение болезни, была предположена бронхиальная астма.

Осмотрен аллергологом ДОКБ г. Тверь с последующей госпитализацией 14.09.2021 во 2-е педиатрическое отделение ДОКБ на койки дневного стационара для дообследования и лечения. При поступлении в стационар общее состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Носовое дыхание слегка затруднено за счет отека слизистой. В легких перкуторно легочный звук, аускультативно дыхание жесткое, выдох удлинен, на форсированном вдохе в нижних правых отделах единичные сухие хрипы. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

В целях дообследования выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки, где было выявлено инородное тело нижнедолевого бронха справа и инфильтративные изменения окружающей парен-



химы легкого. Пациент переведен в 1-е хирургическое отделение ДОКБ для проведения бронхоскопии.

Во время бронхоскопии обнаружено инородное тело (колпачок от шариковой ручки) в нижнедолевом бронхе справа, полностью перекрывающее просвет. Инородное тело с техническими трудностями было удалено. При последующей санационной бронхоскопии через 3 дня установлено отсутствие воспалительных изменений и обнаружены грануляции в зоне обструкции.

Пациент выписан 28.09.2021 в удовлетворительном состоянии.

**Выводы:** в представленном случае отсутствие четких анамнестических данных и типичных рентгенологических признаков инородного тела ТБД не позволили своевременно установить правильный диагноз. Рентгенологически диагноз инородного тела не был установлен из-за отсутствия его рентгеноконтрастности. В течение двух лет патологический процесс в легких протекал под маской различных легочных заболеваний: пневмонии, бронхообструктивный синдром. Проведение МСКТ с последующей бронхоскопией позволило установить правильный диагноз и удалить инородное тело.

Таким образом ведущими методами диагностики рентгенонеконтрастных инородных тел трахеобронхиального дерева являются мультиспиральная компьютерная томография и бронхоскопия, которые должны быть выполнены при подозрении на инородное тело ТБД, а также пациентам с частыми обострениями заболеваний легких.

## ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА ВРЕМЕНИ НА ИСХОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА

*Д.А. Беляева, А.М. Михеенко, студентки 3 курса  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра патологической физиологии  
Научный руководитель: д.м.н., доцент И.А. Дубровин*

**Ключевые слова:** травма спинного мозга, оперативное лечение, фактор времени, прогноз

**Цель работы** — изучение влияния сроков оперативного лечения на исход острых травматических повреждений спинного мозга.

### **Материал и методы исследования**

Доступная литература, посвященная изучению оперативного лечения травм спинного мозга. Использованы базы данных Scopus, Web of Science. Изучено 24 источника.

### **Результаты исследования**

Каждый год жизнь тысяч людей необратимо меняется из-за парализации вследствие острого травматического повреждения спинного мозга. По данным зарубежной литературы 170 000–250 000 человек по всему миру получают травматические повреждения спинного мозга, а частота позвоночно-спинномозговой травмы в среднем составляет 23 на 1 000 000 человек, причем причины этих травм варьируются от ДТП, насилия в обществе до развлекательных мероприятий и травм, связанных с работой. Ежегодно в России количество пострадавших составляет около 8 000 человек.

Острая травма спинного мозга — повреждение содержимого позвоночного канала в результате механического воздействия, которое имеет катастрофически тяжелые последствия для пострадавшего, его семьи и государства. Это обуславливается высоким уровнем инвалидизации, социально-психологической дезадаптацией и тяжелым экономическим бременем. В США общие затраты для человека с травматическим повреждением спинного мозга в возрасте 25 лет варьируют от 1 до 3,5 млн. долл. и от 0,85 до 2,1 млн. долл. при травме в 50-летнем возрасте, с учетом степени тяжести травмы и неврологических нарушений.

С целью определения уровня поражения спинного мозга используют шкалу степени нарушения проводимости спинного мозга Американской ассоциации спинальной травмы (ASIA). Исследование неврологических данных необходимо для определения уровня поражения и соответствующей тактики лечения.

Пациенты с травмой спинного мозга подвержены риску развития всевозможных осложнений, ведущее значение имеют: пневмония, легочная дисфункция, гипоксия, гипотензия, инфекции мочевыводящих путей, тромбоз глубоких вен,

ТЭЛА, пролежни. Эти осложнения могут значительно увеличивать время пребывания в стационаре, отягощая реабилитацию.

В настоящее время проводятся такие мероприятия, как хирургическая стабилизация и декомпрессия, гемодинамические манипуляции, направленные на стимулирование функционального восстановления поврежденных неврологических элементов и предотвращение дальнейшего ухудшения неврологического состояния. Проводится фармакотерапия с использованием вазопрессорных препаратов для повышения систолического артериального давления для улучшения перфузии спинного мозга, а также кортикостероидов. Тем не менее, не смотря на большие успехи современной регенеративной медицины, статистика выживаемости пациентов с травматического повреждения спинного мозга существенно не изменилась. Исход и внутрибольничную летальность во многом существенно определяется сроком оказания помощи.

В результате многих исследований о влиянии сроков выполнения декомпрессионной операции при остром травматическом повреждении спинного мозга на отдаленные неврологические исходы, было установлено, что хирургическая декомпрессия в первые 24 ч после травмы ассоциируется с улучшением сенсомоторного восстановления. Последующие 24–36 ч представляют собой критическое временное окно для достижения оптимального восстановления, с высокой вероятностью неблагоприятного исхода.

### **Выводы**

Ранее оперативное вмешательство при лечении острого травматического повреждения спинного мозга влияет на положительный прогноз. Увеличение длительности предоперационного периода повышает риск неблагоприятного исхода.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*М.Д. Богданов, Е.В. Колышкин, студенты 6 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической педиатрии и неонатологии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.М. Кочегурова*

**Ключевые слова:** нейрофиброматоз, генетика, таргетная терапия

**Введение.** Нейрофиброматоз первого типа представляет собой наиболее распространенное генетическое заболевание в рамках фактоматозов, проявляющееся склонностью к формированию опухолей периневрия. Эта патология диагностируется с частотой один случай на 4000 новорожденных и наследуется по аутосомно-доминантному типу. Исследования Huson et al. (1998) и North (1993) указывают на то, что примерно в 50 % случаев заболевание демонстрирует минимальные клинические проявления. Наблюдается тенденция к более частой передаче заболевания по отцовской линии по сравнению с материнской. Ген, ответственный за нейрофиброматоз I типа, локализован на длинном плече 17-й хромосомы (17q11.2) и кодирует белок нейрофибромин, который в норме регулирует рост и развитие клеток. Нейрофибромин осуществляет конверсию активной формы гуанозин-3-фосфатазы в ее инактивную форму, гуанозин-2-фосфатазу, что является ключевым в патогенезе нейрофиброматоза первого типа. Дисфункция данного процесса приводит к активации гуанозин-3-фосфатазы, накоплению эффекторного белка и стимуляции роста клеток нервного гребня и их деривативов, включая шванновские клетки. Формирование специфических опухолей, таких как нейрофибромы и глиомы зрительных нервов, в результате делеции гена нейрофиброматоза I типа подтверждает его роль как гена-супрессора опухоли. Разнообразные мутации в гене NF1 нарушают его регуляторную функцию в процессах онкогенеза.

В качестве таргетной терапии можно использовать селективный ингибитор митоген-активируемой протеинкиназы 1 и 2 типа (MEK1/2), который блокирует активность MEK и сигнальный путь RAF-MEK-ERK. Таким образом, ингибирование MEK может блокировать пролиферацию и выживание опухолевых клеток, в которых активирован сигнальный путь RAF-MEK-ERK.

**Цель исследования.** На примере клинического случая показать рассмотреть возможность и рациональность назначения таргетной терапии при нейрофиброматозе I типа.

**Материалы и методы:** был применен комплексный метод обобщения информации из учебной, научной литературы и Интернет-ресурсов, а также анализа клинической истории болезни пациента с нейрофиброматозом, у которого была

назначена таргетная терапия в виде селективного ингибитора митоген-активируемой протеинкиназы 1 и 2 типа.

**Результаты.** Из истории болезни:

Пациент К. мальчик 9 лет инвалид по нейрофиброматозу 1 типа, наблюдается в КДЦ МДГКБ с рождения. Парабульбарная опухоль правой орбиты с проникновением в полость черепа с инфильтрацией правого кавернозного синуса; участки патологического накопления в правом таламусе, гемисферах мозжечка, левой средней ножке мозжечка и левой половине моста; в малом тазу объемное образование в пресакральной области с распространением в позвоночный канал, на область промежности и ягодицы справа, ствол полового члена, ягодичные мышцы, мягкие ткани правых бедра и нижней трети голени с распространением на стопу.

В связи широкой распространенностью плеksiформных нейрофибром и невозможностью хирургического вмешательства 15.04.23 была назначена таргетная терапия в виде селективного ингибитора митоген-активируемой протеинкиназы 1 и 2 типа Селуметиниб в дозе 30 мг 2 раза в день. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика в виде стабилизации и уменьшения опухолевого роста.

**Выводы.** После назначения селективного ингибитора митоген-активируемой протеинкиназы 1 и 2 типа у пациента отмечается положительная динамика при отсутствии нежелательных реакций, что говорит о рациональности таргетной терапии при невозможности хирургического вмешательства.

## ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОЛНОСЛОЙНЫХ РАН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ И ИСПОЛЬЗУЕМОГО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА

*В.О. Богданова, В.Н. Захарова, В.В. Патрошкина, студенты 3 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра микробиологии, вирусологии с курсом иммунологии  
Кафедра фармакологии и клинической фармакологии  
Научные руководители: к.м.н., доцент Е.С. Михайлова, к.м.н., доцент Н.Ю. Колгина*

**Ключевые слова:** *инфицирование, рана, раневое покрытие, антибактериальные препараты, заживление*

**Цель исследования:** оценить особенности влияния разных раневых покрытий и антибактериальных препаратов на скорость и степень заживления послойных ран у крыс.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на самцах беспородных белых крыс, возраст 8–9 месяцев, вес 250–300 г. Животные содержались в одинаковых условиях в виварии, со стандартным пищевым и питьевым режимами. Крысы включались в эксперимент после 14-ти дневного карантина.

Полнослойные раны размером 100 мм<sup>2</sup> наносили на предварительно подготовленную дорсальную поверхность тела животных. В качестве наркоза применялся «Золетил-100» (8,0 мг/кг). Планиметрические исследования раны проводили по общепринятой методике Л.Н. Поповой.

Забор раневого содержимого у экспериментальных животных проводился при помощи стерильного ватного тампона на 7, 14 и 21 сутки, после чего производился посев на питательные среды МПА, Эндо и кровяной агар. Инкубацию осуществляли в термостате при 37°С в течении 48 часов. Для идентификации микроорганизмов были использованы классические бактериологические методики.

Было выделено 3 экспериментальных группы животных, у которых для заживления ран использовали губчатые, асептические и атравматические повязки. И еще одна группа, у которой под асептические повязки наносили или мазь эритромицина (10000 ед/г), или мазь Левомеколь (40 мг/г+7,5 мг/г).

**Результаты:** По данным планиметрического анализа, установлено, что у крыс, лечение которых производилось при помощи губчатых повязок процессы заживления происходили быстрее, по сравнению с регенерацией при помощи антисептических и атравматических раневых покрытий.

Измерение площади дефекта проводилось ежедневно. На 7 сутки величина раны у губчатых составляла 74 мм<sup>2</sup>, у антисептических 83 мм<sup>2</sup>, а у атравматических 98 мм<sup>2</sup>. По краям раны отмечается незначительный рост волос. В группе с

дополнительным использованием эритромицина площадь раненого дефекта составляла 65 мм<sup>2</sup>, а при использовании левомеколя — 70 мм<sup>2</sup>. Скорость роста волос интенсивнее была при применении левомеколя.

На 14 сутки площадь раны у губчатых составила 41 мм<sup>2</sup>, у антисептических 46 мм<sup>2</sup>, у атравматических 95 мм<sup>2</sup>. Волосы по краям раны росли неравномерно и достигали в высоту 2 мм. Величина раны в группе эритромицина составила 54 мм<sup>2</sup>, в то время как в группе левомеколя — 36 мм<sup>2</sup>. При этом в первой группе длина волос была равна 1 мм, тогда как во второй она составила 6 мм.

На 21 сутки площадь раненого дефекта у губчатых была равна 20 мм<sup>2</sup>, у антисептических 36 мм<sup>2</sup>, у атравматических 93 мм<sup>2</sup>. Площадь раны у животных лечение которых производилось при помощи эритромицина составляла 32 мм<sup>2</sup>. Отмечался незначительный рост волос, длина которых оставалась 0,5 мм. У животных из группы левомеколя рана практически полностью реэпителизировалась, длина волос составляла 7 мм.

В группе губчатых раневых покрытий отмечалась почти полная эпителизация и равномерное прорастание волос, которые в длину достигали 3 мм. В группе антисептических РП волосы росли неравномерно, но длина составляла 5 мм. В группе атравматических длина волос осталась 0,5 мм, также в данной группе отмечались воспалительные процессы, которые привели к нагноению пораженного участка.

По результатам бактериологического исследования у всех групп, отмечалась низкая бактериальная обсемененность ( $10^2$ – $10^4$  КОЕ/мл) в зоне раневого дефекта. На протяжении всего периода исследований (21 день) выявлена тенденция к изменению качественного состава микрофлоры (снижалась ассоциативность флоры), а также снижалось микробное обсеменение раневой поверхности (до  $10^1$  КОЕ/мл). Исключение составила группа с атравматической повязкой, в которой наблюдалось увеличение УПМ, а частности бактерий рода *Staphilococcus* выше  $10^5$  КОЕ/мл. При нанесении на рану мазей микроорганизмы выделялись в виде монокультур, тогда как в остальных случаях они выделялись преимущественно в ассоциациях.

**Выводы.** Процессы регенерации полнослойных ран различаются по скорости и характеру в зависимости от вида раневого покрытия и применяемых вспомогательных веществ. Среди животных, заживление ран которых происходило при участии повязок, наибольшая скорость эпителизации наблюдалась у губчатых покрытий. При этом атравматические повязки показали худший результат, что может быть связано с действием различных факторов. При применении левомеколя регенерация завершилась значительно быстрее, чем при использовании эритромицина за счёт наличия в составе первой мази противовоспалительного компонента, способствующего лучшему восстановлению тканей.

## ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ И ТРОМБОЦИТАРНЫХ ПАРАМЕТРОВ АНАЛИЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЯМИ

*В.С. Богочанов, студент 4 курса лечебного факультета, С.А. Воробьев  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент С.А. Воробьев*

**Ключевые слова:** лейкоциты; тромбоциты; анемия

**Цель исследования:** выяснить направленность изменения количества лейкоцитов, количества тромбоцитов и тромбоцитарных индексов в зависимости степени тяжести и характера анемии.

**Материалы и методы.** Изучены данные клинического анализа крови у 121 пациента с анемией, находившихся на лечении в терапевтическом отделении ГБУЗ Клиническая больница СМП г. Твери с 2022 по 2023 года. Критерием анемии для мужчин и женщин считался уровень гемоглобина менее 120 г/л. Оценка лейкоцитарных и тромбоцитарных параметров периферической крови по данным автоматического гематологического анализатора производилась в группах микроцитарных, нормоцитарных, макроцитарных анемией [соответственно менее 80 fl (фемтолитр), 80–100 fl, выше 100 fl], а также в группах с легкой, средней и тяжелой анемией (соответственно уровень гемоглобина 90 г/л и выше, 70–89 г/л, ниже 70 г/л). Для описания средних тенденций использовали среднее арифметическое и его стандартное отклонение. Для тестирования статистических гипотез в группах сравнения использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), t-критерий Стьюдента, критерий Крускал – Уоллеса. Нулевую гипотезу отрицали при значениях  $p < 0,05$ .

**Результаты.** При анализе периферической крови обследованных микроцитарная анемия была зарегистрирована у 53 (43,80 %) пациентов, нормоцитарная — у 62 (51,24 %) и макроцитарная — у 6 (4,95 %). Чаще встречалась анемия легкой степени — 76 (62,81 %) случаев, реже — среднетяжелая (19 (15,70 %) случаев) и тяжелая анемия [26 (21,49 %) случаев]. Среднее количество лейкоцитов было наименьшим ( $p < 0,17$ ) в группе макроцитарной анемии и составило —  $5,32 \pm 2,26$  тыс./мкл, по сравнению с группами нормоцитарных и микроцитарных анемий — соответственно  $8,76 \pm 6,70$  и  $8,48 \pm 4,79$  тыс./мкл). Среднее количество лейкоцитов было наибольшим при тяжелой анемии ( $p = 0,051$ ). Лейкоцитарный индекс (отношение лимфоцитов к гранулоцитам) — не различался в зависимости от характера и степени тяжести анемии. Количество тромбоцитов было существенно ниже ( $p < 0,001$ ) в группе макроцитарных анемий ( $70,33 \pm 24,64$  тыс./мкл), в сравнении с нормоцитарными и микроцитарными анемия (соответственно  $182,24 \pm 96,38$  и  $259,74 \pm 119,63$  тыс./мкл; различия в количестве тромбоцитов в группах нормоцитарной и микроцитарной анемии



ей также были статистически значимы ( $p < 0,001$ ; больше в группе микроцитарных анемий)). В тоже время степень тяжести анемии не была связана с количеством тромбоцитов. Средний объем тромбоцитов (MPV) был наибольшим в группе макроцитарных анемий —  $9,75 \pm 1,21$  fl, наименьшим — в группе микроцитарных анемий —  $8,87 \pm 0,89$  fl, и занимал промежуточное значение —  $9,07 \pm 1,79$  fl в группе нормохромных анемия. При этом различия между группами микроцитарных и макроцитарных анемий по объему тромбоцитов носили статистически значимый характер ( $p = 0,047$ ). Средний объем тромбоцитов не зависел от степени тяжести анемии.

**Выводы.** При анемии изменения лейкоцитарного ростка крови больше зависят от степени тяжести, чем от характера анемии. Тромбоцитарный росток, напротив, изменяется больше в зависимости от характера анемии, чем от ее тяжести. Количество тромбоцитов наименьшее, а их средний объем наибольший, в группе макроцитарных анемий. Количество тромбоцитов наибольшее, а их средний объем наименьший, в группе микроцитарных анемий.

## РОЛЬ ДУОДЕНОГАСТРОЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ПРИ НПВС-ГАСТРОПАТИЯХ

*В.С. Богочанов, студент 4 курса лечебного факультета;  
Н.Н. Иванов, аспирант; Л.А. Фомина  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра факультетской терапии  
Научный руководитель: д.м.н., доцент Л.А. Фомина*

**Ключевые слова:** дуоденогастральный рефлюкс; эрозивно-язвенные поражения желудка; нестероидные противовоспалительные средства

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) являются одной из самых назначаемых групп препаратов. Показания к их применению достаточно широки, к ним относятся сердечно-сосудистые заболевания, дорсопатии, суставной синдром. В то же время установлено, что регулярное использование НПВС сопряжено с целым рядом побочных явлений и рисков, лидером которых являются воспалительные, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Кроме того, данная патология нередко сопровождается дуоденогастральным рефлюксом (ДГР), также оказывающим влияние на состояние слизистой оболочки желудка (СОЖ)

**Цель исследования:** уточнить влияние ДГР на выраженность эрозивных поражений (ЭП) СОЖ при НПВС-гастропатиях.

**Материалы и методы:** обследовано 15 пациентов, средний возраст которых составил  $53,5 \pm 16,8$  года. Критерием включения в исследование явилось наличие ЭП СОЖ на фоне приема НПВС. У больных уточнялись клинические симптомы, анамнез заболевания и жизни. Проводился анализ протоколов эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) и ультразвукового исследования органов брюшной полости. Все пациенты заполняли информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

**Результаты.** Изучение клинических симптомов патологии показало, что тянущие боли в эпигастрии отмечались у 12 (80 %) больных с ЭП СОЖ, при этом четверо (26,7 %) из них оценивали болевые ощущения, как «чувство тяжести». Боль/тяжесть чаще всего длились не более 1 часа и появлялись вскоре после приема пищи у 11 (73,3 %) обследованных лиц. Диспепсические проявления отмечались у 10 (66,7 %) пациентов, в основном беспокоила изжога (6, 40 %), у 3 (20 %) выявлялась горечь во рту, у 2 (13,3 %) — отрыжка. Обращает на себя внимание неяркая клиническая картина ЭП СОЖ.

Анализ данных ЭГДС показал, что у 3 (20 %) обследованных эрозии выявлялись в теле, у 8 (53,3 %) — в антральном отделе желудка, у 4 (26,6 %) больных отмечалась сочетанная локализация эрозий. Множественные эрозии определялись более чем у половины обследованных лиц (8, 53,3 %). У большинства обследованных (9,

60 %) эрозии носили хронический характер, у 6 (40 %) пациентов выявлялись острые эрозии. Хронические эрозии в основном определялись у пациентов с сердечно-сосудистой патологией на фоне приема аспирина и не сопровождалась болевым синдромом. Острые эрозии чаще всего отмечались на фоне короткого (3-6 недель) приема НПВС, сочетались с болевым и диспепсическим синдромами.

При проведении ЭГДС у 6 (40 %) больных выявлено присутствие желчи в желудке, как показатель наличия ДГР, который у всех сочетался с патологией желчевыводящих путей (холецистит, дискинезия, перегибы и полипы желчного пузыря). Уточняя локализацию ЭП СОЖ, их выраженность и остроту при наличии ДГР было установлено, что у пациентов при ассоциации НПВС-гастропатии и ДГР в большинстве случаев отмечались эрозии только в антральном отделе (4, 26,6 %), которые носили множественный характер, у 2 (13,3 %) больных выявлялось сочетание множественных эрозий в теле и антральном отделе желудка. У 3 (20 %) пациентов эрозии носили острый характер.

**Выводы.** Эрозивные поражения СОЖ на фоне НПВС-гастропатии протекают в основном при стертой клинической симптоматике. Наличие ДГР у данной категории больных можно расценить как патогенный фактор, вызывающий множественные эрозии в антральном отделе желудка. Это необходимо учитывать при назначении терапии пациентам с ассоциативным течением НПВС-гастропатии и ДГР.

## Т-ПРОЯВЛЕНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЕГО ОБОЛОЧЕК У ДЕТЕЙ

*Д.А. Бойкова, студент 3 курса педиатрического факультета, И.А. Черкасова  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра лучевой диагностики*

*Заведующий кафедрой: д.м.н., доцент А.А. Юсуфов*

*Научный руководитель: ассистент И. А. Черкасова*

**Ключевые слова:** компьютерная томография (КТ); внутричерепной абсцесс; субдуральная эмпиема; инфекционное поражение ЦНС

**Цель:** установить основные КТ проявления гнойных воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек у детей, выявить ведущие причины, приводящие к их развитию.

### **Материалы и методы**

Объектом исследования стали трое детей: девочка 17 лет, мальчик 4 лет с КТ-картиной субдуральной эмпиемы и мальчик 15 лет с эмпиемой и абсцессом головного мозга. Все дети проходили обследование и лечение на базе 2 реанимационного отделения ГБУЗ ДОКБ г. Твери в 2023 году. По клиническим показаниям пациентам была проведена стандартная спиральная компьютерная томография (СКТ) головного мозга на 64-срезовом компьютерном томографе Optima GE.

**Результаты:** по данным СКТ головного мозга этих пациентов были выявлены следующие изменения: у пациентки 17 лет в состоянии сопора, развившегося на фоне течения острого инфекционного заболевания, парасагитальная и конвекситальная субдуральная эмпиема с дислокацией срединных структур вправо, левосторонний гнойный гемисинусит, осложнённый деструкцией задней стенки лобной пазухи, абсцесс левой орбиты, корневая гнойная киста 26 зуба с деструкцией нижней стенки левой верхнечелюстной пазухи.

У пациента 4 лет после тотального удаления объёмного образования задней черепной ямки, наружного вентрикулярного дренирования -преимущественно конвекситальная субдуральная эмпиема правой лобной и теменной области с минимальной дислокацией срединных структур влево.

У пациента 15 лет — левосторонняя конвекситальная эмпиема и абсцесс головного мозга со смещением срединных структур вправо, правосторонний верхнечелюстной синусит. Стоит отметить, что данный ребёнок был инвалидом с раннего детского возраста, страдал генерализованной формой эпилепсии. За неделю до госпитализации отмечалось ухудшение состояния по неврологическому статусу, учащение эпилептических припадков. Проведение диагностической СКТ головного мозга проводилось в первую очередь для исключения наличия интракраниальных объёмных процессов, подбололочечных и внутримозговых кровоизлияний.

**Выводы:** Анализируя КТ-картину пациентов с гнойными воспалительными изменениями головного мозга и его оболочек, следует предположить, что основным КТ-симптомом является конвекситальная субдуральная эмпиема с различной степенью дислокацией срединных структур. Среди ведущих причин, вызвавших эти изменения, в первую очередь стоит отнести острые гнойные синуситы. Проведение низкодозовой КТ или МРТ головного мозга у пациентов с синуситом и сопутствующей неврологической симптоматикой является первоочередным диагностическим исследованием в качестве поиска воспалительных изменений со стороны ЦНС.

## ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ РЕОРГАНИЗАЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК НА ФОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ХОЛОДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Д.Н. Бондаренко, студентка 4 курса института клинической медицины  
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия  
Кафедра судебной медицины имени профессора В.Н. Крюкова и патологической  
анатомии с курсом ДПО  
Научный руководитель: заведующий учебной частью, асс. Н.А Корсиков*

**Ключевые слова:** гипотермия; тучные клетки; миокард

**Введение.** В настоящее время общее переохлаждение является актуальной темой не только для России, где в структуре смертности процент погибших от гипотермии в некоторых районах достигает 5–6 % от общего числа смертей, но и для Алтайского края и города Барнаула в частности, где за последние года примерно 20 человек в год погибают от воздействия низких температур.

**Цель исследования.** 1. Изучить особенности структурно-морфофункциональной реорганизации тучных клеток миокарда крыс линии Вистар после воздействия однократной глубокой водной гипотермии в эксперименте. 2. Изучить роль тучных клеток миокарда крыс линии Вистар в формировании компенсаторно-приспособительных процессов.

**Материалы и методы.** В работе исследована ткань сердца крыс линии Вистар. 8 животных входили в экспериментальную группу, которых помещали в воду с температурой +5°C (окружающая среда +7°C) для создания условий глубокой гипотермии, которая считалась достигнутой при ректальной температуре крыс +20–25°C (время воздействия — 40 минут). Крысы выводились из эксперимента сразу после эксперимента, на 2, 7 и 14 сутки. Контрольная группа состояла из 2 животных, которых помещали в воду температурой +30°C (окружающая среда +22–25°C) на такое же время. Для гистологического исследования использовался материал миокарда левого желудочка.

**Результаты.** В контрольной группе в сердечной ткани тучные клетки небольшого размера (площадь  $82,5 \pm 3,6$  мкм<sup>2</sup>), округлой формы обнаружены в перикарде, периваскулярной ткани и между кардиомиоцитами одиночно или же небольшими группами. Тип дегрануляции — апокриновый с небольшим отделением от клетки гранул или цитоплазмы.

Сразу после эксперимента определялись округлые и овальные лаброциты (площадь  $126,3 \pm 4,8$  мкм<sup>2</sup>), располагались они в основном в периваскулярной ткани небольшими группами, тип дегрануляции сменился на мерокриновый с выраженным явлением гранулоцитоза.

На вторые сутки вывода животных из эксперимента происходит рост количества тучных клеток ( $5,6 \pm 0,3$ ) — это максимальное значение за все дни экспе-

римента. Площадь при этом уменьшилась — стала  $108,8 \pm 3,0$  мкм<sup>2</sup>, располагались лаброциты преимущественно вокруг сосудов, но стали появляться единичные экземпляры между кардиомиоцитами, при этом они имели вытянутую форму и фиолетовый окрас. Происходило уменьшение числа дегранулирующих форм (с  $77,8 \pm 6,1$  % первого дня до  $40,7 \pm 4,6$  % при выводе на второй) и возврат преимущественно к апокриновому типу секреции.

На 7-й день исследования количество тучных клеток уменьшилось почти в полтора раза ( $3,8 \pm 0,2$ ), площадь же изменилась незначительно ( $94,7 \pm 3,9$  мкм<sup>2</sup>). Располагались фиолетовые клетки между кардиомиоцитами и имели вытянутую форму (отмечается миграция из сосудов в ткань органа). Дегрануляционных форм снова стало меньше почти в два раза ( $26 \pm 5,4$  %), сохраняется тип секреции апокриновый.

В последний день вывода животных из эксперимента (14 сутки) лаброцитов стало  $2,4 \pm 0,15$ , их площадь была  $90,7 \pm 3,9$  мкм<sup>2</sup>. Располагались они поодиночке между клетками миокарда и имели округлую форму, из них дегранилирующими формами были всего  $22,2 \pm 5,4$  %.

**Выводы.** Таким образом, изучая изменения тучных клеток под действием холодого фактора, мы четко видим их изменение морфофункциональной активности. Сразу же после воздействия низких температур происходит изменение количества, площади лаброцитов и соотношения компактных и дегранулирующих форм: последние имеют максимальное число на вторые сутки вывода животных из эксперимента. Из-за возникшей гипоксии наблюдается изменение секреции клеток: с апокринового осуществляется переход на мерокриновый с активным гранулоцитозом, а также миграция из кровеносного русла (периваскулярной ткани) в зону кардиомиоцитов. Данные изменения можно связать с формирующимися компенсаторно-приспособительными реакциями, в которых активное участие принимают тучные клетки. Итогом этих взаимодействий становится активная секреция гепарина, которая препятствует формированию тромбообразования и защите организма от экзогенного фактора. Исходя из этого, можно сделать вывод, что тучные клетки являются одними из важнейших факторов, участвующих в компенсаторно-приспособительных адаптационных реакциях, которые обеспечивают устойчивость миокарда к низким температурам как к воздействию стрессового фактора.

## ВЛИЯНИЕ ВИДА РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ФУНКЦИИ ПОЧЕК НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

*В.Е. Бугаева, А.А. Болдырева, ординаторы-неонатологи 1 года обучения  
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия  
Кафедра Педиатрии факультета дополнительного профессионального  
образования  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.Г. Попова,  
к.м.н., доцент В.В. Кочерова*

**Ключевые слова:** недоношенные; почки; РДС; респираторная терапия

Патология мочевыводящей системы (МВС) у недоношенных новорожденных в последнее десятилетие занимает одно из лидирующих мест в неонатологии. Применение новых реанимационных методик, включая разные виды респираторной поддержки, позволяет спасти жизнь младенцев, реализовавших РДС, но сопровождается нарушением в работе почек.

**Цель.** Изучить функциональные показатели почек у преждевременно рожденных детей с РДС при проведении респираторной терапии разными методами подачи кислорода.

**Материалы и методы.** Исследование проведено в ОРИТН ГБУЗ Забайкальский краевой перинатальный центр за период 2020–2023 гг. Ретроспективно, с использованием форм 113/У-07 и 097/у, оценены клинико-anamнестические данные 35 младенцев ГВ 30–32 недели гестации с РДС, получавших неинвазивную ИВЛ или nCPAP. Сформированы 2 группы: 1 – (n = 20) детей, находившихся на nCPAP, 2 – (n = 15) младенцы, получавших неинвазивную ИВЛ.

Статистическая обработка с помощью программ «Statistica-6.0», Microsoft Excel 2010. Распределения в группах было не нормальное, использованы Me [25–75], сравнение непараметрических показателей – критерием  $\chi^2$  с поправкой Йейтса. Оценка факторов риска проводилась с помощью отношения шансов (ОШ). Значимые различия при p 0,05.

**Результаты.** В группах сравнивался социально-биологический, акушерско-гинекологический, соматический, инфекционный анамнез матерей, течение периода ранней адаптации. Возраст матерей групп сравнения не имел различий, в 2/3 случаев до 35 лет. Неблагоприятный акушерский анамнез регистрировался с идентичной частотой во всех группах в I группе (угроза выкидыша 37,8 %, аборт 16,4 %), во II группе (угроза выкидыша 38,4 %, аборт 15,9 %). Частота соматических заболеваний матерей в группах сравнения не имели значимых различий, чаще регистрировались артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит, в стадии ремиссии, гестационный сахарный диабет. Беременность была отягощена фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) – в обеих группах, преобладала



субкомпенсированная форма. Во всех группах преобладало оперативное родоразрешение (54,7 %, 53,8 %, и 55,1 % соответственно,  $p = 1,0$ ). Медиана срока гестации во всех группах составила 31,0 [29,6–32,1].

В клинической картине у всех детей ведущим было поражение органов дыхания, что требовало кислородной поддержки. Время старта кислородотерапии и концентрация кислорода 0,35 и 0,3 в обеих группах значимо не различались ( $p = 1,0$ ). Диурез перед началом респираторной поддержки составил  $2,79 \pm 0,82$  (1 группа) и  $2,38 \pm 1,30$  (2 группа) ( $\chi^2 0,2$ ,  $p_{1-2} = 0,171$ ). При оценке диуреза через 48 ч от начала терапии в 1 группе составил  $2,84 \pm 0,97$ , во 2-й –  $2,29 \pm 1,31$  ( $\chi^2 0,42$ ,  $p_{1-2} = 0,071$ ).

При оценке сывороточного креатинина в крови до начала респираторной терапии в 1 группе он составил 46,00(40,50–54,50) мкмоль/л, во второй 47,00 (41,20–54,90)  $p = 1,0$  ( $\chi^2 0,3$ ,  $p_{1-2} = 0,19$ ). Через 48 ч уровень креатинина составил в 1 группе 134,00 (113,50–190,00), во 2-й группе 79,00 (69,70–82,00) ( $\chi^2 1,9$  0,42,  $p_{1-2} < 0,01$ ).

При оценке соотношения креатинина мочи/креатинину крови показатель в 1-й группе составил 44, что свидетельствует о преренальной почечной недостаточности. Во 2-й группе соотношения креатинина мочи/креатинину крови составило 28, что соответствует референсным значениям

**Вывод.** Вид неинвазивной респираторной терапии оказывает влияние на состоянии почки у недоношенного ребенка, что необходимо учитывать при ее выборе.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ И ДЕСКВАМАТИВНЫМ ГЛОССИТОМ

*М.А. Бумагина, А.В. Интяпина, Н.В. Круглова, студенты 5 курса стоматологического факультета  
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия  
Кафедра терапевтической стоматологии  
Научный руководитель: д.м.н., доцент О.А. Успенская*

**Ключевые слова:** *хронический рецидивирующий афтозный стоматит;  
десквамативный глоссит*

**Цель исследования.** На примере клинического случая провести диагностику и лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита у пациента с десквамативным глосситом.

**Материалы и методы.** На кафедре терапевтической стоматологии Приволжского исследовательского медицинского университета в ноябре 2023 года обратился пациент А., 35 лет, с жалобами на боли в полости рта, жжение в языке, усиливающиеся при приёме раздражающей пищи. В ходе обследования были проведены: сбор анамнеза, внешний осмотр, осмотр полости рта, пальпация лимфатических узлов, оценка уровня гигиены полости рта, аутофлуоресцентная стоматоскопия слизистой оболочки полости АФС-аппаратом.

**Результаты.** При сборе анамнеза было выявлено, что пациент наблюдается у врача-гастроэнтеролога, курит с 17 лет, последний визит к стоматологу был 3 года назад. Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не выявлены. Со слов пациента около 2 недель назад была перенесена ОРВИ, сопутствующие заболевания: хронический гастрит, периодические запоры. Данные внешнего осмотра: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски без видимых патологических изменений, регионарные лимфатические узлы при пальпации безболезненные. Объективные данные: прикус прямой, индекс КПУ = 15 с преобладанием показателя «К», индекс гигиены по Greene-Vermillion — 5,0 баллов, галитоз. В полости рта на зубах верхней и нижней челюстей имеются пигментированные, минерализованные зубные отложения. На слизистой оболочке в области ретромоларного треугольника, уздечки верхней губы имеются округлые элементы диаметром до 1 см, покрытые фибринозным налётом серого цвета, окружённые венчиком гиперемии. Окружающие ткани инфильтрированы, отёчны и гиперемированы. При поскабливание налёта обнажается кровоточащая поверхность. Из анамнеза выяснено, что рецидивы заболевания проявляются до 3 раз в год. При осмотре языка на его спинке обнаружено гладкое блестящее пятно ярко-красного цвета, овальной формы, с чёткими контурами, размером 20 × 15 мм, окружённое серо-белым ободком

из нитевидных сосочков, в центре пятна нитевидные сосочки атрофированы, грибовидные сосочки сохранены. Со слов пациента пятно периодически исчезает, а потом снова появляется. При обследовании слизистой оболочки полости рта АФС-аппаратом признаков озлокачествления не выявлено. Диагноз: хронический рецидивирующий афтозный стоматит (K12.0), десквамативный глоссит (K14.1). Было назначено и проведено комплексное лечение. Рекомендовано соблюдение щадящей рациональной диеты, исключающей острую, кислую, солёную, грубую пищу. Консультация врача-гастроэнтеролога с целью нормализации процессов пищеварения. Поливитамин с макро- и микроэлементами «Доппельгерц актив», «Витрум», «Мультитабс», «Компливит», «Центрум» (на выбор), по 1 таблетке в день, курс – 1 месяц. Местное лечение: 1) профессиональная гигиена полости рта УЗ-скейлером «Woodpecer» под орошением 0,06 % р-ра хлоргексидина, чистка зубов щётками с пастой «Cleanpolish» (Kerr); 2) обучение индивидуальной гигиене полости рта (рекомендована щётка средней жесткости, паста «ROCS кофе»), «Splat black wood»; 3) гигиена языка ежедневно (чистить язык скребком или отдельной щёткой для языка 2 раза в день, утром после завтрака и на ночь); 4) применять ирригатор; 5) на поражённые участки слизистой оболочки полости рта делать аппликации с 0,25 % раствором «Деринат», по 15–20 минут, 2 раза в сутки (утром и на ночь) в течение 2-3 недель; 6) лечение кариеса зубов. Перед едой наносить на афты адгезивный бальзам «Асепта». На второе посещение через 10 дней пациент жалоб не предъявлял, афты эпителизировались.

**Вывод.** В ходе исследования проведена диагностика и рациональное лечение пациента с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и десквамативным глосситом. Прогноз при соблюдении диеты и гигиенического режима благоприятный.

## МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА ВВЕДЕНИЕ «ЗОЛЕТИЛА» В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ЖИВОТНЫХ

*А. С. Бурлакова, Н. А. Кузнецов, А. А. Некрасова, А. И. Абу Мусса, В. Е. Подъячев, студенты 2 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г.Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии  
Научный руководитель: старший преподаватель, А.О. Буглак, ассистент, В.В. Пронько*

**Ключевые слова:** наркоз; золетил; гистология; анестетик

**Актуальность:** наркоз — это состояние, которое можно охарактеризовать, как обратимое угнетение центральной нервной системы, которое проявляется в выключении сознания, подавлении чувствительности, рефлекторных реакций и снижении тонуса мышц.

Подбор правильного вида и способа введения наркоза при проведении различных исследований и операций на животных является важной задачей для специалистов и исследователей. Некачественный или неправильно рассчитанный по силе наркоз может значительно осложнять работу или вызывать гибель животного (примерно в 10 % случаев). «Золетил» — это анестетик и иммобилизирующий препарат, применяемый в ветеринарии уже более 50 лет.

**Цель исследования:** выяснить, оказывает ли «Золетил» какое-либо негативное воздействие на внутренние органы.

**Материалы и методы:** изучены современные научные публикации и интернет-ресурсы по данной теме. В качестве объекта оперативного вмешательства выступали нелинейные самцы белых лабораторных крыс, общим числом 4, массой  $250 \pm 25$  г, возрастом 8 месяцев. Животных выдерживали на 2-х недельном карантине. На голодной диете животных не выдерживали, в связи с их физиологическими особенностями.

Все оперативные вмешательства сопровождались использованием золетил-ксилазинового наркоза.

Крысы были разделены на две группы — группа №1 и группа №2. Животным из первой группы вводили смертельную дозу (эвтаназия) «Золетила» («Virbac» Франция) внутривенно одномоментно. Второй группе вводился «Золетил» в терапевтической дозе (5 мг/100 г веса животного) 4 раза (в интервале один раз в неделю), после чего была введена смертельная доза «Золетила» одномоментно. Наркоз в терапевтической дозе верифицировали по исчезновению реакции на болевые раздражители (укол лапы) и угнетению роговичного рефлекса.

При выведении животных из эксперимента через 20 минут после наступления клинической смерти проводилось вскрытие и забор для дальнейшего исследования сердца, печени, почек и селезенки.

Аутопсийный материал фиксировали в растворе нейтрального забуференного формалина в течение суток. Затем полученный материал обезвоживали в батарее спиртов (по схеме), с последующим изготовлением парафиновых блоков и их нарезке на микротоме (толщиной среза 5–6 мкм). Окрашивали полученные препараты с помощью красителей — гематоксилин и эозин.

Готовые микропрепараты изучали под микроскопом (увеличение  $\times 100$  и  $\times 400$ ), фотографировали и описывали.

**Результаты.** При одномоментном введении высоких доз «Золетила» у животных возникло апноэ.

При введении терапевтических доз «Золетила» внутримышечно через 1 минуту животное теряло координацию, ещё через 1–2 минуты пропадал рефлекс переворачивания, и крысу можно было уложить на бок.

Выход из наркоза во второй группе животных начинался на 30–45 минуте, а самостоятельное питание, питье, мочеиспускание и акт дефекации происходили через 2–3 часа после пробуждения.

После выведения животных из эксперимента проводилась ревизия внутренних органов, которая показала, что легкие и сердце у всех животных обеих групп были без видимых особенностей. Анатомическое положение печени было правильным, цвет пурпурный, поверхность гладкая. Селезенка имела правильное анатомическое расположение, у крыс группы №1 она была больше увеличена, чем у крыс группы №2. У первой группы также отмечалось более выраженная кровоточивость из внутренних органов при разрезах, местами выявлялись тромбы, в брюшной полости отмечалось повышенное содержание прозрачной жидкости.

**Выводы:** исследование влияния «Золетила» на органы животных показало, что использование данного анестетика в высоких дозах сопровождалось процессами тромбообразования в сосудах органов брюшной полости. При одномоментном введении высоких доз «Золетила» у части животных возникало апноэ, что и было зафиксировано в протоколе эксперимента. На гистологических препаратах изменений в строении клеток и тканей не выявлено.

## ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ ПАЦИЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БРЕКЕТЫ, ЭЛАЙНЕРЫ ИЛИ РЕТЕЙНЕРЫ

*Е.С. Бурцева, М.Ю. Гусева, студенты 3 курса стоматологического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра микробиологии и вирусологии с курсом иммунологии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.С. Михайлова*

**Актуальность.** Ортодонтические конструкции, такие как брекететы, элайнеры, или же используемые по окончании лечения ретейнеры, требуют более качественной гигиены в домашних условиях, т.к. создают дополнительные зоны скопления зубного налёта. На сегодняшний день распространенность зубочелюстных аномалий, для которых необходима установка несъемной ортодонтической аппаратуры, достаточно велика и составляет около 84 %. В связи с этим возникает вопрос о возможных последствиях такого лечения.

**Цель.** Изучить особенности микробиоты пациентов, использующих для лечения брекететы, элайнеры или ретейнеры.

**Материалы и методы:** бактериологическое исследование ротовой жидкости у исследуемых групп пациентов, анкетирование студентов, изучение и обзор русскоязычной и англоязычной литературы. Анкетирование 216 студентов, из которых 171 — женского пола и 45 — мужского, в возрастной категории от 17 до 23 лет. В анкете использовались вопросы, касающиеся гигиены полости рта, некоторые из которых представлены на диаграммах. Помимо вопросов, касающихся гигиены полости рта, студенты отвечали на вопросы по питанию, наличию хронических заболеваний ЖКТ, вредных привычек и кровоточивости дёсен. Бактериологическое исследование ротовой жидкости было проведено у 5 студентов с брекетами, у 5 студентов с ретейнерами и у 4 с элайнерами. Группа сравнения 5 студентов без ортодонтических конструкций. Все обследуемые были санированы.

**Результаты.** Были опрошены 216 студентов в возрастной категории от 17 до 23 лет, из которых 79,2 % — женщины, 20,8 % — мужчины. Среди опрошенных 79,2 % не носили брекететы, у 16,2 %, на момент опроса, стояли ретейнеры, и у 4,6 % стояли брекететы. Из всех опрошенных 65,3 % чистят зубы 2 раза в день, 28,2 % — 1 раз в день, остальные — 1 раз в два дня. У большинства (это 84,3 %) — обычная зубная щетка, у 15,7 % — электрическая. Причем щетина в 76,4 % случаев — средней жесткости, в 10,2 % — мягкой жесткости, в 6,5 % — жесткая и 6,9 % не знают о степени жесткости. На вопрос об использовании зубной нити, положительно ответили 51,4 % опрошенных и отрицательно 48,6 %. Ополаскивателем для полости рта 2 раза в день пользуется 4,2 % опрошенных; 1 раз в день — 5,5 %;

иногда — 39,8 % и не пользуются — 50,5 %. После каждого приема пищи 2,8 % пользуются пенкой для полости рта; иногда ей пользуются 5,1 %, не используют — 92,1 % опрошенных. При чистке зубов 25,9 % замечали кровоточивость десен, причем у 1,4 % они кровоточат на постоянной основе, а 72,7 % не имеют таких проблем. Во время чистки зубов 75,5 % используют комбинированных способ; 13,4 % — выметающие движения; 7,9 % — круговые, остальные — горизонтальные. 19,4 % опрошенных отметили наличие чувствительности на сладкое, 6,5 % — на кислое; у 74,1 % повышенной чувствительности нет. Ирригатором пользуется 14,8 % опрошенных. Среди опрошенных у 77,8 % есть заболевания ЖКТ.

Качественный и количественный анализ микроорганизмов, обнаруженных в ротовой жидкости студентов, использующих несъемные ортодонтические конструкции, показали, что преобладающей во всех случаях была кокковая флора, преимущественно бактерии рода *Streptococcus*. Во всех трех группах отмечено повышение уровня обсемененности ротовой жидкости представителями рода *Candida*, что необходимо отметить как отрицательный фактор в динамике данного биоценоза. У группы студентов с элайнерами отмечается повышение содержания энтеробактерий. А у обследуемых с брекетами количественно было повышено содержание стафилококков. Численность основных представителей резидентной микрофлоры оставалась практически неизменной, т.е. микробиоценоз ротовой жидкости у этих групп обследуемых оставался стабильным. Полученные данные позволяют сделать заключение, что изучаемые конструкции воздействуют на состояние микробиоценоза полости рта, что совпадает с данными литературы.

**Выводы.** В процессе ортодонтического лечения происходит изменение спектра аэробной микрофлоры полости рта в сторону уменьшения частоты встречаемости нормофлоры и увеличения условно-патогенной микрофлоры. Если эти изменения не корректировать, то они могут усугубляться и привести к появлению различных стоматологических заболеваний. Это связано с тем, что несъемная аппаратура значительно затрудняет поддержание нормальной гигиены, а термопластичные элайнеры способствуют накоплению биопленки на поверхности зубов пациентов. Вышеперечисленные аспекты ортодонтического лечения благоприятствуют отложению мягкого зубного налета и задержке пищевых остатков. В связи с этим необходимо обучение пациентов рациональной гигиене и контроль её качества, профессиональная гигиена полости рта, а также подбор средств и предметов для индивидуальной гигиены полости рта, включая ирригатор, специализированные ортодонтические щетки, ёршики, супер-флоссы и др.

## СВЯЗЬ СКОРОСТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВОТОКА СО СТЕПЕНЬЮ КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ЭХОГРАФИИ

*А. А. Бурьяноватая, И. И. Потемичева студенты 5 курса педиатрического факультета, И.А. Черкасова, А.А. Юсуфов  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра лучевой диагностики  
Научный руководитель: ассистент И. А. Черкасова*

**Ключевые слова:** ультразвуковая диагностика (УЗИ); эхография; компрессионный стеноз чревного ствола; синдром Данбара

**Цель:** выявить связь скоростных показателей кровотока со степенью компрессионного стеноза чревного ствола у детей по данным эхографии.

**Материалы и методы.** Объектом исследования стали 88 детей в возрасте от 4 до 17 лет включительно с разной степенью компрессионного стеноза чревного ствола. Все исследуемые находились на обследовании и лечении в ГБУЗ ДОКБ и медицинском центре «Детство» г. Твери в 2020–2023 г. Всем пациентам было проведено УЗИ брюшной полости с доплерографией брюшной аорты и её основных ветвей, а также произведён расчёт процента стеноза по формуле NASCET. Пятерым пациентам с выраженным стенозом для подтверждения диагноза была проведена МСКТ ангиография брюшного отдела аорты.

**Результаты.** Все исследуемые предъявляли жалобы на боли в брюшной полости различной степени и характера с преимущественной локализацией в эпигастральной области, усиливающиеся после приёма пищи и/или физической нагрузки. По клиническим показаниям всем детям было проведено УЗИ брюшной полости с доплерографией брюшной аорты и её основных ветвей. В результате проведённого исследования был выявлен компрессионный стеноз чревного ствола в области устья с его последующим постстенотическим расширением. На основании полученных данных по методу NASCET каждому пациенту был произведён расчёт степени компрессионного стеноза. Далее с помощью доплерографии каждому пациенту была произведена оценка пиковой систолической скорости кровотока в ЧС на выдохе. Проведя анализ отечественной и зарубежной литературы было установлено, что при стенозах больше 50 % пиковая систолическая скорость кровотока увеличивается. Для подтверждения данной гипотезы нами была построена диаграмма рассеяния, которая не показала достоверной взаимосвязи между максимальной скоростью кровотока в чревном стволе и процентом его стеноза.

**Выводы:** на основании методов доказательной медицины корреляционной зависимости между максимальной скоростью кровотока в ЧС на выдохе и процентом стеноза, определенным по формуле NASCET, выявлено не было.

Полученные результаты предполагают дальнейшее изучение вопроса и поиск объективных данных для оценки степени стеноза чревного ствола у детей.



## ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О ПРИМЕНЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

*П.Д. Бушева, М.М. Струкова, студенты 6 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней  
Научные руководители: д.м.н., профессор О.Б. Поселюгина,  
д.м.н., профессор Л.Н. Коричкина*

**Ключевые слова:** нестероидные противовоспалительные средства; болевой синдром; побочный эффекты

**Цель исследования.** Изучить причины и частоту применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) студентами медицинского университета.

**Материал и методы.** Проведен анализ данных, полученных в результате онлайн анкетирования 50 студентов 5–6-го курсов Тверского государственного медицинского университета; женщин — 32 (64 %), мужчин — 18 (36 %), средний возраст 22,6 года.

**Результаты.** Прием НПВП длительностью до нескольких месяцев был отмечен у 15 (30 %) опрошенных; в течении одного года — 3 (6 %), от 2 до 5 лет — 9 (18 %), от 5 до 10 лет — у 15 (30 %), более 10 лет отмечался у 8 (16 %) опрошенных.

Основными причинами приёма НПВП явились головные боли/ мигрени — у 39 (46,4 %), гинекологические/ менструальные боли у 20 (23,8 %); зубная боль у 12 (14,3 %); мышечные и суставные боли — у 7 (8,3 %), «межрёберная невралгия» — 3 (6 %), боли в желудке — 1 (1,2 %) случаев.

Причинами выбора препаратов группы НПВС с целью обезболивания явились хорошее и быстрое обезболивание — у 37 (54,4 %) студентов; легкая доступность и широкая распространённость — 15 (29,4 %), 11 (16,2 %) — не знают других альтернатив обезболивания.

Большая часть участников опроса принимает препараты данной группы только при появлении боли — 44 (88 %); ежемесячный приём НПВП отмечали 3 (6 %); ежедневно принимают препараты данной группы всего 2 (4 %); постоянно НПВС принимает 1 (2 %) студент. Причину болевого синдрома по обращению к врачу уточняли лишь 16 (32 %) опрошенных. Из них у 2 (4 %), назначенное специалистом лечение помогло, и у 2 (4 %) лечение приносило лишь временное облегчение, 30 (60 %) к специалисту не обращались. Большинство обследованных интенсивность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) оценили в 6 баллов — 18 (36 %), в 7–8 баллов — 9 (18 %), 4–5 баллов — 10 (20 %) до приёма НПВС. После приема НПВС полностью болевой синдром был купирован только у 19 (38 %).

Были осведомлены о возможных побочных эффектах НПВП — 33 (66 %) опрошенных; не осведомлены — 16 (32 %). Не отмечали побочных эффектов на фоне приёма препаратов — 43 (86 %). Изменение цвета мочи (потемнение или обесцвечивание) встречалось у 3 (5,8 %), уменьшение количества выделяемой мочи — у 2 (3,8 %), увеличение диуреза — 1 (1,9 %), появление отёков — 1 (1,9 %); боль, дискомфорт или тяжесть в поясничной области — 1 (1,9 %). Запор, диарея отмечены у 3 (6 %), боль и тяжесть в области желудка — у 3 (6 %), тошнота и рвота — у 1 (2 %).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что студенты — 5–6-го курсов, не достаточно информированы о группе НПВП, их показаниях к применению и побочных эффектах, что требует учета в процессе их обучения.

### **Выводы**

1. Изучение применения НПВП студентами медицинского университета показало, что 30 % опрошенных принимают НПВП на протяжении от 5 до 10 лет, 16 % — более 10 лет.
2. У половины опрошенных основной причиной обезболивания явилась головная боль.
3. Большинство — 68 % опрошенных никогда не обращались за врачебной помощью для уточнения причин болевого синдрома.
4. В 14 % случаев отмечались побочные эффекты, одна треть студентов не осведомлена о возможных побочных эффектах препаратов группы НПВП.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПАГУБНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У МОЛОДЕЖИ

*Г.Ю. Ваал, П.Н. Боброва, Д.Д. Россомахина, Е.В. Качанова,  
студенты 6 курса лечебного факультета; Н.П. Кириленко  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии*

*Научный руководитель: профессор кафедры, д.м.н., доцент Н.П. Кириленко*

**Ключевые слова:** молодежь; пагубное употребление алкоголя

**Цель работы:** изучить особенности пагубного употребления алкоголя (ПУА) у молодежи.

**Материалы и методы:** с помощью Гугул Форм опрошено 252 респондента. Из них: юношей — 78 (31 %), девушек — 174 (69 %); в возрасте 18–20 лет — 63 (25,0 %); 21–22 года — 79 (31,3 %); 23–25 лет — 71 (28,2 %) и 26–35 лет — 39 (15,5 %). Использовался тест AUDIT, который позволяет учесть 7 категорий ПУА («Не смогли остановиться», «Не смогли выполнить дела», «Потребность опохмелиться», «Угрызение совести», «Провалы в памяти», «Травма из-за выпивания» и «Рекомендации меньше выпивать»).

**Результаты:** у 29,0 % проанкетированных зарегистрированы проявления ПУА, которые чаще встречались у юношей по сравнению с девушками (соответственно, 46,2 % и 21,3 %;  $p = 0,000$ ); наиболее отчетливо это проявилось в возрасте 21–22 года (соответственно, 31,3 % и 12,7 %;  $p = 0,033$ ) и 26–35 лет (соответственно, 57,9 % и 10,0 %;  $p = 0,002$ ). У юношей не выявлено ассоциативной связи суммарных проявлений ПУА в зависимости от возраста (в возрасте 18–20 лет — 43,5 %; 21–22 года — 31,3 %; 23–25 лет — 30,0 % и 26–35 лет — 57,9 %;  $p = 0,289$ ), а у девушек она есть (соответственно, 32,5 %; 12,7 %; 27,5 % и 10,0 %;  $p = 0,037$ ). Чем больше было выпито порций алкоголя в день, тем реже выявлялось отсутствие суммарных проявлений ПУА в категории «Никогда» (1–2 порции — 82,6 %; 3–4 порции — 51,6 %; 5–6 порций — 41,2 %; 7–9 порций — 14,3 % и 10 порций и больше — 10,0 %;  $p = 0,000$ ) и тем чаще регистрировались суммарные проявления ПУА по мере нарастания количества выпитых порций алкоголя в день в категориях «1–3 балла» (соответственно, 13,2 %; 32,3 %; 41,2 %; 42,9 % и 50,0 %;  $p = 0,001$ ), «4–6 баллов» (соответственно, 2,5 %; 16,1 %; 11,8 %; 37,5 % и 20,0 %;  $p = 0,000$ ) и «7 баллов и больше» (соответственно, 1,7 %; 0,0 %; 5,9 %; 0,0 % и 20,0 %;  $p = 0,045$ ). У молодежи выявлены два пика суммарных проявлений ПУА ( $p = 0,037$ ): наибольшие значения — в возрасте 18–20 лет (36,5 %) и 26–35 лет (33,3 %); наименьшие — в возрасте 21–22 года (16,5 %) и 23–25 лет (28,2 %). По форме волнообразных колебаний отдельных категорий проявлений ПУА у молодежи в зависимости от возраста наиболее близка к суммарным его проявлениям

категория «Провалы в памяти» (соответственно, в возрасте 18–20 лет — 9,5 %; 21–22 года — 3,8 %; 23–25 лет — 8,5 % и 26–35 лет — 20,5 %;  $p = 0,032$ ) и «Рекомендации меньше выпивать» (соответственно, 7,9 %; 1,3 %; 5,6 % и 5,1 %;  $p = 0,007$ ), волнообразные колебания которых также четко ассоциировались с возрастом. В то время как категории «Не смогли остановиться», «Не смогли выполнить дела», «Потребность опохмелиться», «Угрызение совести» и «Травма из-за выпивания» не ассоциировались с возрастом (все  $p > 0,05$ ).

**Выводы:** у трети онлайн-опрошенных зафиксированы проявления ПУА. Они чаще выявляются у юношей, чем у девушек. У последних их частота регистрации ассоциируется с возрастом, а у юношей — нет. Выявляемость суммарных проявлений ПАУ нарастает с увеличением количества выпитых порций алкоголя. У молодежи выявлены два пика суммарных проявлений ПУА: наибольшие значения — в возрасте 18–20 лет и 26–35 лет; наименьшие — в возрасте 21–22 года и 23–25 лет. Наиболее близки по форме волнообразных изменений к суммарным проявлениям ПУА были категории «Провалы в памяти» и «Выражали беспокойство». Выявленные особенности ПУА у молодежи необходимо учитывать при проведении у них антиалкогольной пропаганды.

## АЛИМЕНТАРНЫЕ МЕТАФОРЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

*Д.Д. Вантеева, В.В. Дубовик, студенты 1 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра иностранных и латинского языков  
Научный руководитель: д.ф.н., профессор А.Ю. Соколова*

**Ключевые слова:** метафоры в клинической терминологии; типы метафор; алиментарные метафоры в медицине

Метафора — это художественный прием, основанный на перенесении свойств одного предмета (явления) на другой на основании общего или сходного признака. Известно, что метафора активно использовалась в медицинской терминологии для наименований анатомических образований ещё во времена Аристотеля. Метафоры в данном случае служат одним из способов образования новых терминов — семантического, при котором новые термины возникают в результате изменений в семантике уже существующих в языке слов. Термины-метафоры широко представлены в различных сферах медицины.

**Цель исследования:** проанализировать использование определенного типа метафор при образовании клинических медицинских терминов, связанных с описанием патологических процессов, происходящих в организме больного; проанализировать метафорические термины, определить их функцию.

**Материалом для исследования** послужили научные статьи, учебные и энциклопедические пособия, представленные в открытых источниках.

**Методы исследования.** В процессе исследования была проведена выборка алиментарных метафор (от лат. *alimentum* — питание, пища), называющих признаки, симптомы и сами заболевания. Метафоры были разделены на группы. Выделены наиболее часто применяемые алиментарные метафоры в клинической практике, установлена их функция.

**Результаты.** В процессе исследования было выявлено 45 алиментарных метафор в клинической терминологии. Под алиментарной метафорой мы понимаем метафорический перенос, основанный на сходстве с продуктами питания. Была произведена классификация метафорических терминов на основании, во-первых, сходных признаков и, во-вторых, объекта метафоризации.

Согласно первой классификации все термины, на основании того, какой признак брался за основу переноса значения, были разделены на следующие группы:

- внешний вид (рисунок, структура поверхности)
- форма
- консистенция / внутренняя структура
- цвет
- запах.

В результате большинство терминов были отнесены к первой группе (19 терминов — 42,2 %): апельсиновая корка — внешний вид кожи из-за окклюзии лимфатических сосудов и застое лимфы при раке молочной железы; клубничная гемангиома — врожденная капиллярная гемангиома кожи, земляничный желчный пузырь — холестероз желчного пузыря.

Наименее малочисленной группой оказалась последняя (2 термина — 4 %): лейциноз — болезнь кленового сиропа — такое название получил из-за того, что выделяемая больным ребенком моча имеет сладкий, похожий на кленовый сироп запах; фруктовый запах — при наличии в моче кетоновых тел моча имеет запах, напоминающий запах гниющих яблок.

Остальные группы включали около 10 терминов каждая (приблизительно по 18 %). Признак метафорического переноса «форма»: клубничный череп — форма черепа при трисомии; виноградные грозди — ворсины при пузырьном заносе. Признак метафорического переноса «консистенция / структура»: глазированная селезенка — утолщение капсулы селезенки; мускатная печень — хронический венозный застой крови в печени. Признак метафорического переноса «цвет»: молочная нога — отечная бледная болезненная конечность; шоколадная кровь — цвет крови при метгемоглобинемии. Необходимо отметить, что ряд терминов попадает сразу под несколько признаков, чаще всего совмещаются цвет и консистенция, например, смородиновое желе — мокрота с прожилками крови и слизью при инфицировании Клебсиеллой или бронхогенной карциноме или творожистый некроз (казеозный) — некроз при туберкулезе.

По объекту метафоризации все термины были разделены на следующие группы:

- Фрукт (11 примеров — 24,4 %): арбузный желудок — эктазия вен антрального отдела желудка.
- Овощ (4 примера — 9 %): цветная капуста — остроконечная кондилома.
- Плод: ягода / семя / орех / злак (9 примеров — 20 %): рисовый отвар — стул при холере с белыми комочками слизи, напоминающими зерна риса.
- Вид продукта / напитка / способ приготовления (21 пример — 46,6 %): яблочное желе — симптом при туберкулезной волчанке, когда при надавливании появляются коричневатые массы, напоминающие яблочное желе.

**Вывод.** Исследование показало, что алиментарные метафоры широко используются в клинической терминологии. Наиболее распространёнными являются метафоры, основанные на сходстве внешнего вида и вида продукта, напитка и способа приготовления. Метафоры позволяют наглядно представить той или иной признак или симптом, что облегчает их запоминание и распознавание в практической деятельности врача.

## ОЦЕНКА ТОЧНОСТИ ТРЁХМЕРНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ПОЛУЧЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ ТОМОГРАФИИ, ИНТРАОРАЛЬНОГО СКАНЕРА И ФОТОГРАММЕТРИИ

*В.С. Васильева, студентка 5 курса стоматологического факультета,  
И.А. Акимов, Е.И. Кочергина, ассистенты  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра лучевой диагностики  
Научные руководители: ассистенты И.А. Акимов, Е.И. Кочергина*

**Ключевые слова:** стоматология; конусно-лучевая томография; интраоральный сканер; фотограмметрия; 3D-модель; трёхмерная реконструкция

**Цель исследования:** оценка точности трёхмерных реконструкций, получаемых с помощью КЛКТ, интраорального сканера и методом фотограмметрии.

**Материалы и методы:** дентальный 3D томограф «Rayscan Symphony a+» с цефалостатом, сканер интраоральный («Primescan»), смартфон («Samsung A70»), программа для просмотра компьютерных томограмм («Dicom Viewer 3.3»), программы для получения 3D-моделей на смартфонах («KIRI», Polycam), программа для преобразования фотографий в 3D-модель («Agisoft Metashape Standart»), программа для рендеринга модели на основе послойных срезов КЛКТ («InVesalius 3»), программа для калибровки и измерения моделей челюстей («Blender 4.0»), циркуль, линейка, микрометр.

**Результаты.** Всего было исследовано 14 моделей. На каждую модель были нанесены ориентировочные метки, необходимые для последующей калибровки, а также для улучшения качества трёхмерных реконструкций, получаемых смартфоном. В последующем модели были отсканированы на аппарате КЛКТ (настройки: Slice Thickness = 0,16, KVP = 90, X-Ray Tube Current = 7) и с помощью интраорального сканера, а также на них была проведена фотограмметрия двумя методами: а) через приложения на смартфоне, б) предварительное фотографирование с последующей обработкой на компьютере. Далее было необходимо получить модели, которые можно одновременно просматривать и измерять в одной единой программе. Для этого был проведен ряд последующих манипуляций. Получение модели из снимка КЛКТ: 1) настройка зоны интереса и выделение уровня плотности объекта (маска пользовательская 1), 2) создание 3D-модели, 3) экспорт в формате STL.

Получение моделей методом фотограмметрии: а) через приложения для смартфона: 1) съёмка объекта (программные ограничения бесплатных версий: «KIRI» — 40 фотографий, «Polycam» — 70), 2) рендеринг моделей, 3) экспорт в формате STL, 4) калибровка моделей; б) съёмка на телефон с последующей обработкой на компьютере: 1) фотографирование (200–210 снимков для всей челюсти), 2) загрузка фотографий в «Agisoft Metashape» для формирования облака то-

чек, 3) корректировка облака точек, 4) реконструкция модели, 5) экспорт в формате STL, 6) калибровка модели.

Получение моделей сканированием: автоматически через предустановленное ПО с последующем сохранением в формате STL.

Все модели были загружены в «Blender», где были оценены внешне. 1) Модели из приложения «KIRI»: полигонов около 180 тыс., видны их грани, имеются дефекты в модели, слабо выражена анатомия окклюзионных поверхностей, в местах локализации шеек зубы «сливаются» с десной, в межзубных промежутках жевательной и фронтальной групп зубы «сливаются» между собой; 2) Модели из приложения «Polysam»: полигонов около 32 тыс., видны их грани, дефекты в моделях отсутствуют, в анатомии окклюзионных поверхностей прослеживаются только глубокие ямки и фиссуры, в местах локализации шеек зубы «сливаются» с десной, межзубные промежутки и контактные пункты жевательной группы отображены, но не чётко, во фронтальной группе зубы «сливаются» между собой; 3) Модели, полученные через «Agisoft Metashape»: полигонов около 626 тыс., видны их грани, дефекты модели отсутствуют, в анатомии окклюзионных поверхностей выражены фиссуры первого порядка, шейки зубов отчетливо видны, в межзубных промежутках зубы «сливаются» только на контактных пунктах/площадках, во фронтальной группе «сливаются» только на контактных пунктах/площадках; 4) Модели, полученные на аппарате КЛКТ: полигонов около 372 тыс., их грани не видны, дефекты модели отсутствуют, в анатомии окклюзионных поверхностей выражены фиссуры первого и частично второго порядков, шейки зубов отчетливо видны, в межзубных промежутках зубы не сливаются, во фронтальной группе «сливаются» только на контактных пунктах/площадках при плотно стоящих друг к другу зубам; 5) Модели, полученные сканированием: полигонов около 483 тыс., их грани не видны, дефекты модели отсутствуют, в анатомии окклюзионных поверхностей выражены фиссуры первого, второго и третьего порядков, шейки зубов отчетливо видны, в межзубных промежутках жевательной группы зубы сливаются только на контактных пунктах, во фронтальной группе зубы не сливаются.

**Выводы.** Наиболее точные реконструкции челюстей были получены при использовании аппарата КЛКТ и интраорального сканера. Среди методов фотограмметрии наилучшие результаты показали реконструкции, построенные в «Agisoft Metashape Standart».



## **ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С РЕТИНОПАТИЕЙ И ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС В РАЗНЫЕ GESTАЦИОННЫЕ ПЕРИОДЫ**

*Г.Д. Воробьев, студент 5 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научный руководитель: к.м.н, доцент Т. В. Сороковикова  
Кафедра репродуктивной медицины и перинатологии  
Научный руководитель: к.м.н. ассистент Т. В. Ткачева*

**Ключевые слова:** ретинопатия; гипербилирубинемия; гипоксически-ишемические поражения

**Цель исследования:** выявить диагностическую связь между морфологическими изменениями в структурах головного мозга и динамическими изменениями биохимических показателей у недоношенных детей с тяжестью развития неврологических осложнений в катамнезе.

**Материалы и методы:** в рамках настоящего исследования был проведен анализ отечественных и зарубежных источников научной литературы за период с 2018 по 2023 года, было проанализировано 120 историй болезни, амбулаторных карт недоношенных детей разного гестационного возраста с гипоксически ишемическими поражениями и ретинопатией в анамнезе. Для оценки диагностической взаимосвязи клинико-лабораторных данных были рассмотрены результаты нейросонографии и динамические изменения концентрации билирубина в сыворотке крови.

**Результаты:** Анализ данных литературных источников показал: что у большинстве случаев у недоношенных новорожденных любого гестационного возраста встречаются гипоксически-ишемические поражения ЦНС и ретинопатия. По статистике у 8–10 % детей развивается ретинопатия 3–4 стадии. Дети с экстремально низкой массой тела, по статистике наиболее часто, были подвержены развитию осложнений, представленных: внутрижелудочковыми кровоизлияниями, перивентрикулярной лейкомаляцией, телэнцефальным глиозом. Статистические данные показывают, что данные осложнения в 10 % случаев были причиной госпитализаций новорожденных, при этом 30 % этих младенцев находились в тяжелом состоянии, и около 19 % из них имели летальный исход. В связи с чем необходимо ранее проведение ультразвуковой диагностики позволяющий обнаружить и оценить степень гипоксически-ишемических поражений ЦНС, что повышает шанс на предотвращение развития осложнений. Ретинопатия недоношенных возникает в следствии окислительного повреждения структур глаза из-за незрелости антиоксидантных систем и является основной причиной нарушения зрения и слепоты у недоношенных новорожденных во всем мире что делает крайне актуальным вопрос решения данной проблемы. В настоящее время нет достоверных данных по-

зволяющих точно оценить роль билирубина в метаболизме у детей. Имеются противоречивые данные указывающие на наличие нейротоксических свойств билирубина, а также на его роль в качестве антиоксиданта- цитопротектора. При этом эффект зависит от концентрации, а также от индивидуальных особенностей ЦНС.

На основании полученных данных из медицинской документации дети были разделены по сроку гестации на три группы, при этом в каждой группе было две подгруппы по показателям массы тела: дети менее 28 недель гестации :первая группа в количестве 30 детей с экстремально низкой массой тела и 20 с очень низкой массой тела; дети , рожденные на 28–31 неделе , вторая группа в количестве 15 детей с экстремально низкой массой тела и 30 детей с очень низкой массой тела, дети , рожденные в 32–33 недели гестации , третья группа в количестве — 5 детей с экстремально низкой массой тела и 25 с очень низкой массой тела. По результатам биохимического анализа крови 90 % детей имели в анамнезе неонатальную желтуху с показателями билирубина от 60 — до 580мкмоль/л. Согласно результатам проведенного анализа, в первой группе: неврологические осложнения у 60 % детей были представлены внутри желудочковыми кровоизлияниями при этом степень тяжести обратно пропорционально зависела от массы тела новорожденных, 55 % с экстремально низкой массой тела имели перивентрикулярную лейкомаляцию, у двух детей был выявлен телэнцефальный глиоз. 15 % с очень низкой массой тела имели перивентрикулярную лейкомаляцию. Во второй группе имеются следующие данные: у 35 % исследуемых были обнаружены внутрижелудочковые кровоизлияния, степень тяжести так же зависела от дефицита массы тела. У 20 % детей с экстремально низкой массой тела и 5 % с очень низкой массой тела была диагностирована перивентрикулярная лейкомаляция. В третьей группе у двух детей с экстремально низкой массой тела были выявлены внутри желудочковые кровоизлияния первой степени. У детей с очень низкой массой тела данные нейросонографии говорили о гипоксически-ишемическом поражении.

Во всех группах детей в 90 % случаев была выявлена обратная зависимость между степенью тяжести гипербилирубинемии и степенью тяжести ретинопатии — что может подтверждать роль билирубина в качестве цитопротектора от свободных радикалов.

**Выводы:** в результате проведенного исследования была выявлена прямая связь между сроком гестации и тяжестью протекания гипоксически-ишемических поражений центральной нервной системы , в связи с чем крайне важно проведение своевременной диагностики. Взаимосвязь гипербилирубинемии и степенью тяжести ретинопатии, позволяет предположить роль билирубина в качестве цитопротектора.

## РАЗВИТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У КРЫС ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ЗОЛОТИСТЫМ СТАФИЛОКОККОМ, ВЫДЕЛЕННЫМ С КОЖИ РУК (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Ю.В. Воробьева, Е.П. Кундасова, 3 курс, стоматологический факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии  
Кафедра микробиологии и вирусологии с курсом иммунологии  
Кафедра патологической физиологии  
Научные руководители: д.м.н., профессор, И.А. Дубровин;  
к.б.н., старший преподаватель Е.Б. Ганина; ассистент А.В. Леонтьева

**Ключевые слова:** микробиота кожи; *Staphylococcus aureus*; медицинские перчатки; гигиеническая обработка; инфицирование; воспаление

**Цель исследования:** моделирование на крысах инфицирования *Staphylococcus aureus* травмированной поверхности кожи рук врача с последующим изучением развития гнойно-воспалительных реакций у экспериментальных животных в результате их заражения *Staphylococcus aureus*, изолированным из содержимого медицинских перчаток.

**Материалы и методы:** дизайн исследования включал 2 этапа. Первый — изучение микробиоты кожи рук и её качественно-количественных изменений; выделение штамма золотистого стафилококка, обладающего наиболее широким спектром патогенных свойств. Второй этап исследования — заражение экспериментальных животных культурой *Staphylococcus aureus*, который был изолирован из содержимого медицинских перчаток. Первый этап исследования проводили с помощью 12 обучающихся Тверского ГМУ. Критерием включения служило отсутствие кожных заболеваний. Критерием исключения — наличие острых заболеваний и применение антибактериальных препаратов за 14 дней до эксперимента. В ходе исследования микробиоту изолировали с кожи рук, не подвергавшихся гигиенической обработке, после комплекса антисептических мер по СанПин 2.1 3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», далее после часа использования нестерильных смотровых перчаток. Для проведения данного этапа применяли бактериологический метод исследования (посев на питательные среды (Сабуро, М118, кровяной агар), выделение и идентификация чистой культуры). На втором этапе наносили взвесь *Staphylococcus aureus* (концентрация  $1 \cdot 10^8$  клеток/мл) на открытую рану 6 опытным крысам путём аппликации, физиологический раствор 6 контрольным животным и осуществляли забор крови через 24 часа. Затем проводили визуальный осмотр и выведение животных из эксперимента передозировкой «Золетил-100» на 1, 3 и 5 сутки после нанесения. Изучали изменения внутренних органов (легкие, печень, селезенка). Посев крови на питательную среду проводили классическим бактериологическим методом. Все манипуляции с животными,

которые содержались в одинаковых условиях вивария Тверского ГМУ, осуществляли в соответствии с «Общими этическими принципами экспериментов на животных» (Россия, 2011 г.), Приказом Минздрава России № 199н от 1 апреля 2016 г. «Об утверждении правил надлежащей лабораторной практики», в соответствии с ГОСТ 33215-2014 «Руководство по содержанию и уходу за лабораторными животными. Правила оборудования помещений и организации процедур» (Межгосударственный стандарт, 2016 г.).

**Результаты:** до проведения комплекса гигиенических мероприятий *Staphylococcus aureus* был выявлен в 50 % случаев (2,97 lg КОЕ/мл); после антисептической обработки частота встречаемости снизилась и составила 33,33 % (3,02 lg КОЕ/мл); после использования нестерильных нитриловых перчаток в течение часа распространённость не изменилось — 33,33 % (2,58 lg КОЕ/мл).

Результаты нанесения взвеси золотистого стафилококка на раневую поверхность можно подразделить на клинические: уменьшение суточного диуреза у крыс, гиподинамия, и на морфологические проявления — образование язв, а также гнойно-некротических процессов в местах аппликации, увеличение селезенки, сухая гангрена конечности. На микропрепаратах селезёнки было выявлено изменение контура капсулы и истощение T-зависимых зон фолликулов. В лёгких на фоне здоровой ткани были определены гомогенные эозинофильные участки, сопровождающиеся инфильтрацией лейкоцитов, при этом было зафиксировано отсутствие демаркационной линии. На гистологических препаратах печени обнаружены расширенные синусоидные капилляры, а также гепатоциты с признаками дистрофических изменений.

При бактериологическом анализе крови были выделены *Staphylococcus aureus*.

**Выводы:** 1. Комплекс гигиенических мероприятий снижает частоту встречаемости *Staphylococcus aureus*, но не позволяет полностью устранить условно-патогенный микроорганизм.

2. Соблюдение правил обработки кожи рук, изоляция имеющихся ранений и своевременное лечение кожных заболеваний, а также контроль длительности использования медицинских перчаток являются необходимым условием работы врача.

3. Инфицирование экспериментальных крыс золотистым стафилококком, выделенным из микробиоты кожи рук, привело к развитию воспалительной реакции с признаками генерализации инфекционного процесса в виде септикопиемии и отсутствия демаркационной линии в области первичного очага поражения.

## АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ О ВОЗМОЖНОСТЯХ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ

*А.Р. Гаврилова, М.С. Зайцева, 6 курс, лечебный факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: к.м.н. Е.Н. Матвиевская*

**Ключевые слова:** менопаузальная гормональная терапия; эстрогены; климактерический период

**Ведение.** В настоящее время известно, что менопаузальная гормональная терапия (МГТ) является наиболее эффективным методом лечения нарушений в менопаузе и играет установленную роль в снижении сердечно-сосудистого риска и в профилактике постменопаузального остеопороза.

В практическом аспекте одной из задач врача-терапевта при ведении женщин в климактерическом периоде является грамотная подготовка женщины к периоду менопаузы, осведомление ее о возможных рисках и последствиях эстрогенодефицита. Помимо этого, врачу важно рассказать пациентке о способах коррекции данного состояния.

**Цель исследования:** проанализировать информированность женщин в климактерическом периоде о возможностях менопаузальной гормонотерапии.

**Материалы и методы.** Проведено сплошное одномоментное исследование на базе ГКБ №7 поликлинике №3 г. Твери в период с 01.07.2023 по 15.07.2023. Критерии включения: женщины, обратившиеся за медицинской помощью на клинические базы (97 женщин), перименопаузальный возраст. Критерии исключения: ранняя и хирургическая менопауза длительностью более 10 лет на момент исследования. Для тестирования была специально разработана оригинальная анкета (11 вопросов) в Google Forms. Анкета состояла из двух частей и включала вопросы общей направленности (возраст, образование) и частные вопросы об информативности МГТ.

**Результаты.** Согласно данным проведенного опроса, средний возраст исследуемой группы  $51 \pm 2,8$  лет: большая часть в возрасте от 45 до 50 лет — 40 человек (41,3 %), 51–55 лет — 37 (38,1 %), 56–60 лет — 20 (20,6 %).

Информировано о протективном действии эстрогенов в отношении остеопороза, сердечно-сосудистых заболеваний, а также участие в синтезе коллагена и выработки влагалищной слизи абсолютное большинство — 88 женщин (90,9 %). При этом около 29 участниц (30 %) исследования не знают, что МГТ можно использовать с целью профилактики остеопороза.

О прогрессивном снижении уровня эстрогенов с возрастом информировано 91 респондентов (93,9 %). О существовании препаратов МГТ осведомлены 95 чело-

век (98,5 %). При этом 19 женщин (19,7 %) не считают необходимым назначение МГТ, не смотря на хорошую информированность об ее эффектах, респонденты не планируют обращаться к доктору для подбора терапии. Поразительно, что 35 опрошенных (36,4 %) не имеют представления о важности динамического наблюдения при использовании МГТ. Пятая часть респондентов не знают, что можно нивелировать риски и побочные эффекты МГТ.

Мы считаем, что важно повышать медицинскую грамотность населения путем информирования женщин в перименопаузальном периоде о возможностях профилактики остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний с помощью МГТ.

**Выводы.** Подавляющее большинство 88 женщин (90,9 %) информировано в вопросах влияния эстрогенов на организм женщины, однако далеко не все знают о возможностях МГТ в отношении профилактики ряда заболеваний. Пятая часть опрошенных не знают, что риски и побочные эффекты МГТ могут быть нивелированы и не планируют обращаться за ее подбором. Более трети женщин не знают о важности динамического наблюдения на фоне МГТ.

Следует отметить, что терапевту, гинекологу важно не забывать о возможностях профилактики МГТ и в определенный возрастной период осуществлять персональный подбор МГТ или направлять с этой целью к смежным специалистам. Пациенту и доктору не забывать о важности динамического наблюдения. Потенциальные риски и негативные эффекты МГТ могут быть вовремя скорректированы только в случае наблюдения за пациенткой.

## СКАРЛАТИНА СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ СТОЛИЧНОГО МЕГАПОЛИСА

*А.Р. Гаврильчик<sup>1</sup>, студент 1 курса магистратуры факультета экологической*

*<sup>1</sup> — УО «МГЭИ им. А. Д. Сахарова БГУ», г. Минск, Республика Беларусь*

*<sup>2</sup> — Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент, О.Н. Ханенко<sup>2</sup>*

**Ключевые слова:** *скарлатина; дети; клинико-эпидемиологические особенности*

**Цель исследования:** выявление клинико-эпидемиологических особенностей течения скарлатины у детей, госпитализированных в Городскую детскую инфекционную клиническую больницу г. Минска в 2023 году, по сравнению с допандемическим (2017–2019 годы) и пандемическим (2020–2022 годы) периодами наблюдения.

**Материалы и методы:** данные статистической отчетности, первичной медицинской документации пациентов с диагнозом «скарлатина» за период с 2017 по 2023 годы. Проведены расчеты и статистический анализ частоты встречаемости случаев среди госпитализированных в стационар детей, с оценкой их гендерной, возрастной структуры и тяжести клинического проявления инфекции у заболевших в отдельные периоды наблюдения.

**Результаты исследования:** Установлено, что в 2023 году скарлатина диагностирована у 138 детей или в 6,9 (95 % ДИ 5,7–8,1) случаях на 1000 госпитализаций, в 2017–2019 годы — у 229 пациентов или в 3,3 (95 % ДИ 2,9–3,7) случаях на 1000 госпитализаций, в 2020–2022 годы — у 120 заболевших или в 2,2 (95 % ДИ 1,8–2,6) случаях на 1000 госпитализаций.

Анализ возрастной структуры пациентов с диагнозом «скарлатина» демонстрирует, что наибольший удельный вес заболевших скарлатиной лиц, стратифицированных по возрасту, отмечен в группе 3–7 лет — 76,3 % (95 % ДИ 72,5–80,1) или 370 человек из числа 487 госпитализированных детей. Во все годы наблюдения случаи заболевания в возрастной группе до 1 года не регистрировались, единичные случаи инфекции диагностированы у детей 14–17 лет — 4 человека. При этом, средний возраст пациентов увеличился с 3,4 лет в 2020 году до 5,6 лет в 2023 году, а в допандемический период колебания составили от 4,2 года в 2017–2018 годы до 4,9 лет в 2019 году.

В гендерной структуре в 2023 году из 138 пациентов с диагнозом «скарлатина» 85 (61,6 %; 95 % ДИ 53,4–69,7) составили мальчики и 53 (38,4 %; 95 % ДИ 30,2–46,5) девочки, т.е. доля лиц мужского пола оказалась больше в 1,6 раза ( $p < 0,05$ ). В 2017–2019 годы на мальчиков пришлось 138 (60,3 %; 95 % ДИ 54,0–

66,6) госпитализированных лиц, а девочек было в 1,5 раза меньше — 91 (39,7 %; 95 % ДИ 33,4–46,0) человек ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что с 2020 по 2022 годы распределение мальчиков и девочек было примерно одинаковым и составило 59 (50,0 %; 95 % ДИ 40,9–59,0) и 61 (51,7 %; 95 % ДИ 42,6–60,7) человек соответственно ( $p < 0,05$ ).

При анализе степени тяжести клинического течения скарлатины по данным первичной медицинской документации 439 пациентов установлено, что наиболее часто регистрировались среднетяжелые формы заболевания, которые были диагностированы у 415 (94,6 %; 95 % ДИ 92,4–96,6) пациентов. Только у 5 (1,1 %; 95 % ДИ 2,9–7,0) человек заболевание характеризовалось легким течением.

Случаи тяжелого течения скарлатины были диагностированы у 19 (4,3 %; ДИ 2,4–6,2) человек из 439 госпитализированных лиц. При этом, из числа 19 пациентов с тяжелым течением скарлатины 6 (31,6 %; 95 % ДИ 10,6–52,5) случаев зарегистрировано с 2017 по 2019 годы; 4 (21,1 %; 95 % ДИ 2,7–39,4) заболевших — в период пандемии с 2020 по 2022 годы и 9 (47,4 %; 95 % ДИ 24,9–69,8) детей — в 2023 году ( $p < 0,05$ ). У 7 (36,8 %; 95 % ДИ 15,1–58,5) из 19 пациентов с тяжелым течением инфекции диагностированы осложнения основного заболевания (сепсис, эмпиема плевры, сердечная недостаточность, токсикоз, миокардиодистрофия инфекционно-токсического генеза, острое повреждение почек).

**Заключение:** по результатам настоящего исследования установлено, что наибольшая частота госпитализации детей с диагнозом «скарлатина» наблюдалась в 2023 году — 6,9 случая на 1000 госпитализированных детей в год, т.е. в сравнении с допандемическим периодом наблюдения и периодом пандемии выше в 2,1 раза и в 3,1 раза соответственно ( $p < 0,05$ ). Наибольший удельный вес заболевших скарлатиной детей (76,3 %) пришелся на возрастную группу 3–7 лет. В гендерной структуре доля госпитализированных мальчиков была в 1,4 раза больше по сравнению с девочками ( $p < 0,05$ ). По тяжести течения скарлатины у 94,6 % пациентов диагностированы среднетяжелые формы заболевания, тогда как среди 4,3 % лиц с тяжелой формой инфекции осложнения основного заболевания регистрировались в 36,8 % случаях.



## ИЗМЕНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ КАК МАРКЕРЫ ДИСПЛАСТОЗАВИСИМОЙ ПАТОЛОГИИ

*А.З. Гейдарли, К. Сакаева, студенты 4 курса стоматологического факультета*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель: к.м.н. И.А. Зябрева*

**Ключевые слова:** *челюстно-лицевая область; стоматология; дисплазия соединительной ткани; молодые люди*

**Цель исследования:** изучение изменений челюстно-лицевой области и возможности их использования в качестве маркеров диспластозависимой патологии.

**Материалы и методы.** В анкетировании приняли участие 182 добровольца (юноши — 63, девушки — 119) в возрасте от 18 до 25 лет (средний возраст  $21,1 \pm 1,40$  года). Все обследованные были разделены на две группы: I группа (основная) — с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) 1–2 степени ( $n = 47$ ; юноши — 11, девушки — 36; средний возраст  $21,1 \pm 1,22$  года), II группа (контрольная) — без ДСТ ( $n = 135$ ; юноши — 52, девушки — 83; средний возраст  $21,1 \pm 1,41$  года).

Критерии включения в исследование: возраст от 18 до 25 лет, добровольное согласие на участие.

Оценка фенотипических и висцеральных диспластозависимых изменений производилась при помощи диагностического набора, разработанного Т.Е. Джулай (2017). ДСТ 1 степени устанавливалась при суммарном индексе 12–20 баллов, 2 степени — 21–30 баллов.

Для исследования была разработана анкета в Google Forms. Полученные результаты вносились в базу данных, созданную в программе Microsoft Office Excel 2010. Статистический анализ данных производился при помощи пакета программ STATISTICA.

**Результаты.** Фенотипические проявления ДСТ в обследованной группе были представлены миопией (39,6 %), деформацией позвоночника (33,5 %), плоскостопием (26,4 %), стриями (17,0 %), астигматизмом (15,9 %), келоидными послеоперационными рубцами (15,4 %), варикозным расширением вен нижних конечностей (7,1 %), hallux valgus (5,5 %), деформацией грудной клетки (3,8 %), варусной или вальгусной деформацией ног и гемангиомами или ангиоэктазиями (по 3,3 %), дряблостью, легко растяжимой кожей вне связи с изменениями массы тела и множественными пигментными пятнами (по 2,7 %), паховой грыжей (1,6 %) и диастазом мышц передней брюшной стенки (0,5 %).

Среди висцеральных проявлений отмечались аномалии строения желчного пузыря и мочевыводящей системы (8,8 %), пролапсы клапанов сердца (6,6 %), другие (малые) аномалии строения сердца (4,9 %), висцероптоз (3,8 %), кисты паренхиматозных органов (2,2 %), долихосигма или мегаколон (1,6 %), гемангиома печени (1,1 %), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточность (халазия) кардии и дивертикул толстого кишечника (по 0,5 %).

В основной группе изменения челюстно-лицевой области (ЧЛО) были представлены нарушением прикуса в 63,8 % случаев ( $p < 0,001$ ), изменением положения зубов в зубной дуге — 36,2 % ( $p < 0,01$ ), вывихом или подвывихом височно-нижнечелюстного сустава — 31,9 %, искривлением носовой перегородки — 23,4 %, ретинированными зубами — 19,1 %, склонностью к микро- или макрогнатии верхней или нижней челюсти и нарушением прорезывания зубов — по 14,9 %, диастемой и/или тремами и выраженной асимметрией лица — по 10,6 %, короткой уздечкой языка — 8,5 %, макродензией и некариозными поражениями эмали зубов — по 6,4 %, «готическим» нёбом — 4,3 %, изменённой формой зубов, «географическим» языком и костными надглазничными утолщениями — по 2,1 %. При этом у 76,6 % респондентов ( $p < 0,001$ ) отмечалась комбинация двух и более отклонений от нормы.

В контрольной группе были выявлены следующие особенности ЧЛО: нарушение прикуса (32,6 %), вывих или подвывих височно-нижнечелюстного сустава (25,9 %), диастема и/или тремы (17,7 %), изменение положения зубов в зубной дуге (17 %), искривление носовой перегородки (14,1 %), нарушение прорезывания зубов (13,3 %), ретинированные зубы (11,1 %), некариозные поражения эмали (7,4 %), выраженная асимметрия лица (5,6 %), короткая уздечка (5,2 %), макродензия (2,2 %), костные надглазничные утолщения (3,7 %), склонность к микро- или макрогнатии верхней или нижней челюсти и микродензия (по 3,0 %), «географический» язык и изменения формы зубов (по 2,2 %), «готическое» нёбо и макрохелия (по 1,5 %). Сочетание двух и более изменений наблюдалось в 41,5 % случаев.

**Выводы.** В ходе исследования было установлено, что при ДСТ 1-2 степени комбинация двух и более изменений ЧЛО встречается статистически значимо чаще, чем у лиц без ДСТ. Значимые различия были выявлены только в отношении нарушения прикуса и изменения положения зубов в зубной дуге, взаимосвязь других изменений ЧЛО с диспластозависимым фенотипом требует дальнейшего изучения.

## ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ПАГУБНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ЕГО ФАКТОРЫ РИСКА

*М.Е. Герасимов, Е.В. Баранова, А.А. Федорова, А. И. Тухтаев, студенты  
6 курса лечебного факультета*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра поликлинической терапии*

*Научный руководитель: профессор кафедры, д.м.н., доцент Н.П. Кириленко*

**Ключевые слова:** пагубное потребление алкоголя; факторы риска.

**Цель работы:** изучить особенности проявлений пагубного потребления алкоголя (ППА) в зависимости от факторов риска.

**Материалы и методы:** с помощью Гугул Форм опрошено 334 респондента: мужчин — 102 (30,5 %), женщин — 232 (69,5 %); в возрасте 18–29 лет — 236 (70,7 %), 30–59 лет — 87 (26,0 %); 60 лет и старше — 11 (3,3 %). Использовался тест AUDIT. Он предназначен для выявления признаков ППА («Не смогли себя остановить», «Не смогли выполнить ожидаемое», «Необходимость опохмелиться», «Наличие угрызений совести», «Не смогли вспомнить подробности выпивки», «Были травмы из-за алкогольного опьянения» и «Были рекомендации по отказу от алкоголя» с последующим их суммированием — суммарные проявления ППА.

**Результаты:** у каждого четвертого опрошенного имелись признаки ППА. Они чаще — у мужчин, чем у женщин (35,3 % и 19,4 %;  $p = 0,002$ ). Различия касались возраста 18–29 лет (40,8 % и 21,8 %;  $p = 0,003$ ); в возрасте 30–59 лет и 60 лет и старше таковых нет (21,4 % и 11,9 %;  $p = 0,196$ ; 33,3 % и 25,0 %;  $p = 0,661$ ). Чем больше было выпито порций алкоголя в день (1–2; 3–4; 5–6; 7–9 и 10 и больше), тем реже выявлялось отсутствие суммарных проявлений ППА (97,2 %; 80,5 %; 73,7 %; 44,4 % и 80,0 %;  $p = 0,000$ ), и тем чаще они регистрировались в категориях «реже 1 раза в месяц» (2,8 %; 14,6 %; 26,3 %; 44,4 % и 0,0 %;  $p = 0,000$ ) и «1 раз в месяц и чаще» (0,0 %; 4,9 %; 0,0 %; 11,1 % и 10,0 %;  $p = 0,000$ ). Отсутствие суммарных проявлений ППА снижалось по мере нарастания частоты потребления алкоголя (реже 1 раза в месяц — 59,8 %; 1 раз в месяц — 42,3 % и 1 раз в неделю и чаще — 0,0 %;  $p = 0,000$ ); их выявляемость в категориях 1–3 балла (28,7 %; 26,9 % и 50,0 %;  $p = 0,00$ ), 4–6 баллов (5,0 %; 26,9 % и 50,0 %;  $p = 0,000$ ) и 7 баллов и больше (3,4 %; 0,0 % и 33,3 %;  $p = 0,001$ ) увеличивалась в зависимости от нарастания частоты потребления алкоголя. Из признаков ППА наиболее часто выявлялась категория «Были угрызения совести» (12,0 %), реже — «Не смогли остановиться» (8,7 %) и «Не смогли вспомнить подробности выпивки» (8,1 %), затем — «Не смогли выполнить обещанное» (7,5 %), «Требовалось опохмелиться» (6,9 %), «Были травмы из-за алкогольного опьянения» (6,3 %) и «Были рекомендации по отказу от алкоголя» (4,8 %;  $p = 0,027$ ). Большинство (71,4 %) проявле-

ний ППА («Не смогли остановиться», «Не смогли выполнить обещанное», «Были угрызения совести», «Не смогли вспомнить подробности выпивки» и «Были травмы из-за алкогольного опьянения») чаще выявлялись у мужчин, чем у женщин (14,7 % и 6,0 %;  $p = 0,010$ ; 11,8 % и 5,6 %;  $p = 0,044$ ; 18,6 % и 9,1 %;  $p = 0,012$ ; 14,7 % и 5,2 %;  $p = 0,004$ ; 9,8 % и 4,7 %;  $p = 0,040$ ); категории «Требовалось опохмелиться» и «Были рекомендации по отказу от алкоголя» были одинаково частыми (7,8 % и 6,5 %;  $p = 0,402$ ; 6,9 % и 3,9 %;  $p = 0,183$ ). Практически в половине категорий (57,1 %), касаемых отдельных проявлений ППА, не выявлено половозрастных различий: «Не смогли выполнить обещанное» (18–29 лет: мужчины – 11,3 %; женщины – 6,1 %;  $p = 0,133$ ; 30–59 лет – 12,0 % и 5,4 %;  $p = 0,266$ ; 60 лет и старше – 33,3 % и 0,0 %;  $p = 0,273$ ); «Потребность опохмелиться» (18–29 лет: мужчины – 7,0 %; женщины – 6,7 %;  $p = 0,557$ ; 30–59 лет – 7,1 % и 6,5 %;  $p = 0,633$ ; 60 лет и старше – 33,3 % и 0,0 %;  $p = 0,273$ ); «Были травмы из-за алкогольного опьянения» (18–29 лет: мужчины – 11,3 %; женщины – 5,5 %;  $p = 0,098$ ; 30–59 лет – 3,6 % и 3,4 %;  $p = 0,693$ ; 60 лет и старше – 33,3 % и 0,0 %;  $p = 0,273$ ) и «Были рекомендации по отказу от алкоголя» (18–29 лет: мужчины – 7,0 %; женщины – 3,6 %;  $p = 0,207$ ; 30–59 лет – 3,6 % и 1,7 %;  $p = 0,543$ ; 60 лет и старше – 33,3 % и 25,0 %;  $p = 0,661$ ). В категории «Не смогли остановиться» в возрасте 18–29 лет преобладали мужчины по сравнению с женщинами (14,1 % и 6,7 %;  $p = 0,034$ ); в возрасте 30–59 лет и 60 лет и старше ее выявляемость у них была одинаковой (14,3 % и 5,1 %;  $p = 0,147$ ; 33,3 % и 0,0 %;  $p = 0,273$ ). В категории «Были угрызения совести» различия касались возраста 30–59 лет (у мужчин чаще, чем у женщин: 14,3 % и 1,7 %;  $p = 0,035$ ), а в возрасте 18–29 лет и 60 лет и старше нет (19,7 % и 12,1 %;  $p = 0,095$ ; 33,3 % и 0,0 %;  $p = 0,273$ ). В категории «Не смогли вспомнить подробности выпивки» половозрастные различия были зарегистрированы в возрасте 18–29 лет (у мужчин чаще, чем у женщин: 15,5 % и 6,1 %;  $p = 0,021$ ); в 30–59 лет и 60 лет и старше таковых не было (соответственно, 10,7 % и 3,4 %;  $p = 0,187$ ; 33,3 % и 0,0 %;  $p = 0,273$ ).

**Выводы:** у каждого четвертого онлайн-опрошенного имеются признаки ППА. Наиболее частым его проявлением является «Наличие угрызений совести». Выявляемость ППА чаще регистрируется у мужчин, нарастает с увеличением количества выпитых порций алкоголя и частоты его употребления. Выявленные особенности ППА необходимо учитывать при проведении антиалкогольной пропаганды.

## ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА

*Е.М. Герез, 11Б класс (медицинский профиль);  
ГБОУ города Москвы Школа № 1506, г. Москва, Россия  
Научный руководитель: О.Н. Шаверская, учитель химии*

**Ключевые слова:** энергетические напитки; физиологическое состояние организма; эмоциональное состояние

Основными потребителями энергетических напитков являются подростки, которые не задумываются о последствиях их употребления. Какие вещества содержатся в энергетических напитках, как они влияют на наш организм, несут ли эти «напитки бодрости» вреда организму человека?

**Цель исследования:** Изучение влияния энергетических напитков на физическое и эмоциональное состояние биологического организма.

Материалы и методы

После изучения литературы о видах и химическом составе напитков был проведен сравнительный анализ, включающий в себя сопоставление «энергетиков» по трём параметрам: цене, содержанию кофеина и сахара. Затем, ранжирование отобранных образцов напитков по наличию добавок: E150d, E150a, E331, E445. В результате ранжирования получилось, что при умеренном употреблении наиболее опасным является “Drive”, далее “Jaguar” с наиболее низким содержанием сахара и большим количеством витаминов. Энергетические напитки “Adrenaline Rush”, “RedBull”, “Eon”, “Burn” и “Gorilla” превышают дневную норму таурина в 2 раза (400мг норма). Но все энергетические напитки соответствуют дневной норме кофеина (400 мг норма). Исходя из выше составленного анализа, было принято решение использовать в дальнейшем исследовании два энергетических напитка “Drive” и “Burn”, так как по содержанию кофеина, таурина и углеводов в составе они кардинально отличаются.

Опытно-экспериментальной работа по исследованию влияния энергетических напитков на организм Виварной мыши длилась 14 дней.

В домашних условиях были расположены 3 клетки с мышами. Клетка 1 контрольная беременная мышь. Клетка 2 — 5 мышей, принимавшие только “Drive”. Клетка 3 — 5 мышей, принимавших “Burn”. В клетке 1 мышь получала питание 2 раза в день: морковь, злаки, сухари, вода. В клетках 2 и 3 аналогичное питание, но вместо воды были «энергетические напитки». Во всех 3-х клетках было одинаковое количество насыпи из кошачьего наполнителя.

Через 2 дня после начала эксперимента было замечено, что психическая активность мышей во второй и третьей клетке увеличилась. Беременная мышь родила на свет 10 мышат, впоследствии из которых выжило всего 5 детенышей.

Через 5 дней во второй и третьей группе мышей количество энергетического напитка в ёмкости перестало уменьшаться, был сделан вывод, что мыши получали необходимую жидкость из моркови и переставали пить энергетический напиток. Было принято решение убрать из рациона исследуемых групп морковь.

Через 10 дней в экспериментальной группе с напитком “Burn” одна мышь родила 12 мышат, впоследствии из которых все выжили. Оставшиеся 4 мыши соорудили из кошачьего наполнителя укрытие для матери мышат.

Через 2 недели в двух группах наблюдения показали, что мыши были очень агрессивны и почти не спали, происходили постоянные драки между обитателями одной клетки. По завершении срока в две недели, мыши были переданы в виварий для вскрытия, которое показало наличие у мышей патологии внутренних органов.

**Результаты.** Через две недели у мышей повысилась психоэмоциональная активность, вследствие чрезмерного употребления кофеина и таурина. У экспериментальных групп мышей, принимавшие энергетические напитки, была увеличена сердечная мышца вследствие повышенной скорости циркуляции крови в сердце, мышца просто не справлялась с нагрузками и из-за этого увеличилась, чтобы охватывать больший объём крови. Во второй группе мышей была увеличена селезёнка в 5 раз. Селезёнка орган иммунной системы, который продуцирует антитела и разрушает клетки эритроцитов, которые впоследствии направляются в печень. Если этот орган был увеличен, значит либо иммунитет мыши не справлялся, и ему потребовалось ещё больше антител, либо объём повреждённых эритроцитов был настолько большой, что селезёнка не справилась с нагрузкой.

В группах мышей, принимавшие энергетические напитки, были пустые желудки. Следовательно, энергетический напиток влиял на психическую систему организма и создавал искусственное чувство сытости. В группе мышей клетки 1 отмечены увеличение почек. Можно предположить, что почки не справлялись с большим объёмом жидкости в организме и увеличились в размере. Вскрытие контрольной мыши патологий внутренних органов не зафиксировало.

**Выводы.** На примере мышей видно, что чрезмерное потребление энергетических напитков влечёт в себе негативные последствия: вызывает разрушение структуры тканей и нарушение физиологических процессов в организме. Прежде всего, страдают органы пищеварения, нервная и сердечно-сосудистая система, следовательно, и весь организм в целом.

Энергетические напитки можно назвать психостимуляторами, которые вызывают возбудимость организма на короткий промежуток времени, организм очень быстро привыкает к нему и стремится получить его ещё. Увлечение «бодрящей газировкой» среди молодежи медики называют новым видом зависимости. Поэтому необходимо проводить разъяснительные мероприятия среди подростков, являющихся активными потребителями «энергетиков», не задумывающихся над последствиями для своего здоровья.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

*П.Б. Голянина, В.А. Саламатова, Л.Р. Сулейманова, 6 курс, лечебный факультет*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра поликлинической терапии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Л.А. Любская*

**Ключевые слова:** *болезнь Крона; биологическая терапия; осложнения*

**Цель исследования:** описать и проанализировать тактику ведения пациента с осложненным течением болезни Крона.

**Материалы и методы:** изучение данных анамнеза и клинической картины больного, особенностей диагностики и лечения.

**Результаты:** мужчина 27 лет обратился к терапевту с жалобами на полуоформленный стул до 4 раз в сутки, с примесью слизи, спастические боли в левой половине живота, метеоризм, слабость. Не курит, употребление алкоголя отрицает. Аллергический и наследственный анамнез не отягощены. Считает себя больным с 15 лет, когда впервые отметил жидкий стул до 8 раз в сутки, со слизью, без крови, с повышением температуры тела до 39°C, гнойные выделения из прямой кишки. Данные симптомы повторялись каждые 3 месяца на протяжении года. При осмотре хирургом диагностирован параректальный свищ, выполнено иссечение свища. При дообследовании анемия железодефицитная легкой степени тяжести, антральный гастрит, атрофический илеит, диффузный эрозивный колит, гистологические признаки субатрофического илеита, единичные гранулемы инородного тела, распространенный колит умеренной активности. По данным МРТ кишечника и малого таза — параректальный свищ. Диагностирована болезнь Крона тонкой и толстой кишки, минимальной активности, параректальный свищ, назначено лечение: инфликсимаб, азатиоприн, месалазин, антибактериальная терапия. На фоне индукционного курса инфликсимаба выявлен туберкулез внутригрудных лимфоузлов, диссеминированный туберкулез легких (МБТ-), инфильтративный туберкулез бронхов. Осмотрен фтизиатром, в течение 1,5 лет проводилась противотуберкулезная терапия с положительным эффектом. Для поддержания ремиссии болезни Крона принимал месалазин. Атаки заболевания отмечались в 2014 и 2016 гг. в виде жалоб на неоформленный стул до 4 раз в сутки, без патологических примесей, периодические боли в животе различной локализации и отсутствие аппетита, сопровождающиеся общей слабостью и утомляемостью. Самостоятельно принимал препараты месалазина с временным положительным эффектом. В 2018 г. в связи с выраженным ухудшением самочувствия госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница», проведена коррекция лечения, рекомендована консультация гастроэн-

теролога ФГБУ ГНЦК им. А.В. Рыжих. При консультации диагноз подтвержден, рекомендована госпитализация, от которой больной отказался, самостоятельно принимал месалазин, иногда фторхинолоны, пробиотики. С 2019 г. лекарства не принимал в связи с отсутствием жалоб. В июле 2022 г. отметил вздутие живота, полуоформленный стул без патологических примесей до 4 раз в сутки, боли в левой половине живота, повышение температуры тела до 39°C. Возобновил прием месалазина, без эффекта. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница» в декабре 2022 г. При обследовании анемия легкой степени, тромбоцитоз, лимфопения, повышение СОЭ до 50 мм/час, повышение С-реактивного белка до 7 верхних границ нормы, КТ-энтерография – циркулярное утолщение стенок дистальной трети поперечно-ободочной кишки протяженностью до 45 мм, при колоноскопии удалось осмотреть 40 см от ануса, далее воспалительное сужение до 7 мм в диаметре, дистальнее стриктуры язвы и эрозии, на 3 см от ануса – множественные плоские эрозии с фибрином. На фоне пульс-терапии метилпреднизолоном, назначения месалазина, фторхинолонов состояние без положительной динамики, прогрессирование болевого синдрома, субфебрилитет. Направлен в НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих, госпитализирован. В связи с фиброзными стриктурами ободочной кишки и признаками частичной кишечной непроходимости выполнена проксимальная субтотальная резекция ободочной кишки, терминальная резекция подвздошной кишки. Послеоперационный период без осложнений. Учитывая данные анамнеза, осмотра, результаты клинико-инструментальных методов обследования, агрессивное течение, молодой возраст, перианальные проявления, высокий риск повторных оперативных вмешательств, по жизненным показаниям больной нуждается в проведении биологической терапии. Однако, в анамнезе на фоне лечения инфликсимабом у пациента развился туберкулез, поэтому препаратом выбора является ведолизумаб (учитывая селективность действия). Начало биологической терапии ведолизумабом представляется возможным после получения заключения фтизиатра об отсутствии противопоказаний.

**Заключение:** данный клинический случай демонстрирует частое отсутствие специфической клинической картины при болезни Крона, показывает необходимость тщательной и полной диагностики, лечения и диспансерного наблюдения с целью предотвращения прогрессирования заболевания.



## РУССКИЙ ЧЕЛОВЕК В ПРОСТРАНСТВЕ РУССКОЙ НАРОДНОЙ СКАЗКИ

*Е.А. Гордус, А. Паршина, студенты 1 курса стоматологического факультета;*

*Р.А. Ткачёва, Н.Ф. Макарова*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра русского языка*

*Научный руководитель: к.ф.н., старший преподав. Р.А. Ткачева*

**Ключевые слова:** *образы русской народной сказки; нравственно-этический идеал; черты характера русского человека*

**Цель исследования:** выяснить, как образы, созданные русской народной сказкой, отражают черты нравственно-этического идеала русского народного мира и приоритеты его жизненных ценностей.

**Материалы и методы:** материалами исследования являлись русские народные сказки (волшебные, бытовые, сказки о животных и др.). Использовались методы наблюдения, описания, сравнительного лингвистического анализа.

**Результаты:** пространство русской народной сказки заселено самыми разными героями: здесь добрые молодцы, красные девицы, цари с царевичами и простые крестьяне. Бок о бок с ними живут лесные и домашние зверушки, добрые и злые волшебники. Герои сказок проходят жизненный путь, полный сложных выборов, встреч и испытаний. На этом пути они находят друзей, обретают любовь, побеждают силы зла.

Сказка не делает различия в характере Ивана-царевича и Ивана-крестьянского сына, тот и другой, как русские люди, наделены благородством, умом, недюжинной силой и отвагой. Они несут в себе героические черты русского народа, его готовность сражаться за родную землю, за правду, за возвращение в жизнь красоты и любви. На бой с Идолищем поганым, со Змеем Горынычем в защиту родной земли всегда выходит именно Иван-крестьянский сын, олицетворяя этим народный характер борьбы с врагом.

В борьбе со злом герои сказок опираются не только на свою силу и храбрость, но и на хитрость. Прибегая к смекалке и находчивости, Иванушка может прикинуться наивным простачком и, усыпив бдительность злодея, заполучить от него волшебный меч-кладенец, срубающий головы Змею, или путеводный клубочек, приводящий к заветной цели.

Все любимые герои сказок живут в гармонии с природой, для них растения и животные — часть того мира, за который они отвечают. Поэтому попавших в беду животных (зайцев, медведей, рыб, уток) они спасают, а те платят им добром и приходят на помощь в трудную минуту.

Мир русской сказки патриархален. Во главе сказочного царства стоит царь-батюшка или князь, а в семье слово отца является непререкаемым. Отец дает сы-

новьям наставления, отправляет их в жизненный путь, выбирает им суженых. Если этот порядок нарушается, семье грозит беда.

Не обошла стороной народная сказка и такие черты русского характера, как простодушие, бескорыстие, нестяжательство. Эти черты свойственны многим героям народных сказок, но их образным воплощением стали Иванушка-дурачок и Емеля. Незлобивые, беспечные, они не интересуются почестями, богатством, не гонятся за славой, в них нет гордыни и зависти. В глазах предприимчивых корыстных людей они выглядят недалекими, дурачками. Но в сложных жизненных ситуациях свою несостоятельность, глупость, жадность обнаруживают как раз те, кто над ними смеялся. А победителем и умником оказывается он, «дурак», утверждая приоритет таких нравственных качеств, как бескорыстие, простодушие, нестяжательство. Русские люди не зря говорят: «Дуракам везёт», выражая этим убеждение, что простодушным, чистым сердцем покровительствуют высшие силы.

Русская народная сказка создала много прекрасных женских образов. Все героини как правило чернобровы, белолицы, с косой ниже пояса, но их краса в первую очередь — выражение красоты и гармонии внутреннего мира. Ценят и награждают их в сказке за трудолюбие, искусство в ремесле, мудрость, покладистость характера и смирение.

Важным нравственным ориентиром в пространстве сказки служит мотив награды. Получает сундучок с драгоценностями, или полцарства, или достигает заветную цель тот, кто оставался верен дружбе и любви, кто не желал и не делал зла другим, кто не отступил от правды и добра.

Выводы: знакомство с живыми образами народной сказки способно помочь иностранному учащемуся лучше понять черты характера русского человека и его нравственные идеалы, ближе познакомиться с моральными нормами русской жизни и уверенней ориентироваться в русской культурной среде.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ФОРМЕ ВЛАЖНЫХ САЛФЕТОК С РАЗНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ХИМИЧЕСКИМ СОЕДИНЕНИЕМ В СОСТАВЕ

*С.М. Григорян, Д.В. Данильчук, студенты 3 курса лечебного факультета;  
Л.Г. Климова  
ФГБОУ ВО Курский ГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия  
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Л.Г. Климова*

**Ключевые слова:** *антисептические средства; влажные салфетки; антимикробная активность*

В настоящее время профилактика инфекционных заболеваний осложняется нарастанием резистентности микроорганизмов к широко используемым в практической медицине антисептическим средствам. Поиск новых и оценка эффективности уже давно известных антисептиков является необходимым условием для поддержания здоровья населения на высоком уровне. Влажные салфетки — одна из наиболее часто используемых форм антисептических средств в повседневной жизни, что обусловлено удобством применения, доступной ценой и большим количеством предложений. Несмотря на органолептические свойства, определяющим критерием выбора антисептика должна оставаться его эффективность, которая зависит от действующего вещества.

**Цель исследования:** оценка противомикробной эффективности антисептических средств в форме влажных салфеток с разным действующим химическим соединением в составе.

**Материалы и методы исследования.** Для изучения бактерицидной активности антисептиков в форме влажных салфеток проводили бактериологическое исследование контаминации кожных покровов рук перед и после обработки исследуемыми образцами. Участники исследования давали добровольное информированное согласие. Рассматривали два вида влажных салфеток, содержащих этиловый спирт и феноксиэтанол. Обеззараживание рук осуществлялось в соответствии с требованиями, предъявляемыми инструкциями. Определение биоцидной активности проводили по следующей методике:

1. Стерильные ватные тампоны помещали в пробирки, содержащие 2,0 мл стерильного физиологического раствора
2. Смыть с различных участков кожи рук производили увлажнённым тампоном.
3. Использованный ватный тампон возвращали в исходную пробирку
4. Стерильным шприцем добавляли 8,0 мл изотонического раствора натрия хлорида

5. Встряхивали на протяжении 1 минуты
6. Отмеряли 1,0 мл смывной жидкости и помещали на дно чашки Петри
7. Заливали 12–15 мл мясопептонного агара
8. Осторожные круговые перемещения чашки Петри по поверхности стола
9. Образцы оставляли на столе до полного застывания среды
10. Промаркированные чашки помещали в термостат (37 градусов, 24–72 часа)
11. Подсчитывали КОЕ (колониеобразующая единица)

**Результаты исследования.** Средняя антимикробная активность влажных салфеток с этанолом составила 95,5 %, что ниже заявленной производителем (99 %). Несмотря на это, средняя противомикробная эффективность соответствует требованиям, предъявляемым к антисептическим средствам класса В (95 %). Исходя из полученных результатов, антимикробная активность влажных салфеток с феноксиэтанолом не была выявлена. Данный показатель отражает увеличение общей микробной обсеменённости кожных покровов рук испытуемых. Следовательно, влажные бесспиртовые салфетки способствуют большей колонизации кожи рук и не эффективны при использовании. Это может быть обусловлено отсутствием бактерицидной активности и механическим переносом микроорганизмов с наиболее на наименее загрязнённую область кожи рук.

**Выводы.** Таким образом, среди рассматриваемых антисептических средств в форме влажных салфеток, требованиям к антисептикам класса В соответствует образец с этиловым спиртом в составе. Эффективность образца с феноксиэтанолом не была подтверждена в ходе исследования. Следовательно, обнаружена разница в противомикробной активности антисептических средств в зависимости от наличия спирта в составе.

## ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКИХ И КООРДИНАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА

*С.М. Григорян, студент 3 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Курский ГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия  
Кафедра физической культуры  
Научный руководитель: д.б.н., доцент И.А. Авилова*

**Ключевые слова:** координационные возможности; физическое развитие; тест Ромберга

**Цель исследования:** оценить влияние физической культуры на улучшение физических и координационных возможностей организма у представителей мужского пола.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании добровольно приняли участие 25 обучающихся лечебного факультета Курского государственного медицинского университета в возрастном диапазоне от 19 лет до 21 года, среди которых было 25 мужчин, причём 5 мужчин ежедневно делают зарядку по утрам, тем самым поддерживая физические возможности своего организма. Физическая подготовленность индивидов оценивалась с помощью методики 12-минутного бега и ходьбы Кеннета Купера. Фиксировалось расстояние (м), которое испытуемый преодолевает за временной интервал в 12 минут. Человек бежит на протяжении всего теста, при невозможности осуществления данного требования, то есть по мере наступления утомления испытуемый переходит на шаг, при этом время продолжает отсчитываться. Пройденное расстояние оценивается в соответствии с требованиями, определяется функциональный класс. Уровень координации испытуемых оценивался с применением теста Ромберга на стабилотренинге «Стабилан-01-2» (МДТ, Таганрог, Россия). Использовался тест Ромберга с открытыми и закрытыми глазами, тест «Мишень» с руками, вытянутыми вдоль тела. Проводилась статистическая обработка, определения прямой линейной корреляции по Пирсону.

**Результаты исследования.** Динамика теста К. Купера варьирует в зависимости от уровня тренированности студентов. Выполняющие зарядку мужчины обладают большей выносливостью и отличаются более высокими показателями физической подготовки, так как среди них преобладают испытуемые с отличным уровнем (80 %). Среди не выполняющих зарядку мужчин динамика противоположная: совсем нет результатов с отличным уровнем физической подготовленности, зато имеются испытуемые с плохим и очень плохим уровнем (20 % и 5 % соответственно), подавляющее большинство отличается удовлетворительным уровнем физических способностей (55 %).

У выполняющих зарядку мужчин при проведении теста Ромберга с открытыми глазами коэффициент прямолинейной корреляции между оценкой движений и уровнем физической подготовленности составляет  $-0,67$  — заметная прямая связь по шкале Чеддока. При выполнении теста Ромберга с закрытыми глазами коэффициент прямолинейной корреляции между оценкой движений и уровнем физической подготовленности равен  $-0,64$  — заметная обратная связь. При выполнении теста «Мишень» коэффициент корреляции между оценкой движений и показателем физической подготовленности составил  $-0,91$ , что говорит о крайне высокой тесноте обратной связи.

**Выводы.** Наиболее заметная разница в уровне координации между мужчинами, выполняющими и не выполняющими зарядку, наблюдается среди следующих показателей: смещение по фронтالي, смещение по сагиттали, разброс по фронтали, разброс по сагиттали, скорость изменения площади статокинезограммы, площадь эллипса и оценка движения. При этом все характеристики, кроме оценки движения, отличаются своей выраженностью мужчин, выполняющих зарядку. Следовательно, выполняющие зарядку мужчины отличаются лучшей координацией движений, чем не выполняющие зарядку. У мужчин, выполняющих ежедневно зарядку, наиболее тесно сопряжены такие показатели, как оценка движений и уровень физической подготовленности во всех трёх вариациях теста Ромберга.

## МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ПАСТ, РЕАЛИЗУЕМЫХ АПТЕЧНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

*А. А. Губанова, А. С. Сеницина, А. Ю. Степанова, Е. Д. Шкапенко, П. Д. Морева, студентки 5 курса фармацевтического факультета; ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии, фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: доцент, к.б.н. М.Н. Кудряшова*

**Ключевые слова:** зубные пасты; маркетинговый анализ; аптеки

**Цель исследования:** изучить состав и свойства зубных паст, представленных в Интернет-аптеках и провести анализ потребительских предпочтений.

**Материалы и методы:** сайты Интернет-аптек «Е-аптека», «Apteka.RU», «Планета здоровья» и сервис «Google формы»; методы агрегирования данных, сравнительного анализа, анкетирование.

**Результаты.** Анализ результатов исследования показал, что в ассортименте интернет-аптек были представлены зубные пасты, которые можно отнести к гигиеническим, профилактическим, лечебным, отбеливающим. Такое разделение зубных паст обусловлено входящими в состав компонентами и определяет их назначение. Гигиенические зубные пасты содержат абразивные частицы, пенообразующие вещества, вкусо-ароматические добавки и подсластители. Гигиенические пасты предназначены регулярного ухода за полостью рта, удаления зубного налета, остатков пищи и для свежести дыхания. Основными компонентами профилактических и лечебных паст являются растительные, минеральные и синтетические добавки, среди них экстракты шалфея и мирры, гидроксиапатит, глицерофосфат кальция, фториды, карбонат кальция, триклозан, диоксид титана. Профилактические пасты являются многофункциональными средствами и предназначены для предотвращения стоматологических заболеваний (противокариесные, противовоспалительные, пасты для чувствительных зубов, детские зубные пасты). Лечебные пасты используют при заболеваниях полости рта, главными компонентами таких паст являются противомикробные компоненты (хлоргекседин, триклозан, метронидазол). Отдельного внимания заслуживают отбеливающие зубные пасты, главными компонентами которых являются перекись карбамида, кремниевая кислота (диоксид), диоксид титана, полиэтилен, полифосфаты. Такие пасты предназначены для удаления зубного налета и осветления оттенка зубной эмали. В ассортименте «Аптека.ру» среди гигиенических паст преобладает продукция компании «R.O.C.S» (18 %), «Е-аптеки» — «Herb» (82 %), аптеки «Планета Здоровья» — «Dr.Dente» (50 %). В ассортименте «Аптека.ру» среди отбеливающих паст преобладает «R.O.C.S» (19 %), в «Е-Аптека» — «R.O.C.S» (36 %), в «Планета здоровья» — «BlanX» (28 %). В ассортименте «Аптека.ру» среди профилактических паст

преобладает «АРАКАRD» (56 %), в «ЕАптека» — (Lacalut) (33 %). В ассортименте лечебных зубных паст преобладает: в интернет — аптеке «Аптека.ру» «PARODONTAX» (32 %), «ЕАптека» «Med Expert» (16 %). В ходе анкетирования было выявлено, что большинство респондентов используют зубную пасту 2 раза в день (71 %) и 28 % опрошенных используют зубную пасту 1 раз в день. Чаще всего респонденты предпочитают приобретать отбеливающие зубные пасты (48 %), 32 % профилактические, поскольку они препятствуют развитию кариеса и 20 % выбирают гигиенические пасты. Анализ результатов анкетирования показал, что самыми популярными зубными пастами среди опрошенных являются «Colgate» (48 %), Splat (30 %) и R.O.C.S (22 %).

**Вывод:** Проведен маркетинговый анализ зубных паст в интернет-аптеках г. Твери. Условно зубные пасты можно отнести к следующим категориям: гигиенические, профилактические, лечебные, отбеливающие. В результате анкетирования установлено, что 48 % респондентов предпочитают приобретать отбеливающие зубные пасты, 32 % профилактические и 20 % выбирают гигиенические пасты. Самыми популярными зубными пастами среди опрошенных являются «Colgate» (48 %), Splat (30 %) и R.O.C.S (22 %).



## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРОЕНИЯ ЯЗЫКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ

*С.Ю. Гуреев, студент 4 курса лечебного факультета;  
В.Н. Сарычева, студентка 2 курса стоматологического факультета;  
Д.О. Перова, студентка 5 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии  
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии  
Научные руководители: к.м.н., доцент О.В. Ноздреватых, д.м.н., доцент  
В.Г. Шестакова, к.б.н., доцент Ю.В. Козловская*

**Ключевые слова:** язык; инфекции; эрозии; трещины; микро- и макроглоссия

**Цель исследования:** проанализировать морфологические проявления в ротовой полости наиболее часто встречающихся патологий, сделав акцент на изменения языка.

**Материалы и методы:** анализ актуальных литературных и электронных источников по данной тематике, рассмотрение клинических случаев.

Результаты: «шерстяной язык» обусловлен гиперплазией нитевидных сосочков и сохранением остатков кератина. Клинически полный или частичный белый налет на передней поверхности языка создает вид тонкой белой шерсти.

Черный волосатый язык — пораженной областью обычно являются передние две трети тыльной части языка. Нитевидные сосочки удлинены, заострены, имеют коричнево-черный налет, поэтому, кажется, что они покрыты густыми коричнево-черными «волосами». Темный цвет — результат хромогенных бактерий, попадающих в ловушку между гиперкератотическими сосочками.

Трещиноватый язык представляет собой глубокую центральную бороздку на спинной поверхности языка с множеством неправильных боковых бороздок. Сосочки присутствуют в поверхностной зоне трещин, но более глубокие участки могут быть депапилированы. Морфологически: слегка эритематозные пятна с потерей нитевидных сосочков, окруженные приподнятыми серповидными беловатыми каемками с боковой и тыльной сторон.

Географический язык: красные и белые пятна на тыльной стороне языка. На красных участках атрофические сосочки, на белых — либо нормальные, либо гиперпластичные. Пятна неправильной формы с четкими границами, напоминающие карту, отсюда и название. Появляются на боковых или вентральной частях языка.

Срединный ромбовидный глоссит: на фоне воспаления ромбовидный налет присутствует в средней трети тыльной части языка.

Макроглоссия: увеличенный язык может иметь зубчатые границы из-за постоянного давления зубов. Если отсутствует несколько зубов, на доступном месте развивается псевдопухоль.

Отдельного рассмотрения заслуживают заболевания микробной этиологии:  
Грибковые:

При дебюте кандидоза появляется отек органов ротовой полости. Позднее присоединяются белые налёты из вегетаций грибов, образуя пленки, неплотно спаянные с подлежащими тканями. При хроническом течении отек спадает, а налёты грубеют и плотно прилегают к подлежащей основе, при соскабливании оставляя эрозии. На спинке — глубокие борозды, покрытые белым налётом, нередко наблюдается макроглоссия. Нитевидные сосочки сглаживаются или атрофируются.

Лептотрихоз: процесс нередко локализуется в области язычной миндалины. При генерализации язык покрывается плотным, трудноснимающимся беловатым налётом; местами под ним обнаруживаются плотные бляшковидные образования, состоящие из маленьких «шипиков».

Вирусные:

При локализации на языке герпеса нередко отмечается его отёчность, повреждение грибовидных и листовидных сосочков. На вентральной поверхности — фолликулярные высыпания.

Бактериальные:

При скарлатине слизистая воспаленная, появляются красные точки. Язык с бело-серым налётом, отёчен. Позднее налёт исчезает — слизистая спинки красная, сухая и блестящая. Выделяются резко гипертрофированные грибовидные сосочки, которые чётко контурируют и напоминают ярко-красные зёрна малины («малиновый» язык).

При дизентерии слизистая покрывается густым белым налётом, при отторжении обнажается эрозированная поверхность. При стрептококковом импетиго и ящуре пузырьки, вскрываясь, оставляют эрозии, налета нет.

При брюшном тифе язык имеет характерный вид: сначала он отечный, с отпечатками зубов на боковой поверхности; обложен массивным серовато-белым налетом, кончик и края его остаются свободными от налета. В дальнейшем язык высыхает, у тяжелых больных налет имеет коричневый оттенок, на слизистой могут быть трещины, кровоизлияния (фулигинозный язык).

В судорожный период коклюша язык высовывается из ротовой полости до предела, кончик его поднимается кверху — надрыв или язвочка уздечки языка.

Серозно-геморрагическое воспаление с обильным пропитыванием экссудатом всей слизистой и подслизистой ткани со значительным отёком типично для рожистого воспаления. В глубоких слоях слизистой происходит лейкоцитарная инфильтрация и обнаруживаются скопления стрептококков. Слизистая сначала ярко-красного цвета, а затем тёмно-малинового. При усилении процесса на воспалённой, отёчной слизистой появляются пузыри и даже участки некроза.

**Выводы:** осмотр языка является неотъемлемой частью полного медицинского обследования. Аномалии формы, цвета и размера языка позволяют проводить качественную дифференциальную диагностику и выявлять патологию на ранних стадиях.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

*Д.А. Данилова, студентка 4 курса педиатрического факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Научный руководитель: к.м.н. С.Ю. Зебзеева*

**Ключевые слова:** синдром поликистозных яичников; аденогениальный синдром

**Цель исследования:** выявить особенности течения и исходов беременности у женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) и пубертатной формой аденогениального синдрома (АГС).

**Материалы и методы исследования:** был проведен ретроспективный анализ 93 историй беременности и родов женщин Областного родильного дома г.Твери за 2022–2023 гг.

**Результаты:** средний возраст обследуемых женщин составил 26,5 лет. Исследуемый контингент был разделен на три группы: 1 группа (контрольная) – здоровые женщины (55 человек – 59 %), 2 группа – женщины с СПКЯ (18 человек-10 %), 3 группа – женщины с АГС (20 человек-11 %). Среди соматической патологии в 1 группе отмечены: хронический пиелонефрит – у 2 человек (3 %), заболевания щитовидной железы – у 1 (1,8 %), миопия – 18 (33 %), хронический гастрит – у 3 (5,4 %), хронический гайморит – у 1 (1,8 %). Во 2 группе соматический анамнез был отягощён: хронический пиелонефрит – у 3 (17 %), заболевания щитовидной железы – у 2 (11 %), миопия – у 7 (39 %), хронический гастрит – у 1 (5 %), хронический гайморит – у 3 (16,7 %). В 3 группе: хронический пиелонефрит – у 1 женщины (5 %), заболевания щитовидной железы – у 3 (15 %), миопия – у 7 (35 %), хронический гастрит – у 1 (5 %), хронический гайморит – у 3 беременных (30 %). При оценке данных показателей статистически значимые различия выявлены по частоте встречаемости хронического пиелонефрита у здоровых женщин и пациенток с СПКЯ ( $p < 0,05$ ).

При анализе осложнений беременности были выявлены следующие особенности. У здоровых женщин (1 группа) встречались: угроза прерывания беременности – выявлена у 2 человек (3 %), плацентарные нарушения (IA, IB степени) – у 6 (11 %), преэклампсия средней степени – у 3 (5,4 %), многоводие – у 4 (7,2 %), маловодие – у 1 (2 %), ожирение – у 3 (5,4 %), инфекция мочевыводящих путей при беременности (ИМВП) – у 4 (7,3 %), истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – у 2 (3,6 %), отеки, вызванные беременностью (ОВБ) – у 18 пациенток (32,7 %). Среди женщин с СПКЯ встречались следующие осложнения беременности: угроза прерывания беременности – у 9 человек (50 %), плацентарные нарушения (IA, IB, II степени) – у 6 (33 %), преэклампсия средней степени – у 4 (22 %), многоводие – у 2 (11 %), маловодие – у 1 (5 %), ожирение – у 10 (55 %),

ИЦН — у 5 (27 %), ИМВП — у 2 (11 %), артериальная гипертензия, вызванная беременностью — у 4 (22 %), ОВБ — у 6 (33 %), синдром задержки развития плода (СЗРП) — у 4 беременных (22 %). У женщин с АГС отмечены следующие осложнения беременности: угроза прерывания беременности — у 10 человек (50 %), плацентарные нарушения (IA, IB) — у 8 (40 %), преэклампсия средней степени — у 3 (15 %), многоводие — у 3 (15 %), маловодие — у 3 (15 %), ожирение — у 2 (10 %), ИЦН — у 12 (60 %), ИМВП — у 2 (10 %), АГ, вызванная беременностью — у 3 (15 %), ОВБ — у 12 (60 %), СЗРП — у 5 (25 %). Преждевременными родами закончилась беременность у 5 женщин в 1 группе (3 %), у 4 человек во 2 группе (22 %) и у 5 — в 3 группе (25 %).

**Выводы:** в группе женщин с СПКЯ, АГС значимо чаще по сравнению со здоровыми женщинами встречались такие осложнения беременности как: угрожающий аборт, плацентарные нарушения, СЗРП, преэклампсия средней степени, ИЦН ( $p < 0,05$ ). В группе у женщин с СПКЯ также выше частота встречаемости ожирения по сравнению с беременными 1 и 3 групп ( $p < 0,05$ ). При оценке исходов беременности у пациенток с СПКЯ и АГС значимо выше частота преждевременных родов в сравнении со здоровыми женщинами ( $p < 0,05$ ).

## СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

*Д.Н. Закалова, О.Д. Стрельникова, студентки 5 курса педиатрического факультета*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель: Ю.А. Богомолова*

**Ключевые слова:** полип эндометрия; гиперплазия эндометрия; аденокарцинома; артериальная гипертензия; ожирение

**Цель исследования:** оценить структуру экстрагенитальной патологии у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия.

**Материалы и методы.** Проработан журнал «Малые операции» гинекологического отделения ГБУЗ «ОКБ» г. Тверь за период с июня по декабрь 2023 года. В исследование включены 175 пациенток (средний возраст  $57,7 \pm 11,8$  лет), поступивших для проведения малых гинекологических операций по поводу гиперпластических процессов эндометрия. На основании результатов гистологического исследования выделено 4 группы: полип эндометрия (ПЭ), гиперплазия эндометрия (ГЭ), аденокарцинома эндометрия (АЭ), норма. В каждой из них определены наиболее часто встречающиеся сопутствующие заболевания. Обработка данных производилась в программе «Microsoft Excel».

**Результаты.** Выстроена градация групп пациенток, имеющих гиперпластические процессы эндометрия, по частоте встречаемости. Первое место заняли ПЭ — 59,4 % ( $n = 104$ , средний возраст  $62,5 \pm 11,9$  лет) от количества исследуемых пациенток. Среди данной группы 10,6 % ( $n = 11$ ) женщин имеют гистологическое заключение ПЭ с атипией; 89,4 % ( $n = 93$ ) — ПЭ без атипии. Наиболее частое заболевание у пациенток с ПЭ — артериальная гипертензия (АГ) — 57,7 % ( $n = 60$ ). На втором месте по распространенности — эндокринные заболевания (ЭЗ) — 51,9 % ( $n = 54$ ). В общем, из первой группы (ПЭ) 44,2 % ( $n = 46$ ) женщин имеют ожирение, а 8,6 % ( $n = 9$ ) — сахарный диабет (СД) II типа (одна пациентка одновременно страдает ожирением и СД II типа). На втором месте по частоте встречаемости среди исследуемых женщин — пациентки с нормальным гистологическим заключением. Включены в группу — норма. Ее доля среди общего числа исследуемых женщин составляет — 27,4 % ( $n = 48$ , средний возраст  $59,3 \pm 10,8$  лет). В этой группе, так же, как и в предыдущей, на первое место по частоте встречаемости среди заболеваний встала АГ — 62,5 % ( $n = 30$ ). На втором месте — эндокринные заболевания (ЭЗ) — 52,1 % ( $n = 25$ ). В частности: ожирение — 41,7 % ( $n = 20$ ) и СД II типа — 18,8 % ( $n = 9$ ) от пациенток, имеющих нормальное гистологическое заключение по результатам малых операций (4 пациентки одновременно страдают ожирением и СД II типа). Третье место среди

гистологических групп по частоте встречаемости заняла АЭ — 8,0 % (n = 14, средний возраст  $62,6 \pm 12,7$  года) от общего числа исследуемых пациенток. У 100 % женщин данной группы определяется АГ. В свою очередь 64,3 % (n = 9) из них так же страдают эндокринными заболеваниями, а именно: ожирением — 57,1 % (n = 8) и СД II типа — 7,1 % (n = 1). На последнем месте среди гистологических групп у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия — ГЭ. Ее доля среди общего числа исследуемых женщин составляет — 5,1 % (n = 9, средний возраст  $60,3 \pm 13$  лет). Среди данной группы 77,8 % (n = 7) пациенток имеют гистологическое заключение ГЭ с атипией, 22,2 % (n = 2) — ГЭ без атипии. В свою очередь, в группе ГЭ 33,3 % (n = 3) женщин имеют АГ. Так же 44,4 % (n = 4) имеют ожирение и СД II типа одновременно.

**Выводы.** Самой частой экстрагенитальной патологией у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия является АГ. У пациенток с ГЭ и АЭ чаще встречаются ожирение и СД II типа, по сравнению с женщинами, у которых выявлен ПЭ. Результаты нашего исследования совпадают с общепризнанным мнением, что АГ, ожирение и СД II типа являются факторами риска развития ГЭ и АЭ.

## ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВОВОГО СТАТУСА ПЛОДА

*Д.В. Данильчук, студент 3 курса лечебного факультета*

*Р.З. Симонян*

*ФГБОУ ВО Курский ГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия*

*Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения  
Института непрерывного образования*

*Научный руководитель: к.и.н., доцент Р.З. Симонян*

**Ключевые слова:** *правовой статус; плод; преступление против жизни; права*

Проблема определения правового статуса плода является дискуссионной не только в России, но и по всему миру. Она неразрывно связана с этическими, медицинскими, религиозными и правовыми аспектами. Большую важность данный вопрос приобретает в контексте интранатальной гибели плода, допустимости абортов, исследований, проводимых на эмбрионах, и их уничтожения после экстракорпорального оплодотворения.

**Цель исследования:** выявить общественное мнение по вопросу, касающегося определения правового статуса плода.

**Материалы и методы.** В качестве материалов исследования были использованы результаты, полученные в ходе анонимного социологического анкетирования от 450 опрошенных, среди которых 71,8 % женщин и 28,2 % мужчин. Распределение респондентов по возрастным группам было следующим: от 18 до 20 лет — 80,7 %, от 21 до 25 лет — 17,6 %, от 26 до 35 лет — 0,9 %, от 36 до 45 лет — 0,4 %, от 46 до 60 лет — 0,4 %. Методом сбора информации послужил анонимный социологический опрос, который проводился на платформе Yandex Forms. Участникам исследования было необходимо ответить на вопросы стандартизированной анкеты. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась посредством вычисления абсолютных и относительных величин.

**Результаты.** Отделение плода от организма матери — это один из самых дискуссионных и спорных вопросов, т.к. рождение происходит не одномоментно. Нередко длительность родов может достигать в общей сложности 16-20 часов. Согласно полученным результатам, 15,6 % респондентов считают отделением от организма матери момент раскрытия маточного зева, 21,8 % опрошенных — покидание родовых путей до перерезания пуповины; 62,6 % — покидание родовых путей после перерезания пуповины. Таким образом, если плод уже приобретает право на жизнь и становится полноценным человеком после рождения, то существует неопределенность относительно его правового статуса во время физиологического процесса родов.

Еще одной проблемой является то, что понятие «плод» в российском законодательстве не закреплено, из-за чего вопрос о моменте возникновения гражданс-

кой правосубъектности непременно нарастает с учетом наличия имеющихся противоречий. Несмотря на то, что основные права появляются от момента рождения, в том числе и право на жизнь, 32,2 % респондентов считают допустимым наделить плод правами еще до рождения; 66,2 % опрошенных считают, что это невозможно; остальные думают, что целесообразно наделить плод правами начиная с определённого этапа развития (формирования сердечно-сосудистой, нервной системы).

Является ли действие врача, приведшее к смерти рождающегося плода, преступлением против жизни, с учетом того, что право на жизнь появляется только после отделения от организма матери? Это один из самых сложных с этической и правовой точек зрения вопрос. Исходя из полученных данных, 51,1 % опрошенных считают, что это является преступлением, за которое виновный обязан понести наказание; 47,6 % респондентов имеют противоположное мнение и не считают это преступлением против жизни, т.к. плод в утробе матери не наделён какими-либо правами; 0,4 % опрошенных считают действие доктора преступлением только в том случае, если в нем был умысел; 0,9 % опрошенных затрудняются ответить. Как же следует квалифицировать действия медицинских работников, по вине которых из-за неоказания или некачественного оказания медицинской помощи произошла гибель плода в течение родов? Несомненно, что ответить на данный вопрос однозначно очень проблематично, потому что необходимо определить роль плода как важного структурного элемента состава преступления, т.е. определить его правовой статус. По мнению большинства, 63,6 % респондентов, плод является объектом; 35,8 % опрошенных считают, что плод занимает позицию субъекта; 0,6 % респондентов считают, что плод является субъектом и объектом медицинского права одновременно. Мнение о том, что плод является объектом правовой защиты и регулирования подтверждается тем, что его здоровье и благополучие зависит от действий и решений субъекта, матери, а не от самостоятельного волеизъявления.

### **Выводы**

1. Необходимо на законодательном уровне определить конкретный момент отделения плода от организма матери.
2. Сформулировать и закрепить на законодательном уровне понятие «плод».
3. Внести законопроект, решающий вопрос квалификации действий медицинских работников, по вине которых произошла гибель плода в течение родов.



## ИССЛЕДОВАНИЕ СПОСОБНОСТИ ЗАДЕРЖИВАТЬ ДЫХАНИЕ У СТУДЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

*Д.В. Данильчук, студент 3 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Курский ГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия  
Кафедра физической культуры  
Научный руководитель: д.б.н., доцент И.А. Авилова*

**Ключевые слова:** проба Штанге; новая коронавирусная инфекция; задержка дыхания

Проба с произвольной задержкой дыхания представляет интерес для клинической практики, однако ее диагностическая значимость недостаточно освещена в литературе. Полученные данные могут помочь понять, насколько быстро и эффективно студенты способны восстанавливаться после перенесённой новой коронавирусной инфекции.

**Цель исследования:** сравнить время задержки дыхания с помощью функциональной пробы Штанге у студентов в зависимости от наличия COVID-19 в анамнезе.

**Материалы и методы исследования.** В роли испытуемых на основе информированного добровольного согласия приняли участие студенты лечебного факультета Курского государственного медицинского университета в количестве 50 человек, среди которых 37 женщин и 13 мужчин. Распределение по возрастным группам было следующим: от 16 до 20 лет — 48 студентов, от 21 до 25 лет — 2 участника исследования. Количество лиц, перенёвших новую коронавирусную инфекцию и не болевших, по 25 человек соответственно. Для определения продолжительности произвольной задержки дыхания применялась функциональная проба Штанге, которая проводится в положении сидя после 5-минутного отдыха. Регистрация задержки дыхания секундомером осуществляется после глубокого вдоха. Рот и нос необходимо плотно закрыть руками. Оценка результата: 60-90 секунд и более — отлично. Показатель в пределах диапазона 40-55 секунд является средним для нетренированных людей. Не рекомендуется делать пробу после максимального глубокого вдоха, т.к. это способствует чрезмерному растяжению лёгких, раздражению блуждающего нерва, что может привести к ускоренному раздражению дыхательного центра и сокращению времени задержки дыхания.

**Результаты исследования.** При проведении исследования были получены данные от 50 студентов, 25 из которых перенесли новую коронавирусную инфекцию и 25 не болели. Среди 25 студентов, не болевших COVID-19, было 20 женщин и 5 мужчин. Средняя величина продолжительности задержки дыхания после полного вдоха у не болевших студентов составляет 62,16 секунд. Количество оценок «неудовлетворительно» — 0, «удовлетворительно» — 2, «хорошо» — 4, «отлично» — 19. Средняя величина продолжительности задержки дыхания после полного вдоха у лиц женско-

го пола составила 57,95 секунд, что соответствует оценке «отлично» по шкале результатов функциональной пробы Штанге. Средняя величина продолжительности задержки дыхания после полного вдоха у лиц мужского пола составила 79 секунд, что соответствует оценке «отлично» по шкале результатов функциональной пробы Штанге. Исходя из вышеизложенного, можно судить о существующей зависимости между способностью задерживать дыхание и величиной общей ёмкости легких, состоящей из жизненной ёмкости лёгких и остаточного объёма. Согласно статистическим данным, средняя величина ЖЕЛ для женщин составляет 2,5–3,5 л, а для мужчин — 4,0–5,0 л, что и объясняет полученные результаты.

Среди 25 студентов, перенёсших новую коронавирусную инфекцию, было 17 женщин и 8 мужчин. Средняя величина продолжительности задержки дыхания после полного вдоха составляет 52,12 секунд. Количество оценок «неудовлетворительно» — 5, «удовлетворительно» — 4, «хорошо» — 4, «отлично» — 12. Средняя величина продолжительности задержки дыхания после полного вдоха у лиц женского пола составила 50,24 секунд, что соответствует оценке «отлично» по шкале результатов функциональной пробы Штанге. Средняя величина продолжительности задержки дыхания после полного вдоха у лиц мужского пола составила 56,125 секунд, что соответствует оценке «хорошо» по шкале результатов функциональной пробы Штанге.

**Выводы.** Средняя величина продолжительности задержки дыхания у студентов, перенёсших новую коронавирусную инфекцию, на 10 секунд меньше, чем у не болевших. Количество оценок «неудовлетворительно» больше на 5, «удовлетворительно» на 2 больше, «хорошо» эквивалентно, «отлично» на 7 меньше, чем у не болевших студентов. При этом женщины, не болевшие COVID-19, могут задерживать дыхание на 7,71 секунд больше, чем перенёсшие данную вирусную инфекцию. Среди мужчин, входящих в исследуемые группы, разница в способности задерживать дыхание после глубокого вдоха составила 22,875 секунд, что свидетельствует о более выраженных изменениях в структуре легочной ткани, влияющих на величину общего объема легких. При проведении функциональной пробы Штанге было выявлено уменьшение продолжительности задержки дыхания у студентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

## КРУПНЫЙ ПЛОД КАК ОДНО ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*А.А. Данильянц, Е.А. Коваль, М.Ю. Гальцева,  
студенты 5 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск, Россия  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Е.А. Юрасова*

**Ключевые слова:** операция кесарева сечения; оперативное родоразрешение; показания; осложнения; крупный плод; макросомия плода

**Целью** данного исследования было изучение показаний и осложнений в структуре оперативного родоразрешения, а также выявление частоты рождения крупного плода в период с 2019 по 2021 годы.

**Материалы и методы.** Нами был проведен анализ историй родов на базе КГБУЗ «Родильный дом №1» г. Хабаровска за 2019-2021 гг. пациенток, родоразрешенных при доношенном сроке беременности путем операции кесарева сечения (ОКС). Оценивались следующие параметры: данные акушерского анамнеза, течение данной беременности, показания и осложнения ОКС. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием «Microsoft Excel».

**Результаты.** Общее количество родов за 3 года составило 6120 случаев, из которых 2109 пришлось на оперативное родоразрешение (34,5 %). По данным клинических рекомендаций среднегодовой темп роста ОКС составляет 4,4 %. Так, только по данным КГБУЗ «Родильный дом № 1» с 2019 по 2021 года количество оперативных родов увеличилось в 1,17 раза.

В нашем исследовании показания к ОКС были следующие:

1. Экстренные: приступ эклампсии в родах, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, угрожающий, начавшийся и свершившийся разрыв матки, клинически узкий таз (КУТ), выпадение пуповины и/или ручки плода, смерть женщины и живой плод;
2. Неотложные: преждевременное излитие околоплодных вод, преэклампсия тяжелой степени, HELLP-синдром, нарушение сократительной деятельности матки, отсутствие эффекта от родовозбуждения окситоцином, хориоамнионит;
3. Плановые: полное вращение плаценты, предлежание сосудов плаценты, 2 и более ОКС, миомэктомия, анатомически узкий таз (деформация костей таза), миома матки, деформация влагалища и/или шейки матки, крупный плод, тазовое предлежание (срок менее 32 недель, менее 2500гр или более 3600) поперечное положение плода, дистоция плечиков, генитальный герпес после 34 недели, ВИЧ-инфекция, аномалии развития плода, соматические заболевания матери (сердечно-сосудистой системы, миопия высокой степени).

По данным нашего исследования наиболее частым показанием к ОКС послужило наличие рубца на матке, что составило 37,12 %.

Второе место среди показаний занимают роды крупным плодом, на их долю пришлось 27,9 %. Стоит также отметить, что количество случаев макросомии плода только за 3 года увеличилось в 1,6 раз. По результатам проведенных исследований можно наблюдать тенденцию к увеличению ОКС, показанием к которым являлась макросомия. В период с 2019 по 2020 годы процентный показатель макросомов увеличился с 21,9 % до 31,2 % и достиг своего пика, наряду с этим, в 2021 году наблюдалось небольшое снижение данного показателя до 29,9 %.

Третье место по частоте встречаемости занимает преждевременное излитие околоплодных вод – 20,48 %. В четверти случаев данное показание было сопряжено с крупными размерами плода.

Четвертую строчку рейтинга делят между собой нарушение сократительной деятельности матки (16,45 %) и дистресс-синдром плода (16,07 %).

Клинически узкий таз явился показанием для экстренной ОКС в 9,62 % случаев, из которых 4,5 % были сопряжены с макросомией. Анатомически узкий таз и неправильные предлежания плода наблюдались в 5,26 % и 8,53 % случаев, соответственно.

По данным литературы, среди осложнений при ОКС выделяют образование гематом (над – и подапоневрологических), кровотечение (из разреза матки, при гипо- и атонии матки), ранение предлежащей части плода, повреждение соседних органов (ранение мочевого пузыря, мочеточника, кишечника) и маточных сосудов, затруднения при извлечении плода, тромбоэмболии, эмболии околоплодными водами, гнойно-септические осложнения, а также осложнения анестезиологического пособия.

При ретроспективном анализе нами были выявлено 67 осложнений (3,18 %). Наиболее часто встречались: развитие спаечного процесса, гипотоническое кровотечение, гематометра.

**Выводы.** Родоразрешение при крупном плоде производится предпочтительно оперативным путем, что снижает риск возможных осложнений. За последние годы прослеживается тенденция к увеличению числа ОКС в связи с расширением спектра показаний.

**Заключение.** Оперативное родоразрешение снижает риск травматизма плода и матери. Поэтому кесарево сечение является наиболее распространенной родоразрешающей операцией, которую многие акушеры считают резервом улучшения показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

## МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ МИГРЕНИ

*В.М. Дейснер, Е.С. Кочнева, студенты 6 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.Н. Матвиевская*

**Ключевые слова:** абдоминальная мигрень; экономический риск

**Введение.** Абдоминальная мигрень (АМ) — пароксизмальное идиопатическое расстройство, характеризуется эпизодами боли в животе длительностью 1-72 часа. Приступ сопровождается диспепсическими, вазомоторными явлениями. Патология является диагнозом исключения, обследование пациентов несет большую экономическую нагрузку на здравоохранение.

**Цель исследования:** провести анализ потенциального экономического риска для здравоохранения на примере клинического случая АМ.

**Материалы и методы.** Проведен анализ амбулаторной карты. В открытом доступе сети Internet был получен прейскурант цен на медицинские услуги одной из частных клиник города Твери. Данные цифры легли в основу расчёта стоимости оказанных услуг по причине невозможности получить в открытом доступе тарифы ТФОМС. Пациентка дала согласие на публикацию данных клинического случая.

Пациентка М., 37 лет, на учете у терапевта с жалобами на периодические приступы опоясывающих болей в верхней части живота (по ВАШ 8-10 баллов), тошноту, рвоту. Начало приступа 2-3 часа ночи, постепенное усиление боли, присоединяется тошнота, на пике болей начинается многократная многочасовая рвота, без облегчения. Длительность приступа — около суток, купируется сном. За 6 месяцев перед обращением — 5 подобных эпизодов.

Самостоятельное лечение спазмолитиками, прокинетиками, ингибиторами протонной помпы, обезболивающими препаратами — без эффекта. Нимесулид (порошковая форма) — купирование боли при приеме в первые два часа приступа.

Хронические заболевания: гормоннеактивная микроаденома гипофиза (с 2012 г.), аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз.

Вредные привычки отрицает, лекарственные препараты на постоянной основе не принимает, аллергологии нет.

Объективно (вне приступа): Рост 1,64 м, Вес 55 кг. Состояние удовлетворительное. Температура в пределах нормальных значений. Кожные покровы нормальной окраски и влажности. Периферические л/у без особенностей. Стенки зева без особенностей. ЧДД 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. ЧСС 65 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при

пальпации. Печень не пальпируется. Стул крепкий, оформленный, нерегулярный; мочеиспускания свободные, безболезненные (со слов). Отеков нет.

Дополнительное обследование: клинический анализ крови, биохимический анализ крови (в объеме: АЛТ, АСТ, билирубин, мочеви́на, креатинин, холестерин, белок, щелочная фосфатаза, К, Na, Cl), общий анализ мочи без особенностей. Гормоны в крови: кортизол 450 нмоль/л; АКТГ 38 пг/мл; ТТГ 3,3 мкМЕ/л. Кал на ПЦР к *H.pylori* отрицательный. УЗИ органов брюшной полости — перегиб желчного пузыря. ЭГДС — признаки поверхностного гастрита. МРТ гипофиза — без отрицательной динамики (сравнение с 2012 г.).

Консультации специалистов: гинеколог — здорова; хирург — здорова; невролог — абдоминальная форма мигрени.

**Результаты.** На основании полученных данных диагностирована АМ. Данное состояние не имеет морфологического субстрата и корректируется немедикаментозными методами лечения: соблюдение режима труда и отдыха, полноценный сон, ограничение стрессовых ситуаций; что и было рекомендовано пациентке. Через месяц отметила улучшение состояния в виде исчезновения болей, тошноты, рвоты. При дальнейшем наблюдении в течение 12 месяцев приступы не возобновлялись.

Экономический риск для здравоохранения в результате комплексного обследования пациентки составил 19820 : клинический анализ крови — 220 , биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, мочеви́на, креатинин, холестерин, белок, щелочная фосфатаза, К, Na, Cl) — 2260 , общий анализ мочи — 270 , кровь на кортизол, АКТГ, ТТГ — 1625 , кал на ПЦР к *H.pylori* — 845 , ЭГДС — 1900 , УЗИ органов брюшной полости — 2300 , МРТ гипофиза с контрастированием — 6300 , консультация гинеколога — 1200 , консультация невролога — 900 , первичная консультация терапевта — 800 , повторная консультация терапевта (2) — 600 .

**Выводы.** Экономический риск на примере данного клинического случая является аргументом для обоснования эффективности профилактических мер. Соблюдение последних направлено на уменьшение бремени заболеваний и снижения нагрузки на систему здравоохранения и экономику страны в целом. Терапевту следует помнить, что большинство функциональных нарушений, несмотря на полиморфизм проявлений, профилактируется и корректируется благодаря простым рекомендациям: здоровое питание, дозированные физические нагрузки, соблюдение режима труда и отдыха. Важно уделять должное внимание организации школ здоровья профилактической направленности. Развитие болезни проще и дешевле предотвратить, чем диагностировать, как мы убедились на примере клинического случая.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АЛЬВЕОЛЯРНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С ОЧАГАМИ ОТСЕВА В НИЖНЕЙ ДОЛЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО

*А.А. Денищик, студентка 5 курса лечебного факультета  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Беларусь  
Кафедра 1-я хирургических болезней  
Научный руководитель: к. м. н., доцент Р.С. Шило,  
д. м. н., проректор по лечебной работе Э.В. Могилевец*

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени; сочетанный эхинококкоз; лапароскопическая резекция

**Цель исследования.** Описать и проанализировать клинический случай альвеолярного эхинококкоза печени сочетанного с поражением нижней доли правого легкого.

**Материалы и методы.** Изучена первичная медицинская документация [медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у-07)] пациента А. в возрасте 54 лет, проживающего в Гродненском районе, с сочетанным эхинококковым поражением печени и нижней доли правого легкого. Альвеолярный эхинококкоз печени был обнаружен при прохождении пациентом профилактического медицинского осмотра случайным образом во время проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости. На ультразвуковой сонограмме обнаружилось гипоэхогенное образование размером 76,0×47,5 мм с двойным гиперэхогенным контуром в проекции левой доли печени. Внутри образования определялись гиперэхогенные включения. При выполнении пациенту в дальнейшем магнитно-резонансного исследования брюшной полости, а также компьютерной томографии органов брюшной полости, грудной клетки и головного мозга были получены изображения эхинококковых кист с локализацией в S2, S4b сегментах печени и нижней доли правого легкого. Пациенту по этому поводу было назначено двухэтапное хирургическое лечение в УЗ «Гродненская университетская клиника». На первом этапе в отделении торакальной хирургии была выполнена видеоассистированная торакоскопическая нижняя лобэктомия справа. Через 2,5 месяца пациент был планово госпитализирован в отделение хирургической панкреатологии, гепатологии и трансплантации органов и тканей, в котором пациенту была выполнена лапароскопическая анатомическая резекция S2, S4b сегментов печени.

**Результаты.** После видеоассистированной торакоскопической нижней лобэктомии справа в резецированном препарате легкого гистологическим методом был выявлен эхинококк. В послеоперационном периоде у пациента развился двусторонний гидроторакс. Нагноения послеоперационной раны и кровотечения не наблюдалось. Наш опыт подтвердил литературные данные о необходимости пер-

воочередного выполнения торакоскопической операции из-за высокой вероятности развития ранних осложнений в легких и плевральной полости.

Лапароскопическая резекция S2, S4b сегментов печени была дополнена милапаротомным разрезом по средней линии живота выше пупка, что позволило безопасно извлечь эхинококковый пузырь из брюшной полости, сохранив его целостность. Осложнений в раннем послеоперационном периоде в нашем случае не было. Нагноения послеоперационных ран и кровотечения не зафиксировано. В удовлетворительном состоянии с компенсированными лабораторными показателями биохимического анализа крови пациент выписан из стационара.

Комплексное обследование пациента через 3 года после лечения не выявило рецидивов паразитарного заболевания, подтвердило компенсированное состояние по белковому, углеводному и липидному обмену. Признаков печеночной недостаточности не выявлено.

**Выводы.** Является необходимым проведение комплексной инструментальной диагностики (ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости и компьютерной томографии органов брюшной полости, грудной клетки и головного мозга) пациентам с эхинококкозом для выявления дополнительных очагов поражения. При решении вопроса о выборе очередности проведения хирургических вмешательств при сочетанном эхинококкозе следует учитывать угрозу развития осложнений в раннем послеоперационном периоде. Для профилактики рецидивов эхинококкоза целесообразно сохранение целостности стенок паразитарной кисты во время ее извлечения из брюшной полости.



## АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА. СИНДРОМ ГИБЕЛИ ОДНОГО ПЛОДА ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*А.С. Джабарова, Г.А. Киляжова, студентки 5 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
ГБУЗ Тверской области «Областной родильный дом», г. Тверь, Россия  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Научный руководитель: ассистент, Ю.С. Нечаева*

**Ключевые слова:** антенатальная гибель плода; синдром гибели одного плода при многоплодной беременности; пороки развития плода

**Цель исследования.** Изучить тактику ведения многоплодной беременности и родов при антенатальной гибели одного плода с помощью анализа клинического случая, а также выявление причин дородовой гибели при многоплодии.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ клинического случая течения многоплодной беременности и родов с антенатальной гибелью одного плода.

**Результаты.** Пациентка И., 25 лет поступила в стационар гинекологического отделения с диагнозом: Беременность 11–12 недель. Монохориальная диамниотическая двойня. Множественные врожденные пороки развития II плода. На учете по беременности с 25.07.2023 г. — беременность 11–12 недель, двойня.

По результатам первого скрининга выявляются множественные врожденные пороки развития (ВПР) II плода: патология позвоночника, отсутствие костей свода черепа. С 26.07.2023 г. находилась на стационарном наблюдении в ОКПЦ им.Е.М. Бакуниной. Пациентка была предупреждена обо всех рисках антенатальных потерь, но семья была настроена пролонгировать беременность.

Результаты второго скрининга верифицировали диагноз. Далее, пациентка нерегулярно посещала женскую консультацию и отказывалась от плановой госпитализации в ОКПЦ им.Е.М. Бакуниной.

Пациентка И., 04.12.2023 г. была доставлена в ОКПЦ им.Е.М. Бакуниной бригадой СМП с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота. В результате осмотра и КТГ был выставлен диагноз: III преждевременные роды с преждевременным родоразрешением при беременности 31–32 недели. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты неуточненная. Беременность двойней. Анемия, осложняющая беременность, роды, послеродовый период. Внутриутробная гибель II плода, требующая предоставления медицинской помощи матери. ВПР II плода (экзэнцефалия).

I плод — 1130 г, рост 31 см. Апгар 2/5.

II плод — 900 г, рост 26 см. Апгар 0/0.

I ребенок переведен в отделении реанимации новорожденных.

Послеродовой период протекал без осложнений. Женщина выписана домой на 3 сутки в удовлетворительном состоянии. Ребенок продолжал находиться в отделении реанимации.

Женщина после родов на плановый прием не пришла.

В данном случае, преобладает выбор за плодовой случай гибели плода, так как в анамнезе у пациентки не было соматических и инфекционных заболеваний, резус конфликта, мало или многоводие, гестозов, преэклампсии и отслойки плаценты не отмечалось; беременность и роды третьи, не было замерших беременностей и абортов; вредных привычек и опасных факторов жизни нет; тяжелый порок несовместимый с жизнью — основная причина. Данные за патологоанатомическое исследование плода и последа данной пациентки нет.

**Выводы.** Таким образом, причины антенатальной гибели плода многообразна и часто наблюдается сочетание нескольких факторов, приводящих к ее развитию. Женщины с антенатальной гибелью плода при многоплодной беременности в анамнезе заслуживают особого внимания со стороны не только акушеров-гинекологов, но и врачей смежных специальностей, а именно генетиков, неонатологов и анестезиологов-реаниматологов.

## МИКРОТРЕЩИНЫ В ТВЁРДЫХ ТКАНЯХ ЗУБОВ

*Ф.С. Добров, Н.С. Яшухин, студенты 2 курса стоматологического факультета*

*Ю.Ю. Осипова, студентка 2 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра патологической физиологии*

*Научный руководитель: д.м.н., доцент И.А. Дубровин*

**Ключевые слова:** эмаль; шлифы; микротрещины

**Цель исследования:** изучение морфологии микротрещин зубов и получение новых данных о патологии твёрдых тканей.

**Материал и методы.** Эмаль является самой твёрдой минерализованной тканью зуба с содержанием 95 % минеральных веществ, 1,2 % — органических, 3,8 % приходится на воду, связанную с кристаллами и органическими компонентами. По какой-либо причине: механической, химической или биологической, — возможно нарушение целостности эмалево-дентинного соединения и минерализации тканей зуба. Эти нарушения являются причиной появления микротрещин, из-за которых у пациента может повыситься болевая и температурная чувствительность, проникнуть патогенные микроорганизмы в пульпарную полость. Для исследования использовались зубы, удалённые вследствие пародонтита и фиксированные в нейтральном 10 % формалине ( $n = 16$ ). Каждый образец был пронумерован, осмотрен на наличие патологии и классифицирован. Для того, чтобы изучить их внутреннюю структуру, зубы продольно распиливали многофункциональным гравером «Dremel 3000» с гибким валом «Dremel 225». Выставляли скорость вращения около 20 000 об/мин и в качестве насадки использовали универсальный отрезной круг с алмазным напылением. Для удобства распиливания корень зуба погружали в базисный стоматологический воск. После препарирования зуба, его части вынимали из воска и шлифовали поверхности спила ручным способом — абразивной бумагой с зернистостью 1000, 1500, 2000; затем полировали насадкой для гравера при минимальных оборотах войлочным кругом с нанесённой пастой ГОИ до получения однородной блестящей поверхности. На полированные шлифы наносили тушь и фотографировали с использованием бинокулярного микроскопа и камеры-объектива «Levenhuk M35 Base» (максимальное разрешение 640Ч480). Полученные снимки изучали на компьютере.

**Результаты.** При рассмотрении фотографий у некоторых зубов были выявлены чёткие структуры микротрещин. Анализ данных и их структуризация способствовали разделению зубов на группы. Критериями классификации выступили:

1. Наличие/отсутствие микротрещин.
2. Наличие/отсутствие другой патологии (кариес; патологическая стираемость).

3. В результате были сформированы 4 группы зубов:
4. Присутствуют трещины и другая патология (n = 8).
5. Присутствуют трещины, отсутствует другая патология (n = 3).
6. Отсутствуют трещины, присутствует другая патология (n = 3).
7. Отсутствуют трещины, отсутствует другая патология (n = 2).

**Выводы.** По полученным данным 11 зубов имели микротрещины, 8 из которых имели другую патологию, поэтому можно предположить, что первичным в зубе является появление кариеса и патологической стираемости, а впоследствии возникают микротрещины. Образцы, которые имели трещины, но не имели другой патологии, при первичном осмотре были классифицированы как третьи моляры. Это подводит на мысль, что причинами возникновения микротрещин могли быть:

1. Хирургическая операция по удалению зуба: из-за сжатия коронковой части стоматологическими щипцами или работы элеватором.
2. Аномалии развития и нарушение трофики тканей.

Отсутствие трещин у третьей группы можно объяснить тем, что присутствовавшее заболевание (кариес) находится в начальной фазе: было деминерализовано малое количество тканей, поэтому механическая прочность эмали и дентина не изменилась и микротрещины не возникли.

Для подтверждения или опровержения выдвинутой гипотезы необходим сбор большего количества статистических данных и разработка дополнительных методов исследования.

## СИНДРОМ ДУЗЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Д.А. Догару, студентка 4 курса лечебного факультета  
ФБГОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научный руководитель: к. м. н, доцент кафедры Т.В. Сороковикова*

**Ключевые слова:** синдром Дузе; миоклонически — астатическая эпилепсия; терапевтическая резистентность; когнитивные функции

**Цель исследования:** изучить этиологию и патогенез синдрома Дузе, повысить осведомленность педиатров и детских неврологов о данной патологии и важности своевременной диагностики для предотвращения неблагоприятного исхода и развития осложнений.

**Материалы и методы:** в ходе настоящего исследования был проведен обзор отечественных и зарубежных литературных источников на тему синдром Дузе за последние 5 лет. В качестве примера был использован клинический случай ребенка, находящегося на стационарном лечении в СПбГБУЗ «ДГМ КСЦ ВМТ».

**Результаты:** синдром Дузе — форма генерализованной эпилепсии, которая характеризуется миоклонически–атоническими приступами. Относится к довольно редким патологиям, частота возникновения 1 на 10000 детей, составляя от 1 до 2 % эпилепсий с дебютом в детском возрасте. В настоящее время данный синдром весьма актуален в связи с высокой вероятностью неблагоприятного исхода (до 60 %), а именно нарушением когнитивных функций. Синдром Дузе характеризуется генетической предрасположенностью и его возникновение связывают с наличием генов, провоцирующих различные формы эпилепсии. Таких генов насчитывают до 10, но по мнению авторов самым часто встречающимся является SCN1A. Клинические критерии по Мухину К. Ю.: 1) самым главным критерием являются миоклонически–астатических приступы; 2) дебют наступает в возрасте от 7 месяцев до 6 лет, пик наблюдается у детей от 2 до 4 лет — 94 %. 4) чаще болеют мальчики, соотношение 3 : 2; 5) относительная резистентность к терапии базовыми противоэпилептическими препаратами 7) частые когнитивные нарушения и обнаружение неврологических расстройств;

В качестве диагностики используется электроэнцефалография (ЭЭГ), данные анамнеза и клинической картины и молекулярно-генетическое исследование.

Очень важно начать лечение на ранних этапах для более благоприятного исхода. Сложность заключается в том, что в большинстве случаев приступы становятся фармакорезистентными и не поддаются лечению препаратами. В настоящее время в качестве лечения используют противоэпилептические препараты (вальпроевая кислота, ламотриджин, леветирацетам), кетогенную диету и стимуляцию блуждающего нерва.

Клинический случай: мальчик, 5 лет, направлен на плановую госпитализацию в СПбГБУЗ «ДГМ КСЦ ВМТ» с диагнозом «Эпилепсия с моноклонически-астати́ческими приступами», осложнения «Общее недоразвитие речи 3 степень. Дизартрия».

Анамнез жизни: рос и развивался в соответствии с возрастом. Со слов матери, вирусными заболеваниями и детскими инфекциями не болел. Состоит на диспансерном учете у невролога по месту жительства. Травмы, сотрясения головного мозга — на фоне основного заболевания.

Анамнез заболевания: дебют приступов с 8 месяцев — замирал, прекращалась целенаправленная деятельность, наблюдалась легкая ретроверсия головы, ритмичные клонии век, иногда могли случаться приступы миоклоний с падением, приступы частотой до 10–15 раз в день, чаще в первой половине дня или при смене погоды. За период нахождения в стационаре была назначено лечение вальпроевой кислотой 600 мг/сут, но вскоре препарат отменили в связи с учащением приступов (19–20 раз в день). Начата терапия леветирацетамом 600 мг/сут — приступы до 4–5 раз в сутки. Далее был добавлен ламотриджин 50 мг/сут — учащение приступов. Консультирован неврологом — эпилептологом, рекомендовано добавить к проводимой терапии конвулекс в каплях (30 мг/кг/сут). На этом фоне — увеличение частоты приступов. В стационаре было подобрано комбинированное лечение: депакин (450 мг/сут) + клобазам (20 мг/сутки), на фоне данного лечения у ребёнка сократились приступы до 1 раза в день.

Неврологический статус: в сознании, двигательно расторможен. Речь дизартрична. Координационные пробы выполняет по возрасту.

На ЭЭГ мониторинге: эпилептической активности зарегистрировано не было.

В генетической лаборатории был проведен анализ на наличие дефекта в генах, отвечающих за наследственные формы эпилепсии. Обнаружен ген GABRB3, что свидетельствует о наследственной форме синдрома Дузе.

Осмотр логопеда: общее недоразвитие речи 3 степени. Дизартрия.

Осмотр офтальмолога: OU — сходящееся косоглазие, чаще OS.

Рекомендации при выписке: наблюдение у невролога и педиатра; принимать длительно: вальпроевая кислота 600 мг/сут, препарат клобазам (фризиум) 20 мг/сут; ЭЭГ мониторинг сна; медицинский отвод от профилактических прививок в течение 6 месяцев, физические нагрузки не противопоказаны.

**Выводы:** на основании проведённого анализа литературных данных и клинического случая можно сделать вывод, что синдром Дузе является инвалидизирующим заболеванием, следовательно, требует повышения осведомленности среди педиатров и детских неврологов.

## СИНДРОМ РЕТТА: ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

*А.А. Евтюгина, А.А. Сёмина, М.Д. Бабинова,  
студентки 4 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент, Т.В. Сороковикова*

**Ключевые слова:** синдром; синдром Ретта; мутации; эпилепсия; аутизм

**Цель исследования.** Изучить синдром Ретта и проанализировать методы диагностики и лечения на примере предоставленного клинического случая.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ отечественной и зарубежной литературы (за 1985–2023 гг.), посвященной синдрому Ретта. Проанализированы амбулаторная карта и выписные эпикризы у трехлетнего ребенка с синдромом Ретта.

**Результаты.** Ребенок 3 лет проходил обследование в центре детской неврологии и медицинской реабилитации ГБУЗ КДБ №2 с такими жалобами, как задержка нервно-психического развития, отсутствие коммуникации и нарушение поведения по типу расстройств аутистического спектра. Был направлен врачом-неврологом на генетическое обследование по поводу выявления причин дисфазии и патологий психического развития, в ходе которого была обнаружена мутация гена MECP2, что подтвердило диагноз синдрома Ретта.

Синдром Ретта — редкое наследственное заболевание, сопровождающееся развитием умственной отсталости и эпилептических припадков. Чаще всего оно дебютирует у девочек в довольно раннем возрасте; патология приводит к потере целенаправленных движений рук и возникновению мануальных автоматизмов. В основе заболевания — мисценс-мутация гена MECP2, из-за которой нарушается синтез белка, обеспечивающего метилирование ДНК, транскрипцию генов, а соответственно и дифференцировку различных тканей организма, включая и головной мозг. Клиническая картина развивается в возрасте 6–20 месяцев, проходя 4 стадии: стагнации (мышечная гипотония; потеря интереса к играм); быстрого регресса психомоторного развития (проявляются мануальные автоматизмы по типу «моющих рук»); псевдостационарной (относительная стабилизация симптомов и прогрессирование умственной отсталости) и тотальной деменции и утраты двигательных функций. Для диагностики используют генетическое секвенирование (мутация гена MECP2), а также ЭЭГ (выявление очагов эпилептиформной активности), МРТ (уменьшение размеров головного мозга за счет белого вещества и подкорковых структур) и ряд диагностических критериев. Частота зарегистрированных случаев синдрома Ретта в России в реестре заболеваний данной нозологии составляет 360 человек за 2017 год.

Пациентка А., 3 лет, в сопровождении мамы, обратилась в частную клинику с жалобами на отсутствие речи; наличие движений рук в виде хлопков и потираний друг об друга, которые беспокоили её в течение 2 лет; повышенную утомляемость при ходьбе; отсутствие реакции на обращенную речь. Из анамнеза жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в 5–6 недель; роды в 39 недель, осложнившиеся выходом мекония в амниотическую жидкость. Оценка по Апгар — 8/8 баллов. Наследственный анамнез не отягощен.

Росла и развивалась согласно возрасту до 10 месяцев. В дальнейшем отмечалось отсутствие прогресса речевого развития, не было указательного жеста и хорошего зрительного контакта.

При госпитализации в 2022 году на первый план выступают навязчивые движения в виде потирания рук, отсутствие хорошего зрительного контакта, понимания обращенной речи; на ЭЭГ отмечено преобладание ритмичной бета- активности по всем отведениям. Ребенок был выписан на амбулаторное лечение под наблюдением врача-невролога. В связи с отставанием в психоречевом развитии, наличием мануальных автоматизмов в виде потирания рук была направлена на генетическое секвенирование, в ходе которого была обнаружена мутация гена МЕСР2, что подтверждает диагноз синдром Ретта. Ребенок находится под амбулаторным наблюдением у врача-невролога, регулярно занимается с дефектологом, логопедом, нейропсихологом, что даёт положительные результаты в плане развития высших психических функций.

**Выводы.** Синдром Ретта — это орфанное заболевание, дебютирующее в раннем возрасте, что, тем не менее, не должно обуславливать снижение бдительности врачей-неврологов, психиатров и педиатров к данной нозологии, так как такие дети требуют мультидисциплинарного подхода с активным вовлечением в их реабилитацию дефектологов, логопедов, нейропсихологов и социальных педагогов.



## ВОВЛЕЧЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ВОЛОНТЁРСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

*Д.Е. Егорова, студентка 4 курса медико-профилактического факультета;  
О.В. Вдовиченко, студентка 5 курса лечебного факультета;  
А.В. Баржак, студентка 4 курса лечебного факультета.  
ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава  
России, г. Омск, Россия  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель: к.м.н. О.А. Денисова*

**Ключевые слова:** волонтерская деятельность; студенты-волонтеры; волонтерское движение; медицинский университет

**Введение.** Волонтерская деятельность в современной социальной среде является одной из наиболее значимых возможностей реализации студенческой молодежи. Не вызывает сомнения высокая ценность добровольчества в вопросах профессионального становления и развития будущих врачей, воспитания сознательной гражданской позиции, закрепления молодых специалистов в практическом здравоохранении.

**Цель исследования.** Установить факторы, влияющие на вовлеченность студентов медицинского университета, в волонтерскую деятельность.

**Материал и методы.** Согласно выбранному дизайну исследование имело поперечный характер, проводилось в анонимном порядке в виде онлайн-опроса в 2022 гг. с применением GoogleForm. С помощью авторской анкеты в добровольном порядке было опрошено 202 студента Омского медицинского университета в возрасте от 17 до 25 лет. Для проведения статистической обработки использован пакет программ SPSS 23.0 с расчетом относительных показателей, а также определением уровня корреляционной связи между изучаемыми явлениями, где  $p < 0,05$  — применялся, как критерий статистической значимости.

**Результаты.** Омский медицинский университет предоставляет возможность всем желающим реализовать свои возможности и принять участие в разработке и практическом воплощении волонтерских проектов по различным направлениям. Более одной трети студентов приобрели опыт работы волонтером — 35,8 %, что подтверждает высокую вовлеченность будущих врачей в волонтерское движение. Наибольшую активность в этом вопросе проявляли девушки — 69,7 % ( $\chi^2 = 0,351$ ;  $p < 0,01$ ). Студенты более старших возрастных групп (24-25 лет) между волонтерством и поиском работы делали выбор в сторону трудоустройства, ссылаясь при этом на материальные трудности — 78,2 на 100 опрошенных. Тогда как учащиеся на младших курсах сталкивались с нехваткой свободного времени (84,3 на 100 опрошенных) и сложностями с учёбой (74,1 на 100), вынуждающими их отказаться от данного рода деятельности.

По мнению самих участников опроса, наиболее важными факторами, стимулирующими привлечение новичков к волонтерскому движению, были следующие: получение опыта в медицинской профессии — 64,1 на 100, устройство на привлекательное место работы по результатам волонтерства — 58,1 на 100, средство завести полезные знакомства — 45,3 на 100.

**Выводы.** Установлена высокая вовлеченность студентов-медиков в волонтерскую деятельность. В наибольшей степени учащихся привлекало в волонтерстве возможность последующего трудоустройства и приобретение профессионального опыта. Анализ факторов, влияющих на отказ от волонтерской деятельности, показал наличие осознанного отношения учащихся к волонтерству. Одним из наиболее значащих факторов, оказывающих решающее влияние на решение студентов об участии в волонтерстве, был дефицит времени связанный с трудностью обучения в медицинском вузе.

## ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И УТОМЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБРАННОГО ИМИ СПОСОБА ДОБРАТЬСЯ ДО ВУЗА

*Г.Д. Ефременко, студент 2 курса педиатрического факультета;*

*М.Д. Ефременко, ассистент кафедры детских болезней*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра физиологии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю.П. Игнатова*

**Ключевые слова:** интеллектуальная работоспособность; утомление; вид транспорта; затраченное время; студенты

**Цель исследования:** оценить интеллектуальную работоспособность, а, соответственно, утомление студентов в зависимости от вида транспорта, которым они добираются до университета, и затраченного на это времени.

**Материалы и методы:** в анонимном анкетировании приняли участие 427 студентов обоего пола второго курса Тверского медицинского университета. Анкетирование включало в себя счет по Э. Крепелину. Методика заключается в оценке способности испытуемого с максимальной скоростью и точностью складывать в уме пары однозначных чисел за восемь двадцатисекундных отрезков. Также студенты в анкете указывали, каким видом транспорта они добираются до университета, время, затраченное ими на дорогу. Исследование проводилось зимой 2023 г. с 8 до 9 часов. Для статистического анализа полученных данных использовали программу «Statistica 6.1». Сравнение групп и анализ связей между параметрами осуществляли непараметрическими методами. Дополнительно пользовались программой COMPARE2 портала WinPEPI© (J.H. Abramson) 11.65. За критический уровень значимости различий принято значение  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** Анализ результатов анкетирования показал, что коэффициент работоспособности у юношей и девушек не имел значимых различий и составлял соответственно  $Me = 0,88$  ( $Q_1 = 0,83$ ,  $Q_2 = 0,96$ );  $Me = 0,91$  ( $Q_1 = 0,83$ ,  $Q_2 = 0,98$ ) ( $p = 0,32$ ). Если значение показателя коэффициента работоспособности приближается к единице, то это означает, что утомления практически не наблюдается. Такие факторы как вид транспорта, которым студенты добираются до университета, время, затраченное ими на дорогу не оказывали значимого влияния на работоспособность студентов и не вызывали у них утомление. Среди проанкетированных девушек значимо больше лиц, которые используют общественный транспорт от места проживания до вуза ( $p = 0,017$ ). Юноши, в большинстве случаев, предпочитают наряду с общественным транспортом ходьбу (42 % и 39 %). Значимо большее число респондентов обоего пола затрачивают от 15 до 30 минут на дорогу, чтобы добраться до вуза. В целом, данный фактор не имеет значимых различий среди девушек и юношей. Ранее, в 2016 году было проведено аналогичное анкетирование студентов второго курса, которое показало, что

коэффициент работоспособности был значимо выше у лиц мужского пола в сравнении с девушками и составлял соответственно  $Me = 0,91$  ( $Q_1 = 0,86$ ,  $Q_2 = 0,98$ );  $Me = 0,88$  ( $Q_1 = 0,80$ ,  $Q_2 = 0,95$ ) ( $p = 0,04$ ). Утомление у лиц мужского и женского пола не превышало 20 % (9 % и 12 %). Значение U критерия Манна–Уитни указывает на то, что коэффициент работоспособности современных студенток значимо вырос в сравнении с этим показателем у девушек 2016 года ( $Me = 0,91$  ( $Q_1 = 0,83$ ,  $Q_2 = 0,98$ );  $Me = 0,88$  ( $Q_1 = 0,80$ ,  $Q_2 = 0,95$ )) ( $p = 0,04$ ), а, соответственно, утомление уменьшилось (на 3 %). Интеллектуальная работоспособность респондентов мужского пола в 2016 и 2023 годах не имела значимых различий и была близка к единице. Также, как и в настоящее время, в 2016 году способ, которым студенты добирались до вуза не оказывал влияния на их работоспособность. Преимущественно студенты обоего пола в 2016 году в одинаковой мере использовали общественный транспорт, маршрутное такси и ходили пешком. Среди респондентов на тот момент не было ни одного, кто бы добирался до вуза на велосипеде, в настоящее время — около 1 %. Сравнение коэффициента работоспособности анкетированных в разные года выявило, что он значимо выше у студенток в 2023 году, которые предпочитают ходьбу ( $Me = 0,91$  ( $Q_1 = 0,84$ ,  $Q_2 = 0,98$ );  $Me = 0,89$  ( $Q_1 = 0,79$ ,  $Q_2 = 0,93$ )) ( $p = 0,029$ ). В отношении юношей, использующих общественный транспорт (2023 год) наблюдается значимое снижение работоспособности в сравнении с тем же контингентом в 2016 году ( $Me = 0,88$  ( $Q_1 = 0,83$ ,  $Q_2 = 0,98$ );  $Me = 0,95$  ( $Q_1 = 0,89$ ,  $Q_2 = 1,08$ )) ( $p = 0,034$ ).

**Выводы:** студенты обоего пола второго курса Тверского медицинского университета не испытывают утомление и сохраняют высокую интеллектуальную работоспособность независимо от способа передвижения. Скорее всего это можно объяснить, тем что Тверь не является мегаполисом, что практически исключает вероятность длительных, утомительных задержек в дороге.

## ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ИЗУЧЕНИИ ГИСТОЛОГИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ ТВЕРСКОГО ГМУ

*Г.Д. Ефременко, студент 2 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии  
Научный руководитель: старший преподаватель, А.О. Буглак*

**Ключевые слова:** искусственный интеллект; цифровая микроскопия; виртуальная гистология; MATLAB.

**Актуальность:** генеративный искусственный интеллект — это технология, которая открывает новые перспективы для медицинских исследований и диагностики, аналогичные примерам из других областей, таких как ChatGPT для текстов или Stable Diffusion для художественных фотографий. Существует мнение, что применение искусственного интеллекта позволит с большей точностью, эффективностью исследовать заболевания различной этиологии.

Технологии виртуальной микроскопии имеют ряд неоспоримых преимуществ по сравнению с классической световой микроскопией и в скором времени будут использоваться и в Тверском государственном университете.

**Цель исследования:** оценить осведомленность обучающихся Тверского ГМУ в вопросе применения искусственного интеллекта и виртуальной микроскопии в учебном процессе.

**Материалы и методы:** изучены современные научные публикации и интернет-ресурсы по данной теме. На платформе Google forms проведён анонимный опрос студентов Тверского ГМУ с последующим анализом полученных результатов. В исследовании приняли участие 108 обучающихся 1–6 курсов стоматологического, лечебного, педиатрического и фармацевтического факультетов, факультета клинической психологии.

**Результаты:** в рамках проведенного анонимного анкетирования среди 108 обучающихся Тверского ГМУ (с целью выявления потребности в использовании при изучении гистологии программ, базирующихся на искусственном интеллекте, а также баз данных виртуальной микроскопии) были получены следующие результаты: 50 респондентов (46,3 %) испытывают затруднения с изучением гистологических препаратов; 103 респондентам (95,4 %) не знакомы программы на базе искусственного интеллекта, способствующие изучению гистологических препаратов; 93 респондента (86,1 %) хотели бы протестировать работу таких программ; 101 респондент (93,5 %) считают, что данные программы необходимы в процессе обучения.

Были исследованы программы искусственного интеллекта, которые обладают различными возможностями для анализа и обработки гистологических данных. Данная программа можно объединить в следующие категории: программы для об-

работки изображений; программы для машинного обучения и анализа данных; специализированные программы для классификации и обработки гистологических изображений.

К программам для обработки изображений можно отнести: ImageJ (бесплатная программа с открытым исходным кодом для анализа изображений, включая обработку медицинских микроскопических снимков) и Fiji (FIJI Is Just ImageJ) (расширенная версия ImageJ, разработанная для более широкого спектра анализа биологических изображений, включая гистологические снимки).

Программы для машинного обучения и анализа данных: Python с библиотеками TensorFlow и Keras (предоставляют богатые возможности для создания и обучения нейронных сетей, включая анализ медицинских изображений); MATLAB (используется для анализа медицинских изображений и применения методов машинного обучения в гистологических исследованиях).

Специализированные программы для классификации и обработки гистологических изображений: QuPath (бесплатная программная платформа, разработанная специально для цифровой патологии и анализа гистологических изображений).

**Выводы: анализ** проведенного опроса, показал, что большинство респондентов считают, компьютерные программы, основанные на искусственном интеллекте, а также использование виртуальной микроскопии необходимы в процессе обучения и особенно будут полезны в тех случаях, когда доступ к реальным гистологическим образцам ограничен.

## ТЕРМИНЫ-МИФОЛОГИЗМЫ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ЯЗЫКА (РАЗДЕЛ МЕДИЦИНСКОЙ АНАТОМИИ)

С. О. Забелин, студент 2 курса лечебного факультета;  
А. А. Кузнецова, В.С. Бахарева  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра русского языка  
Научный руководитель: В.С. Бахарева

**Ключевые слова:** термины-мифологизмы; медицинская терминология, термины-мифонимы; мифологический образ, мифический персонаж

**Материалы и методы:** в ходе работы при рассмотрении предмета исследования использовались методы сплошной выборки медицинских терминов, были проанализированы термины с мифологическим и/или мифологизированным именем, а также был произведен их этимологический анализ.

**Цель исследования:** выявление специфики номинации терминов-мифологизмов в подъязыке анатомии.

**Результаты.** Историческое и культурное развитие общества, а также специфика анатомии как науки обусловила возникновение в своем составе терминов-мифологизмов — эпонимических терминов, имеющих в своем составе мифологическое имя или мифологизированное прецедентное имя из литературного источника, указывающее на идентификацию номинации анатомического предмета/процесса и мифа. Номинация терминов в подъязыке анатомии имеет как теоретическое, так и практическое значение, позволяет изменить и расширить понимание об историческом содержании анатомических терминов-мифонимов. В их состав, представляющий собой сегмент онимов, входят именованья людей, животных, растений и т.д., упомянутых в мифологии.

Медицинские термины с компонентом-именем собственным — это большой слой прикладной лексики, с помощью которого фиксируется новое знание, обеспечивается передача и восприятие различной научной информации в области медицины. В основе анализируемых нами терминов-эпонимов лежит мифологическая концептуализация действительности — номинация предмета или процесса происходит по аналогии с определенным культурным-историческим периодом и актуальным для него метатекстом.

Анализ научной литературы по рассматриваемой нами проблеме показал, что классифицируют следующие группы терминов при описании анатомических понятий, основанных на источниках номинации, отличающиеся особыми категориальными признаками:

1. Tendo Achillis (tendo calcaneus) — пяточное сухожилие (ахиллово сухожилие) является самым крепким сухожилием в теле человека. Его номинация про-

изошла благодаря проведенной аналогии с древнегреческим мифом об Ахилле, обладавшим одним только уязвимым местом на теле — пятке. Именно в нее попал стрелой Парис и убил Ахилла.

2. Atlas, atlantis, m. — первый шейный позвонок атлант, являющийся опорой всего позвоночника, подвижно сочленен с затылочной костью. Номинация позвонка связана с проведенной аналогией с Атлантом (Атласом) — героем древнегреческого мифа, держащим на своих могучих плечах весь небосвод.
3. Arachnoidea mater cerebri — паутинная (арахноидальная) мозговая оболочка, покрывающая головной и спинной мозг. Она покрыта сетью мельчайших углублений, внешний вид которых напоминает паутину. Номинация термина произошла благодаря проведенной аналогии с Арханой — героиней древнегреческой мифологии, бросившей вызов богам. Она искусно ткана и пряма из нитей, подобных туману, прозрачные, как воздух, ткани. В переводе с греч. (arachne) — паук.
4. Pomum Adami seu prominentia laryngea — адамово яблоко. Устаревшее название щитовидного хряща (гортанного выступа), в связи с особенностями анатомического устройства гортани, есть только у мужчин.
5. Cornu Ammonis (Hippocampus) — гиппокамп, аммонов рог, часть лимбической системы головного мозга и гиппокамповой формации. Номинация термина произошла по аналогии с историей древнеегипетского бога солнца Аммона (скрытый, потаенный).

**Выводы:** таким образом, в результате проведенного лексико-семантического анализа можно сделать вывод, что в основе медицинских терминов-мифонимов лежит полный перенос (ассоциативность) мифологического онима на созданный им медицинский термин. С практической точки зрения функционирование вышеупомянутых терминов способствует сохранению богатого культурного и исторического знания о мифах.



## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЗАЖИВЛЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ И ТИЗЕОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДАМИ

*В.Н. Захарова, В.В. Патрошкина, студенты 3 курса лечебного факультета;  
А.О. Буглак  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии.  
Научный руководитель: старший преподаватель А.О. Буглак,  
к.б.н., старший преподаватель Е.Б. Ганина*

**Ключевые слова:** инфицированная рана; репарация; биокристалломика; струп; грануляционная ткань; ангиогенез

**Цель исследования:** изучить процесс кристаллизации плазмы крови и гистологические особенности препаратов кожи на разных фазах регенерации инфицированных ран.

**Материалы и методы:** исследование проводилось на самцах беспородных белых крыс, возрастом 8–9 месяцев, весом 250–300 г. Крысы были разделены на три группы — интактные животные и опытная группа. Животные содержались в одинаковых условиях в виварии, со стандартным пищевым и питьевым режимами. Крысы включались в эксперимент после 14-дневного карантина.

Животным из контрольной и опытной групп на предварительно подготовленную дорсальную поверхность тела наносились полнослойные раны размерами 225 мм<sup>2</sup>, после чего поверхность повреждения инфицировали золотистым стафилококком (*Staphylococcus aureus*), концентрацией  $1,5 \cdot 10^8$  клеток/мл по McFarland. В качестве наркоза применялся «Золетил-100» (8,0 мг/кг).

Забор биоптатов и крови у экспериментальных животных производился на 7, 14, 21 сутки экспериментального исследования. Биоптаты заживающих ран с прилежащими участками неповрежденной кожи фиксировали с 10 % раствора нейтрального забуференного формалина (рН 7,4) в течение 24 часов. После фиксации полученный материал обезживали в батарее спиртов и изготавливали парафиновые блоки. Делали парафиновые срезы (толщина 5–6 мкм). Последующую окраску проводили гематоксилином и эозином.

Забор крови для последующей кристаллизации проводили из бедренной артерии. К 2 мл плазмы крови, полученной путём центрифугирования, добавляли 10 мл 2 %-ного спиртового раствора нингидрина. Полученную смесь заливали в чашки Петри и оставляли на 12–14 часов для последующей кристаллизации.

Полученные микропрепараты и чашки Петри с образовавшимися кристаллами изучали под микроскопом на увеличении  $\times 100$  и  $\times 400$ , фотографировали и описывали. На препаратах оценивали наличие и выраженность воспалительного инфильтрата в дерме, выраженность процессов грануляции и эпителизации. Кристаллы сравнивали по форме и количеству лучей, выходящих из центра кристаллизации.

**Результаты.** Измерение площади инфицированной раны проводилась ежедневно. На 7 сутки площадь повреждения составляла около 305 мм<sup>2</sup>, струп полностью прилегал к поверхности раны, у его границ наблюдался незначительный рост волос. На 14 сутки эксперимента величина раны сократилась до 60 мм<sup>2</sup>, струп сохранился, края частично отходили от поверхности, рост волос имел очаговый характер. К 21 суткам размеры раны были около 15 мм<sup>2</sup>, волосы частично начинали свой рост на месте нанесённого повреждения и достигали в длину 2-5 мм.

Изучение формы и размеров кристаллов проводили, сравнивая опытные образцы с кристаллами, полученными при кристаллизации чистого нингидрина, и закристаллизованной плазмой крови интактных крыс. Существует закономерность в изменении формы, размеров и количества лучей кристаллов при смене фаз заживления. Форма кристаллов эволюционировала от полусферолитов к сферолитам.

**Выводы.** В течение раневого процесса инфицированных ран можно выделить три фазы, через которые проходят абсолютно все регенерирующие раны — фазы воспаления, пролиферации и созревания, но степень выраженности и продолжительность этих фаз различна. Соответственно каждой фазе в ходе эксперимента форма и размер кристаллов менялись. На ранних этапах регенерации кристаллы приобретали форму полусферолитов, а в процессе заживления количество лучей прогрессивно нарастало.

## ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ НА УМСТВЕННУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И САМОЧУВСТВИЕ СТУДЕНТОВ

*Г.В. Зотович, студент 314 группы лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра гигиены и экологии*

*Научный руководитель: старший преподаватель Е.В. Алеева*

**Ключевые слова:** студент; метеочувствительность; работоспособность; климатические факторы

**Цель исследования.** Выявить влияние климатических факторов на умственную работоспособность и здоровье студентов высших учебных заведений и дать практические рекомендации по профилактике негативного воздействия погодных условий.

**Материалы и методы.** Метеозависимость — это комплекс симптомов, проявляющихся в болезненной реакции организма человека на изменения погоды и окружающей среды, обусловленных нарушением адаптации. К симптомам метеозависимости относят головные боли, мигрени, головокружение, слабость, боли в мышцах, суставах, сердечные боли, апатию, негативное настроение. В данном исследовании в ходе опроса-анкетирования были изучены психоэмоциональное состояние (апатия, негативное настроение, агрессивность), нарушение сна, работоспособность, концентрация и устойчивость внимания в процессе деятельности, метеочувствительность, артериальное давление, частота сердечных сокращений. Оценка влияния факторов проводилась в период максимальной учебной нагрузки при различных метеорологических условиях. В исследовании приняли участие 70 студентов ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России и Владимирского Государственного Университета Имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых. Среди опрошенных было 40 (57 %) девушек и 30 (43 %) юношей. Средний возраст всех исследованных составил  $20,1 \pm 0,2$  года. Проводилось опрос-анкетирование студентов учебных заведений по типу заочного контакта с респондентами путём публикации анкеты в интернете. Для анализа полученных данных использовались компьютерная программа Microsoft Excel и методы статистической обработки.

**Результаты.** При сравнительной оценке полученных данных студентов Тверского государственного медицинского университета и Владимирского государственного университета значительных расхождений по показателям не выявлено. После изучения и оценки полученных данных в группу метеочувствительных вошли 27 студентов (39 %), а метеоустойчивых — 43 студента (61 %). В структуре симптомов метеочувствительности у студентов были выявлены следующие проявления: головные боли в 35 % случаев, слабость и раздражительность были в 25 %, нарушение сна в

18 %, боли в суставах в 15 % опрошенных, боли в сердце в 4,5 %, снижение работоспособности в 48 %, одышка в 3,5 % случаев. Продолжительность сна 4 часа и менее была выявлена у 12 % метеочувствительных респондентов. Снижение умственной работоспособности и концентрации внимания отмечали у себя 21 респондент (30 %), апатию и негативное настроение – 28 студентов (40 %), у 9 респондентов (12,9 %) была выявлена низкая оценка общего самочувствия. По результатам проведенного анкетирования лишь 11 % респондентов придерживались здорового питания. Респонденты, ведущие здоровый образ жизни с достаточной физической активностью, продолжительностью сна не менее 8 часов, имеющие рациональное питание, использующие общеукрепляющие и витаминные препараты не имели проявлений метеочувствительности, относились к группе метеоустойчивых (не ощущали влияние метеорологических факторов).

**Выводы:** По результатам настоящего исследования установлено, что наиболее частыми проявлениями метеочувствительности у студентов являются слабость, раздражительность, снижение работоспособности, головные и суставные боли, боли в сердце, нарушение сна, связанные с резкими перепадами температуры воздуха и атмосферного давления. Для профилактики проявлений метеозависимости у студентов можно рекомендовать в неблагоприятные дни придерживаться рационального питания и активного образа жизни, включая утреннюю гимнастику, ежедневные упражнения на свежем воздухе, плавание, ходьбу, а также рационального режима сна и отдыха с приемом общеукрепляющих и витаминных препаратов.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПНФ-МЕТОДИКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

*М.Ш. Ибрагимова, аспирант*

*Самаркандский государственный медицинский университет,*

*Самарканд, Узбекистан*

*Кафедра медицинской реабилитации, спортивной медицины  
и народной медицины*

*Научный руководитель: д.м.н., доцент З.Ф. Мавлянова*

**Ключевые слова:** реабилитация; детский церебральный паралич; фасциальный подход.

Детский церебральный паралич (ДЦП) является одним из наиболее распространенных неврологических заболеваний у детей, характеризующимся нарушениями двигательной функции и спастичностью мышц. Физическая терапия играет важную роль в реабилитации таких детей, одним из широко применяемых методов которой является методика расслабления и растяжения мышц по пневматическому нейромышечному фасциальному подходу (ПНФ).

**Цель исследования:** оценка эффективности ПНФ-методики в реабилитации детей со спастическим детским церебральным параличом.

**Материалы и методы.** В исследование включены 87 детей со спастической формой детского церебрального паралича в возрасте 5-9 лет (средний возраст  $6,79 \pm 0,49$  лет), разделенных на две группы в зависимости от проведенного лечения. Основная группа ( $n = 32$ , 36,8 %) получала оптимизированное реабилитационное лечение с включением ПНФ-методики, группа контроля ( $n = 55$ , 63,2 %) — стандартную терапию.

**Результаты исследования.** По формам ДЦП распределение было следующим: с диплегией — 27 (27,6 %), тетраплегией — 31 (35,6 %), гемиплегия — 32 (36,7 %). Для оценки выраженности моторных нарушений у детей с ДЦП всех наблюдаемых пациентов использовали критерии Системы классификации больших моторных функций (GMFCS). Анализ особенностей функционального статуса при отдельных формах детского церебрального паралича при оценивании больших моторных функций по шкале GMFCS показал, что пациентов на I уровне было — 29 (33,3 %), II уровне — 43 (49,4 %), III — 12 (13,8 %), IV — 3 (3,4 %). При клинико-неврологическом обследовании детей с церебральным параличом среди спастических синдромов наиболее часто диагностированы синдром приводящей мышцы и синдром подколенного сухожилия. Частота встречаемости спастических синдромов у детей с ДЦП напрямую зависела от степени выраженности моторного дефицита по GMFCS и имела достоверный характер. Выявлена взаимосвязь между степенью тяжести ДЦП и двигательными нарушениями по классификации GMFCS.

Оценку силы сопротивления мышц к пассивному движению в суставе проводили по шкале Эшуорта. В верхних конечностях лёгкое повышение мышечного тонуса, минимальное напряжение в конце амплитуды движения при сгибании или разгибании поражённой конечности, оцениваемый в 1 степень — 5 (5,7 %), 1+ степень — 14 (16,1 %), 2 и 3 степень — у равного числа пациентов — 34 (39,1 %), 4 балла — не определялась. В нижних конечностях при 2 степень определялась у наибольшего числа пациентов, что составило — 65 (74,7 %), при 1 и 1+ степени число больных были равнозначными — 3 (3,4 %), 3 степень — 16 (18,4 %). При оценке эффективности ПНФ-методики в основной группе (n = 32) по шкале Эшуорта как на верхних, так и на нижних конечностях определяется положительная динамика, что указывает на значительный динамический прогресс и эффективность использования ПНФ-методики в качестве реабилитационных мероприятий.

Результативность проведенных реабилитационных мероприятий была оценена по следующим основным функциям — b710, b735, b760, которые явились наиболее информативными. Согласно полученным данным, эффективность реабилитации в основной группе также показала положительную динамику. После реабилитации функциональная активность по всем изучаемым доменам значительно улучшилось, отсутствие нарушений при b710 определено у 46,9 % после реабилитации в сравнении с 18,8 % до реабилитации; по b735 — 31,3 %/15,6 %; b760 — 43,8 %/28,1 %, соответственно. Такие же изменения отмечались после проведения реабилитации при легком и умеренном нарушениях.

**Выводы:** Преимущества ПНФ-методики включают индивидуальный и функциональный подход к реабилитации, активное участие пациента в процессе лечения, стимуляцию нервной системы для активизации мышц и улучшения координации, а также возможность применения в различных ситуациях и на разных этапах реабилитации.

## ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АСЕПТИКИ И АНТИСЕПТИКИ

*В.А. Иванова, студентка 1 курса лечебного факультета,  
Д.А. Гавриленко, ассистент кафедры химии;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра химии*

*Научные руководители: к.х.н., доцент, профессор каф. химии Н.П. Лопина,  
к.б.н., доцент Г.Е. Бордина*

**Ключевые слова:** асептика; антисептика; хлорная известь; карболовая кислота; стерилизация; автоклавирование

**Цель исследования.** Изучить развитие асептики и антисептики.

**Материалы и методы.** Был проведён анализ литературных данных из российских и зарубежных источников.

**Результаты.** Гиппократ считал, что источником загрязнения ран является воздух. Он рекомендовал обрабатывать инструменты кипячёной дождевой водой, уксусом, обжигать их в пламени. Он применял относительно чистый инструментарий, мытьё рук и стрижку ногтей. В Древнем Египте для мумификации использовали продукты перегонки нефти, смолу, масла и различные специи для прекращения процессов гниения. В средневековье для обеззараживания использовалось прижигание раскалённым железом, кипящим маслом. В 1750 г. Джон Прингл впервые употребил слово «антисептик», описывая антисептическое действие хинина. Бернар Куртуа в 1811 г. открыл йод, однако этот антисептик был слаб в борьбе с послеоперационными инфекциями. Николай Иванович Пирогов предположил, что инфекция может передаваться через контакт с заражённой раной. В своей деятельности хирург руководствовался выводами, следующими из его догадки: он создал в своей больнице отделение для зараженных, выделил персонал и выдавал им необходимые средства. Гноящиеся раны он обрабатывал йодной настойкой, раствором азотиокислого серебра и другими средствами. Позднее Пироговым были предложены санитарные правила: разделение персонала, инструментов и перевязочных средств, частая смена белья и стирка его в воде с добавлением щелочи. В 1847 году Игнац Филипп Земмельвейс заметил, что две клиники университета имели разный процент выживаемости. Он внимательно проанализировал условия работы и заметил, что в клинике, где показатели ниже, работали профессиональные акушерки, а в другой — студенты, которые изучали анатомию на трупах, после чего принимали роды. Земмельвейс стал искать вещества, способные убить яды, и обнаружил, что раствор хлорной извести лучше всего устраняет заразный агент в трупах. Научного обоснования антисептики и асептики не было до работ Л. Пастера, который доказал, что брожение и гниение связаны с жизнедеятельностью микроорганизмов. Джозеф Листер связал нагноение ран с попаданием и раз-

витиём в них бактерий. Окна хирургического блока Листера выходили на поле, где хоронили умерших от холеры. Он предположил, что ветер, дующий с поля, приносит в его палаты гнусную заразу, и приказал промыть стены и предметы больничного обихода карболовой кислотой. Воздух посвежел и смертность слегка упала. Листер уделял всё внимание обработке раны во время операции, но совершенно не следил за условиями содержания больных. Листер стал использовать для лечения открытых ран повязки и пасту с карболовой кислотой, хранил инструменты в растворе фенола. Он попробовал распылять из пульверизатора карболовую кислоту в операционной, чтобы убить микробов в воздухе. Николаю Васильевичу Склифосовскому удалось защитить идеи асептики и антисептики. Доказав, что карболовая кислота токсична, он заменил её йодоформом и раствором сулемы, которая создавала защитную плёнку вокруг рук хирурга. Он впервые применил стерилизацию перевязочных средств и производил её при помощи нагретого воздуха в небольшом аппарате — прототипе современного автоклава. Новый метод стерилизации позволял уничтожать не только микробы, но и их споры. В 1890 году Эрнст Бергманн со своим учеником Теодором Шеммельбушем показали миру изобретённые физические методы обработки инструментов: кипячение, автоклавирование и обжигание. Имя ученика Бергманна было увековечено названием специальной коробки, предназначенной для стерилизации (бикс Шиммельбуша). Бергманну удалось установить твердые правила: руки хирурга, операционное поле, инструменты должны быть стерильными. Сегодня в практике применяют различную антисептику. Сначала производится механическая, к ней относится удаление нежизнеспособных тканей, сгустков крови. Далее применяют физическую антисептику для создания неблагоприятной среды развития бактерий, используя гипертонические растворы и дренирование. Химическую антисептику проводят при помощи красителей, альдегидов и других веществ, обладающих бактерицидными свойствами. При тяжелых состояниях показана биологическая антисептика: антибактериальные и ферментные препараты.

**Выводы.** Таким образом, вопросы асептики и антисептики на протяжении многих лет составляют основу хирургического дела. Благодаря длительным исследованиям учёных современные хирурги знают, что отсутствие стерильности может привести к возникновению инфекции и опасности её переноса от врача к больному в ходе операции.



## РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДЛИННОСТИ СБОРА, ОБЛАДАЮЩЕГО ОТХАРКИВАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ

*О.С. Ивченко, Я.А. Потураева, Т.С. Тарико, Д.А. Яковлева,  
студентки 3 курса фармацевтического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: к.б.н., И.А. Ломоносова*

**Ключевые слова:** кашель; отхаркивающие сборы; мать-и-мачехи листья; девясила высокого корневища с корнями; подорожника большого листья; чабреца трава, подлинность

**Цель исследования:** разработка состава и определение подлинности сбора, обладающего отхаркивающим действием.

**Материалы и методы:** в ходе изучения государственного реестра лекарственных средств было установлено, что на сегодняшний день зарегистрировано шесть лекарственных сборов, которые обладают отхаркивающим действием. При анализе данных лекарственных препаратов была получена информация о наиболее распространённых лекарственных растениях, входящих в состав этих сборов. На основании полученной информации был предложен состав нового сбора.

**Результаты:** в ходе исследования был разработан новый лекарственный сбор, обладающий отхаркивающим действием, в состав которого вошли мать-и-мачехи листья, девясила высокого корневища с корнями, подорожника большого листья и чабреца трава. Данные лекарственные растения были выбраны на основании их химического состава, за счёт которого достигается необходимый терапевтический эффект.

На следующем этапе исследования был проведён макроскопический, микроскопический и качественный фитохимический анализ.

В ходе макроскопического анализа было установлено, что сбор представляет собой смесь из измельчённых листьев, стеблей, корней и корневищ, которые проходят через сито с отверстием размером 7 мм.

Сбор имеет серовато-коричневый и серовато-зелёный цвет с жёлтыми вкраплениями, обладает слабым, ароматным запахом. Вкус водного извлечения горьковато-кислый.

Затем были отобраны фрагменты компонентов сбора для приготовления микропрепаратов с последующим проведением микроскопического анализа. При рассмотрении препарата фрагмента листа с поверхности (мать-и-мачехи листья) были обнаружены крупные многоугольные клетки эпидермиса верхней стороны листа с прямыми боковыми стенками и толстая, морщинисто-складчатая кутикула, наджилками продольно-складчатая. Также были выявлены крупные, овальные усть-

ица, окружённые 4-8 клетками эпидермиса. При микроскопическом анализе следующего компонента сбора (подорожника большого листа) были отмечены многоугольные клетки эпидермиса с прямыми боковыми стенками. Характерно то, что кутикула местами выражена в виде складок, устьица округлые, окружены 3-4 клетками эпидермиса, присутствовали простые и головчатые волоски. При анализе следующего компонента сбора (девясила высокого корневища с корнями) было установлено наличие многорядной серовато-коричневой пробки, коры, представленной крупными паренхимными тонкостенными клетками, уменьшающимися по направлению к камбию, и древесины. Также были обнаружены клетки паренхимы коры с инулином, крупныеместилища со смолой и эфирным маслом. При рассмотрении кусочков листа с поверхности (чабреца трава) замечены клетки верхнего и нижнего эпидермиса с извилистыми боковыми стенками. Были выявлены устьица диацитного типа, эфирномасличные железки и волоски нескольких типов.

Предполагаемые фармакологические свойства разработанного сбора обусловлены содержанием в лекарственном растительном сырье таких биологически активных веществ как полисахариды, флавоноиды, сапонины, дубильные вещества и эфирные масла. Таким образом, для определения подлинности полученного сбора, кроме макроскопического и микроскопического анализа необходимо было провести качественные реакции на данные вещества. Для обнаружения полисахаридов в химическом составе разработанного сбора к 1 мл водного извлечения добавляли несколько капель 95 % этанола, в результате наблюдался белый хлопьевидный осадок. О присутствии флавоноидов в составе сбора можно было судить по образованию тёмно-синего окрашивания при добавлении к 1 мл водного извлечения 1 мл раствора хлорида железа (III). Реакция пенообразования подтверждает присутствие сапонинов в лекарственном сборе: в первую пробирку с извлечением из сбора добавляли 0,1 Н раствор хлористоводородной кислоты, а во вторую — 0,1 Н раствор натрия гидроксида. После встряхивания в обеих пробирках наблюдалось образование стойкой пены. Наличие дубильных веществ подтверждает образование тёмно-синего окрашивания при добавлении 1 мл 1 % раствора железоаммонийных квасцов.

**Выводы:** в результате исследования был разработан новый сбор, в состав которого вошли мать-и-мачехи листья, девясила высокого корневища с корнями, подорожника большого листа и чабреца трава. Подтверждены основные анатомо-диагностические признаки лекарственного растительного сырья, входящего в состав сбора, а также установлено наличие полисахаридов, флавоноидов, сапонинов и дубильных веществ.

## ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАБОТЫ КРУПНЫХ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ РОССИИ

*Н.А. Игнатова, студентка 4 курса фармацевтического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: старший преподаватель О.А. Судакова*

**Ключевые слова:** аптечные сети России; фармацевтические ассоциации; маркетплейсы

**Цель исследования:** изучение динамики и механизмов развития крупных аптечных сетей на фармацевтическом рынке России, особенностей работы фармацевтических ассоциаций и наличия на рынке маркетплейсов, реализующих лекарственные препараты.

**Материалы и методы:** нормативно-правовая документация, электронная библиотека Elibrary, сайты аптек и их мобильные приложения, сайты маркетинговых ассоциаций, отчеты аналитических компаний Sirius group и DSM Group; общенаучные методы.

**Результаты:** топ-10 лидеров аптечных сетей федерального значения на фармацевтическом рынке России не меняется последние 5 лет. Как показало исследование, первую строку прочно занимает сеть «Ригла», а на последней строке закрепилась сеть «Фармленд». За последние 2 года агрессивный рост по количеству открытых точек торговли демонстрирует сеть «Апрель», что позволило ей войти в топ-3. В 2023 году вырос показатель объема продаж сети «Планета здоровья», в результате чего она вытеснила с 3 позиции АС «Эркафарм&Мелодия здоровья». Показатели объема реализации сети «Имплозия» (топ-4) изменялись в течение 2020-2022 годов, однако положение в рейтинге удалось сохранить на высоком уровне к концу исследуемого периода. Объем реализации сети «Ирис» имеет тенденцию к снижению (7 позиция в рейтинге). Сети «Вита» и «Нео-фарм» показали наибольшее наращивание объема реализации в 2022 году и занимают относительно стабильную позицию 5–6 строка и 7–9 строка соответственно. Самый нестабильный показатель объема реализации имеет сеть «36,6» (диапазон рейтинга: 3-8 строка). Было отмечено, что в период пандемии COVID-19 с 2020 года по 2023 год показатели развития аптечных сетей заметно снизились. В последние годы наметилась тенденция к поглощению мелких сетей более крупными сетями. Такая конкурентная стратегия отмечена у сетей «Фармленд», «Ригла», «36,6».

Анализ сайтов аптечных сетей показал, что все лидеры рынка используют возможность торговли дистанционным способом посредством собственных сайтов или мобильных приложений, а также для них характерно наличие программ лояльности. Больше половины из них, кроме ГК «Эркафарм&МЗ», «Нео-фарм»,

«Имплозия», «Ирис», разрабатывают и осуществляют социально значимые проекты (например, проект «Справочная», «Ортопедический отдел», «Юный фармацевт»). Все изучаемые сети, кроме «Имплозии», имеют товары СТМ (собственная торговая марка). Франчайзинг в своей работе используют все лидеры рынка, кроме «Вита» и «Фармленд».

В топ-5 фармацевтических ассоциаций по количеству точек и объему реализации на 2023 год входят ассоциации: АСНА, ПроАптека, МФО, Созвездие, Весна, АННА. АСНА и Созвездие оказывают наибольшее количество сервисных услуг (рекламные сервисы, сервис обучения, работа с программами лояльности, услуги аудита, брендинг). Ассоциации Созвездие и ПроАптека являются дочерними компаниями крупных фармацевтических дистрибьюторов.

Анализ маркетплейсов, реализующих лекарственные препараты показал, что в топ-4 маркетплейсов по объему продаж ЛП входят: «ОЗОН», «Сбермегамаркет», «ЯндексМаркет», «Ютека». Ассортимент маркетплейсов включает препараты всех групп по АТХ-классификации, в том числе препараты рецептурного отпуска. Наибольшее количество категорий товаров аптечного ассортимента (12 категорий) представлено на сайте «Сбермегамаркета».

**Выводы:** Аптечные сети — лидеры фармацевтического рынка используют разные методы повышения своей конкурентоспособности, в том числе программы лояльности, товары СТМ, возможность торговли дистанционным способом. Федеральные аптечные сети отдают предпочтение расширению своего влияния в регионах за счет выкупа торговых точек более мелких розничных сетей, а также использования механизма франчайзинга. Фармацевтические ассоциации АСНА, ПроАптека, МФО, Созвездие, Весна, АННА являются наиболее крупными на рынке, что позволяет им предлагать большее количество сервисов и услуг на более привлекательных условиях для аптечных организаций. Наиболее крупными маркетплейсами, осуществляющими реализацию лекарственных препаратов, являются «ОЗОН», «Сбермегамаркет», «ЯндексМаркет» и «Ютека», которые на сегодняшний день активно развивают свой фармацевтический бизнес наряду со специализированными организациями.

## АНАЛИЗ СЕРВИСОВ ИНТЕРНЕТ-ПРОДАЖИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

*Е.А. Измалков, 5 курс, фармацевтический факультет  
ФГБОУ ВО «ВГУ», г. Воронеж, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации  
Научный руководитель: к. фарм. н., доцент И.А. Занина*

**Ключевые слова:** дистанционная торговля; лекарственный препарат; интернет-продажа

В современных условиях цифровизации экономики все большую популярность набирает интернет-продажа товаров, сопряженная с использованием диджитал-технологий и различных интернет-сервисов. Внедрение новых форматов дистанционной продажи и бронирования товаров затронуло и фармацевтический рынок. По данным аналитической компании RNC Pharma, доля онлайн-продаж лекарственных препаратов (ЛП) ежегодно увеличивается, несмотря на ограничения по реализуемому дистанционно ассортименту, и в 2023 году составила 16,6 %. Несмотря на то, что на сегодняшний день не существует такого вида аптечной организации, как интернет-аптека, на сайтах многих аптечных организаций, маркетплейсах можно встретить предложения предварительного заказа ЛП, их бронирования и последующей покупки ЛП непосредственно в аптеке, территориально расположенной в наиболее удобном для потребителя месте.

С 2020 года в России легализован *дистанционный* способ продажи безрецептурных лекарственных препаратов, который предоставляет возможность доставки заказов. Розничная торговля ЛП в дистанционном формате осуществляется на основании Разрешения, выданного Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, при соблюдении установленных Правительством РФ требований.

**Целью исследования:** сравнительный анализ конкурентных сервисов интернет-продажи ЛП по критерию соблюдения установленных требований.

**Материалы и методы.** Исследование базируется на современных положениях нормативного регулирования дистанционной торговли ЛП, сравнительном анализе интернет-сервисов продажи ЛП — интернет-аптек, маркетплейсов, сайтов аптечных организаций.

В ноябре 2023 года проведен анализ официальных сервисов интернет-продажи ЛП на территории Воронежской области — сайта региональной аптечной сети «Здоровый город», интернет-аптеки ЕАПТЕКА и маркетплейса OZON по критерию наличия информации, требуемой к предоставлению в соответствии с Постановлением Правительства от 16.05.2020 №697 «Об утверждении Правил выдачи разрешения на осуществление розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом».

**Результаты.** При проведении исследования в качестве критериев сравнения использовались размещенные на интернет-ресурсах данные:

- полное фирменное наименование;
- основной государственный регистрационный номер;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- Адреса аптечной организации и ее структурных подразделений;
- номер записи в реестре лицензий на осуществление фармацевтической деятельности;
- графическое изображение разрешения на дистанционную торговлю ЛП;
- режим работы аптечных организаций;
- информация о службе заказа ЛП, справочной службе или ином структурном подразделении организации, осуществляющем прием заказов на ЛП (телефон, адрес электронной почты), и работнике, ответственном за размещение на сайте в сети Интернет информации о ЛП (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон, адрес электронной почты);
- сведения о ЛП, имеющихся в наличии из собственных товарных запасов и подлежащих розничной продаже дистанционным способом, содержащие информацию о ЛП в соответствии с государственным реестром лекарственных средств для медицинского применения, доступных для заказа, производителях ЛП, сроках годности ЛП, количестве, розничных ценах и условиях хранения, а также инструкции по медицинскому применению ЛП;
- информация об условиях розничной продажи ЛП дистанционным способом (в том числе с указанием условий их доставки), оплаты и условиях доставки ЛП;
- сведения о нормативных правовых актах, регламентирующих возможность возврата покупателем ЛП ненадлежащего качества;
- сведения об уполномоченных федеральных органах исполнительной власти, осуществляющих контроль за розничной продажей ЛП дистанционным способом (наименование, почтовый адрес, телефон, факс, адрес электронной почты);
- обязательства покупателя.

Установлено, что на всех анализируемых ресурсах указаны приведенные данные за исключением размещения на маркетплейсе OZON номера телефона службы заказов и информации, касающейся работника, ответственного за размещение на сайте информации о ЛП. В качестве дополнительных конкурентных преимуществ отмечена возможность бронирования с последующим самовывозом из выбранной аптечной организации рецептурных ЛП у всех интернет-продавцов и возможность реализации лекарственных препаратов для ветеринарного применения в интернет-аптеке ЕАПТЕКА и на маркетплейсе OZON.

**Выводы.** Таким образом, анализ сервисов интернет-продажи ЛП по обязательным требованиям к дистанционной торговле ЛП выявил преимущество сайта аптечной сети и интернет-аптеки перед онлайн-площадкой маркетплейса, что может указывать на более ответственное отношение к соблюдению требований и, как следствие, способствовать увеличению потребительской лояльности.

## Н.А. СЕМАШКО — ВЫДАЮЩИЙСЯ ОРГАНИЗАТОР, УЧЕНЫЙ И СОЗДАТЕЛЬ УНИКАЛЬНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*В.И. Илюхина, 5 курс педиатрического факультета; И.В. Березовский  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра организации и информатизации здравоохранения  
Научный руководитель: к.м.н., доцент И.В. Березовский*

**Ключевые слова:** Н.А. Семашко; первый Народный комиссар здравоохранения РСФСР; государственная система здравоохранения

20 сентября 2024 года исполняется 150 лет со дня рождения Николая Александровича Семашко, выдающегося руководителя здравоохранения, педагога и ученого в области социальной гигиены и организации здравоохранения.

**Цель исследования** изучить истоки и результаты организационной, научной и педагогической деятельности Н.А. Семашко, определить его вклад в развитие отечественного здравоохранения и медицинской практики.

Для выполнения поставленной цели в работе использовались идеографический, хронологический и биографический методы исторического исследования с использованием монографий, сборников научных трудов и статей.

**Результаты.** Николай Александрович Семашко — сын учителя из села Ливенское Орловской губернии. Он родился 8 сентября 1874 года. Рос вместе с крестьянскими детьми и видел все тяготы их жизни. Обучаясь в гимназии, проявлял интерес к чтению запрещенной тогда литературы. Уже тогда, еще подростком, Николай Александрович отчетливо видел необходимость и неизбежность перемен в жизни российского общества.

С 1891 года Семашко — студент медицинского факультета Московского университета. Он учился у самых известных профессоров и врачей того времени, создателей передовых медицинских школ мирового значения. Однако университет в первопрестольной он не смог закончить по причине участия в революционном движении, за которым последовали арест в 1895 году и ссылка на родину. Лишь по окончании ссылки в 1898 г. Николай Александрович смог продолжить обучение, правда не в Москве, а в Казани. Казанский университет он окончил в 1901 году.

С 30 октября 1901 г. Н. А. Семашко был назначен на должность санитарно-эпидемиологического врача в Самарской Губернской земской больнице. В связи с серьезной эпидемиологической обстановкой Николай Александрович был командирован в Новоузенский уезд для борьбы с дифтерией. Благодаря использованию противодифтерийной сыворотки ему удалось спасти сотни жизней жителей уезда. Заслугой Н. А. Семашко можно считать и спасение деревни Александрия, в которой разразилась эпидемия сибирской язвы. В последующем была работа в качестве врача в Саратовской губернии и заведующим сельским врачебным участком в Орловской губернии.

Вследствие увольнений и преследований за политическую деятельность Семашко был вынужден длительный период своей жизни провести в эмиграции, где он познакомился с В.И. Лениным. Вернувшись в Москву в сентябре 1917 года, он возглавляет врачебный отдел Совета районных дум.

В июне 1918 года в Москве состоялся первый съезд медико- санитарных отделений местных советов. На нем Н.А. Семашко выступил с докладом, в котором описал основы будущей организации системы здравоохранения Советской России и изложил ее принципы.

11 июля 1918 г. впервые в мире был создан высший государственный орган, объединивший под своим ведением все отрасли здравоохранения страны — Народный комиссариат здравоохранения РСФСР. Его первым руководителем был назначен Н.А. Семашко, и руководил Наркоматом Николай Александрович 11 лет: вплоть до 1930 года.

В период с 1918 по 1923 годы, в период Гражданской войны и послевоенной разрухи, по молодой Российской республике прокатилась волна эпидемий: сыпной тиф, туберкулез, сифилис, чума, холера, оспа, скарлатина, малярия. При этом, число погибших от инфекционных заболеваний было сопоставимо с количеством убитых в войне. Поэтому в первые годы развития здравоохранения в СССР Н. А. Семашко развернул огромную работу по борьбе с эпидемиями и инфекционными заболеваниями.

По инициативе Н. А. Семашко были приняты меры по организации диспансеров, стали проводиться диспансерные осмотры групп работников вредных производств.

В результате в период с 1913 по 1929 год удалось добиться значительных успехов в борьбе с инфекционными болезнями. Заболеваемость и смертность снизились на 20 %. В то же время количество амбулаторно-поликлинических учреждений выросло в 2,5 раза, а женских и детских поликлиник — в 200 раз.

20 февраля 1922 года Н.А. Семашко прочитал первую лекцию студентам Московского медицинского факультета, тем самым начав преподавание социальной гигиены. Он и стал заведующим первой в стране кафедрой. Н.А. Семашко 30 лет своей жизни посвятил преподавательской деятельности.

Н.А. Семашко написал множество работ в области социальной гигиены и организации здравоохранения. Он был главным редактором Большой медицинской энциклопедии. Под его руководством с 1928 по 1936 год было издано 35 томов, содержащих 80 000 терминов.

**Выводы.** Таким образом, опыт работы в земской медицине, знание «народных проблем» позволили Н.А. Семашко обосновать необходимость использования территориально-участкового принципа, профилактики и диспансерного наблюдения, выделить как приоритет охрану материнства и детства. Организованная им стройная государственная система здравоохранения работала более 70 лет.



## ТРАДИЦИОННЫЕ ЦЕННОСТИ УЗБЕКСКОЙ СЕМЬИ

*М. Исмадова, студентка 2 курса лечебного факультета; М.И.Волович  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Научный руководитель: к.п.н., доцент М.И.Волович*

**Ключевые слова:** этническая культура; лингвострановедение; культурный фон; лингвокультурология; фразеологический фонд; паремия

**Цель исследования:** определение основ построения традиционной узбекской семьи, которые складывались в течение длительного исторического периода и сохранились до наших дней; описание тех семейных ценностей, которые определяют картину жизни в современном узбекском социуме и помогают сохранить идентичность уклада жизни в среде других этнокультурных групп.

**Материалы и методы:** непосредственное наблюдение за поддержанием и сохранением традиций построения взаимоотношений в узбекской семье; анализ фонда фразеологических единиц концепта «семья» в узбекском языке.

**Результаты.** Идентичность каждого народа определяется рядом факторов, отличающих отношение его представителей к базовым ценностям. Один из важнейших аспектов этой комплексной культурологической и этнографической сферы — уклад жизни и традиционные семейные ценности, которые будут рассмотрены на примерах построения традиционной узбекской семьи.

В первую очередь отметим такую особенность узбекского народа, как **любовь к детям**. По этой причине многие узбекские семьи многодетные. Когда у супругов много детей, их брак считается благословенным. Также говорят, что, если хорошо воспитать своих детей, они станут ключами в Рай для своих родителей (так говорят в основном про тех, у кого три дочери).

Когда в семье много детей, укрепляются семейные связи. Огромную роль в этом процессе играет **атмосфера взаимопомощи**, царящая в узбекских семьях. Например, старшие дети помогают растить младших. Это в первую очередь помощь родителям, очень большое внимание уделяющим духовному воспитанию своего ребёнка. И старшие дети в семье являются примером для младших, а те ориентируются на опыт старших братьев и сестёр.

В узбекских семьях существует **иерархия**, которая основывается на возрасте членов семьи. Самые старшие — бабушки и дедушки — очень почитаемы и имеют большое уважение в семье и их мнение имеет огромное значение. Муж и жена имеют равные положения, поэтому при принятии какого-либо решения учитывают мнения друг друга. Молодёжь и дети должны проявлять уважение к старшим и слушаться их.

В воспитании очень большое внимание уделяют в первую очередь **уважению к старшим**. Даже если человек старше на 1 день, к нему обращаются на «Вы». При принятии какого-либо важного решения, обязательно учитываются мнения старших,

потому что считается, что они имеют много опыта и мудрости, поэтому их советы очень ценны. Также уважение к старшим проявляется, когда члены семьи сидят за столом: первым начинает трапезу самый старший, а лишь после него — остальные.

**Забота о родителях** в узбекской семье передаётся из поколения в поколение. Дети не бросают своих состарившихся родителей, в благодарность за всё ухаживают за ними и полностью обеспечивают их. Родителей очень уважают и почитают. Дети помогают в повседневных делах, обеспечивая комфортную жизнь матери и отцу, а также оказывают финансовую поддержку. Например, считается, что как ребёнок ухаживает за своими родителями, так его дети будут ухаживать за ним, когда состарится он сам.

Особое **отношение** в узбекской семье **к невестке**. Ее в доме мужа воспринимают как родную дочь. Она же показывает свое истинное воспитание, которое получила в родительском доме, уважая родителей мужа так же, как уважает своих. В узбекских семьях высоко ценятся такие черты характера невестки, как дружелюбие, доброжелательность, хозяйственность и готовность проявлять заботу и милосердие.

В узбекских семьях **помощь родственников** имеет большое значение. Они оказывают моральную и финансовую поддержку. Они могут помогать финансово при лечении заболеваний, при оплате образования или когда кто-то играет свадьбу и т. п. Также высшей добродетелью является помощь в уходе за пожилыми родственниками.

Узбекский народ — очень гостеприимный народ, так как **гостеприимство** считается одной из высших добродетелей. Гостя почитают как своего отца. Когда в узбекскую семью приходят гости, их встречают с улыбкой и дружелюбием, стол накрывают так, что иногда его изобилие превышает тот рацион, который каждый день могут себе позволить хозяева этого дома. Для гостей они делают всё самое лучшее.

**Выводы.** Анализ уклада жизни и правил построения узбекской семьи показал, что такие базовые ценности, как уважение к старшим, почитание родителей, взаимопомощь, духовное воспитание детей, гостеприимство, помогают сохранить собственную национальную идентичность в современном социуме.

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Г.М. Исокжонова*

*Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,  
Узбекистан*

*Кафедра внутренних болезней №4*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Н.Н.Махматмурадова*

**Ключевые слова:** *неспецифическая интерстициальная пневмония; методы лучевой диагностики; признаки.*

**Цель исследования:** определить основные лучевые симптомы неспецифической интерстициальной пневмонии по данным рентгенографии и компьютерной томографии.

**Материал и методы исследования.** В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 140 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения. Всем больным были проведены общеклинические стандарты исследования по МКБ-10, кроме того всем сделаны снимки рентгенографии и компьютерной томографии высокого разрешения. Расчет и оценку результатов исследования проводили с использованием пакета программ MS Excel (Microsoft), пакета статистической обработки данных SPSS 12.0.2 и Statistica, 6.0 (Stat Soft) на компьютере с операционной системой Windows. Полученные численные значения были обработаны методами вариационной статистики.

**Результаты исследования.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что примерно у 26 больных при рентгенологическом исследовании выявлено усиление корней лёгких с обеих сторон, тяжистость, снижение прозрачности локального характера. У 30 больных выявлено вместе с усилением корней понижение прозрачности обоих лёгких по типу двухсторонней пневмонии. У 27 больных выявлены общие рентгенологические признаки характерные для хронического обструктивного бронхита. Всем больным с целью дифференциальной диагностики проведены КТ-высокого разрешения. При этом выявлены типичные признаки неспецифической интерстициальной пневмонии, включающие в себя снижение прозрачности легочной ткани по типу «матового стекла», тракционные бронхоэктазы и бронхиолоэктазы, утолщение междольковых перегородок, уменьшение объёма нижних долей.

Выявлено, что при данной патологии доминирующим над всеми остальными признаком является симптом «матового стекла» (около 70 %). Зоны «сотового легкого» в целом нетипичны для этой патологии. По данным разных исследова-

телей, они имеют место у 5-30 % пациентов, при этом их распространенность не превышает 10 % общей поверхности легких.

Рентгенологическая картина в целом отражает морфологический паттерн неспецифической интерстициальной пневмонии. Для воспалительного (клеточно-го) субтипа характерно преобладание «матового стекла», субсегментарных, сегментарных ателектазов, центрилобулярных, панлобулярных эмфизем и отсутствие «сотового легкого» (72,14 %). Фиброзный и смешанный субтип предполагают более разнообразную симптоматику (перибронхиальные наложения, усиление междолькового интерстиция, выраженный ограниченный фиброз, субплевральные участки уплотнения) (45 %), когда одновременно в разной степени выраженности бывают представлены все четыре главных рентгенологических синдрома, а также (часто, но не всегда) «сотовое легкое» (7,14 %).

Необходимо отметить, что возможными находками у больных НИП бывают фокусы консолидации. Данный симптом может отражать одновременное присутствие организуемой пневмонии, с которой НИП в одном из исследований имела перекрест у 50 % пациентов.

Установлено, что течение патологии может сопровождаться периодами усиления клинических симптомов, обычно принимаемых как обострение НИП. Точные причины обострения НИП окончательно не установлены, но считается, что наиболее вероятны инфекционные факторы либо внезапные дестабилизирующие события, такие как тромбоэмболия легочной артерии, пневмоторакс, острая сердечная недостаточность и др. Неадекватная терапия либо отмена базисного лечения также может приводить к обострению НИП. На КТ в этот период расширяются зоны «матового стекла» и появляются новые участки консолидации.

Наблюдаемое увеличение лимфоузлов средостения довольно типично при этом, правда этот симптом встречается и при других интерстициальных пневмониях. Необходимо отметить ещё один довольно характерный для НИП симптом, — это присутствие симметричных тонких субплевральных полосок сохраненной легочной ткани (subpleural sparing), за которыми следуют ретикулярные и воспалительные изменения.

**Выводы.** Следовательно, проведенные рентгенологические исследования с применением лучевых технологий свидетельствуют о том, что для пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией характерно при клеточном субтипе преобладание «матового стекла» и отсутствие «сотового легкого», а при фиброзном или смешанном субтипе одновременно в разной степени выражены все четыре главных рентгенологических синдрома, а также (часто, но не всегда) «сотовое легкое». Характерным также является присутствие симметричных тонких субплевральных полосок сохраненной легочной ткани, за которыми следуют ретикулярные и воспалительные изменения.

## НОВЫЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ОРТЕЗ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СВЯЗИ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА И КОСТНЫМ ДЕФЕКТОМ ГЛЕНОИДА: ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Х.Э. Исроилов, А. Холмуминов, З. Таниева, студенты 5-го курса педиатрического факультета Самаркандский Государственный Медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан  
Кафедра Травматологии и ортопедии  
Научный руководитель: PhD, Асс. И.Г. Жураев*

**Цель.** Проанализировать результаты использования, разработанного нового ортеза, направленного на уменьшение нагрузки на структуры плечевого сустава у больных, перенесших хирургическое лечение по поводу хронической нестабильностью плечевого сустава и костного дефекта гленоида.

**Материалы и методы.** Во время послеоперационной реабилитации, после проведения костно-пластических операций в связи с нестабильностью плечевого сустава и костного дефекта гленоида, выявлено, что заполняемые участки костным аутотрансплантатом при отведении и наружной ротации прооперированной конечности, головка плечевой кости сдавливает трансплантат. В связи с чем, был разработан фиксатор, удерживающий руку в положении внутренней ротации, позволяющий головке плеча направляться кзади, что вызывает отсутствие необходимой компрессию на трансплантат. Это играет важную роль для нормального сращения костных отломков.

Новый вид ортеза, который фиксирует конечность в отведении ( $45^\circ$ ) сгибании ( $30^\circ$ ) и во внутренней ротации ( $15^\circ$ ), даёт необходимое функциональное выгодное положение прооперированной верхней конечности, обеспечивая тем самым разгрузку плечевого сустава и ускорение процесса реабилитации.

В общей сложности 14 пациентов, перенесших оперативное лечение в связи с хронической нестабильностью плечевого сустава и костным дефектом гленоида, были набраны для испытания функциональности разработанного послеоперационного ортеза в течение 6 недель. Функциональное и клиническое состояния плечевого сустава оценивали каждые 2 недели.

**Результаты.** При использовании плечевого ортеза у всех 14 пациентов трансплантат был успешно консолидирован с гленоидом. 13 из 14 пациентов положительно оценили комфорт ношения, удобство соблюдения гигиены и упрощенное использование фиксатора.

**Выводы.** Анализ результатов позволяет предположить, что разработанный новый фиксатор повышает эффективность послеоперационного лечения хронической нестабильности плечевого сустава за счет создания необходимого угла плече-

вого сустава, сокращение сроков реабилитации пациента, упрощение и повышение удобства использования, создание условий для длительной пригодности в эксплуатации устройства.

**Заключение.** Для полной оценки функциональности и сравнения с другими моделями плечевых ортезов, выполняется исследование «случай-контроль». Результаты научной работы будут опубликованы в ближайшее время.

## ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ АПШОУ-ШУЛЬМАНА

*А. Б. Казумова, студентка 3 курса  
Института стоматологии им. Е.В. Боровского  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский  
Университет), г. Москва, Россия  
Кафедра патофизиологии Института клинической медицины  
Научный руководитель: к.м.н, доц. Н.В. Самбурова*

**Ключевые слова:** *тромботическая тромбоцитопеническая пурпура; синдром Апшоу-Шульмана; фактор фон Виллебранда; ADAMTS13; сосудистый микротромбоз; беременность; плацента*

**Актуальность.** В последнее десятилетие все больше исследований сообщают о наличии у пациенток, страдающих такими осложнениями беременности и родов, как повторные потери плода, мертворождение, задержка внутриутробного развития и преэклампсия, врожденной тромботической тромбоцитопенической пурпуры. Эта патология требует особенного подхода в диагностике и терапии.

**Цель исследования.** Цель исследования — проанализировать особенности течения и исходов беременности у пациенток с синдромом Апшоу — Шульмана.

**Материалы и методы исследования.** Случаи синдрома Апшоу — Шульмана были диагностированы в период с 2017 по 2023 годы — всего 21 пациент. Изучены течение и исходы беременностей у женщин, больных ТТР. Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0.1011 Enterprise (Windows) корпорации StatSoft-Russia.

**Результаты исследования.** Синдром Апшоу — Шульмана (USS) — редко регистрируемая врожденная форма тромботической тромбоцитопенической пурпуры (ТТР), возникающая в результате мутаций в гене ADAMTS13. Согласно немногочисленным исследованиям с участием беременных женщин, неоднородность проявлений затруднила диагностику этой патологии. Заболевание возникает неожиданно и связано с повышенным риском смерти матери и плода.

Физиологическая роль мультимерного vWF заключается в обеспечении адгезии тромбоцитов к субэндотелиальному матриксу в условиях повреждения сосуда и гемодинамического стресса. Таким образом, в условиях абсолютного дефицита ADAMTS13 vWF находится в «необработанной» форме и микрососуды оказываются перекрыты гигантскими ультравысокомолекулярными vWF, на которых оседает тромбоциты, образуя блокирующие микрососудистое русло тромбоцитарные тромбы. Микроангиопатия приводит к фрагментации эритроцитов и образованию шизоцитов.

То есть, первыми клиническими признаками USS являются острая микроангиопатия, характеризующаяся микроангиопатической гемолитической анемией,

тяжелой тромбоцитопенией и сосудистыми микротромбами. В результате возникающие ишемические поражения могут поражать любой орган, включая плаценту. Во время беременности изменения в системе гемостаза предрасполагают пациентку к гиперкоагуляции, которая постепенно возвращается к норме примерно через шесть недель после родов.

Большинство больниц технологически не оснащены для постановки полного диагноза, и в настоящее время терапевтическое решение может быть отложено из-за легкости допущения ошибок в определении патологии ADAMTS13, что приводит к задержкам с серьезными последствиями для беременной. Лечение должно быть скорректировано в соответствии с акушерской оценкой, что потребует интеграции телемедицины.

В общей сложности у женщин из проанализированных автором групп произошел 21 эпизод беременности, из них у 15 были осложнения беременности, включая 46,7 % (7/15) раннюю потерю плода (< 10 недель), 26,7 % (4/15) позднюю потерю плода ( $\geq$  10 недель) и 26,6 % (4/15) преждевременные роды. Определена высокая степень корреляции (41,2 % и 59,2 %) уровня ADAMTS13 и тромботических и осложнений беременности в виде потери плода на ранних сроках соответственно. Синдром Апшоу-Шульмана может явиться причиной клинической симптоматики осложненного течения беременности, поэтому врачи, сталкивающиеся с подобными случаями, должны обладать «ADAMTS13-настороженностью».

**Выводы.** Акушеры-гинекологи должны быть осведомлены о редком и смертельном заболевании — тромботической тромбоцитопенической пурпуре при синдроме Апшоу — Шульмана. В исследовании проанализированы особенности течения и исходов беременности у пациенток с синдромом Апшоу — Шульмана. Беременность с синдромом Апшоу — Шульмана станет одной из основных областей акушерских разработок в ближайшие годы, необходимы дальнейшие высококачественные исследования для формирования лучших терапевтических инноваций и возможностей в будущем.



## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

*Н.Е. Камалова, студентка 6 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра оториноларингологии  
Научный руководитель: к.м.н. Р.А. Тригубенко*

**Ключевые слова:** хронический фаринготонзиллит; хронический ларингит; ларингофарингеальный рефлюкс; ГЭРБ

Тактика лечения и профилактика хронического фаринготонзиллита и хронического ларингита в значительной степени определяется патофизиологическими механизмами, лежащими в основе заболевания. Нередко симптомы хронической патологии гортани и глотки являются проявлениями ларингофарингеального рефлюкса (ЛФР) — внепищеводной манифестации гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Однако неспецифичность клинической картины и наличие дополнительных нетипичных симптомов заболевания зачастую затрудняют своевременное выявление рефлюксной природы хронического воспаления ЛОР-органов.

**Цель исследования:** оценить распространенность ларингофарингеального рефлюкса среди пациентов с хроническим ларингитом и хроническим фаринготонзиллитом.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 36 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет с жалобами на осиплость, кашель после еды и по утрам, сухость в горле, ощущение инородного тела/комка в горле, боль в горле, неприятный запах изо рта, удушье, одышку с ночными обострениями. Пациенты с ранее установленным диагнозом ГЭРБ не включались в исследование. Распространенность ларингофарингеального рефлюкса оценивалась с помощью опросника «Индекс симптомов рефлюкса» (RSI) и шкалы ларингоскопических рефлюкс-признаков по Белафски (RFS). Пациенты с  $RSI > 13$  и  $RFS > 7$  были классифицированы как имеющие ларингофарингеальный рефлюкс.

**Результаты.** ЛФР был диагностирован у 22 % обследованных. Средний балл по опроснику «Индекс симптомов рефлюкса» составил  $15,78 \pm 4,15$ , по шкале ларингоскопических рефлюкс-признаков —  $10,56 \pm 3,13$ . Наиболее распространенными симптомами, о которых сообщалось на основании опросника RSI, явились осиплость или изменение голоса (73 % опрошенных), покашливание и першение (66 %) и чувство кома или инородного тела в горле (34 %). Ведущими признаками ларингоскопической картины стали утолщение эндоларингеальной слизистой (55 %), эритема/гиперемия (53 %) и гипертрофия задней комиссуры (47 %).

**Вывод.** Ларингофарингеальный рефлюкс являлся причиной хронического воспаления слизистой оболочки гортани и глотки у каждого пятого из обследованных, что следует учитывать при планировании и проведении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий у данной категории больных.

## СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ МАЛЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

*О.В. Карпенко, И.Д. Абдинов, студенты 5 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель: Ю.А. Богомолова*

**Ключевые слова:** гиперплазия эндометрия; полип эндометрия; гистероскопия

**Цель исследования:** изучить структуру гинекологических заболеваний у пациенток, перенесших малые гинекологические операции.

**Материалы и методы:** в исследование включены 219 пациенток (средний возраст  $56,4 \pm 13,2$  года), которым в гинекологическом отделении Областной Клинической больницы города Твери с июня по декабрь 2023 года были проведены малые гинекологические операции. Учитывались возраст, диагноз при поступлении, вид операции, результат гистологического исследования.

Проводилось определение выборочных долей. Данные обработаны в программе Microsoft Excel.

**Результаты исследования.** Чаще всего для проведения малых гинекологических операций поступают пациентки с диагнозом полип тела матки 42,5 % и железистая гиперплазия эндометрия 32,5 %. С диагнозом полип шейки матки (ШМ) поступило 4,6 % женщин, дисплазия ШМ – 4,1 %, обильные и частые менструации при нарушенном цикле и подслизистая миома матки составили по 2,7 % каждый, самопроизвольный аборт – 6,4 %, киста бартолиновой железы – 1,4 %, полип влагалища – 0,9 %, гематометра – 0,9 %, аномальное маточное и влагалищное кровотечение – 0,9 %, внутриматочные синехии – 0,5 %, травма вульвы – 0,5 %, карцинома шейки матки *in situ* – 0,5 %, доброкачественное новообразование влагалища – 0,9 %.

Операция гистероскопия (ГС) с отдельным диагностическим выскабливанием полости матки (РДВПМ) проведена 39,3 % женщин, РДВПМ – 20,1 %, полипэктомия с РДВПМ – 13,7 %, гистерорезекция с РДВПМ – 29,3 %, биопсия шейки матки – 3,7 %, вакуум – аспирация полости матки – 2,7 %, гистероскопическая электрохирургическая миомэктомия с РДВПМ – 1,4 %, удаление новообразования влагалища – 3 (1,4 %), абляция эндометрия – 0,9 %, электродиатермокоагуляция ШМ – 2 (0,9 %), удаление кисты бартолиновой железы – 2 (0,9 %), первичная хирургическая обработка промежности, ушивание разрыва правой большой половой губы – 1 (0,5 %), вскрытие и дренирование абсцесса бартолиновой железы – 1 (0,5 %).

По результатам гистологического исследования: железисто – фиброзный полип эндометрия выявлен у 42,9 % пациентов, лейомиома матки – 13 (5,9 %), аденокарцинома эндометрия – 12 (5,5 %), полип эндометрия с атипией – 11 (5,0 %), гиперп-

лазия эндометрия с атипией — 8 (3,7 %), дисплазия ШМ легкая — 5 (2,3 %), гиперплазия эндометрия без атипии — 3 (1,4 %), дисплазия ШМ умеренная — 3 (1,4 %), дисплазия ШМ тяжелая — 1 (0,5 %), киста бартолиновой железы — 2 (0,9 %), подозрение на плоскоклеточную карциному ШМ — 3 (1,4 %), простая лейкоплакия ШМ — 2 (0,9 %), плоскоклеточная папиллома ШМ — 2 (0,9 %), хронический цервицит — 2 (0,9 %), плацентарный полип — 1 (0,5 %), эпителиальная киста влагалища — 1 (0,5 %), гнойный эндометрит — 1 (0,5 %), железисто-плоскоклеточная карцинома с инвазией в толще (малигнизированный цервикальный полип) — 1 (0,5 %), мягкотканная опухоль влагалища — 1 (0,5 %). У 61 пациентки (27,9 %) результат гистологического исследования соответствовал норме.

В 124 случаях (56,6 %) результат гистологии и диагноз при поступлении совпали. 36 пациенток (16,4 %) нуждаются в консультации онколога. Средний возраст женщин, нуждающихся в консультации онколога, составил 61,4 года.

**Выводы.** Совпадение диагноза при поступлении и результатов гистологии в 56,6 % подчеркивает важность проведения гистологического исследования не только для постановки верного диагноза, но и своевременной диагностики, особенно онкопатологии.

Стоит отметить, что 75 % от всех диагнозов, с которыми поступали пациентки на малые гинекологические операции, составили полип тела матки (42,5 %) и гиперплазия эндометрия (32,5 %). При этом, наиболее часто по результатам гистологического исследования выявляется фиброзный полип эндометрия (42,9 %), что позволяет с уверенностью говорить о диагнозе полип тела матки, как о наиболее часто встречающемся диагнозе у женщин, поступивших на малые гинекологические операции.

Диагноз гиперплазия эндометрия является вторым по частоте встречаемости. При этом по результатам гистологического исследования гиперплазия эндометрия с атипией выявляется в 3,7 % случаев, а гиперплазия эндометрия без атипии лишь в 1,4 %. Из этого следует, что фактическая частота встречаемости этого заболевания среди пациенток, поступающих на малые гинекологические операции, ниже, чем при поступлении, равной 32,5 %.

## АКТИВИРОВАННОЕ ЧАСТИЧНОЕ ТРОМБОПЛАСТИНОВОЕ ВРЕМЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОТРОМБОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

*Е.А. Ковзович, Л.Д. Жучкова, М.А. Бибикова, студенты 4 курса, педиатрического факультета*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра патологической физиологии*

*Научные руководители: к.п.н., доцент А.В. Аксёнова, асс. М.В. Черноруцкий*

**Ключевые слова:** хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ); активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)

Накоплена большая база данных, касающаяся роли алкогольной интоксикации в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Не вызывает сомнений тот факт, что злоупотребление алкоголем приводит к хроническому повреждению сосудистой стенки, что в свою очередь является одним из факторов активации механизмов свёртывания крови по внутреннему пути с развитием тромбозов. Однако, в литературе имеются противоречивые данные относительно количества потребляемых спиртных напитков и состояния системы гемостаза (гипер- или гипокоагуляция). В связи с этим представляет интерес оценка роли теста АЧТВ, отражающего состояние плазменного звена системы гемостаза в условиях различных режимов хронической алкогольной интоксикации.

**Цель исследования:** оценить роль теста АЧТВ как маркёра анти- или протромботических состояний в условиях различных режимов хронической алкогольной интоксикации.

**Задачи исследования:** определить значения медианы ( $Me$ ), нижнего ( $Q_1$ ) и верхнего ( $Q_3$ ) квартилей для значений АЧТВ в различных режимах ХАИ.

**Материалы и методы.** Моделирование ХАИ проведено в экспериментальной лаборатории вивария ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России с соблюдением действующих биоэтических норм и правил на крысах-самцах линии Wistar массой тела 180–240г, возраст 3 месяца. В соответствии с условиями ХАИ животные были разделены на группы: I и II ( $n = 8$ ) — получали в свободном доступе 10 % раствор этанола в качестве единственного источника жидкости 30 и 60 дней соответственно (ХАИ 10 % — 30, ХАИ 10 % — 60,); III и IV ( $n = 8$ ) — употребление 25 % раствора этанола в дозе 3,5 г/к принудительно 2 раза в сутки в режиме прерывистой алкогольной интоксикации (ПАИ) с 4-дневным периодом введения этанола — 3 суток введение эквивалентных количеств воды, 4 и 8 повтора циклов (ПАИ — 4 25 % и ПАИ — 8 25 %); V и VI ( $n = 8$ ) — употребление 40 % раствора этанола ежедневно принудительно в дозе 2,5 г/к 30 дней и 60 дней (ХАИ 40 % — 30, ХАИ 40 % — 60). Лабораторные исследования проводились на базе кафедры патологической физиологии Тверского ГМУ стандартным набором реагентов для определения

активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ-тест, «Технология стандарт») на анализаторе факторов свёртываемости крови СА-50 (Sysmex).

Для статистического анализа полученных данных использовали непараметрические методы в программе «Statistica 6.1».

**Результаты.** Значения показателя медианы АЧТВ (с) в режиме ХАИ<sup>10</sup> % -30 составляет  $Me = 32,0$  ( $Q_1 = 29,0; Q_3 = 33,5$ ); в условиях ПАИ-4<sup>25</sup> % –  $Me = 27,0$  ( $Q_1 = 25,5; Q_3 = 28,0$ ), что соответствует диапазону физиологической нормы. При сравнении результатов коагуляционного теста АЧТВ между I, III и V группами выявлено достоверное снижение значения медианы ( $p < 0,05$ ) у животных V группы ( $Me = 14,0$  ( $Q_1 = 15,0; Q_3 = 13,0$ )), несмотря на равную продолжительность ХАИ. Межгрупповой анализ значений показателя медианы АЧТВ выявил следующие особенности: с увеличением длительности алкогольной интоксикации у животных II, IV и VI групп АЧТВ укорачивается и составляет:  $Me = 15,0$  ( $Q_1 = 13,5; Q_3 = 16,5$ );  $Me = 9,0$  ( $Q_1 = 8,0; Q_3 = 10,0$ );  $Me = 10,5$  ( $Q_1 = 9,5; Q_3 = 11,5$ ) соответственно, что значимо ниже ( $p < 0,05$ ) значений медиан АЧТВ I, III и V групп.

**Выводы:** АЧТВ может быть использовано в качестве маркера протромботических состояний при хроническом употреблении алкоголя. Влияние режима ХАИ на прокоагулянтные свойства плазмы и АЧТВ зависит от концентрации этанолсодержащей жидкости и длительности систематического употребления алкоголя.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ МАКРО- И МИКРОНУТРИЕНТОВ ШКОЛЬНИКАМИ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСЙСКА С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ПИТАНИЯ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

*А.В. Кондратенко<sup>1</sup>, Е.А. Ермолаева<sup>1</sup>, студенты 4 курса лечебного факультета;  
А. Е. Губина<sup>1</sup>, Е. В. Садриева<sup>1</sup>, Е. Ю. Зинова<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> — БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»,  
г. Ханты-Мансийск*

*<sup>2</sup> — БУ «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики»,  
г. Ханты-Мансийск*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии  
Научный руководитель: к.м.н. А. Е. Губина*

**Ключевые слова:** макронутриенты; микронутриенты; тип питания; школьники; ожирение

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ потребления макро- и микронутриентов школьниками города Ханты-Мансийска с различным типом питания (по величине стандартных отклонений ИМТ — SDS) и двигательной активности.

**Материалы и методы исследования.** В работе представлены результаты обследования 291 школьника общеобразовательных школ города возрастом  $13 \pm 0,5$  лет (150 девочек и 141 мальчик). Изучены показатели антропометрии и фактических рационов питания за 3 дня с использованием «Анкеты опроса по рациону питания». Для расчета содержания нутриентов в среднесуточных рационах питания школьников использовали программу «АСПОН-питание». По результатам антропометрического обследования был рассчитан индекс массы тела (ИМТ). В качестве диагностического критерия избыточной массы тела и ожирения у детей рекомендовано определение величины стандартных отклонений ИМТ (SDS ИМТ). С учетом рекомендаций ВОЗ, ожирение у детей и подростков от 0 до 19 лет следует определять как ИМТ, равный или более  $+2,0$  SDS ИМТ, а избыточную массу тела — от  $+1,0$  до  $+2,0$  SDS ИМТ. Нормальная масса тела диагностируется при значениях ИМТ в пределах  $\pm 1,0$  SDS ИМТ. С учетом этого все обследуемые были разделены на три группы — лица, с ожирением (ОЖ), с избыточным питанием (ИП), с нормальной массой тела (НМТ). Все обследуемые были разделены на две группы с учетом двигательной активности. Лица, посещающие спортивные секции были отнесены в группу с высокой двигательной активностью (ВДА) — 162 человека, а лица с физической активностью в рамках программы общеобразовательного учреждения в группу с низкой двигательной активностью (НДА) — 129 человек.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ IBM SPSS Statistica 23. Для сравнения независимых выборок использовали непараметрический U-критерий Манна — Уитни. За критический уровень значи-

мости принимали значение  $p < 0,05$ . Результаты статистического анализа данных представлены в виде медианы (Me), первого ( $Q_1$ ) и третьего ( $Q_3$ ) квартилей.

**Результаты и обсуждение.** Полученные данные нутриентного состава среднесуточных рационов питания ниже рекомендованных физиологически оптимальных значений (ФОЗ) для различных групп населения РФ-МР 2.3.1.0253-21 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации» (Москва, 2021 г.).

При проведении сравнительного анализа потребления макро- и микронутриентов у девочек с различным типом питания, выявлены статистически значимые различия по уровню витамина А между НМТ-ИП ( $p = 0,003$ ), ИП-ОЖ ( $p = 0,034$ ); по витамину В<sub>1</sub> между НМТ-ИП; по витамину С между НМТ-ОЖ ( $p = 0,049$ ); по витамину D между НМТ-ОЖ ( $p = 0,049$ ).

При проведении сравнительного анализа потребления макро- и микронутриентов у мальчиков с различным типом питания, выявлены статистически значимые различия по уровню жиров между НМТ-ИП ( $p = 0,046$ ).

При проведении сравнительного анализа потребления макро- и микронутриентов у школьников с различным уровнем двигательной активности выявлены статистически значимые различия по уровню общей калорийности рациона ( $p = 0,033$ ), белка ( $p = 0,025$ ), витаминов D ( $p = 0,034$ ) и E ( $p = 0,022$ ) группе мальчиков. Так, более высокая калорийность рациона и потребление белка выявлено в группе мальчиков ВДА — 1484 (1220,6–1867,9) ккал; 57,33 (44,8–69,3) г, соответственно. Высокие значения потребления витамина D 1,06 (0,4–1,8) мкг и витамина E 6,23 (4,5–8,3) мг регистрировались в группе мальчиков ВДА. В группе девочек статистически значимых различий не выявлено.

**Выводы.** Полученные по результатам анкетирования данные показывают, что у школьников имеются нарушения режима приема пищи и компонентного состава потребляемых продуктов. Полученные результаты можно объяснить значимым количеством растительных продуктов и клетчатки в рационе девочек с нормальной массой тела, что приводит к большей концентрации водорастворимых витаминов, а также витамина А, изоформа которого содержится в продуктах растительного происхождения, благотворно влияющих на метаболизм и развитие. У девочек с ожирением в рационе повышенное количество жиров, содержащих витамин Д. Рацион мальчиков с нормальной массой тела содержит приближенное к нормативным значениям количество жиров, вероятно за счет сбалансированного питания, и преобладания полиненасыщенных жиров, нормализующих обмен веществ в организме. Сочетание низкой двигательной активности, высоких учебных нагрузок и несбалансированного рациона в дальнейшем может привести к возникновению различных функциональных нарушений.

## ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ТКАНЕЙ ЗУБА

*И.О. Конев, ученик 11 класса*

*МОУ СОШ Гимназия №12, г. Тверь, Россия*

*Кафедра химии*

*Научные руководители: к.х.н., доцент, профессор каф. химии Н.П. Лопина,  
к.б.н., доцент Г.Е. Бордина*

**Ключевые слова:** стоматология; дентин; химический состав; фторапатит; гидроксиапатит

**Цель исследования.** Изучить химический состав тканей зуба.

**Материалы и методы.** Был проведён анализ литературных данных из российских источников.

**Результаты.** Полость рта в организме человека является начальным отделом пищеварительного тракта, в которой представлены различные виды тканей, имеющие свои морфологические, функциональные и метаболические особенности. По физическим свойствам ткани полости рта делят на твердые (минерализованные): эмаль, дентин, цемент, альвеолярная кость и мягкие (неминерализованные): пульпа зуба, десна, надкостница альвеолярных отростков и периодонт. Основу зуба составляет дентин, который снаружи в различных отделах покрыт двумя видами твердых минерализованных тканей: эмалью и цементом. Внутренняя часть зуба под дентином заполнена пульпой.

Химический состав минерализованных тканей. Все минерализованные ткани различаются по содержанию воды, минеральных и органических соединений. В эмали, по сравнению с другими твердыми тканями определяется наиболее высокая концентрация кальция и фосфатов. В дентине, наряду с ионами кальция и фосфатов определяется достаточно высокая концентрация магния и натрия. Наименьшее количество кальция и фосфатов присутствует в костной ткани и цементе. В составе твердых тканей зубов и костей входят соли  $HPO_4^{2-}$  или  $PO_4^{3-}$ . Пирофосфаты встречаются только в зубных камнях и костной ткани. В минерализованных тканях животного мира преобладают апатиты. Они имеют общую формулу  $Ca_{10}[(PO)_4]_6X_2$ , где X представлен анионами фтора или гидроксильной группой (OH<sup>-</sup>). Гидроксиапатит (гидроксилапатит) — основной кристалл минерализованных тканей; составляет 95–97 % в эмали зуба, 70–75 % в дентине и 60–70 % в костной ткани.

Формула гидроксиапатита —  $Ca_{10}[(PO)_4]_6(OH)_2$ . В этом случае молярное соотношение Ca/P (кальциево-фосфатный коэффициент) равно 1,67. Гидроксиапатиты легко обмениваются ионами окружающей среды, в результате чего в их составе могут появляться другие ионы.



Наиболее часто встречаются следующие варианты обмена ионов:

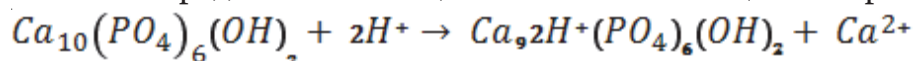
- $\text{Ca}^{2+}$  замещаются катионами  $\text{Sr}^{2+}$ ,  $\text{Ba}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$ , реже  $\text{Pb}^{2+}$ . Катионы  $\text{Ca}^{2+}$  поверхностного слоя кристаллов могут на короткое время замещаться катионами  $\text{K}^+$ ,  $\text{Na}^+$ .

- $\text{PO}_4^{3-}$  обмениваются с  $\text{HPO}_4^{2-}$ ,  $\text{CO}_3^{2-}$ .

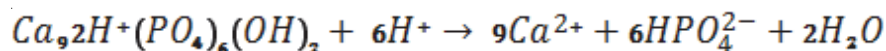
- $\text{OH}^-$  — замещается анионами галогенов.

Элементы кристаллической решётки апатитов могут обмениваться с ионами раствора, окружающего кристалл, и изменяться за счёт ионов, находящихся в этом растворе. В живых системах это свойство апатитов делает их высокочувствительными к ионному составу крови и межклеточной жидкости. В свою очередь ионный состав крови и межклеточной жидкости зависит от характера пищи и потребляемой воды. Обмен ионов в кристаллической решётке гидроксиапатита изменяет его свойства, в том числе прочность.

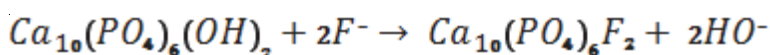
В кислой среде ионы кальция способны замещаться протонами по схеме:



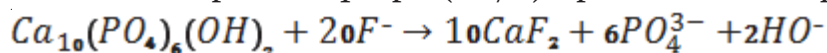
Поскольку протоны во много раз меньше катиона кальция то, это замещение несовершенно, что приводит к разрушению кристалла гидроксиапатита в кислой среде.



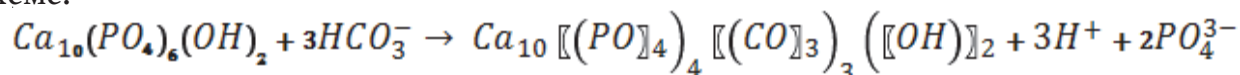
Фтороапатиты  $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6\text{F}_2$  — наиболее стабильная группа апатитов. В водной среде реакция взаимодействия фтора с фосфатами кальция от концентрации фтора. Если она сравнительно невысока (до 500 мг/л), то образуются кристаллы фтороапатита:



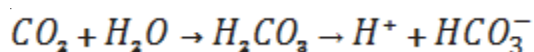
Фтор резко уменьшает растворимость гидроксиапатитов в кислой среде. При высоких концентрациях фтора (2 г/л) кристаллы не образуются:



Заболевание, развивающееся при избыточной концентрации фтора в зубах и костях, в период формирования костного скелета и зубных зачатков, называется флюорозом. Карбонатный апатит содержит несколько процентов карбоната или гидрокарбоната. Чаще всего фосфат-анионы апатитов замещаются ионами  $\text{HCO}_3^-$  по схеме:

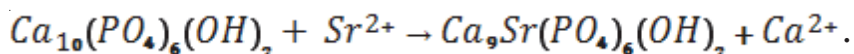


В организме постоянно происходят реакции декарбоксилирования, и образующиеся молекулы  $\text{CO}_2$  взаимодействуют с молекулами  $\text{H}_2\text{O}$ . Анионы образуются в реакции, катализируемой карбоангидразой.



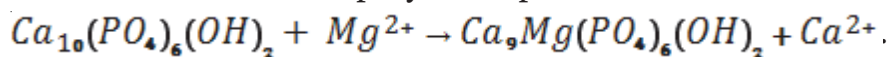
Накопление карбонатного апатита свыше 3–4 % от общей массы гидроксиапатита повышает кариесвосприимчивость эмали. С возрастом количество карбонатных апатитов увеличивается.

Стронциевый апатит. В кристаллической решётке апатитов  $Sr^{2+}$  может вытеснять или заменять вакантные места для  $Ca^{2+}$ .



Это приводит к нарушению структуры кристаллов. В Забайкалье, вдоль берегов небольшой реки Уров, встречается заболевание, получившее название «уровская» болезнь. Оно сопровождается поражением костного скелета, уменьшению длины конечностей у людей и животных. В местности, загрязнённой радионуклеидами, неблагоприятное значение стронциевого апатита для организма человека связано с возможностью депонирования радиоактивного стронция.

Магниевый апатит образуется при замещении  $Ca^{2+}$  на ионы  $Mg^{2+}$ .



Органические вещества минерализованных тканей в основном представлены белками, а также углеводами и липидами.

**Выводы:** Гидроксиапатит является основным кристаллом минерализованных тканей полости рта и обладает способностью обмениваться ионами окружающей среды, что делает его чувствительным к ионному составу крови и жидкости. Взаимодействие фтора с фосфатами кальция приводит к образованию стабильных кристаллов фторапатита, что снижает растворимость гидроксиапатитов и улучшает стойкость к кислотам.

## АТИПИЧНОЕ РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ БРУТОНА У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

*Е.А. Конопако, студентка 6 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра педиатрии педиатрического факультета  
Научный руководитель: к.м.н. Л.А. Сучкова*

**Ключевые слова:** COVID-19; X-сцепленная агаммаглобулинемия; первичный иммунодефицит; болезнь Брутона

**Цель исследования:** изучить клинический случай ребенка с COVID-19, осложненного некрозами в области тела и конечностей, выяснить причину данных проблем.

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ истории болезни; данные исследований февраля 2024 года. Пациент Я., мальчик, 6 лет. Ребенок от I беременности (протекала с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом), I самопроизвольных родов, на 40 неделе. Перенесенные заболевания: ОРВИ, частые пневмонии (1–3 раза в год). Аллергологический анамнез отягощен — молоко — уртикарная сыпь.

**Результаты:** с начала февраля 2024 года ребенку на основании жалоб и физического обследования был выставлен диагноз «острый бронхит». При этом в течение двух недель отмечались периодические подъемы температуры тела до 39–39,5°C. В связи с вышеперечисленными данными пациент Я. был госпитализирован в педиатрическое отделение для дальнейшего обследования и лечения. На следующий день ребенок пожаловался на сильные резкие боли в области ануса, которые затрудняли его перемещение. При осмотре было обнаружено: темно-багровый инфильтрат возле ануса, образование (экхимоз), занимающее 1/3 передне-боковой поверхности голени, также в области поясницы, размерами 3×3 см, болезненны при пальпации. Результаты проведенных анализов: лейкопения (лейкоциты —  $1,89 \times 10^9$ /л), агранулоцитоз (нейтрофилы (палочкоядерные и сегментоядерные) — 0 %, эозинофилы — 0 %, базофилы — 0 %), анемия I степени, моноцитоз, ускорена СОЭ — 31 мм/ч, повышение уровня СРБ — 273 мг/л. Методом ПЦР обнаружена РНК коронавируса НКУ1 (Human Coronavirus). В связи с результатами анализов и ухудшением состояния ребенок был переведен в ДОКБ г. Твери. Несмотря на проводимые лечебные мероприятия, в том числе, двухразовое переливание свежезамороженной плазмы, состояние пациента ухудшилось — вялость, адинамичность, выраженная болезненность в области коленных суставов при движении, скованность, особенно справа. На правой голени внутрикожная гематома, занимающая 2/3 передне-боковой поверхности голени. Пальпация болезненна, отмечается гиперемия до паховой складки, горячая на ощупь. Правая стопа отечна. Умеренный отек левой голени, стопы за счет лимфостаза. В области ануса образование темно-багрового цвета, плотное, болезненное. Ребе-

нок не может передвигаться самостоятельно, при малейшем движении возникает резкая нестерпимая боль. В области поясницы образование (экхимоз) 4×5 см в диаметре по периферии отек, гиперемия. Также отмечается наличие нескольких гнойных пузырей разного диаметра в нижней трети голени, переходящие на стопу. Ребенок экстренно был переведен в Москву, ОСП РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, где после проведенных исследований был выявлен тяжелый первичный иммунодефицит — X-сцепленная агаммаглобулинемия — болезнь Брутона.

**Выводы:** представленный случай является уникальным, в России зарегистрировано только два ребенка с похожим развитием болезни Брутона, дебютировавшем в дошкольном возрасте. X-сцепленная агаммаглобулинемия является врожденным дефектом гуморального иммунитета, что приводит к недостаточности синтеза В-лимфоцитов. В результате формируется первичный иммунодефицит, который приводит к развитию тяжелых повторных гнойно-воспалительных заболеваний. Из-за поздней диагностики, возникших угрожающих жизни состояний — сепсиса, исход для ребенка довольно неблагоприятный. Для данной патологии очень важна ранняя диагностика, необходимая для дальнейшего проведения адекватной пожизненной заместительной терапии иммуноглобулинами, регулярной профилактической противомикробной терапии, мониторинге иммунологических показателей, динамическом наблюдении, чтобы предотвратить формирование декомпенсированных состояний.

## АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ СОСТАВА НЕКОТОРЫХ СОЛНЦЕЗАЩИТНЫХ СРЕДСТВ ЗАЯВЛЕННЫМ СВОЙСТВАМ

*Я.Р. Корзина, В.Н. Тимофеева, Е.А. Акулова, О.О. Колосова, Д.В. Кери, студенты 5 курса фармацевтического факультета; ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Научный руководитель: старший преподаватель О.А.Судакова*

**Ключевые слова:** солнцезащитные средства; SPF-защита; бренды солнцезащитных средств на российском рынке

**Цель исследования:** оценить соответствие заявленных производителями свойств солнцезащитных средств их составу.

**Материалы и методы:** с помощью интернет-ресурса Apteka.ru проводился анализ 15 солнцезащитных средств брендов La Roche-Posay, Uriage, Vichy, Bioderma и Dermedic.

**Результаты:** Bioderma photoderm. Заявленные свойства: предупреждают воздействие 98 % UVB-лучей, высокий уровень защиты от А-лучей, увлажняют кожу, водостойкие. Защиту от воздействия UVB-лучей и А-лучей обеспечивают фотостабильные компоненты (бис-этилгексилортофенол метоксибензилтриазин, бутилметоксидибензоилметан и др.) и UVB-фильтр (октокрилен, экстракт гинкго билоба). Увлажнение кожи — увлажняющие компоненты (бутилметоксидибензоилметан, этилгексилтриазон, ксантановая и целлюлозная камедь, эктоин, экстракт ламинарии охролевой, гидрогенизированное растительное маслои др.) и влагоудерживающие компоненты (глицерин, 1,2-гександиол, ксилит, рамноза, каприловый триглицерид). Водостойкие компоненты в составе отсутствуют.

Uriage. Заявленные свойства: SPF 30, SPF 15 (защищают от 97 и 95 % солнечных лучей), гипоаллергенные, питание и смягчение кожи, некомодогенные. Защиту SPF 30, SPF 15 обеспечивают физические УФ-фильтры (диоксид титана) и химические УФ-фильтры (этилгексилметоксициннамат, салицилаты). Питание и смягчение кожи — масло семян малины, пальмовое масло, гиалуроновая кислота, альгинат, пуллулан, аваксил, мочевины. Не содержат вещества, вызывающие аллергию и комедогенность.

Dermedic Sunbrella. Заявленные свойства: предупреждают воздействие 98 % UVB-лучей, успокаивающее и тонизирующее действие, увлажнение и питание кожи, гипоаллергенные, водостойкие, натуральный состав. Защиту от UVB-лучей обеспечивают химические фильтры (этилгексилметоксициннамат, октокрилен и др.) и физические фильтры (диоксид титана, оксид цинка). Увлажнение и питание кожи — термальная вода, масло кокоса, пантенол, витамин Е, экстракт ромашки, экстракт семени льна. Успокаивающее и тонизирующее действие — экстракты хвоща, листьев мать-и-мачехи, шалфея, плодов конского каштана, бетаин, ал-

лантоин, смягчающие компоненты (масло оливы, масло карите). Не содержат вещества, провоцирующие аллергические реакции. Основные компоненты — растительные экстракты, что подтверждает заявление производителя о натуральном составе.

La Roche-Posay. Заявленные свойства: предупреждают воздействие 98 % UVB-лучей, увлажнение и питание кожи, подходят детям. Защиту от UVB-лучей обеспечивают фотостабильные компоненты (Mexoplex® и XL-Protect™, этилгексил триазон, бутилметоксидибензоилметан и др.). Увлажнение и питание кожи — масло карите, термальная вода, изопропилпальмитат и др. В солнцезащитный увлажняющий крем для лица и кожи вокруг глаз также добавлен кремний (создаёт матовый эффект). В состав входит ниацинамид, пантенол, масло ши — обладают противовоспалительными свойствами, успокаивают, увлажняют и уменьшают покраснения на коже ребенка.

VICHY. Заявленные свойства: высокая степень защиты от УФ-излучения типов UVB, UVA, гипоаллергенные, некомедогенные, защита кожи от пересушивания. Защиту УФ-излучения типов UVB, UVA обеспечивают: фотостабильные компоненты при воздействии UVB лучей (Eusolex HMS, этилгексил салицилат, октокрилен и др.), фотостабильные компоненты при воздействии UVA лучей (Тиносорб S, парсол, мексорил SX). Защита кожи от пересушивания — увлажняющие и питающие компоненты (термальная вода, гиалуроновая кислота, этилгексилтриазон и др.). Эмульсия матирующая для лица в своем составе также имеет минералы, благодаря которым матирует поверхность кожи. Не содержат вещества, вызывающие аллергию и комедогенность.

**Выводы:** Заявленные характеристики в инструкции анализируемой продукции подтверждаются активными компонентами составов брендов Vichy, La Roche-Posay, Dermedic и Uriage. Солнцезащитные средства бренда Bioderma не обладают водостойкостью, так как при анализе составов не были выявлены компоненты с данными свойствами.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

*Е. Н. Короткевич, Г.А. Покровский студенты 5 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель: ассистент Ю.А. Богомолова*

**Ключевые слова:** полип эндометрия; гиперплазия эндометрия; аномальные маточные кровотечения

**Цель исследования:** изучить клинические характеристики больных с гиперпластическими процессами эндометрия.

**Материал и методы:** в исследование включены 30 пациенток, средний возраст 58 лет (от 36 до 76 лет), с диагнозами полип эндометрия (ПЭ) и гиперплазия эндометрия (ГЭ), которые поступили в гинекологическое отделение Областной Клинической Больницы города Твери с 2023 по 2024 г для проведения гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания полости матки. Анализировались жалобы, наличие сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии, результаты УЗИ. Производилось измерение окружности живота и бедер, роста и веса. На основе результата гистологического исследования пациентки были разделены на 4 группы: в 1-ю группу вошли 11 пациенток с полипом эндометрия (ПЭ); во 2-ю — 11 с гиперплазией эндометрия (ГЭ); в 3-ю — 4 — условно здоровые пациентки (исключена патология эндометрия) — контрольная группа; в 4-ю — 4 со злокачественной опухолью эндометрия (аденокарциномой). Для оценки полученных данных применялись методы описательной статистики при помощи российской статистической программы STATTECH (Статтех).

**Результаты.** Из 30 исследуемых женщин в постменопаузе находятся 24. По данным авторов, распространенность ПЭ и ГЭ возрастает в постменопаузе. Во всех четырех группах средний возраст менопаузы 50 лет (от 49 до 76 лет), что при умеренном климате является нормой. В тоже время массо-ростовые показатели превышали допустимые значения во всех группах, являясь одним из факторов риска гиперпластических процессов эндометрия: в 1-й группе ИМТ 32,9; во 2-й — 35,5; в 3-й — 35,9 и в 4-й — 45,9, где средняя окружность талии и бедер также превалировала в 4-й группе (131,0 и 127,8).

Вместе с тем риск развития ГЭ и рака эндометрия повышает ранний возраст менархе, чего не наблюдалось в ходе анализа. Однако по данным исследования корреляцию развития патологий эндометрия можно связать с недостаточностью гормонов желтого тела, предрасполагающими факторами которого, помимо ожирения, являются: 1) наличие опухоли яичников — в 1-й и 2-й группах — 18,2 %, в 3-й — 25 %, в 4-й — 75 %; 2) синдром поликистозных яичников (СПКЯ) — на-

блюдается у одной пациентки в 4 группе (25 %); 3) заболевания щитовидной железы — чаще в 1-й группе 36,4 %.

На момент поступления пациенток в отделение, медиана длительности менструального цикла в 1-й и 2-й группах составляла 28 дней, в 3-й и 4-й — 30 дней. Обильные менструации отмечали преимущественно во 2-й группе — 5 человек (45,5 %), как и субъективно дисменореею — 4 (36,4 %). При опросе выявлялось наличие аномальных маточных кровотечений (АМК) в анамнезе — чаще во 2-й (54,5 %) группе.

Воспалительные заболевания влагалища и шейки имели высокую тенденцию во 2-й группе — 27,3 %. Среди экстрагенитальных патологий первое место по частоте встречаемости занимает артериальная гипертензия (АГ) — 90,9 % во 2-й группе; 3 пациентки имеют сахарный диабет (СД) во 2-й группе (27,3 %). При этом парадоксально, что средний уровень гемоглобина, соответствующий анемии легкой степени тяжести, имеется в контрольной группе (109,50 г/л), что может говорить о другой патологии и требует изучения у других специалистов. Достаточно высокий процент варикозного расширения вен нижних конечностей во 2-й группе — 36,4 %.

По данным УЗИ толщина эндометрия матки (М-эхо) в контрольной группе составляет 16,9 мм, второе место занимает 4-я группа (15,5 мм), которая по заключению гистологического исследования относится к злокачественной опухоли эндометрия. Средняя толщина при ПЭ — 11,9 мм, а при ГЭ — 12,4 мм — это говорит о том, что показатель М-эхо не всегда указывает на конкретную патологию эндометрия и требуется проведение дополнительного гистологического исследования.

### **Выводы**

1. Пациентки с ПЭ имеют высокую встречаемость заболеваний щитовидной железы.
2. У пациенток с ГЭ чаще встречаются обильные менструации, дисменорея, АМК в анамнезе, воспалительные заболевания влагалища и шейки, экстрагенитальная патология в виде АГ, варикозного расширения вен нижних конечностей и сахарного диабета.
3. Пациентки с аденокарциномой эндометрия имеют высокую встречаемость опухолей яичников и СПКЯ в анамнезе.



## ПРИЗНАКИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И СКЛОННОСТЬ К СТРЕССУ У СТУДЕНТОВ

*С.А. Корячко, студентка 3 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра физиологии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю.П. Игнатова*

**Ключевые слова:** вегетативная нервная система; вегетативные изменения; стресс; студенты

Цель исследования: **оценить наличие признаков вегетативных изменений и склонности к стрессу у студентов.**

**Материалы и методы:** в анонимном анкетировании приняли участие 125 студентов Тверского медицинского университета, из которых 78 человек со второго и 47 с третьего курсов педиатрического факультета. Анкетирование включало в себя тест для выявления признаков вегетативных изменений (А.М. Вейн, 1998) и опросник, определяющий склонность к развитию стресса (Т.А. Немчин и Тейлор). Для статистического анализа полученных данных использовали программу «Statistica 6.1». Сравнение групп и анализ связей между параметрами осуществляли непараметрическими методами. Дополнительно пользовались программой COMPARE2 портала WinPEPI© (J.H. Abramson) 11.65. За критический уровень значимости различий принято значение  $p > 0,05$ .

**Результаты.** Анализ результатов анкетирования студентов второго курса показал, что значимо большее число лиц (78 %) испытывает периодическое онемение или похолодание пальцев кистей и стоп ( $p = 0,0001$ ). Также значимо больше респондентов (73 %) отметило снижение у них работоспособности в течении дня и быстрое наступление утомления ( $p = 0,0001$ ). Кроме этого, большинство студентов (58 %) указало на нарушение сна (трудность засыпание, частые пробуждения, чувство невыспанности) ( $p = 0,039$ ). Одинаковый процент положительных ответов дано на такие вопросы, как имеется ли покраснение кожи лица при волнении, изменение окраски пальцев кистей и стоп, частые ощущения сердцебиения или «замирания», приступообразные головные боли различного характера. По результатам опроса студентов третьего курса выявлено, что ими также дано значимо больше положительных ответов на те же вопросы, на которые утвердительно ответили второкурсники. Кроме этого, значимо большее число респондентов третьего курса отметили у них онемение или похолодание целиком кистей и стоп ( $p = 0,049$ ). Половина из опрошенных третьекурсников дала положительные ответы ( $p = 0,0001$ ) не только на те же вопросы, что и второкурсники, но и на другие: имеется ли повышенная потливость, в основном при волнении, чувство нехватки воздуха или учащенное дыхание как при беспокойстве, так и в душном

помещении, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Оценка результатов тестирования для выявления признаков вегетативных изменений показала, что у большинства студентов как второго, так и третьего курсов можно предполагать наличие синдрома вегетативных нарушений (83 % и 17 %; 85 % и 15 %,  $p = 0,0001$ ). Известно, что обычно этот синдром возникает в результате постоянного перенапряжения нервной системы, например, как результат стресса. Анализ результатов опросника, определяющего склонность к развитию стресса, показал, что в целом как среди студентов второго курса, так и третьего было значимо больше респондентов, у которых можно предположить наличие стресса (68 % и 32 %,  $p = 0,0001$ ) в сравнении с числом лиц со средней стрессоустойчивостью. При отсутствии адекватных мер в этом случае (приемов саморегуляции и анти-стресс технологий) существует вероятность развития негативных последствий стресса. При это только у анкетированных третьего курса обнаружена сильная положительная связь ( $r = 0,75$ ,  $p < 0,05$ ) склонности к стрессу и наличия признаков вегетативных нарушений: чем ниже стрессоустойчивость, тем выраженнее вегетативные изменения.

**Выводы:** большая часть проанкетированных студентов как второго, так и третьего курса имеют признаки вегетативных нарушений, являющиеся скорее всего результатом их образа жизни. В частности, учебная загруженность, преобладающая у студентов третьего курса в сравнении со второкурсниками, приводит к снижению стрессоустойчивости студентов, и как следствие к вегетативным изменениям.

## ВЕЧЕРНЯЯ ШКОЛА «ЮНЫЙ МЕДИК» В ПРОФОРИЕНТАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ

*А.В. Кочешкова<sup>1</sup>, ученица 9 «Б» класса;*

*В.Ю. Соловьёва<sup>2</sup>, студентка 1 курса лечебного факультета*

*<sup>1</sup> — МБОУ ЦО №49, г. Тверь, Россия*

*<sup>2</sup> — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра химии*

*Научные руководители: к.х.н., профессор, доцент Н.П. Лопина;*

*к.б.н., доцент Г.Е. Бордина*

**Ключевые слова:** *школа; профориентация; «Юный медик»*

**Цель исследования:** изучить роль вечерней школы «Юный медик» в профориентации абитуриентов.

**Материалы и методы:** оценка субъективного опыта текущего обучающегося вечерней школы «Юный медик» и студента первого курса — выпускника вечерней школы «Юный медик».

**Результаты:** Старшие классы в школе — это период, в течение которого необходимо принять решение о выборе будущей профессии, время выбора своей дороги и жизненного пути. Многие старшеклассники, выбравшие естественно-научное направление, наверняка задавались вопросами: «Мне интересна медицина, но как не ошибиться? Как понять, что это моё?» И именно на них школа «Юный медик» даёт ответы.

В основе плана занятий лежат как теоретические дисциплины (анатомия, гистология, химия и другие), так и клинические, которые составляют главную часть обучения в школе. Ребята знакомятся с основами ухода за больными различного профиля: хирургического, стоматологического, терапевтического и, конечно, за детьми. Все эти занятия проходят на клинических базах Тверского медицинского университета, что позволяет школьникам увидеть и более чётко понять работу врачей.

Таким образом, составленная программа «Юного медика» позволяет ученикам любого уровня подготовки успешно усваивать знания и, самое главное, получать свой первый опыт обучения в университете с представителями медицинских профессий, с уже обучающимися студентами университета (поскольку именно они помогают в качестве волонтеров в организации работы школы). Возможность самостоятельно прочувствовать некоторые аспекты обучения в медицинском вузе и понять, правильный ли выбор они сделали, отдав предпочтение медицине — всё это достоинства вечерней школы.

Хотелось бы рассмотреть обучение в школе «Юный Медик» с двух точек зрения: с точки зрения нынешнего обучающегося школы, который прошёл уже большую часть программы, и точки зрения поступившего студента, бывшего ученика

школы. Школа «Юный медик» — это в первую очередь возможность определить: делаю ли я верный шаг, откликается ли мне медицина, точно ли я хочу связать с этим свою жизнь? Побывать в стенах медицинского университета, в который хочешь поступать, послушать лекции преподавателей разных кафедр, получить практические навыки — всё это прекрасная профорientация. Уже на первых занятиях ясно, что для кого-то быть врачом — ошибка. Тогда можно не терять время и выбрать что-то иное. Но если тебе интересно, и ты твёрдо решил, что медицина — это все-таки твоя стезя, то школа «Юный медик» — это ещё и про выбор факультета: педиатрический, лечебный, стоматологический и фармацевтический.

За период обучения в Юном медике были получены знания в таких областях медицины как — анатомия, терапия, хирургия, стоматология, фармация и т.д. Юный медик — это ещё и дружба, общение единомышленников, которое так важно при выборе жизненного пути. После окончания школы «Юный медик» становится понятно, что медицина — это твой выбор и то, с чем хочется связать свою жизнь.

«Юный медик» для уже отучившегося два семестра студента Тверского ГМУ, был лучшим опытом в жизни. Школа научила учиться, жить и развиваться в пределах медицинского мира. Обучение в школе помогло многим студентам, некогда учившемуся в школе, легче адаптироваться к университетской жизни. Поэтому они и смогли с первого курса заниматься активной внеучебной деятельностью. Так, например, среди поступивших один выпускник школы стал старостой курса лечебного факультета, а другой — старостой группы лечебного факультета и руководителем волонтерского отряда, который сформировался вокруг школы «Юный медик». Влияние школы достаточно велико, и хочется надеяться, что в дальнейшем ряды студентов Тверского ГМУ будут пополняться энергичными, активными и знающими свой путь людьми, выпускниками школы «Юный медик».

**Вывод:** по мнению старшеклассников, этот опыт обучения в вечерней школе позволит решить свой главный вопрос — выбора профессии врача.

## МАРКЕРЫ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

*А.В. Кошелева, А.М. Сирунян, А.А. Шаршавых,  
студенты 6 курса лечебного факультета  
О.Н. Бахарева, А.А. Виноградова  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научные руководители: доцент, к.м.н. О.Н. Бахарева,  
ассистент А.А. Виноградова*

**Ключевые слова:** *постковидный синдром; белок S-100; цилиарный нейротрофический фактор; рассеянная неврологическая симптоматика*

**Введение.** Как показала практика и многочисленные исследования, коронавирусная инфекция, являясь системным заболеванием, в том числе может поражать разные уровни нервной системы. Поэтому даже при отсутствии очаговой неврологической симптоматики в остром периоде коронавирусной инфекции, пациенты могут длительно демонстрировать разнообразные признаки рассеянной неврологической симптоматики в постковидном периоде, в связи с чем особенно важен поиск ранних маркеров поражения нервной системы.

**Цель исследования** изучить уровень содержания нейротрофинов в сыворотке крови у пациентов с постковидным синдромом с поражением центральной нервной системы.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе клиники и научной лаборатории ТГМУ. Проанализировано 33 амбулаторные карты больных с диагнозом U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточнённое», удовлетворявшим критериям включения: объективные или субъективные проявления поражения центральной нервной систем, отсутствие неврологических жалоб до заболевания коронавирусной инфекцией. Критерии исключения: сахарный диабет, интоксикации (в т.ч. злоупотребление алкоголем), аутоиммунные заболевания, органическое поражение головного мозга. У всех обследуемых определяли в сыворотке крови содержание нейротрофинов (цилиарный нейротрофический фактор, белок S-100) используя при этом иммуноферментный метод анализа на аппарате Униплан с использованием набора реагентов FuJirebio фирмы FUJIREBIO Diagnostics Inc. (Швеция). Все больные были обследованы неврологом, в качестве группы контроля исследовали сыворотку 30 здоровых добровольцев у которых отсутствовали IgG к вирусу SARS-COV2-19. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась на компьютере IBM PC PENTIUM с помощью пакета программ «Microsoft Excel 7.0».

**Результаты.** При анализе исследуемой выборки оказалось, что значительно преобладали 24 (73 %) женщины над мужчинами 9 (27 %). Средний возраст больных

в группе составил  $50,83 \pm 12,6$  лет. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто зарегистрированы: ишемическая болезнь сердца 3 человека (9,1 %), заболевания щитовидной железы (за исключением ХАИТ) — 3 чел. (9,1 %), артериальная гипертензия 5 чел. (15,2 %), заболевания сосудов нижних конечностей — 5 чел. (15,2 %). У всех пациентов выявлены признаки рассеянной неврологической симптоматики, касающейся в первую очередь поражения центральной нервной системы: жалобы на снижение памяти (60 %), внимания (70 %), рассеянность (85 %), «мозговой туман» (80 %), трудности при выполнении привычных бытовых (95 %) и профессиональных обязанностей (75 %). При исследовании иммунологических маркеров оказалось, что средний уровень цилиарного нейротрофического фактора общего составил 26,6 нг/мл (среди женщин — 27,2 нг/мл, среди мужчин — 25,1 нг/мл), а средний уровень белка S-100 общего — 110,7 нг/мл (среди женщин — 117,9 нг/мл, среди мужчин — 91,5 нг/мл), что превышает нормальные значения ( $43,2 \pm 5,4$  нг/мл белок S-100 и  $5,02 \pm 2,04$  нг-мл ЦНТФ) и свидетельствует о значимой заинтересованности нервной ткани в иммунопатологическом процессе на фоне перенесенной коронавирусной инфекции, что требует более пристального внимания в этой когорте больных в плане прогнозирования возможного поражения нервной системы.

**Выводы.** Таким образом, в условиях новых инфекционных вызовов особенно важен поиск современных тонких маркеров, которые в отсутствии выраженной очаговой неврологической симптоматики помогут своевременно заподозрить поражение нервной ткани и разработать преемственные профилактические стратегии.

## ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ СЕРЕБРЯНОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*У.С. Красильникова, студентка 6 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Ю. Колесникова*

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца; серебряный возраст; эхокардиография, нарушения сократимости

**Цель исследования.** Изучить возрастные особенности основных эхокардиографических показателей у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материалы и методы:** проанализированы 384 протокола эхокардиографии пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении первичного сосудистого центра ГБУЗ ТО «Городская клиническая больница №6». Для дальнейшего анализа отобраны 139 протоколов, в которых имелись указания на нарушения локальной сократимости. Среди обследованных больных было 70 (50,4 %) женщин и 69 (49,6 %) мужчин в возрасте от 35 до 93 лет. Средний возраст пациентов составил  $71 \pm 11,6$  года. Пациенты были разделены по возрасту на 2 группы в соответствии с классификацией ВОЗ. В первую вошли 86 (61,9 %) больных в возрасте до 75 лет (молодой, средний и пожилой возраст), во вторую — 53 (38,1 %) пациента 75 лет и старше (старческий возраст и долгожители). У всех пациентов изучены следующие эхокардиографические показатели: конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ), конечный систолический размер (КСР) ЛЖ, масса миокарда (ММ) ЛЖ, индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ, фракция выброса (ФВ) ЛЖ, индекс нарушения локальной сократимости (ИНЛС), диастолическая функция ЛЖ, степень митральной регургитации, систолическое давление в легочной артерии, линейный размер левого предсердия (ЛП). Статистический анализ данных проводился с помощью программы Statistica 10.0. Количественные показатели представлены как среднее и стандартное отклонение, для их сравнения использовался критерий Манна-Уитни. Качественные данные представлены в виде абсолютных и относительных (выраженных в процентах) частот наблюдений и анализировались с использованием двустороннего точного критерия Фишера.

**Результаты:** среди относительно более молодых пациентов преобладали мужчины (55 человек — 64 %), напротив, в старшей возрастной группе было больше женщин (39 — 74 %). При сравнении значений основных эхокардиографических показателей установлено, что при сопоставимых показателях геометрии левого желудочка (КДР, КСР, ММЛЖ, ИММЛЖ) его систолическая функция в первой группе была хуже, чем у более возрастных пациентов. Так, ФВ в группе относительно более молодых больных составила  $45 \pm 9$  %, что статистически значимо

меньше, чем во второй группе ( $49 \pm 8 \%$ ),  $p = 0,002$ . Отражающий количество сегментов с нарушенной сократимостью ИНЛС в первой группе (1,41), напротив, был статистически значимо больше, чем во второй (1,29),  $p = 0,009$ . Тяжелые нарушения диастолической функции ЛЖ (диастолическая дисфункция 2 и 3 типов) обнаружены у 15 (21 %) человек из группы более молодых пациентов, что несколько чаще, чем в более возрастной группе (6 человек — 11 %), однако указанные различия не достигали уровня статистической значимости. В то же время тяжелая митральная недостаточность (регургитация 2-3 степени) в первой группе (52 человека — 60 %) встречалась статистически значимо чаще, чем во второй (20 больных — 37 %),  $p = 0,01$ . Соответственно линейные размеры ЛП в первой группе ( $45 \pm 6$  мм) были несколько больше, чем во второй ( $43 \pm 5$  мм), причем различия достигали уровня статистической значимости ( $p = 0,04$ ). Систolicеское давление в легочной артерии у более молодых пациентов ( $42 \pm 12$  мм рт. ст.) оказалось закономерно выше, чем в группе возрастных больных ( $36 \pm 9$  мм рт. ст.), при этом различия были статистически значимыми ( $p = 0,03$ ).

**Выводы:** основные эхокардиографические показатели в группе относительно молодых пациентов по сравнению с больными старшего возраста отражали более тяжелые изменения миокарда, проявлявшиеся ухудшением глобальной и локальной систолической функции, усугублением диастолической дисфункции, митральной недостаточности и легочной гипертензии. Выявленные изменения могут быть объяснены протективным эффектом ишемического прекодиционирования у пациентов старшего возраста, имеющих более длительный ишемический анамнез. Однако это гипотеза нуждается в проверке в ходе дополнительных исследований.



## СВЯЗЬ МЕЖДУ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

А.А. Куприянова<sup>1</sup>, О.С. Сергеева<sup>2</sup>, В.И. Шевцова<sup>4</sup>, Ю.А. Котова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> — ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия  
Студент лечебного факультета

<sup>2</sup> - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия  
Кафедра симуляционного обучения

<sup>3</sup> — ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия  
Кафедра клинико-лабораторной диагностики.

<sup>4</sup> — ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия  
Кафедра поликлинической терапии

Научный руководитель: д.м.н., профессор А.А. Пашкова

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца; дислипидемия, гиперурикемия

**Цель исследования:** оценить параметры липидного профиля в зависимости от наличия гиперурикемии у пациентов с хроническими формами ишемической болезни сердца.

**Материалы и методы:** В исследовании приняли участие 120 пациентов с хроническими формами ишемической болезни сердца (ИБС), из них 55 женщин и 65 мужчин (средний возраст  $65,7 \pm 11,9$  года) кардиологического отделения БУЗ ВО ВОКБ № 1. Группу контроля составили 30 здоровых лиц (18 мужчин и 12 женщин), средний возраст  $66,3 \pm 10,3$  лет. У всех участников исследования были определены: уровень гиперурикемии (ГУ), а также параметры липидного профиля. Статистический анализ осуществлялся с использованием программы IBM SPSS Statistics 23.0.

**Обсуждение результатов:** Исследование уровня ХСЛПВП, ХСЛПНП и триглицеридов показало наличие статистически значимых различий у пациентов в исследуемых группах.

Установлено, что уровень общего холестерина в крови у пациентов с ИБС без ГУ статистически значимо выше ( $Me = 6,9$  ммоль/л [ $5,95-7,8$ ]  $p < 0,001$ ), чем в группе контроля ( $Me = 3,8$  ммоль/л [ $3,4-4,3$ ]  $p < 0,001$ ), но ниже, чем у пациентов с ИБС и гиперурикемией ( $Me = 8,25$  ммоль/л [ $7,15-8,95$ ]  $p < 0,001$ ).

У пациентов с ИБС без ГУ уровень ХСЛПВП в 1,94 раз ниже ( $Me = 0,88$  ммоль/л [ $0,82-0,94$ ]  $p < 0,001$ ), чем у пациентов группы контроля ( $Me = 1,71$  ммоль/л [ $1,28-2,0$ ]  $p < 0,001$ ), но выше, чем у пациентов с ИБС и ГУ ( $Me = 0,82$  ммоль/л [ $0,71-0,92$ ]  $p < 0,001$ ).

Уровень ХСЛПНП в крови у пациентов второй группы статистически значимо выше ( $Me = 4,52$  ммоль/л [ $4,01-4,77$ ]  $p < 0,001$ ), чем у пациентов группы контроля ( $Me = 2,5$  ммоль/л [ $2,27-2,62$ ]  $p < 0,001$ ), но ниже, чем у пациентов третьей ( $Me = 5,43$  ммоль/л [ $4,68-6,18$ ]  $p < 0,001$ )

Уровень триглицеридов в крови у пациентов второй группы в 2,15 раз выше (Ме = 3,0 ммоль/л [2,43–3,67]  $p < 0,001$ ), чем у пациентов контроля (Ме = 1,39 ммоль/л [1,23–1,59]  $p < 0,001$ ), но в 1,34 раз ниже, чем у пациентов третьей (Ме = 4,03 ммоль/л [3,00–5,07]  $p < 0,001$ ).

Таким образом, наиболее высокие значения общего холестерина ( $p < 0,001$ ), ХСЛПНП ( $p < 0,001$ ) и триглицеридов ( $p < 0,001$ ) и наиболее низкие значения ХСЛПВП ( $p < 0,001$ ) имели пациенты с хроническими формами ИБС и гиперурикемией. Однако, в свою очередь у пациентов с хроническими формами ИБС без гиперурикемии перечисленные показатели были значимо больше, чем в контрольной группе.

**Выводы:** Гиперурикемия соответствует более тяжелому нарушению липидного обмена у пациентов с хроническими формами ИБС. В связи с этим, требуется дальнейшее изучение течения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ГУ.

## НИКОЛАЙ НИЛОВИЧ БУРДЕНКО — ВЫДАЮЩИЙСЯ ХИРУРГ И УЧЁНЫЙ, ОСНОВОПОЛОЖНИК НЕЙРОХИРУРГИИ

*И.Ё. Курбонов, 2 курс, лечебный факультет; Л.Г. Витлинская  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра русского языка  
Научный руководитель: ст. препод. Л.Г. Витлинская*

**Ключевые слова:** прозектор; военно-полевая хирургия; эпидемия сыпного тифа; русско-японская война; нейрохирургия

**Цель исследования:** изучить информацию о Н. Н. Бурденко, изложить её соответственно требованиям биографического текста.

**Материалы и методы:** проанализировать собранную информацию, подобрать иллюстрационный материал, использовать методы анализа, сопоставления и наблюдения.

**Результаты:** анализ собранных материалов о Н. Н. Бурденко, его научной и практической деятельности даёт представление об учёном, хирурге, организаторе военно-полевой медицины, основоположнике нейрохирургии, активном участнике нескольких войн, медике с большим практическим опытом и общественном деятеле. Бурденко родился в небогатой семье, получил хорошее образование, планируя посвятить свою жизнь служению Богу. Но неожиданно для всех Бурденко уезжает в Томск и поступает на медицинский факультет Томского Императорского университета. Он серьёзно изучает анатомию, на 3 курсе получает должность помощника прозектора, занимается оперативной хирургией. За участие в студенческих «беспорядках» он был дважды исключён из университета, но восстановлен благодаря защите преподавателей. На 4 курсе он учится в Юрьевском университете, где ему опять пришлось прервать занятия за участие в политическом движении. По приглашению земства Херсонской губернии он борется с эпидемией сыпного тифа, острыми детскими заболеваниями и туберкулёзом, приобщается к практической хирургии. Благодаря помощи профессоров он вновь смог вернуться в Юрьевский университет. С января 1904 года Николай Бурденко добровольцем принимает участие в русско-японской войне. Он выполняет обязанности санитаря, фельдшера, врача. Во время Первой мировой войны работа в военно-полевой хирургии помогла ему сделать много открытий в медицине, раскрыла его организаторские способности, дала возможность собрать материал для научной работы. Им были созданы специальные отделения для раненых в живот, в лёгкие, в череп. Бурденко занимался вопросами военной гигиены, санитарно-химической защиты, профилактики венерических заболеваний; заведовал рациональным распределением врачебных кадров. Вместе с другими профессорами он эвакуировал имущество юрьевской клиники в Воронеж, продолжая вести научную работу. Главные

его исследования относились к темам общей хирургии, нейрохирургии и военно-полевой хирургии. Бурденко занимался вопросами профилактики и лечения шока, лечения ран и общих инфекций, нейрогенной трактовки язвенной болезни, хирургического лечения туберкулёза, переливания крови, обезболивания и другими. Бурденко считал необходимым выделить нейрохирургию в самостоятельную научную дисциплину. В Москве на базе нейрохирургической клиники в 1932 году был учреждён первый в мире Центральный нейрохирургический институт (ныне институт нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко). На основе своих наблюдений Н. Н. Бурденко написал девять монографий только по вопросам военно-полевой хирургии, разработал методы оперативного лечения ранений сосудов и огнестрельных ранений артерий. Важное значение во время Великой Отечественной войны имели его указания для фронтовых хирургов при обработке и подготовке раны к наложению шва и вторичный шов как элемент восстановительной хирургии. Им были разработаны методы, которые применяются во время операций. Имя Бурденко широко известно за пределами России. Николай Нилович был избран Почётным членом Лондонского королевского общества хирургов (1943), Международного общества хирургов в Брюсселе (1945), Парижской академии хирургии (1945). Именем Бурденко названы: НИИ нейрохирургии в Москве, Воронежский государственный медицинский университет; Главный военный госпиталь, факультетская хирургическая клиника Медицинского университета имени И. М. Сеченова и другие. Его имя носят улицы в Москве, Новосибирске, Нижнем Новгороде, Воронеже и Пензе.

**Выводы.** Анализ показал, что биографический текст представляет собой описание жизни и достижений Н. Н. Бурденко, даёт богатый материал по медицинской терминологии, историческую и лингвострановедческую информацию, может быть использован в учебном процессе для развития навыков чтения, понимания и коммуникации на русском языке иностранных обучающихся медицинского вуза.

## ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ДЕТСКОГО СТОМАТОЛОГА И ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЁМА

*А.В. Курдова, Р.Н. Барадуля, П.А. Пантюхова,  
студенты 3 курса стоматологического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра детской стоматологии и ортодонтии им. Р.Д. Новосёлова  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Л.Н. Соколова*

**Ключевые слова:** детский стоматологический приём; культура взаимоотношений; этикет врача

**Актуальность.** Известно, что от общения с врачом зачастую зависит психологический настрой пациента и эффективность его лечения. Профессиональные навыки и глубокие познания в области медицины могут оказаться бесполезными для пациентов, если доктор не владеет соответствующими своей профессии навыками общения. Хорошие взаимоотношения детского стоматолога и маленьких пациентов — это залог качественной медицинской помощи и спокойной работы всего медицинского коллектива отделения. На их взаимоотношения важно посмотреть изнутри, как глазами пациентов, так и услышать мнение врачей.

**Цель исследования:** оценка взаимодействия детских стоматологов и родителей их пациентов.

**Материалы и методы.** Анализ литературы, разработка авторской анкеты, анкетирование врачей отделения детской стоматологии поликлиники ТГМУ, анкетирование родителей пациентов этого отделения, анализ результатов. Было проведено очное добровольное анонимное анкетирование 20 детских стоматологов отделения детской стоматологии профильной поликлиники ТГМУ и 50 родителей их пациентов.

**Результаты.** Все опрошенные родители отмечают опрятный, аккуратный внешний вид медицинского персонала отделения детской стоматологии. 83 % респондентов заметили, что в отделении соблюдается корпоративная этика между врачами и медицинскими сёстрами. 96 % опрошенных родителей сообщили, что врачи перед началом лечения интересуются о причинах визита и всегда обсуждают план предстоящих манипуляций, договариваются с детьми об условных знаках, которыми будут пользоваться в работе (например, просят поднять левую руку, чтобы сделать паузу). Во время лечения/удаления зубов все врачи неоднократно обращаются к маленьким пациентам по именам. 54 % родителей во время лечения/удаления зубов хотят находиться в кабинете, 14 % комфортнее ожидать в коридоре, 32 % делают так, как посчитает нужным врач.

Как сообщили родители, стоматологи в 82 % случаев по окончании лечения/удаления зубов информируют их о проделанной работе, в 96 % случаев дают

рекомендации по гигиене полости рта. Только 64 % взрослых контролируют выполнение этих рекомендаций их детьми, некоторые делают это редко, а 10 % надеются на самостоятельность и сознательность своих детей.

90 % родителей заметили, что наши детские стоматологи стараются снять эмоциональное напряжение и чувство страха перед лечением маленьких пациентов улыбкой, мягким голосом, убеждением и маленькими подарками. Только 10 % взрослых посчитали, что эти старания специалистов не всегда эффективны. Интересно, что сами врачи такую неэффективность отметили в 17 % случаев, т.е. более критично отнеслись к себе. Если всё же ребёнок отказывается от лечения/удаления зуба, то 54 % родителей пытаются договориться с ним, убедить через понятие «надо»; 44 % используют подкуп (обещают купить игрушку); некоторые признались, что прибегают к угрозам и наказанию или (при отсутствии острой боли) откладывают манипуляцию.

Более половины анкетированных взрослых регулярно приходят с ребёнком к одному и тому же специалисту; 36 % — к тому, кому выдали талончик в дежурном кабинете.

Анализируя ответы детских стоматологов, становится заметно их стремление к сотрудничеству с пациентами и их родителями: тщательно собирают анамнез (100 %), обращаются к пациентам по именам, обсуждают предстоящие манипуляции и комментируют их в процессе лечения, стараются профилактировать стоматофобии. Если же ребёнок боится, капризничает, подключают к беседе родителей, переназначают на другое посещение, рекомендуют мягкие седативные препараты, предлагают санацию рта под наркозом. Работая с такими непростыми пациентами только 35 % врачей всегда сохраняют самообладание и толерантность.

На провокационный вопрос: что для вас означает «нежелательный пациент», четверть опрошенных сказали, что это дети с неуправляемым поведением, 45 % — конфликтные родители, для 30 % детских стоматологов такого понятия не существует.

Треть опрошенных детских стоматологов считают, что для их работы будет полезно прослушать лекции, вебинары, консультации психолога по вопросам взаимоотношений «врач-пациент»; 45 % самостоятельно изучают литературу по этой теме, четверть — опираются на свой профессиональный опыт.

**Выводы.** Анализируя ответы детских стоматологов и родителей маленьких пациентов, мы не выявили непримиримых разногласий между ними. Несовпадения были несущественными и по непринципиальным вопросам. Эти выводы являются хорошим залогом успешного сотрудничества врачей отделения детской стоматологии поликлиники ТГМУ и родителей пациентов для оказания качественной стоматологической помощи маленьким пациентам.

## 21-ГИДРОКСИЛАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТА С НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ

*М.А. Кхан, студент 6 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра эндокринологии  
Научные руководители: к.м.н., доцент И.Г. Цветкова, к.м.н., доцент  
А.В. Ларева*

**Ключевые слова:** 21-гидроксилазная недостаточность; вирулизация; генотип

**Цель исследования:** оценить особенности течения и лечения пациента с 21-гидроксилазной недостаточностью и низкой комплаентностью.

**Материалы и методы:** комплексный метод обобщения информации из научной литературы и анализа клинической истории болезни пациента с вирильной формой 21-гидроксилазной недостаточностью.

К эндокринологу обратился мужчина 26 лет с жалобами на слабость, тягу к соленой пище, лабильность АД и пульса.

Из анамнеза: с рождения наблюдался у эндокринолога с диагнозом врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН). После достижения 18 лет за медицинской помощью не обращался, лечения не получал.

Рожден в срок от второй беременности (старший брат умер в 7 месяцев, причина не известна), осложненной ранним гестозом. При рождении масса тела — 3400 г, длина — 53 см, выявлено неправильное строение гениталий. Диагностирована ВДКН, 21-гидроксилазная недостаточность, вирильная форма, присвоен женский пол (генотип 46XX). Была начата терапия гидрокортизоном.

С 3 лет мать пациента прекратила терапию, стала воспитывать ребенка в мужском поле. В 10 лет ребенок был осмотрен эндокринологом, диагностировано истинное, гетеросексуальное преждевременное половое развитие, на фоне ВДКН. На момент осмотра: мускулинное телосложение, *acne vulgaris* на лице и спине, оволосение по мужскому типу. Наружные половые органы вирильны, промежуточно-стволовая гипоспадия, тестикулы отсутствуют, гипертрофированный клитор, 13-9 см. V+P 3 L3 Aх3 F0. Per rectum пальпируется Дугласово пространство, влагалище и простата не определяются.

Лабораторно: 17-ОН- P 1170 нг/мл (0,33–2,64 нг/мл), тестостерон 15,06 нмоль/л (0,49–1,82), кортизол 112 нмоль/л (55–690), ДЭА-С 7,8 мкмоль/л (0,7–10,3), эстрадиол 150,9 пг/мл (6–27), АКТГ 19,2 пг/мл (до 50), ренин 16,0 мкМЕ/мл (0,5–9,3); альдостерон 2,9 пг/мл (0,6–10,4), ЛГ 0,14 мМЕ/мл (0,6–6,8), ФСГ 0,46 мМЕ/мл (0,1–11,3), пролактин 15,37 мЕ/мл (1,9–9,6).

УЗИ надпочечников и малого таза: справа 17×15 мм, слева 17×17 мм. Структура без особенностей. Матка смещена влево, имеется слабый угол, 27×11×18 мм, шейка

17 мм. Между маткой и прямой кишкой округлое образование 35×29 мм. В губомошоночных складках гонады не визуализируются. Яичники не визуализируются.

При проведении консилиума принято решение о смене паспортного пола, документов и гонадэктомии и проведением операций с формированием мужского пола (учитывая воспитание в мужском поле).

В отделении получал преднизолон; рекомендована заместительная терапия смесью эфиров тестостерона.

Далее последовательно проводились операции: в 11 лет — лапароскопическая двусторонняя гонадэктомия; в 13 лет — ортопластика, 1 этап пластики уретры свободным кожным лоскутом; в 14 лет — пластика стволовой уретры; в 15 лет месяцев — цистотомия, ортопластика, в 15,5 лет — пластика уретры, протезирование тестикул.

До 18 лет ежегодно проходил стационарное лечение. Препараты тестостерона вводил регулярно, преднизолон принимал периодически. После 18 лет у эндокринолога не наблюдался, рекомендованную терапию прекратил.

При госпитализации в эндокринологическое отделение (2023 г): рост 162 см, вес 73 кг. ИМТ 27,8 кг/м<sup>2</sup>. Пульс 82 в 1 минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Наружные половые органы после пластики — сформированы по мужскому типу, объективно дефектов не выявлено.

При обследовании: клинический анализ крови — норма. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,0 ммоль/л; калий 4,4 ммоль/л; натрий 139,0 ммоль/л; холестерин 3,48 ммоль/л; триглицериды 2,42 ммоль/л; холестерин ЛПВП 0,81 ммоль/л; холестерин ЛПНП 3,58 ммоль/л.

НВА1с 5,9 %. В гликемическом профиле эпизоды постпрандиального снижения уровня гликемии до 2,7 ммоль.

17-ОН-Р > 30,0 нг/мл, кортизол 73,95 нмоль/л (190--50), АКТГ 930 пг/мл (до 46), ренин 134 мкМЕ/мл (до 89), альдостерон 454 пг/мл (до 315), ТТГ 2,20 Ед/мл (0,4–4), Т4 свободный 17,20 пмоль/л (10–21), А-ТПО 0,49 нг/мл (норма), ФСГ 1,46 мМЕ/мл (1,5–12,4), ЛГ 0,01 мЕд/мл (1,7 до 8), пролактин 23,67 нг/мл (3–18), тестостерон 3,66 нмоль/л (8,33 –30,19), эстрадиол 34,21 пг/мл (11,26–43,25), паратгормон 40,80 пг/мл (15–65), инсулин 9,21 мкМЕ/мл (2,6–24,9).

Был подтвержден диагноз: ВДКН, 21-гидроксилазная недостаточность, вирильная форма, декомпенсация. Состояние после двусторонней лапароскопической гонадэктомии, ортопластики, пластики уретры, протезировании тестикул. Гипогонадотропный гипогонадизм. Гиперпролактинемия вторичная, функциональная.

Рекомендована терапия гидрокортизоном, препаратами тестостерона, составлен план мониторинга.

**Выводы:** особенности данного случая — низкая приверженность к лечению; отсутствие психологической поддержки в семье и со стороны специалистов, внушение ребенку матерью несоответствующего пола и выбор мужского паспортного пола.



## МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

*Кхан Мохаммод Аслам, студент 6 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия  
Кафедра эндокринологии  
Научные руководители: д.м.н., профессор Н.А. Белякова,  
к.м.н., доцент М.Б. Лясникова*

**Ключевые слова:** метаболизм; гормоны; ожирение

**Цель.** Изучить взаимосвязь метаболического и гормонального статуса с клиническими особенностями у пациентов с алиментарно-конституциональным ожирением (АКО).

**Материалы и методы.** Обследовано 70 пациентов [30 мужчин (42,9 %) и 40 женщин (57,1 %)] с АКО в возрасте от 20 до 70 лет [Me 45 лет (34–58)]. Всем пациентам было проведено физикальное обследование (индекс массы тела (ИМТ, кг/м<sup>2</sup>) с оценкой степени ожирения (ВОЗ, 1997), окружность талии (ОТ), уровень АД; биохимические анализы крови (глюкоза (ГЛ), триглицериды (ТГ), ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ГГТ, АСТ, АЛТ), а также уровень инсулина плазмы крови, с расчётом индекса инсулинорезистентности (ИР) НОМА-IR и анализ крови методом ИФА на гормоны и нейроактивные пептиды: лептин, пептид YY,  $\alpha$ -МСГ (альфа-меланоцит-стимулирующий гормон), серотонин. Диагностика метаболического синдрома (МС) осуществлялась по классификации NCEP ATP III (2001). Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ StatTech 3.1.6.

**Результаты.** Обследованные были разделены на три группы в зависимости от степени избыточной массы тела. У 17 % обследованных была I степень ожирения и избыточная масса тела [30 (28–31) кг/м<sup>2</sup>, 1-я группа], у 26 % – II степень [36 [35–38] кг/м<sup>2</sup>, 2-я группа) и у 57 % – III степень [43 (42–48) кг/м<sup>2</sup>, 3-я группа]. Давность ожирения была наибольшей при III степени АКО [14 (10–20)] лет против 9 (5–10) лет при II степени и 10 (6–11) лет при I степени;  $p = 0,001$ ]. МС был диагностирован в 41 % случаев. При этом, чем выраженнее была степень ожирения, тем чаще наблюдался МС (соответственно в 33,4 % во 2-й группе и 55,6 % в 3-й;  $p = 0,005$ ).

Среди метаболических нарушений самые высокие значения ТГ были отмечены во 2-й и 3-й группах по сравнению с 1-й [соответственно 2 (1–3) ммоль/л, 2 (1–3) ммоль/л, против 1 (1–1) ммоль/л;  $p < 0,005$ ]. Наиболее высокие значения АЛТ и Гамма-ГТ были диагностированы в 3-й группе [соответственно 35 (23–49) МЕ/л и 43 (35–59) МЕ/л против 21(15–28) МЕ/л и 21(19–29) МЕ/л во 2-й группе и 20 (14–33) МЕ/л;  $p = 0,039$  и 18 (13–22) МЕ/л;  $p = 0,002$ ].

Результаты гормонального исследования показали, что у пациентов с III степенью ожирения был выше уровень инсулина в крови [29 (20–40) мкЕД/мл про-

тив 19 (15–26) мкЕД/мл во 2-й группе и 11 (8–12) мкЕД/мл в 1-й;  $p < 0,001$ ] и выраженное ИР (НОМА-IR соответственно 8 (4–9) усл.ед, 5 (5–6) и 2 (2–3) усл.ед.;  $p < 0,001$ ). При увеличении степени ожирения б-МСГ первоначально снижался [63 [49–90] пг/мл при II степени против 157 (115–215) пг/мл в 1-й группе;  $p < 0,001$ ], а затем увеличивался [109 (74–127) пг/мл в 3-й группе;  $p = 0,007$ ]. Уровень кортизола в крови так же повышался по мере нарастания степени ожирения [295 [261–346] нмоль/л при III степени и 179 [179–179] нмоль/л при I степени;  $p = 0,034$ ]. Серотонин имел тенденцию к снижению по мере нарастания степени ожирения [69 (50–104) нг/мл в 3-й группе, 86 (66–102) нг/мл во 2-й и 93 (69–168) нг/мл;  $p = 0,06$ ].

**Выводы:** таким образом, 83 % обследованных имели II и III степени ожирения, при которых отмечаются более высокие показатели атерогенных липидов (ТГ), печёночных показателей и чаще диагностируется метаболический синдром. Выраженное ожирение сопровождается повышением уровня инсулина и инсулинорезистентности, кортизола, а  $\alpha$ -МСГ вначале снижается, а затем с нарастанием степени ожирения опять увеличивается, и напротив, нейропептид серотонин снижается по мере увеличения индекса массы тела. Полученные изменения в гормональном статусе, по-видимому, связаны с эндокринной дисрегуляцией при алиментарно-конституциональном ожирении.

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ КРИТЕРИЕВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*А.Н. Лапшина студентка 4 курса лечебного факультета,  
Л.В. Чичановская, О.Н. Бахарева, В.С. Бахарева  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научный руководитель: доцент, к.м.н. О.Н. Бахарева*

**Ключевые слова:** ишемический инсульт; женщины; неврологический статус

**Цель исследования** выявить гендерные особенности нейросоматического статуса больных с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе клиники Тверского ГМУ. Проанализировано 47 выписных эпикризов больных ишемическим инсультом. С целью визуализации характера и размера очагового поражения головного мозга проводилась компьютерная томография. Все больные осмотрены неврологом, медицинским психологом и логопедом. Для оценки уровня повседневной активности использовали Индекс Бартел. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась методом вариационной статистики и корреляционного анализа на компьютере IBM PC PENTIUM с помощью пакета программ «Microsoft Excel 7.0».

**Результаты.** При исследовании гендерных особенностей больных инфарктом мозга выявлено сопоставимое соотношение мужского 24(52 %) и женского 23(48 %) населения. При этом средний возраст женщин был старше ( $62,4 \pm 3,7$  лет) по отношению к мужскому населению ( $59,2 \pm 2,6$  лет). Оценка уровня повседневной активности по индексу Бартел выявила, что его уровень был более глубоким среди женщин  $66,2 \pm 2,6$  баллов, по отношению к мужчинам  $74,2 \pm 3,9$  баллов, что соответствовало умеренному уровню снижения повседневной активности.

При оценке локализации очага инфаркта мозга оказалось, что среди мужчин сопоставимое соотношение локализации очага ОНМК в вертебро-базиллярном бассейне 12 (50 %), по отношению к каротидному бассейну 12(50 %), а среди женщин преобладала локализация в каротидном бассейне 14 (60 %) по отношению к вертебро-базиллярному бассейну – 10(40 %).

Анализ гендерных особенностей нейросоматического статуса показал, что среди основных неврологических синдромов у всех больных были выявлены координаторные нарушения 24 (100 %) и 23 (100 %), у преобладающего большинства среди женщин зарегистрирован синдром когнитивных нарушений – 21 (92 %), а среди мужчин несколько реже 17 (72 %), а вот речевые нарушения, напротив, выявлены чаще среди мужчин 14 (57 %), по отношению к женщинам 7 (31 %). Чув-

ствительные нарушения обнаружены у 7 (29 %) мужчин и у 9 (38 %) женщин, а пирамидный синдром всего у 7 (28 %) мужчин и 5 (23 %) женщин обследованных.

**Выводы.** Таким образом, женщины демонстрируют менее благоприятный функциональный прогноз ишемического инсульта, что сопровождалось большей выраженностью как когнитивных и координаторных, так и чувствительных нарушений среди пациентов с умеренным уровнем снижения повседневной активности. В связи с существующими гендерными различиями в функциональном восстановлении после инсульта необходима разработка персонализированных лечебно-реабилитационных программ, направленных на своевременную превентивную коррекцию нейросоматического статуса больных ишемическим инсультом.

## ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ОБРАЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

*В.О. Левковский, студент 5 курса, фармацевтический факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: ст. преподаватель О.А. Судакова*

**Ключевые слова:** *нормативный документ; фармацевтическая организация;  
медицинские изделия*

**Цель исследования.** Провести обзор и анализ нормативных документов, регулирующих обращение медицинских изделий на уровне оптовых и розничных фармацевтических организаций.

**Материалы и методы.** В качестве материалов исследования выступают действующие нормативные правовые документы, регулирующие обращение медицинских изделий в России, научные труды, посвященные анализу государственного регулирования в сфере обращения медицинских изделий. Для проведения исследования были использованы методы контент-анализа, сравнительного анализа, группировки.

**Результаты.** Обращение медицинских изделий (МИ) в РФ регулирует обширная правовая база. Она включает федеральные законы, постановления правительства, приказы министерств и ведомств. Главным документом, регулирующим обращение МИ, является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статьи данного закона содержат определение «обращение медицинских изделий», регламентируют надзор за обращением медицинских изделий и мониторинг их безопасности. Обращение медицинских изделий в фармацевтических организациях представляет собой ряд процессов: приемка, хранение, реализация и отпуск. Хранение, реализацию и отпуск медицинских изделий в фармацевтических организациях регламентируют следующие документы: постановление Правительства РФ от 23.12.2021 № 2425; приказ Минздрава РФ от 31.08.2016 № 647н; приказ Минздрава РФ от 13.11.1996 № 377; приказ Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1181н. В тоже время регламентов приемки медицинских изделий (МИ) законодательно не установлено, поэтому организации обязаны сами разрабатывать правила приемочного контроля, путем составления внутренних стандартных операционных процедур. Приемка МИ включает несколько этапов, первым из которых является проверка товарно-сопроводительных документов и документов, подтверждающих качество медицинских изделий. Так как номенклатура медицинских изделий достаточно широкая и на сегодняшний день законодательно не установлено, какие документы должны под-

тверждать качество медицинских изделий, сотрудники аптек сталкиваются с трудностями при формулировании инструкций по приемке МИ. Установлено, что нормативные правовые акты, которые регулируют хранение и реализацию МИ в фармацевтических организациях также не лишены недостатков и содержат ряд пробелов. Например, в Инструкции по организации хранения отсутствуют требования к хранению изделий очковой оптики, медицинских приборов, аппаратов и комплексов. В приказе Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1181н отсутствуют указания по работе с неправильно выписанными рецептами, не указаны сроки хранения рецептов на медицинские изделия, отпускаемые льготным категориям граждан.

Таким образом, из анализа нормативных документов, регулирующих обращение медицинских изделий на уровне фармацевтических организаций, следует, что правовая база нуждается в редактировании. Этого можно добиться внесением изменений в действующие документы, либо созданием единого нормативного документа, определяющего правила работы с медицинскими изделиями в оптовых и розничных фармацевтических организациях. По структуре и содержанию такой документ может быть аналогичным приказу Минздрава от 31.08.2016 № 647н.

**Выводы.** Выявлены пробелы в нормативной документации, которые затрудняют работу фармацевтов и провизоров с медицинскими изделиями, создают предпосылки для нарушения прав пациентов, снижают качество оказываемой медицинской и фармацевтической помощи.

## ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

*В.Д. Лихачёва, А.С. Морозова, студенты 4 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Научный руководитель: ассистент Ю.А. Богомолова*

**Ключевые слова:** менструальный цикл; длительность менструации; обильные менструации; эндометриоз

**Цель исследования:** выявить особенности менструального цикла у молодых женщин с эндометриозом.

**Материалы и методы:** нами была разработана анкета, состоявшая из 11 вопросов (возраст; наличие диагностированного эндометриоза; возраст менархе; продолжительность и регулярность менструального цикла; длительность и объем менструации; наличие боли при менструации; оценка боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ); симптомы, связанные с менструацией). Проведено анонимное онлайн-анкетирование среди студенток Тверского ГМУ 20-22 лет. Всего опрос прошли 92 девушки, из них 8 (8,7 %) — с эндометриозом.

При статистической обработке данных производилось сравнение выборочных средних по t-критерию Стьюдента, выборочных долей — по точному двустороннему критерию Фишера. Различия между статистическими величинами считаются статистически значимыми при уровне  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Средний возраст менархе у девушек с эндометриозом составляет —  $12,6 \pm 1,9$  лет, без эндометриоза —  $12,4 \pm 1,5$  лет ( $p = 0,726$ ). Средняя длительность цикла у девушек с эндометриозом —  $34 \pm 13,0$  дня, у девушек без эндометриоза —  $29 \pm 4,7$  дней ( $p = 0,058$ ). Регулярный цикл в группе с эндометриозом обнаружен у 5 (62,5 %) девушек, без эндометриоза — у 61 (72,6 %) ( $p > 0,05$ ). У девушек с эндометриозом чаще встречается длительность менструации больше недели: у 1 девушки (12,5 %) против 4 (4,8 %) в группе без эндометриоза ( $p > 0,05$ ). У 5 девушек (62,5 %) с эндометриозом отмечаются менструации обильные. В группе без эндометриоза обильные менструации встречаются у 17 девушек (20,2 %) ( $p < 0,05$ ). Наличие предменструальных и постменструальных скудных кровянистых выделений в течение  $\geq 2$  дней в группе с эндометриозом отмечалось у 4 девушек (50,0 %), без эндометриоза — у 17 (20,2 %) ( $p > 0,05$ ). Постоянные боли в нижних отделах живота и поясничной области, усиливающиеся в период менструации в группе с эндометриозом отмечались у 3 девушек (37,5 %), без эндометриоза — у 35 (41,7 %) ( $p > 0,05$ ).

При эндометриозе менструации у 8 девушек (100 %) протекают болезненно, и по ВАШ средний показатель в группе составляет  $7,0 \pm 3,2$ , в то время как в группе

без эндометриоза менструации болезненны у 71 девушки (84,5 %) ( $p > 0,05$ ), среднее значение составляет  $4,0 \pm 3,3$  ( $p = 0,016$ ).

Боли, не связанные с менструальным циклом среди молодых женщин с эндометриозом выявлены в 1 случае (12,5 %), без эндометриоза — в 1 (1,2 %) ( $p > 0,05$ ). Боль в кишечнике, запоры или поносы, тенезмы во время менструации в группе с эндометриозом наблюдаются у 3 девушек (37,5 %), без эндометриоза — у 46 (54,8 %) ( $p > 0,05$ ). Наличие головной боли в перименструальный период среди девушек с эндометриозом отмечено в 3 случаях (37,5 %), без эндометриоза — в 9 (10,7 %) ( $p > 0,05$ ). Повышенная раздражительность, тревожность и снижение настроения в группе с эндометриозом выявлено у 4 (50,0 %) женщин, без эндометриоза — у 62 (73,8 %) ( $p > 0,05$ ). Повышение температуры, связанное с менструальным циклом, чаще отмечается в группе с эндометриозом: 2 девушки (25,0 %) против 7 (8,3 %) ( $p > 0,05$ ).

**Вывод.** Молодые женщины, страдающие эндометриозом, имеют более длительные менструации. Также у них чаще отмечаются обильные менструации ( $p < 0,05$ ). При эндометриозе менструации в 100 % случаев протекают болезненно, и выраженность боли по ВАШ статистически значимо сильнее ( $p = 0,016$ ). Также у молодых женщин с эндометриозом чаще отмечается повышение температуры во время менструации, головная боль в перименструальный период, мажущие кровянистые выделения до и после менструации, но эти результаты не статистически значимы.



## СЛУЧАИ ВЫЯВЛЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК ПРИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

*А.В. Макаров, студент 3 курса лечебного факультета, А.А. Бибикова  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент А.А. Бибикова*

**Ключевые слова:** почки; кисты; одиночные; множественные кисты; секционный материал

**Цель исследования:** изучить случаи выявления одиночных и множественные кист на секционном материале людей, смерть которых, не была связана с патологией мочевой системы, при их патологоанатомическом вскрытии.

**Материалы и методы:** было исследовано 12 макропрепаратов, из них 6 почек мужчин и 6 почек женщин, в возрасте от 73 до 95 лет. Взятие материала проводилось при выборочном исследовании почек на базе патологоанатомического и судебно-медицинского отделения г. Удомля Тверской области. Исследования проводились традиционным макроскопическим методом препарирования и морфометрическим методом с использованием измерительной линейкой с делением 1 мм.

**Результаты:** При макроскопическом исследовании 12 макропрепаратов почек (6 мужских и 6 женских почек) были обнаружены одиночные или множественные кисты. В 7 почках (5 мужских и 2 женских) наблюдаются мелкие одиночные кисты, размеры которых варьировали от 5×5 мм до 10×15 мм, округлой формы, с наличием светлого содержимого, с относительно ровными и гладкими стенками. В 3 почках (2 женские, 1 мужская почка) наблюдались кисты размерами от 20×25 мм до 30×32 мм, с мутным, геморрагическим содержимым, с утолщенными, уплотненными, белесоватыми стенками за счет склероза. В двух женских почках выявлены множественные кисты разделенными перегородками, размерами от 3×3 мм до 17×14 мм, расположенные по границе коркового и мозгового вещества, объём которых занимал до 30–35 % паренхимы с уменьшением толщины коркового слоя до 0,3–0,2 мм (норма 0,5–0,8 мм) и нарушением структуры и образованием бугристой поверхности почек.

Проведенное исследование показало, что у мужчин в 5 почках из 6 встречаются единичные мелкие кисты, а у женщин в 4 почках — преобладали множественные (поликистоз) и одиночные кисты более крупных размеров.

Установлено, что при сборе катамнеза у родственников, во всех исследуемых случаях, умершие мужчины и женщины жаловались на общую слабость, повышенную утомляемость, повышенные цифры артериального давления и непостоянные боли в поясничной области, чему не предавалось значения из-за пожилого и старческого возраста.

В процессе анализа научной литературы было выявлено, что простая почечная киста — это одиночное доброкачественное жидкостное образование, которое входит в число самых распространённых урологических заболеваний. Простая почечная киста встречается у 10 % людей в общей популяции. Простые кисты почек (единичные или множественные) чаще (50 %) диагностируют у мужчин и реже у женщин старше 50 лет. Они случайно обнаруживаются при исследованиях (УЗИ, МРТ, МСКТ) и частота выявления данной патологии с каждым годом может увеличиваться.

**Выводы.** Таким образом, одиночные кисты в почках не редко являются чисто экспертной и патологоанатомической находкой. У лиц мужского пола — чаще встречаются одиночные кисты, что согласуется с данными статистики и специальной литературы, у женщин — преобладают множественные кисты, одиночные имеют более крупные размеры. Повышение артериального давления, нарушение общего самочувствия, у лиц пожилого и старческого возраста при жизни, может быть связано с обнаружением кистозных образований в почках.

## НАИМЕНОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЫ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

*А.В. Макаров, Л.А. Сулова студенты 1 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра иностранных и латинского языков  
Научный руководитель: д.ф.н., профессор А. Ю. Соколова*

**Ключевые слова:** медицинские специальности; способы словообразования; суффиксация

**Цель исследования** — провести анализ названий специалистов медицинской сферы в английском языке с точки зрения способа их образования, определить основные модели терминообразования данной области.

Объектом исследования послужили термины, называющие врачей разных специальностей в английском языке.

**Методы исследования.** В процессе исследования была проведена выборка наименований специалистов медицинской сферы в английском языке. Термины были проанализированы с точки зрения способа их образования, выделены группы, характеризующие общностью формальных признаков и происхождения. Способы словообразования, используемые в исследуемой области в английском языке, были соотнесены с моделями в латинском языке, который послужил основой формирования медицинского английского языка.

**Результаты.** Терминообразование — это процесс создания новых терминов или специальных слов, которые используются в определенной области знания или профессии. Существует множество способов терминообразования в английском языке. К наиболее распространённым относятся: синтаксический способ (объединение двух или более слов), морфологический (при котором новое слово образуется путем присоединения к производящей основе различных морфем), заимствование.

В латинском языке наименование профессий медицинских работников образуется морфологически при помощи двух терминоэлементов:

- с помощью ТЭ *-logus* «специалист в какой-либо области», например, *cardiologus, i m*
- с помощью ТЭ *-iater* «врач, занимающийся лечением больших групп больных», например, *paediater, tri m*

Как показало проведенное исследование, для образования наименований специалистов в английском языке чаще всего используется аффиксация, а именно — суффиксальный способ. Было выявлено несколько суффиксов, с помощью которых происходит образование терминов указанной сферы. Наиболее продуктивным суффиксом является суффикс *-ist*. Данный словообразовательный элемент, означающий «тот, кто делает», используется для обозначения приверженности опре-

деленному учению или обычаю, от французского *-iste* и непосредственно от латинского *-ista*. Он служит для образования существительных от уже имеющих в языке существительных, обозначающих научную сферу: *cardiology* — *cardiologist*, *oncology* — *oncologist*. Количество наименований специалистов, образованных с помощью данного суффикса, составляет 41 пример из 51. В большинстве случаев (в 34 примерах из 41) суффикс *-ist* присоединяется к корню слова, который оканчивается на *-log*. В остальных примерах суффикс присоединяется непосредственно к корню, обозначающему объект деятельности: *dentist*, *orthodontist*, *geneticist* (*genetics* + *-ist*), *therapist* (*therapy* + *-ist*) или область деятельности: *psychiatrist* (*psychiatry* + *-ist*).

Второй по частоте употребления (6 примеров) — суффикс *-(ic)ian*. В данном случае все примеры распадаются на две подгруппы:

- 1) Образованные по модели термина *paediatric* — *paediatrician* (прилагательное + суффикс *-ian*). Этот словообразовательный элемент, означающий «относящийся к», происходит от латинского суффикса прилагательного *-an*.
- 2) Образованные по модели термина *physician* (существительное + суффикс *-ian*), который был заимствован в 1200 г. от старофранцузского *fisicien* «врач, целитель, мудрец» от латинского *physica* «естествознание». К этой группе относятся термины *beautician* и *dietician*.

Также были выделены малочисленные термины (по 1-2 примера), которые представляют собой такие способы терминообразования как заимствование (*surgeon*), обратное словообразование (*osteopath*), синтаксическое терминообразование (*infectious disease specialist*).

Необходимо также отметить наличие двойных наименований типа *geriatrician* и *gerontologist*. *Gerontologist* — это научный работник, обладающий обширными знаниями в области старения человека, занимающийся исследованиями заболеваний, связанных с возрастом. *Geriatrician* — это врач, который специализируется на лечении и профилактике возрастных заболеваний пожилых людей.

Таким образом, две наиболее продуктивные модели терминообразования в сфере наименований медицинских специалистов в английском языке соотносятся с латинскими ТЭ: *-(log)ist* используется в случае, если речь идет о представителе научной сферы (от латинского ТЭ *-logia*), суффикс *-(iatic)ian* указывает на практическое направление деятельности специалиста.

**Выводы.** Анализ наименований специалистов медицинской сферы в английском языке позволил сделать выводы о том, что наиболее распространенным способом терминообразования в данной сфере является морфологический способ, а именно суффиксация.

## ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ СТУДЕНТОВ ТВЕРСКОГО ГМУ О ВЛИЯНИИ БРУКСИЗМА НА ПОЛОСТЬ РТА

*Д.И. Маклецкая, студентка 2 курса педиатрического факультета,  
старший преподаватель Е.Б. Ганина  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии  
Научные руководители: к.б.н., старший преподаватель Е.Б. Ганина,  
старший преподаватель Н.А. Костюничева*

**Ключевые слова:** бруксизм; зубы; височно-нижнечелюстной сустав; жевательные мышцы; полость рта

**Актуальность:** в настоящее время бруксизм достаточно широко распространён среди населения России. Бруксизм проявляется периодическим скрипом зубов преимущественно во время сна, особенно в стрессовых ситуациях. Об этом может свидетельствовать боль в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) или сильная головная боль после пробуждения. Многие люди не подозревают о данном заболевании и не знают, что скрежетание зубами способно их повредить.

**Цель исследования:** изучить осведомлённость студентов о бруксизме; охарактеризовать влияние бруксизма на органы полости рта.

**Материалы и методы:** изучение современной научной литературы и интернет-ресурсов по данной теме, анализ проведённого опроса на платформе Google forms среди студентов Тверского ГМУ. В исследовании участвовало 102 обучающихся 1-6 курсов стоматологического, лечебного и педиатрического факультетов, из них — 33 юношей и 69 девушек в возрасте от 17 лет и старше.

**Результаты.** Врачи-стоматологи нередко встречаются с последствиями бруксизма: патологическая стираемость зубов, дисфункция ВНЧС, гипертрофия жевательных мышц и другие. Бруксизм характеризуется парафункцией жевательных мышц, что сопровождается скрежетанием зубов и сжатием челюстей. Различают дневной бруксизм (бодрствования) и ночной (сна) в зависимости от времени суток, когда он проявляется. Механизм развития болезни не ясен. Большинство стоматологов придерживаются периферической теории, основанной на окклюзионной дисгармонии (аномалии прикуса), стимулирующей жевательную активность. Неврологи склоняются к центральной теории, согласно которой нарушения происходят в стволовых, подкорковых и корковых структурах головного мозга. В течение дня чаще возникает статический бруксизм (бесшумное сжатие зубов). Например, он может быть вызван такими эмоциями, как тревога, стресс, разочарование, гнев или при физическом напряжении. Динамический бруксизм — скрежущие движения челюстей из стороны в сторону или спереди назад и обычно возникает во время сна, больные бессознательно скрипят зубами. Спящий бруксизм как правило сопровождается нарушениями сна (храп и апноэ во сне), такие

пациенты часто не высыпаются. Бруксизм имеет серьёзные отдаленные последствия: гипертрофия жевательных мышц, ограничение движения челюстей, боли в ВНЧС, шее, плечевых суставах.

При ответе на вопрос «Укажите, что такое бруксизм?» подавляющее большинство наших респондентов (66,7 %) ответило, что бруксизм представляет собой скрежетание зубами. При этом половина из опрошенных отмечает, что скрипит зубами, а 25 % делают это периодически. Проблемы с жевательной функцией отмечают 16,7 % респондентов. Повышенная чувствительность зубов также может быть связана с бруксизмом. Так, четверть опрошенных (25 %) отмечают выраженную чувствительность в области каких-либо зубов. Одним из характерных симптомов бруксизма является патология ВНЧС. Она возникает по двум причинам: неправильный прикус или чрезмерное давление на суставы. Так 18,3 % испытывают боль в ВНЧС, 25 % ощущают шумы, а 16,7 % испытывают боль при широком открывании рта (например, при зевании). Кроме того, из-за большого напряжения в жевательных мышцах, люди, страдающие бруксизмом, часто просыпаются с сильной болью в области лица или висков. Так, 41,7 % респондентов страдают от головных болей, а 58,3 % испытывают спазмы в области головы, шеи и горла. Скрежетание зубами может привести к повреждению протезов, пломб, коронок и даже к переломам зубов под действием очень сильного давления на них. Бруксизм также приводит к воспалению тканей пародонта, которые окружают и поддерживают зубы в альвеолах. Если вовремя не исправить это состояние, зубы могут стать подвижными.

**Выводы.** Полученные результаты говорят о высокой осведомлённости среди студентов о том, что такое бруксизм. Более того, 91,7 % респондентов убеждены в том, что бруксизм необходимо лечить. Однако, необходимо проводить санитарно-просветительскую работу среди населения, информируя о диагностике бруксизма и его возможных осложнениях. Бруксизм — заболевание комплексное, так как нет универсальной причины, объясняющей его возникновение, а это серьёзно затрудняет лечение. Консультация врача-стоматолога должна стать первым шагом в подтверждении диагноза и оценке степени любого причиненного ущерба. Безусловно, бруксизм оказывает большое влияние на здоровье полости рта.

## ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА ХИТОЗАНА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ ПРИЁМА ВАРФАРИНА

*Д.И. Маклецкая, студентка 2 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии  
Кафедра биохимии с курсом клинической лабораторной диагностики  
Научные руководители: к.б.н., старший преподаватель Е.Б. Ганина,  
к.м.н., доцент И. В. Наместникова*

**Ключевые слова:** варфарин; хитозан; антикоагулянт; геморрагия; гемостаз; показатель протромбинового времени

По данным ВОЗ 80 % смертей в России вызваны хроническими неинфекционными заболеваниями, лидирующее место среди которых занимают сердечно-сосудистые заболевания. Процент смертности и инвалидизации населения повышается из-за осложнений, возникающих на фоне приёма назначаемых лекарственных средств, в частности антикоагулянтных препаратов. Одним из них является Варфарин, который способен вызывать геморрагический синдром различной степени тяжести. Смертность от внутричерепных геморрагий на фоне приёма Варфарина составляет до 60 % в год. В настоящее время большое внимание уделяется изучению кровоостанавливающего действия хитозана (природный коагулянт).

**Цель исследования** заключалась в контроле показателей протромбинового времени (ПТВ) и геморрагических осложнений при приёме варфарина и хитозана, установлении влияния совместной терапии препаратов на гемостаз.

**Материалы и методы:** опыт проводился на 10 белых нелинейных крысах самцах массой 200–300 г. Животных содержали в стандартных условиях вивария на обычном рационе со свободным доступом к воде. Эксперимент состоял из двух этапов: на 1-ом осуществлялся расчёт доз препаратов, их введение, первичное взятие крови; на 2-ом вторичное взятие крови, ревизия органов грудной и брюшной полостей. Крысы были выведены из эксперимента путём передозировки «Золетил-100». Эксперимент осуществляли в полном соответствии со всеми правилами работы с лабораторными животными.

Крысы были разделены на 3 группы: 2 экспериментальные (№1 и №2) по 4 особи в каждую и контрольную группу ( $n = 2$ ). Контрольная группа получала очищенную воду в дозе 10 мл/кг в течение 4 недель. Экспериментальная группа №1 получала Хитозан (производство «Квадрат-С ООО», Россия) перорально в разведённом растворе 0,9 % NaCl с помощью шприца в течение 4 недель, 1 раз в день до еды. Дозировка была рассчитана с учётом суточной нормы препарата для человека и её пересчётом (используя коэффициент (6,2) межвидового переноса) на животное и составила 54,25 мг. Крысы из экспериментальных групп получали

Варфарин (производство компании ООО «Озон Фарм», Россия, Самарская обл., г. Тольятти) перорально в разведённом растворе 0,9 % NaCl с помощью шприца. Суточная дозировка была рассчитана по массе тела с учётом межвидового переноса и составила 0,4 мг/кг. Животные из экспериментальных групп №1 и №2 получали препарат Варфарин в течение 4 дней, 1 раз в сутки. Экспериментальная группа №1 получала Варфарин после приёма Хитозана в течение 4 недель, а №2 была введена в эксперимент, не принимая Хитозан. Перед началом и в конце эксперимента у всех крыс была взята кровь для контроля уровня ПТВ.

**Результаты:** у крыс из экспериментальной группы №1 во время приёма Хитозана на 14–15 сутки было замечено увеличение двигательной активности по сравнению с животными контрольной группы и экспериментальной группы №2.

У всех крыс из экспериментальной группы №2 после начала приёма Варфарина уже на вторые сутки наблюдались носовые кровотечения, у двух из них были выявлены кровоизлияния на коже в области холки. У животных из экспериментальной группы №1 внешние кровотечения после приёма Варфарина обнаружены не были.

При ревизии органов грудной и брюшной полостей у крыс из экспериментальной группы №2 отмечались раздутые петли кишечника, гипертрофия сердца и обильное кровотечение. У животных из экспериментальной группы №1 наблюдались дистрофические изменения селезёнки, уменьшение её паренхимы, кровотечение не было обильным. У крыс из контрольной группы не были выявлены проявления морфологических изменений органов брюшной полости.

Показатели ПТВ до начала эксперимента: у крыс из всех групп они находились в пределах 23,80–25,0 с., что является вариантом нормы.

Показатели ПТВ у крыс после завершения эксперимента составляли: экспериментальная группа №1 – 48,40–55,2 с.; экспериментальная группа №2 – 48,60–57,1 с.; у животных из контрольной группы – 23,80–25,5 с.

**Выводы:** при идентичных показателях ПТВ у крыс из экспериментальных групп №1 и №2, у животных из группы №1 не были выявлены экхимозы, носовые кровотечения и обильные кровотечения при ревизии органов грудной и брюшной полостей.

Хитозан проявляет гемостатический эффект на фоне приёма Варфарина, не снижая величину ПТВ, следовательно, он не оказывает конкурентного действия на Варфарин и может быть использован в качестве профилактики геморрагических осложнений при приёме данного антикоагулянта.



## САРКОПЕНИЯ И ПАДЕНИЯ У ЖЕНЩИН СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Н.С. Максимов, М.С. Рамазанова студенты 6 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.В. Караева*

**Ключевые слова:** саркопения; динамометрия; падения; старческая астения; пожилой и старческий возраст

**Актуальность.** По последним статистическим данным за 2021 год в Российской Федерации распространенность саркопении среди лиц пожилого возраста достигает 22 %, среди лиц старческого возраста 35 %. В условиях прогрессирующего старения населения эта проблема становится все более актуальной.

**Цель исследования.** Изучить показатели саркопении и падений у женщин со старческой астенией в пожилом и старческом возрасте.

**Методы исследования.** Было обследовано 34 «хрупких» женщины Тверского геронтологического центра (ТГЦ) в возрасте от 60 до 90 лет. Пациенты по возрасту были разделены на 2-е группы: 1-я (n = 15) средний возраст которых составил  $68,4 \pm 4,6$  лет (пожилые пациенты от 60 до 74 лет); 2-я (n = 19) средний возраст  $80,4 \pm 4,2$  (пациенты старческого возраста от 75 до 90 лет). Для выявления старческой астении и «хрупкости» использовался скрининговый опросник «Возраст не помеха», показатели мышечной силы правой руки оценивались при помощи медицинского динамометра ДМЭР-120-0,5. Критериями исключения являлись пациенты с установленной деменцией, тотальной афазией; а также больные с нежеланием сотрудничать в рамках исследования. Статистическую обработку данных осуществляли использованием пакетов программ SPSS 16.0, Statistica 6.0, t-критерия Стьюдента.

**Результаты исследования.** Отмечено, что у больных 2-й группы все показатели мышечной силы были значительно ниже — 14,54 кг, чем у больных 1-й группы 18,73 кг (для 1-й группы  $p < 0,05$  по отношению ко 2-й группе). Общее количество падений за последний год у пациентов в этих группах 19. Однако установлено, что падений было в 2,2 раза больше во 2-й группе — 13 (40,0 %) женщин, против 6 (68,4 %) обследованных в 1-й группе (различие между 1-й и 2-й группой статистически значимо,  $p < 0,05$ ).

**Вывод.** Саркопения и падения чаще встречаются у «хрупких» женщин в старческом возрасте по сравнению с пожилым (исправлено). Это нужно учитывать при разработке профилактических мероприятий для предотвращения падений и переломов, чтобы избежать инвалидизации данной группы пациентов.

## АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВАЛЕРИАНЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ В БЕЛАРУСИ

*Е.В. Малашкова, студентка 5 курса фармацевтического факультета;  
О.В. Мушкина, О.А. Ёршик  
БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь  
Кафедра организации фармации  
Научный руководитель: к.ф.н., доцент О.В. Мушкина*

**Ключевые слова:** валериана лекарственная; анализ ассортимента; сегментация

В настоящее время корневища с корнями валерианы лекарственной являются популярным лекарственным растительным сырьем, используемым для получения лекарственных средств широкого спектра действия [1].

**Цель исследования.** Провести сегментацию ассортимента лекарственных препаратов валерианы лекарственной.

**Материалы и методы.** Сегментация ассортимента лекарственных препаратов валерианы лекарственной по критериям: формы выпуска, моно-препараты/комбинированные препараты, производители [2, 3, 4, 5].

**Результаты.** Изучено соотношение лекарственных препаратов валерианы лекарственной по формам выпуска. На фармацевтическом рынке Республики Беларусь количественно преобладают твердые формы выпуска (60 %), по сравнению с жидкими (40 %).

Твердые формы выпуска лекарственных препаратов валерианы лекарственной представлены следующими формами: таблетки/таблетки, покрытые оболочкой (52 %), капсулы (20 %), измельченное сырье (14 %), сбор (14 %).

Сегментация ассортимента лекарственных препаратов валерианы лекарственной по жидким формам выпуска: капли для приема внутрь (57 %), настойка (39 %), раствор для приема внутрь (4 %).

Исследовано соотношение лекарственных препаратов валерианы лекарственной по показателю моно-препараты/комбинированные препараты. На основании полученных данных можно сделать выводы, что на фармацевтическом рынке Республики Беларусь преобладают комбинированные препараты (71 %) валерианы лекарственной. Соответственно для моно-препаратов валерианы лекарственной доля составляет 29 %.

При анализе лекарственных препаратов валерианы лекарственной, выпускаемых отечественными заводами выявлено, что их доля составляет 55 %, по сравнению с зарубежными заводами (45 %).

Основными белорусскими фармацевтическими предприятиями по производству лекарственных препаратов валерианы лекарственной являются: ОАО Борисовский завод медицинских препаратов, СОАО «Ферейн», РУП Белмедпрепараты,

УП «Минскинтеркапс», Академфарм, ООО ПАДИС'С, БелАсептика, ООО НПК Биотест.

Зарубежными представителями фармацевтической отрасли по производству лекарственных препаратов валерианы лекарственной являются: Российская Федерация, Словения, Чехия, Германия, Литва, Украина.

**Выводы.** Обеспечение доступности лекарственных препаратов населению является основным принципом государственной политики в области здравоохранения, что подтверждается производством лекарственных препаратов валерианы лекарственной отечественными фармацевтическими предприятиями.

## ОЦЕНКА ОБИЛЬНОСТИ МЕНСТРУАЦИИ У ЖЕНЩИН ДО 30 ЛЕТ

*Е.Э. Мамаева, студентка 5 курса педиатрического факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Научный руководитель: Ю.А. Богомолова*

**Ключевые слова:** обильные менструальные кровотечения; менструация; качество жизни

**Цель исследования.** Оценить обильность менструации у женщин до 30 лет. Выявить случаи обильных менструальных кровотечений (ОМК) субъективным и объективным методом. Определить и сравнить качественную и количественную оценку обильности менструации.

Обильные менструации — это состояние, при котором женщина испытывает излишнее или необычно сильное кровотечение во время менструации. Это может проявляться в виде необходимости частой смены тампонов или прокладок, сильных болевых ощущений, длительности кровотечения более 7 дней, а также симптомов анемии, таких как слабость, усталость и бледность. Обильные менструации могут быть вызваны различными причинами, включая гормональные изменения, нарушения функции щитовидной железы, миому матки, полипы матки, эндометриоз, воспалительные заболевания и другие патологии. Данные заболевания могут не иметь специфической симптоматики, зачастую ОКМ будет единственным симптомом, поэтому так важна диагностическая ценность оценки обильности менструации.

**Материалы и методы.** Для оценки обильности менструального кровотечения используются объективные и субъективные методы. Однако не всегда они совпадают по результатам. К объективным критериям относятся количество используемых тампонов и/или прокладок за день, продолжительность менструации, наличие крупных сгустков крови, снижение количества железа в крови в течение менструации. Субъективная оценка обильности менструации основана на восприятии самой женщины о том, насколько сильное и длительное ее кровотечение. Оценка также может основываться на ощущениях боли, дискомфорта.

Для оценки менструации был разработан специальный опросник на основе калькулятора «Оценка интенсивности маточных кровотечений (PBAC, Hihman, Janssen)» и вопросов, связанных с общим состоянием здоровья.

Для анкетирования были взяты женщины в возрасте до 30 лет, проживающие в городе Тверь (n = 71). При статистической обработке данных производилось сравнение выборочных долей.

**Результаты.** При оценке менструального кровотечения по калькулятору у 33 (43,7 %) женщин определяется кровопотеря более 80 мл. По субъективной оценке, 25 (35,2 %) опрошенных считают, что имеют обильные менструации, из них

объективно у 4 (16 %) женщин кровопотеря составляет менее 80 мл за одну менструацию. С другой стороны, 12 (16,9 %) женщин с кровопотерей более 80 мл считают свои менструации необильными. 46 (64,8 %) опрошенных считают, что у них необильные менструации, однако у 12 (26,1 %) из них кровопотеря более 80 мл за один цикл. У 2 (2,8 %) опрошенных менструации длятся более 7 дней.

ОМК также ведут к снижению работоспособности и ухудшению качества жизни женщин. Из нашего опроса следует, что 70,4 % женщин во время менструации испытывает небольшой дискомфорт, а 22,5 % женщин строят планы в зависимости от цикла, и только 7,0 % отмечают, что менструация не влияет на их повседневную деятельность.

**Выводы.** На основе нашего исследования была выявлена разница между объективной и субъективной оценкой обильности менструации у женщин до 30 лет. Была выявлена группа опрошенных с объективно обильными менструациями, однако данные женщины субъективно не оценивали менструации обильными. Недостаток знаний и непонимание проблемы приводит к позднему выявлению заболеваний и развитию тяжелых осложнений. Субъективная оценка может быть полезна для понимания индивидуальной реакции каждой женщины на ее менструацию. Однако объективная оценка имеет большее значение для медицинской диагностики и определения патологий, так как она основана на конкретных данных и фактах.

Идеальным подходом является комбинирование объективной и субъективной оценок обильности менструации для более полного понимания состояния женского здоровья и определения необходимости лечения.

## ЛЕКСИКА СОВРЕМЕННОГО РУССКОГО ЯЗЫКА ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ ТЕРАПИИ С УЧАСТИЕМ ЖИВОТНЫХ

*Д.Б. Маматкулов, студент 2 курса стоматологического факультета;*

*Н.А. Буданова*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра русского языка*

*Научный руководитель: к.ф.н., доцент Н.А. Буданова*

**Ключевые слова:** лексика; терапия с участием животных

**Цель исследования:** представить лексику, которая используется для обозначения видов терапии с использованием животных; выявить источники пополнения и способы образования.

**Материалы и методы:** были отобраны терминологические лексические единицы, которые используются в медицинской практике с включением животных в процесс лечения. На основе лексико-семантического анализа термины были классифицированы; с помощью этимологического анализа были проанализированы способы их образования.

**Результаты.** В последние десятилетия большое количество исследований указывает на социальные, психологические и физиологические преимущества терапии с помощью животных в области здравоохранения и образования.

Единой общепринятой терминологии для описания методов лечения людей с участием животных в России пока нет, в современной литературе используются разнообразные наименования. Основным способом образования выявленных терминов — способ сложения на основе иноязычных или исконно русских элементов. Можно выделить несколько способов образования:

1. Сложение с использованием соединительной гласной «о»:
  - анималотерапия (от лат. animal — животное и греч. θεραπεία — терапия (лечение));
  - фауноотерапия (от лат. Fauna — бо-ги-ня ле-сов и по-лей, по-кро-ви-тель-ни-ца стад жи-вот-ных в рим. ми-фо-логии).
2. Сложение без соединительной гласной:
  - анималтерапия;
  - зоотерапия (от греч. «ζῷον» (zōon) — животное);
  - биотерапия (от греч. bios — жизнь).
3. Сложение с использованием дефиса:
  - пет-терапия (англ. pet therapy, от англ. pet — обобщённое название домашних животных, дословно «любимое животное»). Именно этот термин используется в западных странах: в США существует международная организация терапии животными (Pet Therapy International).

- энимал-терапия: (от англ. animal — животное: в названии проявляется английское произношение этого слова);
- зоо-терапия.

4. Сочетания, где слова «животное» и «зверь» имеют исконно русское происхождение: терапия животными, психотерапия животными, звериная терапия. Таким образом, в русском языке можно выделить две группы написания терминов:

- а) с использованием одних и тех же элементов: анималотерапия, анималтерапия, энимал-терапия; зоотерапия, зоо-терапия;
- б) с использованием разных элементов: анималотерапия, фаунотерапия, биотерапия, пет-терапия, терапия животными, звериная терапия.

При образовании терминов для обозначения терапии с конкретным видом животных чаще всего используется словообразовательная модель, которая включает в себя обозначение вида животного и слово «терапия». К первой группе слов относятся термины, где название животного является заимствованием из латинского или греческого языков: фелинотерапия (от лат. *felis* — кошка); апитерапия (от лат. *apis* — пчела); иппотерапия (от греч. *hippos* — лошадь); энтомотерапия (от греч. *entomon* — насекомое); дельфинотерапия (от греч. — *delphin*). Можно наблюдать и дублирующие друг друга названия: гирудотерапия (от лат. *hirūdō* — пиявка) и бделлотерапия (от др.-греч. *βδέλλα* — пиявка); канистерапия (вариант написания: канис-терапия) (от лат. *canis* — собака) и кинологическая терапия (от греч. *κύων, κυῶν, κυνός, kynos* — собака и *-λογία* — *logia*, относящееся к изучению собак).

Вторую группу слов составляют терминологические образования, в которых названия животных являются словами исконно русского происхождения:

- а) с использованием наиболее употребительной словообразовательной модели (название животного + «терапия»). Например, улиткотерапия (из ст.-слав. «улить» — «полый»). Название произошло из-за домика улитки (раковины), который без животного пустует. Личинкотерапия (из ст.-слав. «личина»). Под словом «личина» имеется в виду внешний вид, за которым скрывается истинная сущность чего-л. или кого-л. За личинкой скрывается ее истинная сущность: насекомое, которое со временем появится из личинки.
- б) название является описательным обозначением: лечение певчими птицами, лечение аквариумными рыбками.

К третьей группе можно отнести синонимические термины, образованные из разных по происхождению слов: иппотерапия и лошадетерапия; канистерапия и собакотерапия; фелинотерапия и кошкотерапия, кототерапия, лечение кошками.

**Выводы:** в современном русском языке для обозначения терапии с участием животных нет единой терминологии. Мы считаем, что причиной является отношение к этой области медицины как к альтернативной, дополнительной, мало доказательной. Эффективность терапии с участием животных до сих пор спорна из-за отсутствия ясности относительно степени, в которой само животное вносит вклад в процесс выздоровления.

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*З.А. Мардиева*

*Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,  
Узбекистан*

*Кафедра патологической анатомии*

*Научный руководитель: д.м.н., доц. Ш.Э. Исламов*

**Ключевые слова:** *рак предстательной железы; морфологические признаки*

**Цель исследования** — выявить клинико-морфологическую характеристику рака предстательной железы.

**Материал и методы исследования.** В качестве объектов исследовались живые люди — пациенты с раком предстательной железы, находившиеся на стационарном лечении в Самаркандском областном филиале Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии (20), анализировались их медицинские документы (истории болезни), а также результаты клинико-лабораторных исследований, данные морфологических исследований. Учитывались результаты — катamnестических, макроскопических, микроскопических (метод окраски микропрепаратов гематоксилином и эозином), морфометрических, статистических методов исследований. Расчет и оценку результатов исследования проводили с использованием пакета программ MS Excel (Microsoft), пакета статистической обработки данных SPSS 12.0.2 и Statistica, 6.0 (Stat Soft) на компьютере с операционной системой Windows. Полученные численные значения были обработаны методами вариационной статистики.

**Результаты.** В 70 % случаев карцинома предстательной железы локализуется в ее периферической зоне (обычно в заднем отделе железы, что позволяет пропальпировать опухоль при ректальном пальцевом исследовании). Характерно, что на разрезе железы опухолевая ткань зернистая и плотная. Если опухоль располагается в толще ткани предстательной железы, то плохо визуализируется, но легче выявляется при пальпации. При местном распространении обычно поражаются перипростатическая ткань, семенные пузырьки и основание мочевого пузыря, что при запущенных формах заболевания может привести к обструкции уретры. Метастазы вначале распространяются по лимфатическим сосудам до уровня запирающих лимфатических узлов и достигают парааортальных лимфатических узлов. Гематогенная диссеминация происходит главным образом в кости, особенно кости осевого скелета, но в некоторых случаях наблюдается массивная диссеминация во внутренние органы (скорее исключение, чем правило). Метастазы в костях обычно являются остеобласты ми и в случае обнаружения у мужчин четко указывают на наличие рака предстательной железы. Чаще всего поражается поясничный отдел позвоночника, затем (в порядке убывания частоты) — проксимальная часть бедренной кости, кости таза, грудной отдел позвоночника и ребра.



Гистологически большинство опухолей предстательной железы представляют собой аденокарциному, которая характеризуется наличием четко очерченных, легко определяемых железистых структур. Опухолевые железы обычно меньше по размеру и выстланы одним слоем кубических клеток или низкими цилиндрическими эпителиальными клетками. Опухолевые железы располагаются ближе друг к другу и, что характерно, лишены разветвлений или папиллярных инвагинаций. В опухолевых железах отсутствует наружный базальный слой, характерный для желез нормального органа. Цитоплазма опухолевых клеток варьирует от тускло-светлой, характерной для клеток неизменных желез, до отчетливо амффильной. Ядра крупные и часто содержат одно или несколько больших ядрышек. Наблюдаются некоторые различия в размере ядер и их форме, но в целом плеоморфизм не очень выражен. Фигуры митоза нехарактерны.

Морфологическая диагностика рака предстательной железы также сложна, т.к. признаки злокачественности могут быть едва уловимыми, что повышает вероятность ложноотрицательного результата. Существует также множество доброкачественных процессов, имитирующих злокачественную опухоль, что тоже может привести к ошибочной диагностике. Несмотря на то, что есть несколько гистологических признаков, специфичных для рака предстательной железы, например, перинеуральная инвазия, диагноз ставят при сочетании тканевых, клеточных и некоторых дополнительных признаков. Как отмечено ранее, главным отличительным признаком доброкачественности процесса в предстательной железе является наличие клеток базального слоя, в то время как их отсутствие свидетельствует о раке предстательной железы.

### **Выводы**

1. Морфологические критерии рака предстательной железы разработаны неполно. Отмечается увеличение числа случаев так называемого «гормоно-резистентного» рака простаты.
2. Признаки злокачественности могут быть едва заметными, что повышает вероятность ложноотрицательного результата. Существует также множество доброкачественных процессов, имитирующих злокачественную опухоль, что тоже может привести к ошибочной диагностике.
3. Рекомендуются использование иммуногистологических маркеров для выявления клеток базального слоя. С помощью иммуногистохимического исследования можно определить их уровень, который повышается при раке предстательной железы.

## ГЕРОИ МУЛЬТФИЛЬМОВ КАК ПРИМЕРЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ

*Э.Н. Марьянн, студентка 6 курса лечебного факультета,  
Б.Н. Марьянн, ординатор 1 года, Е.Г. Некрасова, доцент кафедры  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор В.В. Дубенский*

**Ключевые слова:** дерматовенерология; трихология; мультфильмы

**Актуальность:** интересные клинические случаи бывают не только на приеме у врача дерматовенеролога, но и на экране кинотеатра или телевизора. Как оказалось, существует множество параллелей между дерматологическими заболеваниями и детскими мультфильмами.

**Цель исследования:** на примере героев детских мультфильмов наглядно представить различные дерматологические патологии.

**Материалы и методы:** на предмет болезней кожи и волос у мультипликационных героев проанализирован ряд российских и зарубежных мультфильмов.

**Результаты:** в мультфильме «Корпорация монстров» у пожилой дамы по имени Роз можно увидеть на лице большой пигментный невус, который относится к доброкачественным новообразованиям кожи. Беспигментный невус на спине можно диагностировать у Алекса из мультфильма «Мадагаскар», эфелиды или так называемые «веснушки», можно увидеть на лице Алеши Поповича из мультфильма о трех богатырях, в этом же произведении у бабы Яги на носу виднеется дерматофиброма. Пример вирусных бородавок на лице, обезображивающих внешность, можно встретить у бергенов — отрицательных персонажей серии мультфильмов «Тролли» от компании «Дрим Воркс». Неудивителен тот факт, что все персонажи семейства бергенов буквально «усыпаны» этими узелковыми образованиями. Ангионевротический отек также относится к дерматологическим заболеваниям. Его проявления можно наблюдать у главного героя советского мультфильма — Винни-Пуха. После каждого укуса пчел у него немедленно развивался отек Квинке.

Нередко на экранах мелькают различные заболевания волос. Такая редкая патология как пьебальдизм — врожденная прядь белых волос досталась Анне, героине «Холодного сердца», и злодейке мультфильма о долматинцах — Круэлле Дэвиль. Андрогенетическая алопеция или выпадение волос по мужскому типу оказалось популярным у персонажей мультипликационных фильмов. Отсутствие волос в андрогензависимой зоне мы можем наблюдать у доктора Айболита из одноименного мультфильма и почтальона Печкина из мультфильма «Трое из Простоквашино». Обоим героям советской зарисовки врач дерматовенеролог диагностировал бы 7 стадию алопеции по Норвуду — Гамильтону.

Различные виды гнездной алопеции демонстрируют нам персонажи отечественных и зарубежных мультфильмов. К примеру, у Знайки отсутствуют волосы в области затылка и височной зоне, так называемая лентовидная форма гнездной алопеции или офиазис. «Гадкий Я» — мультфильм, главный герой которого во взрослом возрасте потерял волосы на голове, в том числе ресницы. У Грю Феллониуса из волос на голове сохранились только брови, что также является проявлением гнездной алопеции.

«Малыш и Карлсон» — это мультипликационная зарисовка, где врач дерматолог точно заметит патологию волос у Фрекен Бок. Тугая «гулька» на макушке привела к краевой потере волос. В области лба у «домомучительницы» виден симптом «бахромы» или «челки», что свидетельствует о тракционной алопеции. Барону Мюнхгаузену из одноименного мультфильма, также не помешала бы консультация трихолога. Попытку героя вытащить себя из болота за собственные волосы можно рассмотреть, как этиологический фактор трихотилломании.

**Выводы:** пациенты дерматологического профиля встречаются не только в реальном мире, но и среди вымышленных персонажей мультипликационных фильмов. Врач дерматовенеролог, обладающий профессиональным опытом и знаниями, с легкостью заметит и поставит диагноз даже героям мультфильмов.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЭХИНОКОККОЗОВЫХ КИСТ ЛЕГКИХ

С.Р. Махмуджанова

Самаркандский государственный медицинский университет,

Самарканд, Узбекистан

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: д.м.н., доц. Ш.Э. Исламов

**Ключевые слова:** эхинококкоз легких; рецидив; морфологические формы

**Целью исследования** явилось выявление морфологических форм эхинококковых кист у больных с рецидивным эхинококкозом легких.

**Материал и методы.** В хирургическом отделении 1-й клиники Самаркандского Государственного медицинского университета оперированы 53 больных с рецидивным эхинококкозом легких. Нами проведен анализ морфологических модификаций эхинококкового поражения легких. Применены следующие методы исследований — катанестические, макроскопические, микроскопические (метод окраски микропрепаратов гематоксилином и эозином), морфометрические, статистические. Расчет и оценку результатов исследования проводили с использованием пакета программ MS Excel (Microsoft), пакета статистической обработки данных SPSS 12.0.2 и Statistica, 6.0 (Stat Soft) на компьютере с операционной системой Windows. Полученные численные значения были обработаны методами вариационной статистики.

**Результаты.** Эхинококкоз правого легкого выявлено у 29 больных, левого легкого у 17 больных. В 76 % случаев кисты располагались в нижней доле. Сочетанный эхинококкоз обеих легких наблюдали у 7 больных, наибольшее количество эхинококковых кист также располагались в нижней доле обеих легких. При рецидивном эхинококкозе легких, солитарные кисты выявлены лишь в 24 % случаев, в основном преобладали больные с множественным и сочетанным эхинококкозом в 76 % случаев.

*Echinococcus hominis* 1) отмечена у 20 (37,7 %) пациентов, *Echinococcus veterinorum* отмечена у 27 (50,9 %) пациентов и *Echinococcus acephalocystis* были отмечены в 6 (11,3 %) наблюдениях.

О характере морфологической формы окончательно судили интраоперационно. Модификация *Echinococcus hominis* отличается тем, что внутри кисты помимо гидатидной жидкости, выводковых капсул с протосколексами имеются дочерние, а иногда и внучатые пузыри. Материнские кисты макроскопически имеют матовую шероховатую поверхность и окрашены в молочно-белый или беловато-желтый цвет, как представлены на слайде. При этой форме отмечается миграция сколексов за пределы хитиновой оболочки в толщу, или даже за пределы фиброзной капсулы и происходит экзогенное почкование при росте эхинококковой кисты.

Именно при этой модификации наблюдались рецидивы заболевания на месте ранее существовавших кист.

При форме *Echinococcus veterinorum* заболевания внутри лавроцист имеются только выводковые капсулы и эхинококковая жидкость. Образование дочерних пузырей не происходит. *Echinococcus veterinorum* — является, пожалуй, самой агрессивной формой существования паразита, что обусловлено высоким давлением гидатидной жидкости, содержащей большое число жизнеспособных сколексов, которые при малейшем нарушении целостности оболочки попадают в плевральную полость, вызывая массивное поражение внутренних органов эхинококкозом. По нашим данным эта форма преобладала в наибольшем количестве случаев (51 %).

Лавроцисты третьей модификации *Echinococcus acephalocystis* (рис. 3) были отмечены в 6 наблюдениях. Данные виды кист характеризуются отсутствием выводковых капсул и протосколексов и чаще встречаются у животных чем у человека. Дооперационная диагностика этой модификации кист представляет большие трудности. Рентгенологическая и эхографическая характеристика таких кист имеет большое сходство с непаразитными кистами легких. Гистологическое исследование герминативной оболочки показало, что вся ее поверхность подвергается дистрофическим изменениям, выводковые капсулы отсутствуют. Поэтому эти кисты не способны продуцировать зародышевые элементы.

**Выводы.** Таким образом, выявлены 3 морфологические модификации эхинококкоза легких: *Echinococcus veterinorum*, *Echinococcus hominis* и *Echinococcus acephalocystis* каждая из которых имеет свое специфическое строение, отличающееся в первую очередь структурой герминативного слоя паразита. Анализ морфологических характеристик эхинококковых кист легких показал, что рецидивный эхинококкоз чаще всего встречался при *Echinococcus veterinorum* (50,9 %), *Echinococcus hominis* (37,7 %), а при *Echinococcus acephalocystis* рецидивов заболевания не наблюдается, а если и встречались (6–11,3 %) это мы связываем с реинвазией паразита.

## АЛКОГОЛЬ И СТУДЕНЧЕСКАЯ МОЛОДЕЖЬ

*М.В. Медведева, 6 курс, лечебный факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Ю. Колесникова*

**Ключевые слова:** студенты; алкоголь; факторы риска

**Цель исследования:** анализ особенностей алкоголизации студенческой молодежи вузов г. Твери.

**Материалы и методы:** проведено добровольное анонимное анкетирование 260 студентов тверских вузов (155 студентов Тверского государственного медицинского университета и 105 студентов Тверской государственной сельскохозяйственной академии). Преобладали женщины — 155 (59,6 %), мужчин было 105 (40,4 %); 25,0 % респондентов были в возрасте 19 лет, 23,4 % моложе 19 лет, 21,5 % — 20 лет, 17,7 % — 21 год, а остальные 12,4 % — старше 21 года. Среди опрошенных преобладали второкурсники и третьекурсники — по 26,5 %, 20 % составили первокурсники, еще 16,9 % — студенты 4-го курса. В анкету вошло 47 вопросов, оценивались количественные и качественные характеристики употребляемого алкоголя, мотивационные аспекты алкоголизации, понимание студентами рисков, связанных с алкоголизацией.

**Результаты:** к факторам риска пагубного воздействия алкоголя на организм относят частое употребление алкоголя, превышение относительно безопасных доз, предпочтение крепких спиртных напитков, а особенно, суррогатов алкоголя, привычка к алкоголизации без закуски или с минимальным количеством пищи, раннее начало алкоголизации. Среди опрошенных почти треть, 78 (30 %) студентов, не употребляли алкоголь совсем. Редко (несколько раз в год) употребляли алкоголь 84 (32,3 %) опрошенных, 2–3 раза в месяц — 82 (31,5 %). При этом о еженедельном приеме алкоголя сообщили 8 (3,1 %) студентов, столько же студентов употребляли алкоголь еженедельно или даже несколько раз в неделю. При оценке в динамике за последний год учащение приема алкоголя отметили 27 (10,4 %) студентов. Удивительно, несмотря на очень молодой возраст опрошенных, 61 (23,5 %) студент сообщил о желании снизить в будущем количество употребляемого спиртного. При заполнении анкеты об алкоголизации с превышением разовой относительно безопасной дозы спиртного сообщили 139 (53,5 %) опрошенных, из них 16 (6,2 %) студентов отмечали, что плохо контролируют количество выпитого. Стремилась достичь состояния опьянения уже в течение получаса-часа 60 (32,9 %) из выпивающих респондентов! Алкоголизация до состояния глубокого опьянения отмечена у 72 (27,7 %) респондентов, при этом 7 (2,7 %) студентов сообщали о систематическом характере такого употребления алкоголя. Наиболее

часто после злоупотребления алкоголем респонденты отмечали тошноту, рвоту и головную боль, которые возникали у 109 (41,9 %) опрошенных, реже регистрировались провалы в памяти после выпивки — у 43 (16,5 %) студентов. Наиболее распространено в студенческой среде было употребление алкогольных коктейлей — 92 (35,4 %), с близкой частотой шампанское — 76 (29,2 %), пиво — 75 (28,8 %) и столовое вино — 66 (25,4 %). Вместе с тем, примерно треть опрошенных сообщила о предпочтении крепких алкогольных напитков: 32 (12,3 %) студента употребляли преимущественно водку, 31 (11,9 %) — коньяк, а еще 23 (8,8 %) респондента отметили регулярное употребление самогона и других суррогатов алкоголя! Наиболее опасный тип алкоголизации, без приема пищи, выявлен у 10 (5,5 %) выпивающих респондентов, еще 47 (25,8 %) студентов обходились самой минимальной легкой закуской (чипсы, сухарики), 109 (59,9 %) закусывали алкоголь обычной едой, а 16 (8,8 %) студентов — обильной жирной пищей. Почти три четверти выпивающих студентов, 132 (72,5 %) человека, впервые употребили алкоголь до наступления совершеннолетия, а 50 (27,5 %) — до 14 лет.

**Заключение:** только 30 % опрошенных студентов не подвергаются алкоголизации; в студенческой среде г. Твери достаточно широко распространены факторы риска пагубного воздействия алкоголя на организм: 53,8 % употребляют алкоголь регулярно, 53,5 % превышают относительно безопасную разовую дозу, 27,7 % могут выпивать до состояния глубокого опьянения, 16,5 % отмечают провалы в памяти после алкогольного эксцесса. Треть студентов предпочитают крепкие алкогольные напитки, в том числе 8,8 % — самогон и иные суррогаты алкоголя. Только 59,9 % после приема алкоголя употребляют обычную пищу, 31,3 % закусывают минимально или не закусывают вообще. Ранняя алкоголизация отмечена у 72,5 % выпивающих студентов.

## ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ: КОНСЕРВАТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ИЛИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ?

*М.В. Медведева, М.С. Макеенкова, 6 курс, лечебный факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Ю. Колесникова*

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь; консервативное ведение; холецистэктомия; постхолецистэктомический синдром

**Цель исследования:** сопоставление результатов консервативного ведения желчнокаменной болезни (ЖКБ) с результатами холецистэктомии.

**Материалы и методы:** клиничко-анамнестическое обследование пациентов с установленным диагнозом ЖКБ (оперированных и неоперированных), с уточнением клинической симптоматики, результатов лабораторной и инструментальной диагностики, назначенного лечения пациентов с ЖКБ или с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС). В исследование включено 107 пациентов на базе как специализированного приема врача-гастроэнтеролога в Клинике Тверского ГМУ, так и приема врача терапевта участкового на базе 1-й и 2-й поликлиники ГБУЗ Городская больница №7 г. Твери. Полученные результаты подвергались анализу при помощи стандартных методик параметрической и непараметрической статистики с использованием Excel Microsoft Office.

**Результаты:** в 1-ю группу (ЖКБ) включены 72 человека, женщин 53, мужчин — 19. Во 2-ю группу (ПХЭС) включены 35 человек, женщин 29, мужчин — 6 ( $p_{\chi^2} > 0,05$ ). В 1-й группе возраст варьировал от 23 до 82 лет, средний возраст  $56 \pm 2,3$  года; во 2-й группе возраст варьировал от 32 до 94 лет, средний возраст  $61 \pm 2,1$  год ( $p_{\chi^2} > 0,05$ ). Ожирение в 1-й группе выявлено у 22 (30,5 %) человек, во 2-й — у 9 человек (25,7 %;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ). В 1-й группе на боли в правом подреберье жаловались 66 (91,7 %) человек, а во 2-й — 25 (71,4 %) пациентов ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ). В 1-й группе боли, связанные с приемом пищи и диетическими погрешностями отмечались чаще, чем во 2-й группе, соответственно, у 52 (72,2 %) и 18 (51,4 %) человек ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ). Почти половина пациентов 1-й группы, 31 (43,1 %) человек, переносили желчную колику, в то время как во 2-й группе о коликах сообщали только 3 (8,6 %) больных ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ). Тошнота зарегистрирована у 6 пациентов из 1-й и у 4 — из 2-й группы; горечь во рту беспокоила 15 человек из 1-й группы, 9 пациентов из 2-й группы (все  $p_{\chi^2} > 0,05$ ). Послабление стула отмечали по 9 пациентов каждой группы ( $p_{\chi^2} > 0,05$ ). Похудание за последние полгода в 1-й группе выявлено у 2 (2,8 %) пациентов 1-й группы и у 7 (20,0 %) человек во 2-й группе ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ). Вздутие живота при осмотре определялось у 4 (5,6 %) человек 1-й группы, у 7 (20,0 %) пациентов 2-й группы; болезненность при пальпации выявлена у 17 (23,6 %) человек 1-й группы, у 27 (77,1 %) больных 2-й группы (все  $p_{\chi^2} < 0,05$ ). Самым распространенным заболеванием



ем в обеих группах была гипертоническая болезнь, соответственно, 41 и 16 пациентов ( $p_{\chi^2} > 0,05$ ). В 1-й группе сахарным диабетом страдали 14 (19,4 %) человек, тогда как во 2-й — только 2 (5,7 %) пациента ( $p_{\chi^2} > 0,05$ ). В 1-й группе «коморбидная пара» (гипертоническая болезнь и сахарный диабет) выявлена у 10 (13,9 %) человек, а во 2-й — только у двоих (5,7 %). Продолжительность времени от момента диагностики ЖКБ до момента включения в исследование составила в 1-й группе до 1 года у 39 (54,2 %) человек, более 1 года и менее 5 лет — у 18 (25,0 %) пациентов, у 15 (20,8 %) больных — 5 и более лет; средний «стаж камненосительства» составил  $2,9 \pm 0,76$  года. При этом только 24 (33,3 %) пациентам предлагалось оперативное лечение. У 3 больных из 1-й группы в анамнезе была безуспешная попытка пероральной литолитической терапии, у 11 такая терапия проводилась на момент включения в исследование. Во 2-й группе у 11 (31,4 %) больных холецистэктомия была выполнена при постановке диагноза, у 22 (62,9 %) — в пределах 1-2 лет от верификации диагноза, и только у 2 (5,7 %) пациентов более чем через 2 года от момента диагностики ЖКБ. Послеоперационный период составил во 2-й группе от полугода до 36 лет, в среднем  $7,8 \pm 2,56$  года. Наиболее часто в обеих группах назначались спазмолитики, соответственно, 32 (44,4 %) и 22 (68,8 %) больным ( $p_{\chi^2} > 0,05$ ). Реже назначались препараты урсодезоксихолевой кислоты, в 1-й группе 14 (19,4 %) пациентам, а во 2-й — 19 (54,3 %;  $p_{\chi^2} < 0,05$ ). Антибактериальные препараты получали 7 (9,7 %) больных 1-й и 10 (28,6 %) пациентов 2-й группы ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ). Микрогранулированный панкреатин был назначен 11 (15,3 %) пациентам 1-й группы и 12 (34,3 %) — 2-й группы ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ).

**Заключение:** группы пациентов с ЖКБ, которые велись консервативно или были прооперированы, были сопоставимы по возрасту и полу. В 1-й группе преобладал болевой синдром, в том числе по типу желчных колик, а во 2-й чаще встречалось похудание. В 1-й группе частота выявления сопутствующей патологии была существенно выше, чем во 2-й, особенно артериальной гипертонии в сочетании с сахарным диабетом. Несмотря на достаточно длительный анамнез, болевой синдром, включая колики, в 1-й группе только трети пациентов предлагалось оперативное лечение. Наиболее часто в обеих группах назначались спазмолитики и препараты урсодезоксихолевой кислоты.

## ВЛИЯНИЕ L-КАРНИТИНА И МАГНИЯ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

*М.А. Меденков, А.В. Лучинкин, Э.М. Саркисян, студенты 2 курса лечебного факультета, А.И. Алифанова ординатор кафедры лучевой диагностики ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии  
Кафедра лучевой диагностики  
Научный руководитель: старший преподаватель Е.А. Черняева,  
д. м. н., доцент А.А. Юсуфов*

**Ключевые слова:** лабораторные крысы; «Доппельгерц»; L-карнитин; магний; регенерация

**Актуальность:** исследования влияния L-карнитина и магния на регенерацию костной ткани у крыс являются важными в свете растущего числа травм костей и их последствий для здоровья. Поиск эффективных методов восстановления костей является срочной задачей, учитывая серьезные последствия повреждений. Изучение воздействия L-карнитина и магния на регенерацию костной ткани может привести к разработке новых методов лечения и реабилитации.

**Цель работы:** изучение влияния L-карнитина и магния на регенерацию костной ткани трубчатых костей у крыс в экспериментальных условиях.

**Материалы и методы:** для данного исследования были отобраны 8 крыс женского пола в возрасте от четырех до шести месяцев со средней массой тела 300 грамм. Животных разделили на две группы: контрольная (n = 4) и экспериментальная (n = 4). Были проведены хирургические вмешательства с целью искусственного перелома правой малоберцовой кости у всех животных. Экспериментальной группе, после проведения операции, ежедневно перорально вводился L-карнитин, содержащийся в препарате «Доппельгерц® актив L-карнитин + Магний» с содержанием 300 мг L-карнитина и 175 мг магния. С помощью формулы: дозировка для крысы = (Дозировка для человека \* (Масса крысы / Масса человека)) \* (Масса крысы в степени 0,67), был разработан онлайн-калькулятор ([https://ananasjk.github.io/cris\\_calculus/](https://ananasjk.github.io/cris_calculus/)). Исходя из расчетов, разовая доза составила 4,5 мг магния и 7,77 мг, что равно весу препарата в 0,031 г. Особям из контрольной группы аналогично давали воду.

Крысы обеих групп после операционного перелома малоберцовой кости выдерживались 21 сутки. На 14 сутки эксперимента было проведено ультразвуковое исследование на аппарате «vinno 8».

Спустя 21 сутки, все особи были выведены из эксперимента с соблюдением правил проведения эвтаназии, в соответствии с Приказом № 742 от 13.11.84 «Об утверждении Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных».

Экспериментальным животным производили рентгенографию голени в двух проекциях, используя рентгеновский аппарат передвижной палатный «РЕНЕКС» (ТУ 9442-031-54839165-2005). При проведении рентгенографии лучевая нагрузка в среднем составила 0,04 микрозиверта (мЗв). После чего производился забор малоберцовой кости для изготовления гистологических препаратов. Микропрепараты изготавливались по следующей методике: фиксация материала, промывка, декальцинация, обезвоживание, уплотнение материала, микротомия, депарафинирование, окрашивание и заключение срезов. Препараты были изучены под световым микроскопом «OLYMPUS CX43», цифровой камерой «VideoZavr Standart» сделаны микрофотографии.

**Результаты:** на эхограммах у крыс контрольной группы определяется перелом средней трети диафиза малоберцовой кости с минимальным расхождением костных отломков. В режиме эластографии на 14-е сутки подтверждается неполное сращение малоберцовой кости (прерывистая зеленая линия). У животных из экспериментальной группы на эхограммах правой малоберцовой кости определяется поперечный перелом средней трети диафиза без смещения костных отломков, с признаками формирования костной мозоли (14-е сутки).

На 21-е сутки у крыс контрольной группы на рентгенограмме костей голени задней правой конечности определяется поперечный перелом средней трети диафиза малоберцовой кости с расхождением костных отломков, без признаков формирования костной мозоли. У животных из экспериментальной — на рентгенограмме костей голени задней правой конечности определяется косою перелом на границе средней и нижней трети диафиза малоберцовой кости без смещения костных отломков, с признаками сформировавшейся костной мозоли, состояние мозоли удовлетворительное. На микропрепаратах срезов костной мозоли опытной группы крыс были обнаружены костные трабекулы с остеобластами на их поверхности и пролиферирующие мезенхимальные клетки. На гистологических препаратах костных мозолей контрольных крыс были выявлены фиброзные мозоли.

**Вывод:** на основе данного эксперимента можно заключить, что L-карнитин и магний оказывают положительное влияние на процесс регенерации костной ткани, которое проявляется в сокращении сроков образования костной мозоли. Так как малоберцовая кость человека и крысы имеет сходную структуру, можно с высокой долей вероятности предположить, что применение L-карнитина и магния при восстановлении костной ткани человека может иметь важное практическое значение.

## МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕГЕНДЫ ОБ ИЛЬЕ МУРОМЦЕ

*И.И. Мехтиева, студентка 3 курса факультета ВШУЗиСО;  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ Минздрава России, г. Саратов, Россия  
Кафедра поликлинической терапии, общей врачебной практики и  
профилактической медицины  
Научный руководитель: преподаватель кафедры поликлинической терапии,  
общей врачебной практики и профилактической медицины Е.М. Шебалова*

**Ключевые слова:** *Илья Муромец; миотония Томсена; спондилоартроз*

**Введение.** Витязь Илья Муромец — один из самых известных и таинственных героев русского народного эпоса. Легенды рассказывают о его жизни, болезни, чудесном выздоровлении и боевых заслугах. По сей день они искренне восхищают и вызывают неподдельный интерес у читателей. Но остается немало вопросов о заболевании, вызвавшем у богатыря паралич нижних конечностей. Страдал он им на протяжении тридцати трех лет. По одной гипотезе причиной его обездвижения послужила детская травма позвоночника. По другой считают, что он мучился туберкулезом костей. Третья теория предполагает наличие у него заболевания спондилоартроз, которое могло быть наследственным или возникшим из-за травмы.

**Цель исследования.** Изучить информацию о достоверности существования Ильи Муромца, проанализировать результаты исследований медицинских аспектов его болезни и невероятное излечение былинного героя с точки зрения научно доказательной медицины.

**Материалы и методы исследования.** Материалами для исследования послужили литературные источники (сказания об Илье Муромце) и данные научных исследований останков «Ильи из града Муром», покоящихся в Киево-Печерской лавре. Эти исследования проводились группой ученых: антропологами, рентгенологами, биохимиками, судебными медиками. В проведенном исследовании использовался метод анализирования литературных источников.

**Результаты исследования.** Антропологическая экспертиза 1988 года мощей Преподобного Ильи Муромца показала, что останки принадлежат мужчине, умершего в возрасте 45–55 лет, рост составлял 177см (при среднем росте других святых из лавры 165 см). Кроме того, обнаружено утолщение лобных, теменных и затылочных костей, что заметно превышает человеческую норму. Также судмедэкспертиза выявила хрупкие и переплетающиеся кости, образующие целое множество сломанных ребер. Все указывало на то, что до монашеского пострига мужчина был воин, перенесший множество битв и стычек. Однако самым поразительным было то, что первую половину своей жизни Илья страдал параличом нижних конечностей. Проведенные рентгенологические исследования останков установили уплощение тела пятого поясничного позвонка, наличие остеофитов на грудных и поясничных позвонках, ду-

гообразные соединения отростков пятого и четвертого поясничных позвонков, что свидетельствует о наличии спондилоартроза. Эти изменения могли привести к обездвиженности. В былинах говорится о том, что богатырь тридцать лет и три года сидел на печи, потом пришли калики перехожие, по-видимому, странствующие лекари, и он поднялся, а после исцеления выглядел здоровым и обладал немалой силой. Подобный эффект возможен при редко встречающемся нервном заболевании миотония Томсена. Она характеризуется неправильным прохождением нервных сигналов. Одновременно начинают работать мышцы сгибатели и мышцы разгибатели. В таком состоянии человек движется медленно, с огромным затруднением. Кажется будто он не может поднять и переставить ногу, а в действительности у него напряжены мышцы. Однако, этот процесс обратимый, возможно полное исцеление, что и произошло с нашим героем.

**Заключение.** Хотя доподлинно не известно, чем действительно болел Илья Муромец, проведенный анализ литературных источников и сопоставление данных с результатами научных исследований позволяет высказаться в пользу спондилоартроза в сочетании с миотонией Томсена. История болезни Ильи Муромца заслуживает должного внимания и дальнейшего изучения. Этот реально существовавший богатырь является примером необычайного мужества, силы воли, веры в исцеление, а также самоотверженного служения своей Родине.

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*А.Д. Михайлова, студентка 6 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия  
Кафедра эндокринологии*

*Научные руководители: к.м.н., доценты А.Н. Каукова, И.Г. Цветкова*

**Ключевые слова:** *стоматологический статус; сахарный диабет 2 типа; анкетирование; стоматологическая помощь*

**Цель исследования.** Изучить стоматологический статус у пациентов с сахарным диабетом 2 типа разного пола и их отношение к стоматологической помощи.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения Областной клинической больницы г. Твери. Было обследовано 20 пациентов (9 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 45 до 65 лет с давностью заболевания  $9,4 \pm 4,56$  лет. Всем пациентам проводилось анкетирование, направленное на оценку стоматологического статуса и отношения к стоматологической помощи. Результаты анкетирования были обработаны с помощью статистического пакета программы Excel, с вычислением средних значений, их стандартных отклонений и разницы средних, а также точного критерия Фишера.

**Результаты.** Свой стоматологический статус считали хорошим 44 % мужчин и 9 % женщин ( $p = 0,12$ ). Регулярная кровоточивость десны определялась более чем у половины пациентов (у 56 % мужчин и у 81 % женщин;  $p = 0,33$ ). Неприятный запах изо рта отмечали 56 % мужчин и 72 % женщин ( $p = 0,64$ ). Сухость во рту, связанную со стоматологическими проблемами, женщины отмечали несколько чаще (81 % против 56 % мужчин;  $p = 0,33$ ). Отсутствующие зубы имелись у женщин в 100 % случаев и только у 56 % мужчин ( $p = 0,02$ ). Подвижность зубов также несколько чаще наблюдалась у женщин, чем у мужчин (54 % и 22 % соответственно,  $p = 0,19$ ). Патологию со стороны тканей пародонта, в виде отёчности и покраснения, чаще замечали у себя женщины (в 64 % случаев против 11 % у мужчин,  $p = 0,02$ ). Твёрдые минерализованные зубные отложения (зубной камень) почти в равной степени наблюдались у больных обоего пола (44 % у мужчин и 54 % у женщин;  $p = 1,0$ ). Также не было выявлено различий по жалобам на гнойные выделения из-под десны, наличие «заед» в углах рта.

По данным анкетирования 64 % женщин и 44 % мужчин посещали стоматолога не реже 1 раза в год ( $p = 0,44$ ). При этом и женщины, и мужчины осуществляли профилактические визиты крайне редко (соответственно 19 % и 12 %). Однако, 2/3 женщин и только 1/3 мужчин проходили процедуры профессиональной гигиены полости рта ( $p = 0,17$ ). Лечение зубов чаще 1 раза в год требовалось 33 % мужчин и 72 % женщин ( $p = 0,17$ ).

**Выводы.** Таким образом, результаты нашего исследования показали высокую распространённость стоматологических проблем у больных сахарным диабетом 2 типа. Несмотря на более регулярное выполнение профессиональных гигиенических процедур, женщины имели больше стоматологических проблем, чем мужчины. При этом отмечается высокая распространённость заболеваний пародонта, наличие зубного камня и кариеса зубов. Лечение зубов чаще раза в год требовалось более 50 % пациентов. Недостаточное внимание профилактическим посещениям стоматолога можно считать одной из причин высокой распространённости заболеваний зубов и тканей пародонта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

## ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ БОЛЬШИХ РОГОВ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ, ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

А.О. Мишукова, студентка 3 курса педиатрический факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра патологической физиологии  
Научный руководитель: д.м.н., доцент И.А. Дубровин

**Ключевые слова:** подъязычная кость; вариантная анатомия; клинические проявления

**Цель исследования:** изучение морфологии больших рогов подъязычной кости, причин их асимметрии и соответствующих клинических симптомов.

**Материалы и методы исследования.** Исследованы морфологические вариации геометрии больших рогов подъязычной кости у населения Тверского региона. Отобрали 100 образцов подъязычной кости взрослых 63 мужчин и 37 женщин. Для объяснения причин асимметрии больших рогов (БР) подъязычной кости (ПК) изучена доступная научная и учебная медицинская литература.

### Результаты и их обсуждения

На первом этапе определили встречаемость разных типов отклонения БР ПК:

I тип — отклонение заднего конца БР внутрь (параболический вариант), выявлен у 8 ПК (во всех случаях был отклонен правый БР);

II тип — отклонение заднего конца БР наружу (гиперболический вариант), выявлен у 6 ПК (правый БР был отклонен у 2 ПК);

III тип — отклонение заднего конца БР вверх, выявлен у 13 ПК (правый БР был отклонен у 10 ПК).

Таким образом, асимметричное положение БР ПК чаще отмечено у правого БР (у 20 из 27).

На втором этапе, с учетом доказанного влияния мышечного фактора на конфигурацию ПК, была прослежена связь между мышцами, прикрепляющимися к БР ПК, их функцией и иннервацией, а также типом отклонения БР ПК (I, II III тип).

К верхнему краю БР прикрепляется *подъязычно-язычная мышца (m. hyoglossus)*. Другим местом прикрепления является спинка и край языка. Функция: смещает основание языка назад и вниз, проталкивая пищевой комок в пищевод при глотании.

К верхнему краю БР прикрепляются рожково-глоточная часть (*pars ceratopharyngea*) среднего констриктора глотки (*m. constrictor pharyngis medius*). Другим местом прикрепления является «шов глотки» сзади, по средней ее линии (место сращения обеих мышц). Функция: **суживает просвет глотки** при глотании, сокращение происходит последовательно от верхнего констриктора к нижнему, проталкивая болюс к пищеводу.



К наружному краю БР ПК прикрепляется щитоподъязычная мышца (*m. thyrohyoideus*) Другим местом прикрепления является косая линия щитовидного хряща. Функция: приближает подъязычную кость к гортани. При фиксированной ПК тянет её кверху, закрывая вход в гортань при глотании. Совместно с другими мышцами опускает нижнюю челюсть.

К передненижнему концу БР ПК прикрепляется дистальный конец шилоподъязычной мышцы (*m. stylohyoideus*). Другим местом прикрепления является шиловидный отросток височной кости. Функция: облегчает втягивание языка, глотание и сохраняет дыхательные пути открытыми во время вдоха. Играет большую роль в акте членораздельной речи.

Таким образом, I тип – отклонение заднего конца БР внутрь (параболический вариант), связан с гипертонусом **среднего констриктора глотки** (иннервация *plexus pharyngeus* (nn. *Glossopharyngeus* (IX пара), *vagus* (X пара), et tr. *Sympathicus*)) и гипотонусом щитоподъязычной мышцы (иннервация *radix thyrohyoideus ansaе cervicalis* (CI–CII)).

II тип – отклонение заднего конца БР наружу (гиперболический вариант), связан с гипотонусом **среднего констриктора глотки** (Иннервация *plexus pharyngeus* (IX и X пары, tr. *Sympathicus*)) и гипертонусом щитоподъязычной мышцы (иннервация *radix thyrohyoideus ansaе cervicalis* (CI–CII)).

III тип – отклонение заднего конца БР вверх, связан с гипертонусом **среднего констриктора глотки** (иннервация *plexus pharyngeus* (IX и X пары, tr. *Sympathicus*)) и **подъязычно-язычной мышцы** (иннервация n. *Hypoglossus* (XII пара)).

С учетом литературных данных, наибольшее влияние на асимметрию БР ПК оказывает влияние гипертонус мышц, имеющих двусторонне костное прикрепление. При этом наиболее частой асимметрией была выявлена у правого БР.

**Заключение.** Вариантная анатомия БР ПК является малоизученным разделом медицины. Асимметричное расположение БР ПК выявлено в 27 случаях (27 % наблюдений). **Причиной вариантной геометрии БР является гипертонус мышц, прикрепленным к большим рогам ПК.** Основными клиническими проявлениями при вариантной анатомии БР ПК являются симптомы дисфагии. **Представляется перспективным исследование наиболее эффективных методов диагностики вариантной геометрии БР ПК и адекватного лечения ее клинических проявлений.**

## АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ ПРИМЕНЕНИЯ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА

*П.Д. Морева, студентка 5 курса фармацевтического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: к.б.н., И.А. Ломоносова*

**Ключевые слова:** потребительские предпочтения; респонденты; ополаскиватель для полости рта

**Цель исследования:** анализ потребительских предпочтений применения ополаскивателей для полости рта (ОДПР).

**Материалы и методы:** с помощью сервиса «Google формы» было проведено анкетирование 143 человек, из них 103 женщины и 41 мужчина. В ходе исследования все анкетированные были разделены на 4 группы. В первую группу вошли респонденты ( $n = 32$ ) возраст которых составил 18–24 года, во вторую группу ( $n = 85$ ) — респонденты в возрасте от 25 до 39 лет, третью группу ( $n = 19$ ) составили анкетированные в возрасте от 40 до 54 лет, в четвертую группу ( $n = 7$ ) вошли опрошенные от 55 лет и старше.

**Результаты исследования** обрабатывали с помощью программного обеспечения WinPepi.

**Результаты:** анализ результатов исследования показал, что 66 % респондентов используют ополаскиватели для полости рта в комплексном уходе, тогда как 34 % опрошенных ополаскиватели не применяют. Кроме того, выявлено, что 48 % опрошенных приобретают растворы для полоскания по рекомендации врача-стоматолога, 44 % и 30 % — по рекомендации родственников и знакомых соответственно. Одновременно с этим отмечено, что анкетированные всех групп в меньшей степени приобретают ополаскиватели для полости рта на основании рекламы данной продукции (6 %). Также в результате исследования было установлено, что респонденты первых трех групп применяют ополаскиватели ежедневно, что является хорошим средством профилактики заболеваний полости рта. В четвертой группе анкетированные в равной степени используют ополаскиватели раз в неделю (43 %) или раз в месяц (43 %), что можно объяснить недостаточной осведомленностью респондентов с правилами гигиены полости рта.

В результате анализа установлено, что чаще всего респонденты выбирали ополаскиватели для полости рта, таких брендов, как R.O.C.S (36 %), Oral-B (35 %), Colgate (34 %), Splat (32 %) и Лесной бальзам (32 %), что в большей степени обусловлено популярностью данных торговых марок на рынке. Стоит отметить, что анкетированные первой группы отдают свое предпочтение бренду Splat (16 %), опрошенные второй группы — Oral-B (16 %), тогда как анкетированные третьей и чет-

вертой группы используют ополаскиватели торговой марки Colgate. Реже всего респонденты выбирают ополаскиватели торговых марок Mexidol (2 %), Dr. Herbs (1 %), Smile expert pro (1 %). Возможно это связано с тем, что их цена выше средней на рынке. Кроме того, они реже остальных встречаются на торговых площадках, что делает их менее приобретаемыми.

Большинство анкетированных всех возрастных групп применяют ополаскиватели с целью устранения неприятного запаха (63 %) и очищения полости рта от остатков пищи после приёма еды (62 %), реже для защиты зубов от кариеса (43 %).

В результате исследования было установлено, что респонденты всех групп предпочитают приобретать ополаскиватели для полости рта в аптечных организациях (57 %). Одновременно с этим было отмечено, что анкетированные первых трех групп также приобретают растворы для полоскания в супермаркетах (51 %). Во всех четырех группах респонденты наименьшее предпочтение отдают покупке ополаскивателей для полости рта в маркетплейсах (42 %), вероятно, потому что доставка занимает, как правило, несколько дней, либо товар приходит ненадлежащего качества.

**Выводы:** большая часть респондентов используют ополаскиватели для полости рта в комплексном уходе. Чаще всего потребители отдают предпочтение торговым маркам R.O.C.S, Oral-B, Colgate, Splat и Лесной бальзам, тогда как реже всего респонденты выбирают ополаскиватели торговых марок Mexidol, Dr. Herbs, Smile expert pro. Наиболее популярное место приобретения этой категории товаров — аптечная организация.

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАТЕНТНОЙ ФОРМЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*В.А. Морозова, А.Э. Селезнева, студенты 5 курса лечебного факультета,  
Т.Е. Джулай, А.Д. Бахметьева  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра факультетской терапии  
Научные руководители: к.м.н., доцент Т.Е. Джулай; ассистент  
А.Д. Бахметьева*

**Ключевые слова:** латентное течение ЖКБ; конкременты; диспепсия

**Цель.** Выделить основные клинико-патогенетические особенности латентного течения желчнокаменной болезни (ЖКБ).

**Материалы и методы.** Обследовано 72 пациента ЖКБ с бессимптомным камненосителем, обратившихся за консультацией к гастроэнтерологу с признаками функциональных нарушений желчевыводящих путей (женщин 56 — 77,8 %, мужчин 16 — 22,2 %) в возрасте 18–75 лет, средний возраст составил 51 год.

**Результаты.** Наиболее частыми жалобами пациентов с ЖКБ была изжога (32,2 % обращений), нарушения стула (30,8 %, в том числе, 11,2 % случаев — диарея, в 21,0 % — запор), горечь во рту (25,2 %), дискомфорт в правом подреберье (22,4 %), болезненная тяжесть в эпигастрии (18,2 %). Отрыжка и тошнота беспокоили 21,0 % и 19,6 % больных соответственно, еще в 21,0 % случаев пациенты испытывали вздутие живота и повышенное газообразование. Реже они предъявляли жалобы на кислый привкус (8,4 %), снижение аппетита и кожный зуд (по 4,2 %). При этом 4,2 % обратившихся при активном расспросе жалоб не предъявляли. Стоит отметить, что повторно обращались к врачу 23,6 % человек.

На момент обращения симптомы диспепсии возникли впервые у 32,7 % больных, беспокоили менее 5 лет в 40,0 % случаев, в течение 5–10 лет — в 14,6 %, свыше 10 лет — в 12,7 %.

При объективном осмотре налёт на языке обнаружен у 71,0 % пациентов, болезненность при пальпации живота в эпигастрии, правом подреберье и зоне солнечного сплетения — у 36,1 %, Избыточная масса тела выявлена у 33,4 % человек, в том числе у 22,3 % женщин и у 11,1 % мужчин. Абсолютное большинство пациентов (97,2 %) отрицало наличие вредных привычек. Наследственность по ЖКБотягощена у 16 (22,4 %) больных, из них 15 женщин и только 1 мужчина.

Исследование «застало» 39,3 % женщин в период менопаузы. Эстроген-содержащие препараты как метод пероральной контрацепции или средство заместительной гормональной терапии получали лишь 1,8 % опрошенных, оперативные вмешательства на гениталиях перенесли 7,2 %.

В числе провоцирующих развитие ЖКБ факторов можно выделить злоупотребление жирной, острой пищей (13,9 % случаев), а также длительный приём лекарств 10,6 % (антибиотиков, антидепрессантов и НПВП).

Пациентов с единственным конкрементом в полости желчного пузыря, по данным УЗИ, оказалось 33,4 %, с 2-мя конкрементами — 16,6 %, с 3-мя и более — 27,8 %. При этом «отключенный» желчный пузырь был диагностирован в 8,3 % случаев, а билиарный сладж — в 13,9 %. Конкременты размером менее 5 мм определены в 22,2 % наблюдений, 6–10 мм — в 19,4 %, 10–15 мм — в 30,6 %, свыше 15 мм — в 27,8 %.

Сопутствующая патология органов пищеварения имела у 29,2 % пациентов. В разных сочетаниях диагностированы различные формы хронического гастрита и гастродуоденита у 25,0 %, холецистит у 13,9 %, панкреатит у 48,6 %, ГЭРБ у 18,1 %, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у 7,0 %, недостаточность кардии у 8,3 %. Данными УЗИ выявлена в 20,8 % наблюдений выявлена гепатомегалия. В биохимическом анализе крови обнаружено повышение уровня АЛТ и АСТ (11,1 % наблюдений), холестерина (13,9 %). Инфекция *H. pylori* выявлена у 11,1 % обратившихся,

**Выводы.** Латентное течение ЖКБ в большинстве случаев отмечалось у лиц, обращающихся к гастроэнтерологу впервые, либо при продолжительности анамнеза менее 5 лет. В этом случае преобладали жалобы диспепсического характера, представленные изжогой, нарушениями стула, горечью во рту. Абдоминальные боли, как следует из определения данного варианта ЖКБ, не характерны, их клиническим эквивалентом выступал дискомфорт в правом подреберье — так называемый «синдром правого подреберья».

Закономерностей в количественных характеристиках имеющихся конкрементов (число и размеры) в представленной когорте больных не отмечено.

Что касается факторов риска, то лишь треть всех обратившихся имели избыточную массу тела или ожирение, отягощенная наследственность по ЖКБ встречалась в 22,4 % случаев, примерно 40 % обратившихся женщин пребывали в менопаузе.

Отсутствие типичного абдоминального болевого синдрома с картиной желчной колики не исключает наличия ЖКБ, вероятность бессимптомного камненосительства нельзя исключить у лиц с наследственной предрасположенностью, нарушениями нутритивного статуса, у женщин, получавших эстроген-содержащие препараты и находящихся в менопаузе. Данной категории пациентов необходима динамическая инструментальная визуализация состояния билиарного тракта, коррекция и модификация образа жизни.

## ЗНАЧЕНИЕ МИКРОБИОТЫ ПОЛОСТИ РТА В ЭТИОЛОГИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

*Н.А. Морозова, студентка 3 курса стоматологического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра микробиологии и вирусологии с курсом иммунологии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.С. Михайлова*

**Ключевые слова:** микробиота полости рта; предраковые заболевания; эпителиальная неоплазия; канцерогенные факторы

В настоящее время изменение состава микрофлоры ротовой полости причисляется к предраковым состояниям, наряду с такими факторами риска заболевания, как вредные привычки, хронические механические травмы слизистой оболочки полости рта, неудовлетворительная гигиена ротовой полости. Любая эпителиальная неоплазия (ЭН) требует наблюдения в связи с потенциальной вероятностью трансформации заболеваний слизистой оболочки в злокачественное новообразование (ЗНО).

**Цель.** Изучить значение микробиоты полости рта в развитии предраковых заболеваний орофациальной области.

**Материалы и методы.** Анализ данных отечественной и зарубежной научной литературы.

**Результаты.** Основными предраковыми заболеваниями орофациальной области являются: кератоакантома, кожный рог, папилломы полости рта, болезнь Дарье-Боуэна, лейкоплакия, эрозивно-язвенная гиперкератотическая форма красной волчанки и красного плоского лишая, хейлит Манганотти, бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ. В развитии предраковых заболеваний выделяют канцерогенные факторы, способствующие развитию предраковых изменений на слизистой оболочке полости рта).

Дисбиоз полости рта — клинико-лабораторный синдром, который характеризуется изменением количества и качества в составе стоматологической нормофлоры и разрывается из-за срыва адаптационных возможностей, нарушения защитных и компенсаторных механизмов. При этом степень дисбактериоза зависит от выраженности снижения количества нормальной микрофлоры на фоне количественного повышения условно-патогенной микрофлоры.

На формирование микрофлоры ротовой полости могут влиять следующие факторы: состояние слизистой ротовой полости, особенности строения; температура, рН, окислительно-восстановительный потенциал ротовой полости; секреция слюны и ее состав; состояние зубов; состав пищи; гигиеническое состояние полости рта; нормальные функции слюноотделения, жевания и глотания; естественная резистентность организма. Каждый из этих факторов помогает поддерживать равновесие между бактериальными популяциями.

По данным литературы наиболее частыми возбудителями инфекционных осложнений в полости рта у больных являются *Staphylococcus aureus* — 26,6–32,6 %, *Enterococcus spp* — 12,0 %, *Klebsiella pneumoniae* — 14,1 %, *Pseudomonas aeruginosa* — 12,0 %, *Candida spp.* — 9,3 %, а также анаэробные бактерии — 4 %.

Спектр и частота встречаемости представителей резидентной микробиоты с поверхности неизменной слизистой оболочки языка в группе практически здоровых людей и в группе с эпителиальной дисплазией различаются.

По литературным данным в полости рта у здоровых в более 50 % образцов выделяли следующие бактерии: *Streptococcus spp.*, *Lactobacillus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Porphyromonas spp.* *Staphylococcus aureus* выявляли у 48,9 %. частота встречаемости *Lactobacillus spp.* была высокой — 91,1 %.

У больных с эпителиальной дисплазией преобладали облигатные анаэробные микроорганизмы: бифидобактерии, лептотрихии, бактероиды, вейллонеллы, а также факультативные анаэробы — лактобациллы, энтерококки, цитробактеры, с частотой встречаемости от 30 до 50 %.

Среднее количество представителей резидентной микробиоты полости рта в группе практически здоровых людей колебалось, в среднем, от 1,0 до 6,4 lg КОЕ/см<sup>2</sup>. Среднее количество представителей резидентной микробиоты на поверхности очагов дисплазии слизистой оболочки рта колебалось от 2 до 5,8 lgКОЕ/см<sup>2</sup>.

Таким образом, в связи со значительным увеличением количества вышеперечисленных микроорганизмов, наблюдается 2 или 3 степень дисбиоза слизистой оболочки полости рта.

**Выводы.** В настоящее время в научном сообществе нет единого мнения о взаимосвязи микробиоты с мутационными изменениями при предраковых состояниях слизистой оболочки полости рта, однако накоплено достаточно доказательств того, что хронические инфекционные заболевания связаны с изменениями в сложных микробных сообществах, а не с одним конкретным патогеном. Однако при своевременной диагностике возможно обнаружение предраковых изменений слизистой оболочки рта на ранних стадиях, в том числе и по наличию микробных маркёров дисбиотических процессов, что делает данное направление перспективным и актуальным.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕВОЧКИ

*О.С. Музалева, студентка 5 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО РязГМУ И. П. Павлова Минздрава России, г. Рязань, Россия  
Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии  
ФДПО*

*Научный руководитель: ассистент Ю.В. Деева*

**Ключевые слова:** печеночная недостаточность; билиарный цирроз; атрезия желчевыводящих путей; гепатомегалия; механическая желтуха; дети; трансплантация

Атрезия желчевыводящих путей (АЖВП) — тяжелый врожденный порок развития, характеризующийся частичной или полной облитерацией просвета желчных ходов. Частота встречаемости составляет 1 случай на 20000-30000 родов. АЖВП составляет около 8 % всех пороков внутренних органов у детей, причем примерно в 20 % случаев сочетается с другими пороками развития, такими как аспления, полиспения, незавершенный поворот кишечника, врожденные пороки сердца. Диагностическим критерием АЖВП служит наличие патологической желтухи, ультразвуковых признаков измененного желчного пузыря и повышение эхогенности печени. Одним из наиболее ранних лабораторных признаков является гипербилирубинемия за счет прямой фракции, а также гамма-глутаминтрансфераза, щелочная фосфатаза.

**Цель исследования.** Представить клинический случай вторичного билиарного цирроза печени в исходе атрезии ЖВП у девочки.

**Материалы и методы.** Анализ клинического случая и первичной медицинской документации (форма 112/у).

Девочка А., 2021г, от 1 беременности, находилась на смешанном вскармливании (Нутрилак премиум пре -S суточного объема кормления), плохо прибавляла в весе (300 г за 1 месяц), при этом сохранялась желтушность кожных покровов с лимонным оттенком. В связи с чем участковым педиатром была направлена в отделение патологии новорожденных и недоношенных ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой, где выявлена гепатомегалия за счет правой доли печени. На фоне лечения уменьшилась желтушность кожных покровов, ребенок выписан под амбулаторное наблюдение. В возрасте 3 месяцев была госпитализирована в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с жалобами на желтушность кожных покровов, ахоличный стул. При проведении УЗИ выявлена гепатомегалия, после прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного материала установлен диагноз — АЖВП и проведена операция портоэнтеростомии по Касаи. Пациентка выписана в стабильном состоянии. В возрасте 6 месяцев на фоне прогрессирования гепато- и спленомегалии, направлена в НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова. На фоне проведенного



лечения отмечалось прогрессирующее основное заболевание (рост уровня билирубина, эпизоды гипогликемии, появление начальных признаков энцефалопатии, гепатофугальный портальный кровоток) и принято решение о трансплантации печени. Рекомендовано обследование потенциального родственного донора, несовместимого по системе АВО. Реципиенту была проведена инфузия иммуносупрессором. После достижения снижения титра анти-В группоспецифических антител до допустимых значений, выполнена родственная ортотопическая трансплантация левого латерального сектора печени от донора (бабушки). В возрасте 2-х лет при амбулаторном обследовании выявлена дисфункция печеночного трансплантата, рецидивирующий холангит. Проведено дренирование абсцесса печеночного трансплантата. Спустя 20 дней у пациентки, в связи с обострением, установлена двухэтапная наружновнутренняя холангиостома. Спустя 2 недели после ее перекрытия, состояние удовлетворительное. В настоящее время состояние девочки стабильное, ребенок находится под амбулаторным контролем педиатра, гастроэнтеролога. Назначена плановая госпитализация в НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова для контроля состояния и коррекции терапии. Иммуносупрессивная терапия назначена пожизненно.

Таким образом, атрезия желчевыводящих путей — тяжелое, быстро прогрессирующее заболевание билиарного тракта, манифестирующее с первых дней жизни ребенка. Ранняя диагностика данного заболевания и своевременно проведенная операция Касаи, уменьшает вероятность осложнений. При неэффективности консервативной терапии иммуносупрессорами и портоэнтеростомии проводится радикальная операция — трансплантация печени.

## СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЗОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ И БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАСТВОРИТЕЛЯ ГУТТАПЕРЧИ

*А.М. Назарова, Р.Р. Алудинов, студенты 5 курса стоматологического факультета*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра терапевтической стоматологии*

*Научный руководитель: к.м.н., ассистент И.О. Ларичкин*

**Ключевые слова:** эндодонтическое перелечивание зубов; дезобтурация корневых каналов; растворители гуттаперчи

**Цель исследования:** оценка влияния растворителя гуттаперчи на количество остатков корневой пломбы при дезобтурации корневых каналов зубов.

**Материалы и методы.** Сравнительное лабораторное исследование проводилось на 20 удалённых однокорневых одноканальных зубах (резцы, клыки и премоляры), которые были случайным образом разделены на 2 группы. Корневые каналы всех зубов были механически обработаны и запломбированы. Механическую обработку проводили машинными инструментами до мастер-файла 35 размера по ISO со стандартным протоколом ирригации (NaOCl — 3 %, EDTA — 17 %, H<sub>2</sub>O<sub>дист.</sub>). Пломбирование корневых каналов осуществляли по технике латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов с использованием силера на основе эпоксидных смол. Запломбированные зубы оставляли на 7 суток для полного отверждения силера. Далее проводили контрольную рентгенографию. Дезобтурацию корневых каналов зубов первой группы исследования проводили по смешанной методике машинными инструментами и ручными H-файлами до 40 размера по ISO со стандартным протоколом ирригации. Во второй группе исследования дополнительно к вышеописанной методике использовали растворитель гуттаперчи. Для оценки эффективности удаления корневой пломбы проводили рентгенографию. Затем делали сколы зубов по всей длине корневого канала. Поверхность корневого канала оценивали с помощью компьютерной лупы «Portable Digital Microscope». По данным рентгенографии и компьютерной визуализации рассчитывали процентную долю оставшейся гуттаперчи относительно длины корневого канала (от устья до апекса). Статистическую обработку результатов проводили в программе «StatTech 4.1.2».

**Результаты.** В ходе эксперимента была установлена статистически значимая разница между первой и второй группой исследований по количеству гуттаперчи, оставшейся после дезобтурации на стенках корневого канала ( $p = 0,043$ ). В первой группе (без использования растворителя) медиана (Me) составила 16 %, с показателем Q1–Q3: 2,25 % — 39,75 %. Во второй группе (с использованием растворителя) — 0 %, с показателем Q1–Q3: 0 % — 6 %. В группе исследования без использования растворителя наблюдался существенный разброс значений оставшегося количества

гуттаперчи в разных зубах (от 0 % до 93 % по длине канала). В прямых и круглых поперечному сечению каналах было возможным эффективное удаление пломбирочного материала без использования растворителя, а в некруглых каналах со щелевидными ответвлениями только механической обработки было недостаточно. В зубах обеих групп исследования наиболее частой локализацией остатков гуттаперчевой пломбы являлась апикальная треть корневого канала. Это объясняется сложностью приложения боковой силы к кончику как ручного, так и машинного эндодонтического инструмента в районе апекса для механического удаления гуттаперчи из данной области. В зубах второй группы количество оставшейся гуттаперчи было значительно меньшим: от 0 % до 28 % (в каналах некруглой формы). При компьютерной визуализации поверхности каналов зубов второй группы обнаруживались остатки силера, которые не были удалены механически и не контрастировали на рентгенограммах.

**Выводы.** Использование растворителя гуттаперчи при дезобтурации корневых каналов зубов значительно повышает эффективность удаления корневой пломбы из гуттаперчи. Форма поперечного сечения канала влияет на эффективность дезобтурации: в прямых и круглых в поперечном сечении каналах возможно эффективное удаление корневой пломбы без растворителя, а в некруглых каналах оно затруднено. Растворитель гуттаперчи не способствует удалению силера из корневого канала.

## РОЛЬ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ В РАССКАЗЕ А.И. КУПРИНА «ЧУДЕСНЫЙ ДОКТОР»

*Р.С. Нарзикулов, студент 2 курса стоматологического факультета;*

*Е.Ю. Бородина*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра русского языка*

*Научный руководитель: к.ф.н. Е.Ю. Бородина*

**Ключевые слова:** А.И. Куприн; изобразительные средства; отрицательные конструкции; определение

**Целью** данного исследования является ознакомление с эпизодом из жизни Н.И. Пирогова, выдающегося русского врача, известного во всем мире.

**Материалы и методы.** Материалом для данной работы послужил рассказ А.И. Куприна «Чудесный доктор», в котором имеется медицинская лексика, позволяющая выйти за рамки текста, поговорить о болезнях органов дыхания, методах их лечения, составить историю болезни Машутки. Внимательное чтение рассказа и последующая беседа по содержанию позволяют закрепить отдельные грамматические темы.

В ходе работы были получены следующие результаты:

1. В рассказе обращает на себя внимание обилие отрицательных конструкций, которые по структуре можно разделить на две большие группы: 1) конструкции, в которых отрицательное значение создается путем присоединения частицы не к существительным, прилагательным, наречиям. Например: недетское страдание, неуверенные шаги, нечеловеческое усилие, неудержимое желание, нестерпимая жажда спокойствия, несчастье за несчастьем, неимение денег, нетерпеливо и т.д. 2) конструкции с двойным отрицанием. Например:

С утра они ничего не ели.

Он не сказал жене ни одного слова.

Она ему не задала ни одного вопроса.

Никто не мог произнести ни слова.

Он ничего не искал, ни на что не надеялся.

Он ни на мгновение не содрогнулся.

2. В рассказе «Чудесный доктор» можно найти такие выразительные средства русского языка, как антитеза, метафора, фразеологизмы, которые дают возможность составить словесный портрет героев, используя образные сравнения и разнообразные определения.

Определение — одно из наиболее емких и гибких средств «лепки» художественного образа в этом рассказе. Какой он — герой А.И. Куприна, какова его внешность, костюм, его движения, взгляд, голос, как он ходит, говорит. С какой

интонацией, причем в разных обстоятельствах и ситуациях, все это можно увидеть благодаря единственно верным, найденным автором определениям.

В рассказе «Чудесный доктор» мало одиночных определений, чаще это двойные определения, одного синонимического ряда, дополняющие и раскрывающие признак: «кривые, узкие переулки; покосившийся ветхий дом; душная промозглая комната; острое, недетское страдание; ужасный роковой год» и т.п.

Неоднократно встречаются в рассказе трехчленные сочетания определений; они представляются более законченными в смысловом отношении. Например, «тесный, обледенелый и грязный двор»; «мягкий, ласковый старческий голос».

Определения у Куприна выражают изменчивые признаки, помогающие выразить различные моменты душевного состояния героев. Показать «текучесть человека» помогают, например, семантически противопоставленные определения, характеризующие настроение, поведение, движения, взгляд одного и того же героя в разных ситуациях по отношению к разным людям:

«Мерцалов вообще был кротким и застенчивым человеком, но при последних словах незнакомца его охватил вдруг прилив отчаянной злобы».

Портрет раскрывается автором, как правило, не одним штрихом, а целым рядом взаимодополняющих друг друга определений. Например: «Высокая, худая женщина, с изможденным, усталым, точно почерневшим от горя лицом, стояла на коленях около больной девочки».

Таким образом, увлекательность литературы, ее высокая эстетическая и нравственно-воспитательная ценность способствуют широкому использованию художественных текстов при обучении русскому языку иностранных студентов. Чтение рассказа А.И. Куприна «Чудесный доктор» на занятиях по русскому языку — несомненная польза для иностранных студентов-медиков.

Несомненны художественные достоинства рассказа «Чудесный доктор», позволяющие признать, что посредством языка можно выразить тончайшие оттенки явлений, чувств, а также познакомить иностранцев с многообразием выразительных средств, которыми так богат русский язык.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЧАСТОТА ТРОМБОЗА УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

*Е.И. Нилова, студентка 4-го курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней  
Научный руководитель: д.м.н., доцент В.В. Мазур*

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий; ушко левого предсердия; тромбоз ушка левого предсердия; чреспищеводная эхокардиография

**Цель исследования** — изучение взаимосвязи между морфологическими особенностями ушка левого предсердия (УЛП) и частотой выявления в нем тромба у подготовленных к восстановлению синусового ритма больных персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП).

**Материал и методы.** В исследование включены 84 пациента с персистирующей неклапанной ФП, которым перед плановым восстановлением синусового ритма было выполнено чреспищеводное эхокардиографическое исследование (ЧП-ЭхоКГ). Среди обследованных было 48 (57,1 %) мужчин, возраст пациентов варьировал от 20 до 80 лет и в среднем (медиана, межквартильный интервал) составлял 62,5 [56,75; 67,25] года. Сопутствующая артериальная гипертензия отмечалась у 58 (69,0 %) пациентов, ишемическая болезнь сердца — у 6 (7,1 %), сахарный диабет второго типа — у 9 (10,7 %), хроническая сердечная недостаточность — у 23 (27,4 %), перенесенный в прошлом инсульт — у 7 (8,3 %) пациентов. Оценка риска инсульта по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc варьировала от 0 до 8 баллов и в среднем составляла 2,0 [1,0; 3,0] балла. Все больные не менее 3 недель получали антикоагулянтную терапию, в 95 % случаев прямыми оральными антикоагулянтами.

При ЧП-ЭхоКГ определялось наличие тромба в УЛП, морфологический тип УЛП и угол изгиба между проксимальной и средней третями УЛП. В соответствии с действующей классификацией, выделялись четыре морфологических типа ушка левого предсердия: «куриное крыло», «флюгер», «кактус» и «цветная капуста». Угол изгиба между проксимальной и средней третями УЛП подразделялся на острый (не более 90 градусов) и тупой.

**Результаты.** Морфологический тип УЛП «куриное крыло» был выявлен у 42 (50,0 %) пациентов, «флюгер» — у 20 (23,8 %), «кактус» — у 16 (19,0 %) и «цветная капуста» — у 6 (7,1 %) пациентов. Острый угол изгиба УЛП отмечался у 26 (31,0 %) пациентов. Статистически значимой связи между типом УЛП и углом изгиба не было выявлено. При морфологическом типе УЛП «куриное крыло» острый угол изгиба отмечался в 13 (31,0 %) случаях, при типе «флюгер» — в 9

(45,0 %) случаях, при типе «кактус» — в 2 (12,5 %) случаях и при типе «цветная капуста» — в 2 (33,3 %) случаях ( $p = 0,2203$ ).

Тромб в УЛП выявлен у 24 (28,6 %) пациентов, в том числе у 9 (21,4 %) пациентов с УЛП типа «куриное крыло», у 6 (25,0 %) с типом «флюгер», у 6 (37,5 %) с типом «кактус» и у 3 (50,0 %) пациентов с УЛП типа «цветная капуста» ( $p = 0,3847$ ). При этом у пациентов с острым углом изгиба УЛП тромбоз встречался в 4,93 (95 % ДИ 1,25–19,4) раза реже, чем при тупом угле изгиба, соответственно в 2 (7,7 %) и 22 (37,9 %) случаях ( $p = 0,0048$ ). Отметим, что у пациентов с УЛП типа «куриное крыло», «флюгер» и «кактус» при остром угле изгиба не отмечено ни одного случая тромбоза УЛП, в то время как при тупом угле изгиба у пациентов с перечисленными типами УЛП тромбоз отмечался в 21 (38,9 %) случаев ( $p = 0,0004$ ).

**Выводы.** У больных персистирующей ФП тромбоз УЛП при угле изгиба более 90 градусов отмечается в 4,93 (95 % ДИ 1,25–19,4) раза чаще, чем при меньшем угле изгиба УЛП. Влияния морфологического типа УЛП на частоту его тромбоза в настоящем исследовании не выявлено.

## СИНДРОМ ЛЕЙДЕНА-ВЕСТФАЛЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Е.С. Новикова, Я.В. Смирнов, студенты 4 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.В. Сороковикова,  
д.м.н., профессор Л.В. Чичановская*

**Ключевые слова:** синдром Лейдена-Вестфалья; острая мозжечковая атаксия; вирус Коксаки

**Цель исследования:** изучение клинического случая больного с синдромом Лейдена-Вестфалья (острая мозжечковая атаксия).

**Материалы и методы:** анализ истории болезни ребёнка, находившегося на лечении в Морозовской ГДКБ, ИКБ, детском психоневрологическом отделении ЦКБ.

**Результаты.** Ребёнок, 7 лет, заболел остро в середине сентября 2023 г. ОРЗ, лечился самостоятельно на дому. Через 4 дня от начала заболевания появилось приседание на правую ногу. На 5 день от начала заболевания ребёнок был вялым, сохранялись изменения походки по типу мозжечковой атаксии, изменилась речь (замедленная и смазанная). По СМП поступил в Морозовскую ГДКБ, где было исключено ОНМК (проведено МСКТ ГМ).

Anamnesis vitae: ребёнок от 1 беременности, 1 срочных самостоятельных родов, вес 3700 гр, длина 58 см, оценка по Апгар 8/8 баллов. Рос и развивался по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ОКИ, бронхит, в 2 года — ветряная оспа. Аллергологический анамнез: цитрусы, красные пищевые продукты. Наследственность не отягощена.

Anamnesis morbi: через 6 дней от начала заболевания был переведен в Инфекционную клиническую больницу №1 с жалобами на интенсивное головокружение, которое не позволяло ребёнку встать с кровати. Нарушения речи сохранялись на прежнем уровне.

Неврологический статус: при осмотре вял, сонлив, ориентирован правильно. Речь скандированная. В сфере черепных нервов: установочный горизонтальный нистагм. Экстрапирамидные нарушения: тремор рук. Мышечный тонус снижен D = S. Координаторные пробы выполняет с мимопопаданием. Походка атактическая с широкой опорой с помощью поддержки матери. В позе Ромберга: пошатывание.

Люмбальная пункция: ликвор вытекает частыми каплями, цитоз — 4 кл/мкл, белок — 0,25 г/л, глюкоза — 2,9 ммоль/л, лактат — 2,1 ммоль/л.

Исследование крови на ДНК *Staphylococcus aureus*, вируса ветряной оспы, гриппа, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, ВПГ 1, 2, 6 типа, ВЭБ, ЦМВ: не обнаружены. АТ (Ig G, Ig M) к ВЭБ, *Mycoplasma pneumoniae*, ВПГ, ВКЭ — отрицательные. В анализе крови: АТ к ЦМВ IgG — положительные.



На 7 и 8 день жалобы сохраняются, отмечается рвота, головокружение. Получал лечение: в/в капельно этилметилгидроксипиридина сукцинат, декстроза, физ. раствор, дексаметазон, ибупрофен, ацетазоламид, калия и магния аспарагинат.

Через 9 дней от начала заболевания с жалобами на слабость, замедление речи, шаткость походки ребёнок поступил в детское психоневрологическое отделение ЦКБ, где находился в течение недели.

Неврологический статус: речь развернутыми предложениями, замедленная. Отмечалось купирование нистагма. Мышечный тонус в конечностях негрубо снижен в дистальных отделах D = S. Координаторная сфера: самостоятельно садится, сидит. В положении сидя и стоя атаксия, интенционный тремор. Координаторные пробы выполнил с интенцией и дисметрией с обеих сторон. Стоит с поддержкой, самостоятельно не ходит.

МРТ ГМ: МР-данных за очаговое поражение вещества ГМ не получено.

В анализе крови: АТ к вирусам Коксаки IgM — положительные.

За время пребывания в стационаре у ребёнка отмечается ежедневная рвота с головокружением, через 12 дней от начала заболевания речь начинает восстанавливаться.

Получал лечение: дексаметазон 8 мг/сут еще в течение 2 дней, далее по 6 мг/сут в течение 2 дней, затем переведен на преднизолон по схеме; этилметилгидроксипиридина сукцинат в/в, омепразол, холина альфосцерат. Динамика положительная, ходит с широкой базой опоры, сохраняется невыраженная интенция с дисметрией.

Через 16 дней от начала заболевания ребёнок выписывается на амбулаторное лечение (рекомендовано — постепенная отмена преднизолона, холина альфосцерата). После выписки из стационара двигательная активность восстанавливается, последний эпизод рвоты был через 22 дня от начала заболевания.

Родители замечают регресс в навыке чтения. В двигательной сфере значительная положительная динамика, и спустя месяц координаторная сфера и двигательная активность полностью восстановлены.

При последнем визите к неврологу через 46 дней от начала заболевания неврологический статус ребёнка без очаговых патологических изменений. Родителям были даны соответствующие рекомендации и рекомендовано дальнейшее наблюдение специалистов по месту жительства.

**Выводы.** Учитывая данные анамнеза заболевания, клинической картины и течения у ребёнка, был поставлен диагноз: синдром Лейдена-Вестфала (острая мозжечковая атаксия), реконвалесцент. В данном клиническом случае вероятнее всего синдром Лейдена-Вестфала развился после перенесенной инфекции, вызванной вирусом Коксаки, что подтверждает наличие IgM в анализе крови.

## ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ В ГЕНЕЗЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА

*А.Д. Новикова, О.Э. Шагалина, В.Д. Якушкина,  
студенты 3 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г.Тверь, Россия  
Кафедра патологической физиологии  
Научный руководитель: к.п.н., доцент А.В. Аксёнова*

**Ключевые слова:** личностная тревожность; самочувствие; активность; настроение; психологический стресс

**Цель исследования:** исследовать взаимосвязь уровня личностной тревожности, самооценки функционального состояния и показателей стрессовой напряженности у студентов-медиков.

**Материалы и методы.** В обследовании приняли участие 95 студентов — девушек третьего курса Тверского ГМУ. Все участники дали добровольное письменное согласие на обследование. Уровень личностной (ЛТ) и ситуационной тревожности (СТ) оценивали по опроснику Спилбергера – Ханина, дифференциальную самооценку функционального состояния проводили по методике САН (самочувствие, активность, настроение), для измерения феноменологической структуры переживаний стресса использовали шкалу психологического стресса (ПС) PSM-25 (Лемур-Тесье-Филлион). Описательная статистика признаков включала в себя: медиану (*Me*), нижний ( $Q_1$ ) и верхний ( $Q_3$ ) квартили. Анализ значимости различий проводили с использованием критериев Краскела – Уоллиса (для трёх и более независимых выборок). Статистический анализ связей между параметрами проводили с использованием непараметрических методов в программе «Statistica 6.1». Критический уровень значимости различий  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Анализ результатов тестирования на выявление уровня ЛТ показал, что у 57 % девушек наблюдается высокий уровень ЛТ; у 41 % девушек — средний уровень ЛТ; значения показателей ЛТ находятся в диапазоне низкого уровня у 2 % девушек. В соответствии с уровнем ЛТ участники исследования разделены на следующие группы: 1 группа — высокий уровень ЛТ  $Me = 52,5$  ( $Q_1 = 46$ ;  $Q_3 = 63$ ), 2-я группа — средний уровень ЛТ  $Me = 38$  ( $Q_1 = 35$ ;  $Q_3 = 41$ ), 3-я группа — низкий уровень ЛТ  $Me = 24$  ( $Q_1 = 23$ ;  $Q_3 = 27$ ). Корреляционный анализ показал значимую прямую связь ЛТ и СТ ( $r = 0,54$ ,  $p = 0,02$ ) у девушек 1 и 2 групп, у респондентов 3 группы взаимосвязи ЛТ и СТ не выявлено. Девушки с высоким уровнем ЛТ субъективно оценивают свой уровень стрессовых переживаний как средний. Результаты тестирования девушек со средним и низким уровнем ЛТ показали низкий уровень психологического напряжения. Значения медиан показателей уровня ПС у девушек с высоким, средним и низким уровнем ЛТ составили:  $Me = 124$  ( $Q_1 = 102$ ;  $Q_3 = 151$ ),  $Me = 81,5$  ( $Q_1 = 68,5$ ;  $Q_3 = 90$ ),  $Me = 57$  ( $Q_1 = 54$ ;  $Q_3 = 60$ ) соответственно, межгрупповые различия значимы ( $p < 0,05$ ). Анализ по-

лученных данных показал, что с увеличением уровня ЛТ, повышается психологическое напряжение. Таким образом, у девушек с высокими значениями тревожности как свойства личности, уровень переживаний психологического стресса выше, чем у респондентов 2 и 3 групп.

Количественная оценка силы и направления взаимосвязи между значением ЛТ и уровнем переживаний ПС в исследуемых группах выявила значимую сильную прямую связь ( $r = 0,78$ ,  $p = 0,0002$ ) только у девушек с высокими показателями ЛТ. Также у респондентов с высоким уровнем ЛТ значимая отрицательная связь показателей субъективной самооценки самочувствия, активности и настроения с ЛТ ( $p < 0,05$ ). Однако у девушек со средними и низкими значениями показателей ЛТ не обнаружена взаимосвязь между данными параметрами.

Уровень субъективного переживания ПС значимо отрицательно коррелирует с характеристиками силы, здоровья и утомления («самочувствие» по методике САН) у девушек всех исследуемых групп ( $p < 0,05$ ). Негативное влияние эмоционального состояния («настроение» по методике САН) на уровень субъективного переживания ПС значимо у девушек с высокой ЛТ ( $r = -0,6$ ,  $p = 0,007$ ).

**Выводы:** наше исследование показало, что субъективная оценка переживаний психологического стресса зависит от уровня ЛТ. Необходимо отметить, что тревожность не является негативной чертой, выполняет психорегулирующую функцию и отражает предрасположенность человека к восприятию повседневно действующих психогенных стрессоров. Однако высокий уровень тревожности как свойства личности повышает склонность к переживаниям, что сопровождается субъективным ощущением напряжения и способствует развитию ПС.

## ПЕРКУТАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*А.М. Нуралиев, Ф.М. Ураков, З. Асадуллаева, З. Эшмурадова,  
студенты 5 курса педиатрического факультета  
Самаркандский государственный медицинский университет  
г. Самарканд, Узбекистан  
Кафедра травматологии и ортопедии  
Научный руководитель: Н.Ф. Эранов*

**Ключевые слова:** юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости; перкутанный остеосинтез

**Цель исследования:** изучить результаты перкутанного остеосинтеза при ЮЭГБК у детей.

**Материал и методы:** под нашим наблюдением находились на лечении 20 больных детей с ЮЭГБК, за период 2020–2022 годы. По возрасту больных распределяли следующим образом: до 12 лет — 2 больные, 12–14 лет — 14 больных, старше 14 лет — 4 больные; по полу — 18 мальчиков и 2 девочки. По течению болезни у 10 больных наблюдалось острое и у 10 больных хроническое течение. Срок давности болезни от 2 до 5 лет. Для установления диагноза проводили рентгенографию тазобедренного сустава в прямой проекции и по Лауэнштейну, МСКТ исследования, определили степень смещения в градусах.

**Результаты лечения и обсуждение.** В оценке результатов лечения в ближайшем периоде после лечения (до 6 месяцев) мы изучали правильное взаиморасположение эпифиза — головки бедра и шейки бедра, отсутствие возобновленного смещения эпифиза, наличие признаков костного сращения, отсутствие дистрофических изменений в головке бедренной кости. В более отдаленном периоде изучали длину конечности, формы тазобедренного сустава, движения в нём, осанку больного и характер походки больного. Изучение результатов лечения которым была применена репозиция на скелетном вытяжении и перкутанный остеосинтез спицами показала эффективность данного метода, у 18 больных получены положительные, хорошие результаты. У двух больных наблюдалось ишемическое состояние головки бедра. Еще у одного больного на скелетном вытяжении полное сопоставление эпифиза не было достигнуто, эпифиз сопоставился в допустимых величинах.

**Выводы:** Метод лечения репозиция ЮЭГБК на скелетном вытяжении и перкутанный остеосинтез обеспечивает лучшие положительные результаты у 88,8 % больных. У единичных больных возможно расстройство питания головки бедренной кости.

## НЕОФИЦИАЛЬНАЯ ТОПОНИМИЧЕСКАЯ ЛЕКСИКА ГОРОДА ТВЕРИ КАК ИСТОЧНИК КОММУНИКАТИВНЫХ ТРУДНОСТЕЙ ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ

*Д.Д. Нурмухаммедов, студент 3 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра русского языка  
Научный руководитель: к.ф.н. Н.Ю. Грибовская*

**Ключевые слова:** региональная топонимическая лексика; речевые топонимы; неофициальные топонимы; регионимы

Знание тверской региональной топонимики имеет важное значение для иностранных студентов, так как помогает лучше ориентироваться на местности, что значительно облегчает процесс адаптации к жизни в городе. Однако словари и географические карты содержат только официальные наименования улиц, площадей и иных городских объектов, в то время как в речи населения активно функционируют неофициальные наименования, не имеющие фиксации в географических справочниках, но известные всем жителям города. Неофициальные (речевые, узуальные) топонимы или регионимы в настоящее время ещё требуют изучения как неотъемлемый компонент городского просторечия. Малоизученность данного вопроса обуславливает **актуальность** нашего исследования. Изучение лексики этой сферы поможет иностранным студентам избежать коммуникативных неудач при общении с жителями города, что также является **актуальным** в контексте социокультурной адаптации иностранных студентов в условиях погружения в языковую среду региона.

**Целью** нашего исследования является фиксация наиболее частотных неофициальных наименований тверских городских объектов, их классификация по способу образования, а также выявление лингвокультурологической информации, содержащейся в речевых топонимах.

**Материалом** для исследования стала живая речь городского населения, а также контент тверских городских интернет-сообществ в социальных сетях (ВКонтакте, Телеграм). Основными **методами** исследования являются метод лингвистического наблюдения, предполагающий выявление наиболее частотной топонимической лексики в речи жителей Твери, и описательный метод, позволяющий классифицировать и интерпретировать собранный языковой материал.

**Результаты.** Анализ собранного материала показал, что значительная часть неофициальной топонимической лексики мотивирована официальными наименованиями. Как правило, такие номинации возникают в результате речевой компрессии и имеют прозрачную внутреннюю форму. Например, Пожарная площадь — *Пожарка*, улица Трехсвятская — *Трёшка*, *Трёха*, Волоколамский проспект — *Волоколамка*, улица Маяковского — *Маяковка*, улица Можайского — *Можайка*; библиотека им. А.М. Горького — *Горьковка*, библиотека им. А.И. Герцена — *Герценка*, Тверской госу-

дарственный медицинский университет — *мед*, Тверской государственный технический университет — *политех*, Тверской колледж культуры им. Н.А. Львова — *кулёк*, Художественное училище им. А.Г. Венецианова — *Венециановка*. Некоторые номинации образованы от прежних официальных названий городских объектов. Так, *кожвен* — неофициальное наименование Центра специализированных видов помощи им. В.П. Аваева (ранее назывался Тверской областной кожно-венерологический диспансер), *Силикатка* — район около Комбината строительных материалов № 2 (ранее назывался Калининский силикатный завод № 2).

Однако многие речевые топонимы не связаны с официальными названиями. Продуктивным способом образования неофициальной топонимической лексики является метафорический или метонимический перенос. Номинации, образованные на основании сходства объектов, отражают языковое творчество городских жителей: *Конь* — памятник Михаилу Тверскому (князь изображен сидящим на коне); *Рюмка* — гостиница «Панорама» (по внешнему виду здания, имеющего узкое основание), *Ласточкино гнездо* — историческое здание на перекрестке улиц Крылова и Салтыкова-Щедрина (из-за архитектурного сходства с одной из главных достопримечательностей Крыма); *Шайба*, *Барабан*, *Круглый*, *Аквариум* — торговый центр «Заволжский» на пересечении улицы Горького и Комсомольского проспекта (из-за закругленного фасада с остеклением). Часть неофициальных названий образована в результате метонимического переноса: *Фурманова*, *Фурманка* — психоневрологический диспансер на улице Фурманова; *Горбатка* — район у крутого на подъём путепровода (*Горбатого моста*) на Петербургском шоссе.

Некоторые неофициальные топонимические номинации содержат историческую информацию о не существующих сегодня городских объектах. Так, регионим *Застава* (*Петербургская застава*) активно используется не только в устной речи жителей города, но и как название остановки общественного транспорта на месте, где ранее находился въезд в Тверь со стороны Санкт-Петербурга. В наши дни границы города значительно изменились, но память о некогда существовавшем сторожевом пункте осталась в городской речевой топонимике. Также используют горожане наименование *Речной* для обозначения остановки общественного транспорта и района около бывшего Речного вокзала. Вокзал перестал функционировать в начале 2000-х годов с прекращением регулярного речного пассажирского судоходства в Твери, а в 2017 году его здание, находившееся долгие годы в аварийном состоянии, подверглось разрушению, однако в региональной топонимике Твери района сохранена память о городском объекте, являвшемся когда-то визитной карточкой города.

**Выводы.** Неофициальная тверская городская топонимическая лексика содержит географическую, лингвострановедческую и историческую информацию о регионе. Знание речевых городских топонимов повышает уровень лингвокультурологической и коммуникативной компетенции иностранных студентов, обучающихся в Твери, и способствует успешной социокультурной адаптации к жизни в городе.

## ПАГУБНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ДОЛГОЖИТЕЛЬСТВА

*С.А. Овчинникова, Г.С. Максимов, М.Н. Фадеева, студенты 6 курса лечебного факультета; Н.П. Кириленко*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра поликлинической терапии*

*Научный руководитель: профессор кафедры, д.м.н., доцент Н.П. Кириленко*

**Ключевые слова:** пагубное потребление алкоголя; ишемическая болезнь сердца; долгожительство

**Цель работы:** изучить частоту регистрации пагубного потребления алкоголя (ППА) и ассоциативные связи между ним и выявляемостью ишемической болезни сердца (ИБС), ее факторами риска и долгожительства.

**Материалы и методы:** онлайн-опрошено 334 респондента: мужчин — 102 (30,5 %); женщин — 232 (69,5 %). Возраст: 18–29 лет — 236 (70,7 %); 30–59 лет — 87 (26,0 %) и 60 лет и старше — 11 (3,3 %). Использовался тест AUDIT и опросник на наличие ИБС, факторов ее риска (артериальная гипертензия, ожирение и гиперхолестеринемия) и долгожительства среди бабушек и дедушек опрошенных.

**Результаты:** у каждого четвертого опрошенного имелись признаки ППА, которые чаще были у мужчин, чем у женщин (35,3 % и 19,4 %;  $p = 0,002$ ). Однако это касалось лиц в возрасте 18–29 лет (40,8 % и 21,8 %;  $p = 0,003$ ), тогда как в возрасте 30–59 лет и 60 лет и старше такого не выявлено (21,4 % и 11,9 %;  $p = 0,195$ ; 33,3 % и 25,0 %;  $p = 0,661$ ). С увеличением количества выпитых порций алкоголя закономерно снижалась частота суммы баллов ППА от 0 до 3 баллов (1–2 порции — 95,6 %; 3–4 порции — 87,8 %; 5–6 порций — 84,2 % и 7 порций и больше — 50,0 %;  $p = 0,000$ ), но увеличивалась частота регистрации итоговых баллов ППА от 4 и больше (соответственно, 4,4 %; 12,2 %; 15,8 % и 50,0 %;  $p = 0,000$ ). Чем чаще употреблялись 5 и более порций алкоголя в день, тем чаще выявлялось ППА в сумме 4 балла и больше (реже 1 раза в месяц — 5,7 %; 1 раз в месяц и чаще — 37,5 %;  $p = 0,000$ ). С увеличением возраста нарастала выявляемость ИБС (18–29 лет — 10,7 %; 30–59 лет — 18,5 % и 60 лет и старше — 40,0 %;  $p = 0,046$ ). При этом установлено, что в возрасте 30–59 лет частота регистрации ИБС была больше у тех, которые употребляли 5 и более порций алкоголя 1 раз в месяц и чаще, чем у тех, которые употребляли 5 порций алкоголя реже 1 раза в месяц (50,0 % и 15,1 %;  $p = 0,023$ ). Такого не выявлено у лиц в возрасте 18–29 лет (10,1 % и 11,1 %;  $p = 0,572$ ). Выявляемость ожирения не ассоциировалась с регулярностью употребления 5 и более порций алкоголя в возрасте 18–29 лет (реже 1 раза в месяц — 3,5 %; 1 раз в месяц и чаще — 5,6 %;  $p = 0,502$ ) и 30–59 лет (соответственно, 18,4 % и 33,3 %;  $p = 0,344$ ). Подобного рода информация была получена и при анализе повышения АД  $\geq 120/80$  мм рт. ст. в зависимости от регулярности употребления

5 и более порций алкоголя (3,5 % и 5,6 %;  $p = 0,506$ ; 18,4 % и 33,3 %;  $p = 0,104$ ). Напротив, выявляемость гиперхолестеринемии была выше у лиц в возрасте 30–59 лет, употребляющих 5 и более порций алкоголя 1 раз в месяц и чаще по сравнению с его более редким употреблением (80,0 % и 27,6 %;  $p = 0,042$ ), тогда как в возрасте 18–29 лет такого не зарегистрировано (13,4 % и 20,0 %;  $p = 0,530$ ). У 20 (6,0 %) опрошенных среди бабушек и дедушек были долгожители. Их наибольший процент был выявлен при употреблении ими алкоголя в объеме 50–100 г в день (8,5 %), а затем процент таковых симметрично статистически незначимо, но заметно снижался как в сторону не употребляющих алкоголь (3,1 %), так и употребляющих его более 300 г в день (5,7 %;  $p = 0,094$ ). Представляется, что дальнейший набор материала позволит получить статистически значимые различия в распределении долгожителей в зависимости от объема употребляемого алкоголя.

**Выводы.** ППА касается четверти опрошенных. Оно чаще встречается у мужчин, его выявляемость нарастает с увеличением количества выпитых порций алкоголя и более частым употреблением 5 порций алкоголя в день. Выявлено нарастания частоты регистрации ИБС с увеличением возраста. Вместе с тем ее встречаемость чаще регистрируется у лиц в возрасте 29–59 лет при частом потреблении 5 и более порций алкоголя в день, чем при более редком потреблении указанного объема алкоголя. Изложенное выше относится и к более частой регистрации у них гиперхолестеринемии, тогда как выявляемости ожирения и повышения АД  $\geq 120/80$  мм рт. ст. это не касается. Долгожители несколько чаще встречаются среди умеренно употребляющих алкоголь по сравнению с теми, кто злоупотребляет им. Полученную информацию необходимо учитывать при профилактике ППА.



## РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ КАРТИНЫ МИРА В ПАРЕМИОЛОГИИ

У.В. Оганисян, студентка 1 курса факультета клиническая психология  
 ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь  
 Научные руководители: к.филол.н., доцент ТвГМУ А.А. Кузнецова;  
 к.филол.н., доцент ТвГМУ Е.Д. Аксенова

**Ключевые слова:** национальная языковая картина мира; паремиологические единицы; паремиология

Паремиологические изречения, входящие в сферу человеческой семантики, связаны с культурно-историческими традициями говорящих на данном языке, с национальной спецификой мышления, отражая таким образом национальную картину мира. Понятие «картина мира» подразумевает лежащий в основе мировидения человека и представляющий результат его духовной активности исходный глобальный образ мира, в котором проявляются сущностные свойства мира в понимании ее носителей. Пословицы — уникальный жанр народного творчества — являются своеобразной коллективной памятью нации, зеркалом ее жизни и концентрируют свое внимание на человеке во всем многообразии его социально-культурных связей. Именно поэтому паремиологическая система является отражением системы ценностей в картине мира носителей одного языка. Ценности паремий разделяют на 9 типов, которые являются значимыми для человеческого сознания: морально-нравственный, утилитарно-практический, бытийный, экономический, познавательный, общественно-политический, психологический, религиозный, эстетический.

Специфика образования значения пословицы, основанного на метафорическом или метонимическом ассоциативном переносе, отражающем универсальные и национально маркированные особенности менталитета народа, позволяют рассматривать паремиологию различных языков в аспекте сопоставительного характера — определении сходств и различий картин мира, отраженных в языке. Например, общие закономерности возникновения ассоциативных связей обусловили образование следующих эквивалентных паремиологических единиц: *Жизнь прожить, что море переплыть* (русск.) и *Жизнь прожить, что длинный путь с грузом на спине пройти* (японск.); *Двум смертям не бывать, а одной не миновать* (русск.) и *Умереть человек может лишь один раз* (английск.); *Жизнь дана на добрые дела* (русск.) и *Лишь тот действительно живёт, кто помогает жить другим* (индийск.). Исследование показало, что, например, понятие лени как порока характерно для русского, европейского и восточного типов культуры: *Девка красива, да прясть ленива* (русск.); *Лень к добру не приведёт* (индонезийск.); *От малой лени большая беда случается* (индийск.); *Безделье — мать всех пороков* (французск.).

Следует отметить, что одной из важных ценностей паремий является отношение к здоровью, а именно мысль о необходимости беречь свое здоровье: *Бере-*

ги платье снову, а здоровье под старость (русск.); *Забота о здоровье — лучшее лекарство* (японск.), а также мысль о зависимости душевного здоровья от физического: *В здоровом теле здоровый дух* (русск.); *Здоровый дух живёт в здоровом теле* (японск.). Достаточно распространённой в паремиях разных типов культур является мысль о том, что заболеть не сложно, а вылечиться значительно сложнее: *Болезнь входит пудами, выходит золотниками* (русск.); *Болезнь поражает быстро, выздоровление наступает медленно* (вьетнамск.); *Лекарство далеко, а болезнь близко* (индонезийск.). Обращает на себя внимание отражение в пословицах о здоровье ценности профилактического и деонтологического аспектов. Так, анализ русской и восточной паремиологии показал, с одной стороны, серьёзное отношение к заболеваниям: *Мозоль не пуля, а с ног валит* (русск.); *Можно выжить от пулевого ранения и умереть от укуса жука* (индийск.); *Из маленького прыщика может образоваться большая опухоль* (вьетнамск.), а с другой — мысль о надежде на выздоровление даже в самой критической ситуации: *Пока больной дышит, он надеется* (русск.); *Даже если гора высокая, на неё можно вскарабкаться; даже если болезнь тяжёлая, против неё можно найти лекарство* (вьетнамск.). Кроме того, пословицы призывают к уважительному отношению к врачу: *Врач — лучший друг больного* (русск.); *Друг! Не селись там, где нет двух: врача и полноводной реки* (индийск.). В то же время в паремиях, которые относятся к разным типам культуры, выражено негативное отношение к плохому врачу: *Не за всякое дело берись, чтоб не каяться; не у всякой лекарки лечись, чтоб не маяться* (русск.); *У хвастливого врача нет хорошего лекарства* (китайск.); *Лекарю верь только наполовину* (индийск.); *У плохого лекаря аптечка всегда красиво выглядит* (японск.).

Особенностью паремиологической картины мира в русском языке является отражение менталитета крепостного крестьянина, например: правдоискательство (*За правду Бог и добрые люди. Не в силе Бог, а в правде. Кто за правду горой, тот истинный герой. На правду нет суда. Без правды веку не изживёшь.*), коллективизм (*Один в поле не воин. С миру по нитке — голому рубаха. Гора с горой не сходится, а человек с человеком сойдётся. Не рой другому яму, сам в неё попадёшь.*), фатализм (*Не живи, как хочешь, а живи, как можется. Плетью обуха не перешибешь.*), терпение (*За терпенье даёт Бог спасенье. Век жить, век ждать. Век живи, век надейся. Терпенье и труд все перетрут.*), высокая значимость матери и семейных связей (*Что мать в голову вобьёт, того и отец не выбьёт. Отцов много, а мать одна.*). В представленных русских паремиях очевидна национально-культурная коннотация. Так, если в русских пословицах дается в основном совет не спешить (*Тише едешь — дальше будешь. Пора пройдет — другая придет.*), то, например, в английских вместе с инвариантным значением «haste is bad» (спешить — плохо) заключена мысль о важности активного отношения человека ко времени — *Take time by the forelock.* — букв. Возьми (схвати) время за чуб. Если в английских пословицах провозглашается способность человека подчинять обстоя-

тельства своей воле (*Where there's a will there's a way.* — Где воля, там и путь.), то в русских поговорках, напротив, — покорность судьбе (*Плечью обуха не перешибешь.*).

Таким образом, проведенное исследование показало, что в поговорках представлена национальная картина мира. Их можно считать ключевыми единицами, способствующими пониманию каких-то важных особенностей культуры народа, пользующегося данным языком, элементами его мудрости и исторической памяти.

## ХРОНИЧЕСКАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ КАК ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

*А.С. Орлова, В.С. Орлова, студентки 3 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г.Тверь, Россия*

*Кафедра патологической физиологии*

*Научные руководители: к.п.н. доц. А.В Аксёнова, асс. М.В. Черноруцкий*

**Ключевые слова:** хроническая алкогольная интоксикация; анемия; осмотическая резистентность; непрямой билирубин

**Цель исследования:** изучить влияние хронической алкогольной интоксикации на количественные и качественные показатели эритроцитов (степень осмотической устойчивости).

**Материалы и методы:** моделирование ХАИ выполнено на крысах-самцах линии Wistar массой тела 180–240г, возраст на момент начала исследования 3 месяца, работа выполнена на базе экспериментальной лаборатории вивария ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Экспериментальное исследование одобрено Этическим Комитетом ФГБОУ ВО ТГМУ МЗ РФ) протокол № 8 от 27.09.2023.

Животные экспериментальных групп получали в свободном доступе 10 % раствор этанола в качестве единственного источника жидкости (ХАИ<sup>10</sup> %), в течение 30 и 60 дней. Животные были разделены на группы в зависимости от длительности ХАИ: I (n = 10) ХАИ<sup>10</sup> %-30; II (n = 10) ХАИ<sup>10</sup> %-60; III контрольная группа (n = 10) — получали стандартный водно-пищевой рацион.

ОРЭ определяли в растворах хлорида натрия с различной концентрацией (от 1 % до 0,1 %) с гепаринизированной кровью животных. Концентрации общего и прямого билирубина (НПФ Абрис+, Санкт-Петербург) определяли методом Йендрашика-Грофа стандартным набором реагентов, концентрацию непрямого билирубина определяли расчетным способом. Подсчет количества эритроцитов производили на автоматическом гематологическом 3-diff анализаторе «MicroCC-20Plus (ветеринарный)». Статистический анализ полученных данных проводили в программе «Statistica 6.1» с использованием непараметрических методов. Для описательной статистики применяли медиану (Me) и межквартильный интервал (Q<sub>1</sub>–Q<sub>3</sub>). За критический уровень значимости принято значение  $p \leq 0,05$ .

**Результаты:** У животных экспериментальных групп (режимы ХАИ<sup>10</sup> %-30, ХАИ<sup>10</sup> %-60) первые признаки гемолиза эритроцитов появляются в 0,7 % растворе NaCl, что свидетельствует об ухудшении их качественного состава и снижении осмотической устойчивости эритроцитов. Значения медиан показателей доли разрушенных эритроцитов в 0,7 % растворе NaCl составили в I группе Me = 9,0 % (Q<sub>1</sub> = 8,0 %; Q<sub>3</sub> = 10,0 %), во II группе Me = 6,5 % (Q<sub>1</sub> = 5,5 %; Q<sub>3</sub> = 8,0 %), у крыс III группы признаки гемолиза в растворе данной концентрации отсутствуют. У животных конт-

рольной группы начало гемолиза соответствует 0,55 % раствору NaCl, относительное количество разрушенных эритроцитов составляет  $Me = 20,5\%$  ( $Q_1 = 19,5\%$ ;  $Q_3 = 22,5\%$ ). При этом у крыс I и II групп в 0,55 % растворе NaCl значения медиан показателей степени гемолиза эритроцитов составили соответственно:  $Me = 45,5\%$  ( $Q_1 = 43,5\%$ ;  $Q_3 = 45,5\%$ ),  $Me = 61,5\%$  ( $Q_1 = 61,0\%$ ;  $Q_3 = 63,0\%$ ), что значимо выше ( $p < 0,05$ ) показателей контрольной группы.

Абсолютное количество эритроцитов (RBC;  $\times 10^{12}/л$ ) в I группе:  $Me = 5,6$  ( $Q_1 = 5,4$ ;  $Q_3 = 5,7$ ), во II:  $Me = 7,4$  ( $Q_1 = 7,4$ ;  $Q_3 = 7,6$ ), что значимо ниже ( $p < 0,05$ ) показателей контрольной группы ( $Me = 8,5$  ( $Q_1 = 8,3$ ;  $Q_3 = 9,2$ )). Анализ полученных данных показал значимое ( $p < 0,05$ ) повышение содержания непрямого билирубина плазмы крови (мкмоль/л) у животных I и II групп, по сравнению с контрольной; показатели значений медиан составили соответственно:  $Me = 6,25$  ( $Q_1 = 6,1$ ;  $Q_3 = 6,4$ ) и  $Me = 8,7$  ( $Q_1 = 8,5$ ;  $Q_3 = 8,8$ ). Таким образом, у животных экспериментальных групп снижение абсолютного количества эритроцитов сопровождается нарастанием содержания непрямого билирубина плазмы крови, что указывает на их усиленное разрушение в условиях ХАИ.

**Выводы.** ХАИ, как этиопатогенетический фактор, запускает различные механизмы формирования анемического синдрома. Наше исследование показало, что у экспериментальных животных произошло значимое ухудшение качественного состава эритроцитов, снижение их абсолютного количества, обусловленное повышенным гемолизом, что подтверждается высоким уровнем непрямого билирубина плазмы крови. Таким образом, одним из возможных патогенетических вариантов анемического синдрома в условиях ХАИ является гемолиз эритроцитов в результате потери их механической прочности, что приводит к их усиленному разрушению.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭПОНИМОВ В СОВРЕМЕННОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

*О.А. Орлова, студент 2 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра иностранных и латинского языков  
Научный руководитель: д.ф.н., профессор А.Ю. Соколова*

**Ключевые слова:** *эпонимы; анатомическая терминология; дезэпонимизация*

**Цель исследования** — провести анализ эпонимов в анатомической терминологии.

**Материалом исследования** послужили непатологические эпонимические анатомические и гистологические термины, задокументированные в Международной анатомической номенклатуре (FIPAT — International Federation of Associations of Anatomists).

**Методы исследования.** В процессе исследования проведена выборка эпонимов в анатомической терминологии, поиск аналогов для эпонимических терминов, выявление заменимых и незаменимых эпонимов, сбор аргументов в пользу прекращения использования эпонимов в современной анатомической терминологии.

**Результаты.** Эпонимы — имена собственных в наименованиях — существуют в медицине на протяжении веков. Однако в настоящее время ведутся споры относительно эффективности и целесообразности их использования.

В Международной анатомической номенклатуре каждый термин представлен рядом вариантов: официальное латинское наименование, официальное английское наименование и возможные синонимы на английском языке или латинском языке, например, sinus ossis frontalis — sinus of frontal bone — sinus frontalis / frontal sinus. В ходе исследования было выявлено около 700 непатологоанатомических терминов, которые имеют англоязычные эпонимические синонимы. В состав подобных терминов входят 432 эпонима, среди которых было зафиксировано 424 эпонима мужского пола, представлены 30 национальностей (чаще всего встречались Германия, Франция и Италия), 117 эпонимов были связаны более чем с одним термином (наиболее распространённые эпонимы: Морганьи, Сантори, Халлер, Гольджи и Якобсон).

Однако исследование показало, что официальное латинское наименование содержит эпоним только в 12 примерах. Из них 4 термина содержат эпоним — имя итальянского учёного Камилло Гольджи, впервые обнаружившего данные анатомические структуры, и 3 термина связаны с именем Яна Эвангелиста Пуркинье — чешского физиолога и анатома.

Таким образом, исследование показало, что количество официальных эпонимических терминов в анатомической номенклатуре незначительно. В латинском

официальном термине все эпонимы представлены в виде имен прилагательных. В ряде случаев официальные термины на английском и русском языках не содержат эпонимов.

Обзор литературы по данной проблеме позволяет сделать следующие выводы о причинах неиспользования эпонимов (деэпонимизации).

1. Эпонимы часто отражают гендерные и социально-культурные особенности прошедших эпох, что не соответствует официальному общепринятому стилю Анатомической номенклатуры.
2. Ряд эпонимов вошли в анатомическую терминологию из мифов в результате метафоризации. Однако анатомический термин должен быть максимально коротким и простым, не содержать указаний на скрытые признаки или схожие особенности.
3. В ряде случаев эпоним может обозначать несколько разных анатомических структур, что противоречит принципу однозначности и точности термина.
4. Для описания одной и той же анатомической структуры иногда могут использоваться несколько отдельных эпонимов, что нагромождает терминологию.
5. Эпонимы могут отличаться в разных странах.
6. Сходство в звучании между эпонимическими терминами приводило к случаям неправильного диагноза и лечения с серьезными клиническими последствиями.
7. Неспособность эпонимов давать точную характеристику анатомического образования.
8. Наличие эпонимов, представленных разными учеными с одинаковыми именами.
9. Некоторые термины носят имена людей, которые, возможно, никогда не занимались изучением данных структур.

**Выводы.** Анализ эпонимов в анатомической терминологии показал, что незаменимых эпонимических терминов крайне мало. Обзор литературы позволил сформулировать аргументы в пользу отказа от использования эпонимов в международной терминологии и медицинской практике в целом.

## СИМПТОМЫ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИТРОМБОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

*К.М. Османова<sup>1</sup>, Е.И. Калиничева<sup>1</sup>, А.С. Васильева<sup>1</sup>, студенты 4 курса  
лечебного факультета, С.А. Воробьев<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент С.А. Воробьев*

**Ключевые слова:** диспепсия; антикоагулянты; антиагреганты

**Цель исследования.** Выяснить частоту и спектр симптомов патологии пищеварительной системы у пациентов, длительно получающих антитромботическую терапию (антиагреганты, антикоагулянты и их сочетания).

**Материалы и методы.** Обследовано 38 пациентов кардиологического отделения ГБУЗ Больница СМП г. Твери, с различными диагнозами, и на момент опроса не находящихся в палате интенсивной терапии. Опрос пациентов проводился по стандартизированной анкете, включавшей оценку абдоминальной боли, симптомов пищеводной, желудочной, кишечной и билиарной диспепсий, длительность и группы принимаемых антиагрегантов и антикоагулянтов. При анализе результатов применялись методы описательной и аналитической статистики.

**Результаты.** Из 38 опрошенных пациентов 12 (31,58 %) составили мужчины и 26 (68,42 %) женщины. Средний возраст пациентов равнялся  $67,62 \pm 11,83$  годам, при этом мужчины были несколько ( $p = 0,747$ ) моложе женщин (соответственно  $64,83 \pm 12,72$  и  $68,92 \pm 11,42$  года). Причиной госпитализации у 31,57 % пациентов являлась ИБС, у 44,10 % — аритмия, у 18,42 % — гипертоническая болезнь, у 7,89 % — пороки сердца. При анализе пациенты разделились на 3 сопоставимые группы. В 1-й группе пациенты принимали только антиагреганты — 19 (50,00 %) пациентов, во 2-й — сочетание антиагрегантов и антикоагулянтов — 11 (28,95 %) пациентов, в 3-й — не принимали антитромботические препараты — 8 (21,77 %) пациентов. Среди опрошенных не было пациентов, принимающих только антикоагулянты. В целом по группе изжога отмечалась у 47,37 % пациентов, тошнота у 21,05 %, рвота у 10,53 %, боль в животе у 50,0 %, запор у 65,79 %, понос у 47,37 %, горечь во рту у 43,11 %, тяжесть в правом подреберье у 23,68 % больных. Изжога чаще наблюдалась в 2-й группе (антикоагулянты и антиагреганты) — у 72,73 % пациентов, и примерно одинаково в 1-й (антиагреганты) и в 3-й группе (соответственно у 36,84 % и 37,50 % пациентов). Боль в животе чаще ( $p > 0,05$ ) регистрировалась в группе антиагрегантов и в группе сочетания антиагрегантов и антикоагулянтов, по сравнению с пациентами без приема антитромботических средств (57,89 %, 54,40 %, 25,23 %, случаев соответственно). Встречаемость тошноты и рвоты незначительно различалась в группах. Запор чаще встречался в группе сочетанного приема антиагрегантов и антикоагулянтов и примерно



с одинаковой частотой в двух других группах (соответственно 90,91 %, 50,0 %, 57,89 % случаев). Частота диареи не различалась в группах. Горечь во рту достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) отмечалась в группе сочетанного приема антикоагулянтов и антиагрегантов (62,64 % случаев, несколько реже в группе антиагрегантов (42,11 % случаев) и наблюдалась лишь у небольшого количества пациентов без приема антитромботических препаратов (12,5 % случаев). Частота тяжести в правом подреберье не различалась в группах. При оценке корреляционных зависимостей были выявлены статистически значимые связи между приемом антитромботических препаратов с горечью во рту ( $p < 0,05$ ) и изжогой ( $p = 0,06$ ).

**Выводы.** Жалобы на абдоминальные боли, пищеводную, желудочную и кишечную диспепсию встречаются чаще у кардиологических пациентов, получающих антитромботическую терапию. Имеется положительная корреляция между горечью во рту, изжогой и приемом антитромботических препаратов.

## «ГЛАЗА БОЯТСЯ, А РУКИ ДЕЛАЮТ»: МОТИВ СТРАХА В РАССКАЗЕ М.А. БУЛГАКОВА «КРЕЩЕНИЕ ПОВОРОТОМ»

*Пасван Сачин, студент 4 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра русского языка  
Научный руководитель: к.ф.н., доцент Н.Д. Михайлова*

**Ключевые слова:** страх; поворот плода «на ножку»; пословицы и поговорки;  
«Записки юного врача» М.А. Булгакова

**Цель исследования:** показать, что мотив страха и активного противостояния ему играет важную роль в создании психологического портрета начинающего врача; выявить наиболее типичные проявления страха в сложной для молодого доктора профессиональной ситуации и проиллюстрировать их через пословицы и поговорки о страхе.

**Материал и методы:** материалом исследования является рассказ М.А. Булгакова «Крещение поворотом» из цикла «Записки юного врача»; использованы методы наблюдения, обобщения.

**Результаты:** на профессиональную жизнь начинающего доктора, безусловно, влияет внутренний страх (его причины — отсутствие профессионального опыта, практических навыков) и противостояние ему. В рассказе «Крещение поворотом» врачу впервые предстоит принять «неблагополучные роды»: сделать «поворот на ножку», поскольку у роженицы поперечное положение плода. Внутренний страх молодого доктора перед операцией может многое рассказать о его личности. В монологах, обращенных к самому себе, начинающий врач, переживая неотступный, а иногда и панический страх, все же объективно оценивает свое «я», свое профессиональное поведение, осознает недостаток знаний и практических навыков и необходимость самосовершенствования. Мощным стимулом к преодолению боязни для него является чувство профессионального долга. Все это позволяет представить содержание внутреннего имиджа врача.

«Глаза боятся, а руки делают» — эта народная мудрость наиболее точно характеризует в целом состояние и поведение молодого доктора. На разных этапах подготовки и проведения «поворота плода на ножку» меняющиеся мысли, чувства и действия героя можно проиллюстрировать пословицами, в которых ключевым является слово «страх».

«У страха глаза велики» — так скажем о докторе, который боится «неправильных родов», нагоняет на себя столько страха, что его мысли и действия становятся не совсем адекватными (он «не был уверен, под наркозом ли делается операция»; собираясь в больницу, «никак не мог попасть ногами в туфли»).

Доктор боится принять решение, не справиться с операцией, опасается за ее последствия. Однако он понимает, что паническая боязнь лишает человека уверен-

ности и твердости в поступках: «Сейчас я делаю исследование, но от этого не легче ни мне, ни роженице; я ровно ничего не понимаю и не могу прощупать там у нее внутри». «Страх силу отнимает» — народная мудрость точно характеризует состояние врача.

В мыслях возникают нотки малодушия: «Чего доброго щипцы придется накладывать. Отослать ее разве прямо в город?» Растерявшийся молодой доктор признается в собственной беспомощности: «Под руками у меня мучающаяся женщина... Но как ей нужно помогать, я не знаю, потому что роды видел вблизи только два раза в своей жизни в клинике... я ровно ничего не понимаю», «Я не понимаю < ... > какой поворот я буду делать: комбинированный, некомбинированный, прямой, не прямой!..» Страх дезорганизует юного врача, его состояние можно описать поговоркой: «Страх обуяет — растеряешься». Чувство страха у юного врача усиливается ощущением предстоящего позора: «Беда будет, если потеряюсь; перед акушерками срам». Эти мысли персонажа синонимичны народной мудрости: «Где страх, там и стыд».

Однако булгаковский доктор — человек, способный преодолеть свой страх. Во-первых, он знает его причину, что облегчает борьбу, а во-вторых, главное оружие против боязни и паники — это разум доктора, анализ ситуации: «Беспокойство свое я постарался спрятать как можно глубже и ничем его не проявлять». Меняется стратегия врача, она очень близка народной мудрости: «Страхов много, а жизнь одна». Надо уметь справляться со страхами, которые мешают врачу жить и трудиться. Врачебный долг не дает права идти на поводу у эмоций и выставляет четкие профессионально-нравственные ориентиры: «Я и права не имею отступать... Нужно уж самому делать». Самостоятельно принимать больных и оперировать — это путь к обретению опыта, потому что именно профессиональный опыт и знания позволяют врачу бороться со страхами: «Большой опыт можно приобрести в деревне, но только нужно читать, читать, побольше... читать...»

**Выводы:** при анализе мотива страха в рассказе М.А. Булгакова использование пословиц и поговорок позволило представить их в качестве средства характеристики внутреннего имиджа молодого неопытного врача, его состояния и поведения в сложной профессиональной ситуации.

## ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА УЧАСТКЕ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА

*Й. Патхак, А. Пурохит, студенты 6 курса лечебного факультета  
С.О. Медведева  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент С.О. Медведева*

**Ключевые слова:** артериальная гипертония; церебральные нарушения; диспансерное наблюдение

**Цель исследования:** оценить приверженность больных артериальной гипертонией (АГ) с церебральными нарушениями к выполнению врачебных назначений, а также выяснить их осведомленность об основных правилах здорового образа жизни и о факторах риска (ФР) развития АГ.

**Материалы и методы:** обследовано 50 больных (мужчин — 8; женщин — 42; средний возраст  $67,2 \pm 0,9$  года) АГ II стадии, которые находились под диспансерным наблюдением у врача терапевта и получали комбинированную антигипертензивную терапию. Всем больным проводилось анкетирование по выявлению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, общеклиническое обследование, оценивался неврологический статус. Степень тяжести церебральных расстройств оценивалась в соответствии с классификацией форм хронической сосудисто-мозговой недостаточности. Хроническая ишемия головного мозга 1 стадии регистрировалась у 9 (18 %) пациентов, 2 стадия — у 41 (82 %). Результаты полученных данных обрабатывались в программах статистической обработки.

**Результаты исследования:** как показало анкетирование, среди факторов риска избыточная масса тела и ожирение выявлялись у 36 (72,0 %), гиперхолестеринемия — у 25 (50,0 %), избыточное употребление поваренной соли — у 24 (48,0 %), гиподинамия — у 23 (46,0 %), нарушение толерантности к глюкозе и сахарный диабет — у 14 (28,0 %), избыточное употребление алкоголя — у 11 (22,0 %), курение табака — у 6 (12,0 %), конфликтность в домашней обстановке / на работе — у 6 (12,0 %) пациентов.

При анализе сопутствующей патологии у 16 (32,0 %) обнаруживались заболевания бронхолегочной системы, сахарный диабет — 12 (24,0 %), реже в анамнезе встречалась атеросклеротическая болезнь сердечно-сосудистой системы в виде ишемической болезни сердца (3; 6,0 %) и онкологические заболевания (1; 2,0 %).

При оценке доступных мероприятий по снижению повышенного артериального давления оказалось, что в 100 % пациенты согласны отказаться от курения, в 87 % — придерживаться бессолевой диеты, в 82 % — отказаться от злоупотребления алкоголем, в 81 % — соблюдать диету по снижению калорийности пищи, в 64 % — постоянно принимать лекарственные препараты, в 56 % — придерживаться

диеты по снижению холестерина, в 33 % — согласны изменить условия труда, в 28 % — эпизодически лечиться в стационаре.

Оценивалась приверженность пациентов к выполнению врачебных назначений. Были изучены ответы больных о принимаемой ими медикаментозной гипотензивной, гиполипидемической и гипогликемической терапии, эти данные были сопоставлены с данными амбулаторных карт пациентов. Установлено, что выполняли назначения врача 17 (34,0 %) пациентов, тогда как не придерживались рекомендаций — 33 (66,0 %).

Были изучены ответы респондентов на вопрос о способе получения информации о АГ. Установлено, что получают информацию от врача 47 (94,0 %) пациентов, из журналов и газет — 3 (6,0 %), от других больных — 6 (12,0 %).

**Выводы:** у больных АГ с церебральными нарушениями имеется высокая распространенность модифицированных факторов риска, таких как избыточная масса тела и ожирение, гиперхолестеринемия, избыточное употребление поваренной соли, гиподинамия, нарушение толерантности к глюкозе и сахарный диабет, избыточное употребление алкоголя. Также отмечается высокая готовность к доступным мероприятиям по снижению артериального давления. Известно, что у больных АГ с церебральными нарушениями основным источником информации о заболевании является их лечащий врач. Однако, у пациентов, отмечается низкая приверженность к выполнению врачебных назначений, что заслуживает особого внимания специалистов (участковых терапевтов, кардиологов) и свидетельствует о необходимости усиления санитарно-просветительной работы среди данной категории больных.

## КЛАССИФИКАЦИЯ BOSNIAK И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КИСТ ПОЧЕК

*Э.Э. Паязат, студент 3 курса педиатрического факультета;  
А.И. Алифанова, П.П. Кожич, ординаторы кафедры лучевой диагностики  
А.А. Юсуфов  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра лучевой диагностики  
Научный руководитель: д.м.н., доц. А.А. Юсуфов*

**Ключевые слова:** классификация BOSNIAK; кисты почек; компьютерная томография; статистика

В настоящее время, согласно статистическим исследованиям, от 30 до 60 % всех людей старше 60 лет имеют в почках одну кисту или более. Важно отметить, что данная патология протекает бессимптомно, лишь в 30 % случаев наблюдаются неспецифические симптомы, по этой причине кисты выявляются случайно при профилактических осмотрах или в рамках обследования по поводу других патологий. Для верификации и анализа выявляемых кист и кистозных образований существует классификация по BOSNIAK, которая позволяет оценить вероятность наличия онкологического процесса, а также помогает выбрать дальнейшую тактику наблюдения и, если это необходимо, лечения пациента.

**Цель:** определение чувствительности классификации BOSNIAK, применяемой в лучевой диагностике в отношении стратификации кистозных образований почек в зависимости от риска малигнизации, на основе анализа данных компьютерной томографии и результатов гистологических исследований.

**Материалы и методы.** Проанализированы заключения и протоколы 30 пациентов, проходивших лечение в Клинике Тверского ГМУ. В состав выборки включались истории болезни пациентов, поступавших на оперативное лечение по поводу удаления кист и кистозных образований по плановым показаниям, выполненные в период с 2018 по 2023 год. Производилось сопоставление заключений представленных компьютерных томограмм и заключений результатов патолого-анатомического исследования операционного материала.

**Результат:** по данным компьютерной томографии до оперативного было выявлено 8 пациентов со стадией BOSNIAK I, 5 пациентов со стадией BOSNIAK II, 4 пациента со стадией BOSNIAK IIF, 1 пациент со стадией BOSNIAK III, 2 пациента со стадией BOSNIAK IV, 5 пациентов с комбинированной стадией (BOSNIAK I и II, II и IIF) в одной или обеих почках, а также 6 пациентов, в заключении которых отсутствовала классификация по BOSNIAK. У 16 пациентов, по результатам компьютерной томографии были обнаружены множественные кисты и кистозные образования одной или обеих почек, у 12 пациентов обнаружены единичные образования и у 2 пациентов новообразование, более вероятно злока-

чественного генеза. После патологоанатомического исследования операционного материала его результаты не совпали в 1 случае из 30. В этом случае по результатам компьютерной томографии была выставлено заключение «Кисты обеих почек BOSNAIK I», по результатам гистологического исследования были получены признаки кистозной формы почечно-клеточного рака. В остальных случаях выявлено полное соответствие рентгенологического и патологоанатомического заключений. Таким образом, общая чувствительность при использовании классификации BOSNAIK составила 66 %, общая специфичность — 100 %. В 4 % случаев использование данной классификации дало ложноотрицательный результат, ложноположительных результатов выявлено не было. Исходя из вышесказанного, предсказательная ценность положительного теста составила 100 %, в свою очередь, предсказательная ценность отрицательного теста, составила 97 %.

В 6 случаях из 30 в рентгенологическом заключении отсутствовала классификация BOSNAIK. Данная классификация крайне важна для специалистов разных профилей, поскольку позволяет выбрать тактику дальнейшего лечения и наблюдения пациента.

**Выводы:** по итогам исследования, использование классификации BOSNAIK показало полную специфичность при стратификации кистозных образований почек, а также высокую предсказательную ценность как положительного, так и отрицательного теста. Несмотря на это, в 4 % случаев был выявлен ложноотрицательный результат, что обеспечило 66 % чувствительность теста. Полученные результаты свидетельствуют о том, что критерии, используемые в классификации BOSNAIK, нуждаются в дальнейшем изучении и корректировке, в виду важности данной классификации при выборе дальнейшей тактики наблюдения и лечения пациентов специалистами различных профилей.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*С.С. Петухова, студентка 4 курса лечебного факультета,  
Абу-Салех Амир, студент 5 курса стоматологического факультета  
Л.В. Чичановская, О.Н. Бахарева, В.С. Бахарева  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент О.Н. Бахарева*

**Ключевые слова:** ишемический инсульт; кардиоэмболический вариант течения; атеротромботический вариант течения; атеросклеротическое поражение

**Цель исследования:** Выявить диагностические маркеры патогенетических вариантов ишемического инсульта.

**Материалы и методы исследования:** На базе амбулаторно-поликлинического отделения диагностического центра ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России произведен анализ выписных эпикризов 62 больных, перенесших ишемический инсульт. Средний возраст больных составил  $67,5 \pm 2,8$  лет. Всем больным, согласно стандарту лечения ОНМК, проводилось неврологическое и инструментальное обследование. Из диагностических инструментальных методов применялось ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов (УЗДГ БЦА), КТ головного мозга, которое подтвердило наличие очагового поражения у всех обследованных больных. Лабораторное обследование включало анализ клинического минимума с определением уровня холестерина общего плазмы крови. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась методом вариационной статистики и корреляционного анализа на компьютере IBM PC PENTIUM с помощью пакета программ «Microsoft Excel 7.0».

**Результаты.** Все больные были согласно оценке классификации TOAST разделены на 2 группы. 1 группу составили 44(71 %) больных с атеротромботическим вариантом течения ИИ, что было подтверждено данными ультразвукового исследования сосудистых бассейнов и методов нейровизуализации. 2 группу составили 18(29 %) больных с кардиоэмболическим вариантом, который был подтвержден наличием в анамнезе заболеваний с высоким эмбологенным потенциалом (фибрилляция предсердий и др). Интересно, что среди больных 1 группы преобладали мужчины 25(57 %) над женщинами 19(43 %), а среди 2 группы напротив, женщины, соответственно 7(39 %) и 11(61 %).

При изучении характера атеросклеротического поражения у больных 1 группы гемодинамически значимое атеросклеротическое поражение БЦА выявлено у 14(32 %), а гемодинамически незначимое, соответственно у 30(68 %). Среди больных 2 группы доля гемодинамически значимого поражения была даже выше, соответственно 9(50 %) и 9(50 %) обследованных.



При оценке уровня холестерина общего плазмы крови, несмотря на значимое поражение брахиоцефального ствола, в обеих группах были выявлены референсные значения. При этом среди больных 1 группы его уровень составил  $5,28 \pm 0,4$  ммоль/л, а среди больных 2 группы его уровень был даже несколько ниже, соответственно  $4,47 \pm 0,4$  ммоль/л. Представляло интерес изучение уровня холестерина плазмы крови у больных с гемодинамически значимым и незначимым поражением БЦА. Так среди больных 1 группы его уровень составил, соответственно  $4,97 \pm 0,3$  ммоль/л и  $5,38 \pm 0,5$  ммоль/л, а среди 2 группы, соответственно  $4,64 \pm 0,4$  и  $4,3 \pm 0,3$  ммоль/л, что подчеркивает недопустимость использования изолированного лабораторного критерия — холестерина плазмы крови как маркера атеросклеротического поражения.

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что среди патогенетических вариантов течения ишемического инсульта выявлены гендерные различия, которые необходимо учитывать при составлении профилактических и лечебно-реабилитационных программ ведения больных цереброваскулярной патологией. Кроме того, выявленный нормальный уровень холестерина общего плазмы крови даже у больных с гемодинамически значимым поражением сосудов брахиоцефального ствола свидетельствует о недопустимости использования изолированного лабораторного параметра как маркера диагностики системного атеросклероза.

## ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК СОБСТВЕННЫХ ТОРГОВЫХ МАРОК АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

*А.С. Плеханова<sup>2</sup>, Е.О. Мамаева, студентки 4 курса фармацевтического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: доцент, к.б.н. М.Н. Кудряшова*

**Ключевые слова:** биологически активная добавка; ассортимент; собственная торговая марка; аптечная организация

**Цель исследования:** целью данного исследования является анализ ассортимента биологически активных добавок, производимых под собственной торговой маркой, на примере аптечных организаций ООО «Ригла», ООО «Планета здоровья», ООО «Горздрав».

**Материалы и методы:** информационной базой исследования явились интернет-сайты аптечных организаций ООО «Ригла», ООО «Планета здоровья», ООО «Горздрав».

**Результаты:** биологически активные добавки являются нелекарственным ассортиментом аптечных организаций и пользуются популярностью среди населения в качестве добавки к пище для профилактики заболеваний. В настоящем исследовании были проанализированы биологически активные добавки, которые производят аптечные организации под собственной торговой маркой. Установлено, что всего на интернет-сайтах исследуемых аптек было представлено 429 наименований биологически активных добавок, которые были ранжированы по составу, форме выпуска и стоимости. На интернет-сайте аптеки «Ригла» было представлено 147 наименований биологически активных добавок, что составило 34 %, в ассортименте аптеки «Планета здоровья» — 99 наименований (23 %) и аптеки «Горздрав» — 183 наименования (43 %). При этом аптека «Горздрав» имеет 11 собственных торговых марок, а аптеки «Ригла» и «Планета здоровья» — по 5.

Биологически активные добавки в аптечной сети «Ригла» выпускаются в форме шипучих таблеток (7 %), таблеток для рассасывания (1 %), капсул для приема внутрь (35 %), жевательных таблеток (1 %), жевательных капсул (1 %), пастилок (10 %), саше (3 %), таблеток для приема внутрь (27 %), раствора (1 %), стиках (2 %), спрея (1 %), сиропа (2 %), масла (2 %), фильтр-пакетах (7 %). Биологически активные добавки в аптеке «Планета здоровья» представлены в форме шипучих таблеток (11 %), таблеток для рассасывания (2 %), капсул для приема внутрь (27 %), жевательных таблеток (3 %), пастилок (5 %), саше (2 %), таблеток для приема внутрь (43 %), раствора (5 %), стиков (1 %), спрея (1 %). Биологически активные добавки в аптечной сети «Горздрав» выпускаются в форме шипучих таб-

леток (10 %), таблеток для рассасывания (0,5 %), капсул для приема внутрь (50 %), жевательных таблеток (5 %), пастилок (7 %), саше (0,5 %), таблеток для приема внутрь (21 %), раствора (2 %), порошка (2 %), растворимых таблеток (0,5 %), спрея (0,5 %), сиропа (1 %).

В ассортименте аптеки «Ригла» представлено большее количество биологически активных добавок на растительной основе, чем в других аптечных сетях. Кроме того, в ассортименте аптеки «Ригла» есть фиточаи, которые выпускаются в фильтр-пакетах и в рассыпном виде. Они имеют в своем составе толокнянку обыкновенную, календулу лекарственную, укроп пахучий, элеутерококк колючий, мяту перечную, сенну, шиповник, гибискус, зверобой продырявленный, липу сердцевидную, ромашку аптечную, душицу обыкновенную, тимьян ползучий, шалфей лекарственный, фенхель, кориандр, валериану лекарственную, пустырник пятилопастный, хмель обыкновенный, солодку голую, лен обыкновенный. В аптеке «Горздрав» имеются биологически активные добавки торговой марки Supregim, аналогичные по составу некоторым лекарственным препаратам, в составе которых содержатся диосмин + гесперидин, лактулоза + лигнин гидролизный, ацетилцистеин, кальция и магния карбонат, а в «Планете здоровья» — аналог препарата «Аскорутин».

Самые дорогие биологически активные добавки были представлены в аптечной сети «Горздрав», а самые дешевые по стоимости — в «Планете здоровья». Например, комбинация магния и витамина В6 в таблетках в аптеке «Горздрав» стоит 540 рублей, в «Ригле» 325 рублей, а в «Планете здоровья» — 250 рублей.

**Вывод:** ассортимент биологически активных добавок в аптечных сетях «Ригла», «Планета здоровья» и «Горздрав» достаточно широк и разнообразен, имеются различные формы выпуска. Самыми часто встречающимися формами выпуска являются шипучие таблетки, пастилки, капсулы и таблетки для приема внутрь. Наиболее дорогостоящие биологически активные добавки были обнаружены в аптечной сети «Горздрав», а наиболее недорогие по стоимости — в «Планете здоровья».

## **БОДРОСТЬ И РИСКИ: ПОСЛЕДСТВИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ**

*Н.А. Подхватилина, студентка 1 курса лечебного факультета;*

*Н.П. Мсхвильдзе*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь Россия*

*Кафедра химии*

*Научный руководитель: доктор биологических наук, профессор Г.М. Зубарева*

**Ключевые слова:** *здоровье; энергетические напитки; последствия употребления; состав; исследование; анализ*

**Актуальность.** Энергетические напитки являются популярным способом «взбодриться» среди обучающихся, особенно в периоды подготовки к сдаче сложных рубежных работ и сессий. Вопрос безопасности энергетиков остается открытым, хотя в некоторых странах Европы продажа напитков «бодрости» запрещена. В Российской Федерации этот вопрос находится под пристальным вниманием. В связи с этим в статье рассматривается химический (качественный) анализ состава напитка, содержащего кофеин, таурин, L-карнитин, женьшень, витамины группы B и другие активные ингредиенты. Проведен анализ их воздействия на организм человека. Важность работы определяется высоким спросом молодёжи на энергетические напитки, а также растущим беспокойством относительно их влияния на здоровье. Многие исследования показывают, что употребление энергетических напитков может привести к серьезным последствиям для здоровья, таким как нарушения сердечной деятельности, повышенное давление, бессонница, нервозность и другие проблемы.

**Цель исследования.** Изучить качественный состав и последствия употребления напитков «бодрости» для молодёжи.

**Материалы и методы.** Анализ литературных источников о составе и влиянии энергетиков. Анкетирование 134 человек по вопросам их употребления и знание возможных последствий. Результаты проанализированы (в процентном соотношении от общего числа респондентов) для выявления связи между употреблением энергетиков и здоровьем молодого поколения. Исследование состава «Adrenalin rush» на основе качественного химического эксперимента.

**Результаты.** Литературные источники и данные Роспотребнадзора России показали повышенное содержание веществ (кофеин, таурин, L-карнитин, женьшень) в составе энергетического напитка от рекомендуемой суточной нормы.

Социологическое анкетирование показало тенденции увеличения потребления данных напитков студентами. Сейчас на рынке большой выбор этой продукции на любой вкус. Большая часть респондентов (78 %) часто употребляет энергетические напитки. Основной причиной является желание получить прилив бодрости «чтобы проснуться», при этом у некоторых стремление употребить энергетик

было вызвано возникновением привыкания. Участники опроса не смогли назвать состав употребляемой бодрящей жидкости. Экспериментальная часть (общее количество химических опытов 13) позволила установить, что популярный напиток «Adrenalin rush» обладает высокой кислотностью и агрессивностью, то есть при его употреблении, особенно натошак, может раздражать слизистые оболочки, особенно пищевода. В опыте на денатурацию белка установлено, что это явление возникает под воздействием «Adrenalin rush», что подтверждает возможность повреждения желудочно-кишечного тракта. Высокое количество глюкозы (подтверждено яркой-синей качественной окраской раствора гидроксида меди) в составе бодрящего напитка при частом применении может привести к излишнему весу и нарушению обмена глюкозы. Зубная эмаль также подвергается опасности — кальций способен вымываться (подтверждено опытом с использованием яичной скорлупы). Это делает зубы чувствительными. При проведении анализа витамин В<sub>6</sub> не обнаружен на основе реакции с раствором 1 % хлорида железа, что может свидетельствовать об обмане потребителя, хотя не исключена погрешность при проведении эксперимента, поскольку его количество минимально в напитке.

**Вывод.** Таким образом, употребление энергетических напитков не только придает бодрость, но и оказывает негативное последствие на здоровье человека. Более того, даже разовое употребление энергетиков в надежде получения бодрости несет риск и может негативно сказаться на состоянии организма.

## ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА У ЖЕНЩИН С ПРОНИКАЮЩИМИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ МАЛОГО ТАЗА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*М.А. Полиданов<sup>1</sup>, аспирант кафедры хирургических болезней;*

*К.А. Волков<sup>2</sup>, студент 2 курса лечебного факультета*

*<sup>1</sup> — Саратовский медицинский университет «Ревиз», г. Саратов, Россия*

*<sup>2</sup> — ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, Россия*

*Кафедра хирургических болезней*

*Научные руководители: д.м.н., проф., проф. кафедры хирургических болезней*

*В.В. Масляков<sup>1</sup>, к.м.н., доц., доцент кафедры акушерства и гинекологии  
лечебного факультета А.В. Паршин<sup>2</sup>*

**Ключевые слова:** огнестрельные ранения; малый таз; гормоны; ближайший послеоперационный период

**Цель исследования.** Исследовать гормональный фон у женщин в ближайшем послеоперационном периоде с проникающими огнестрельными ранениями малого таза.

**Материалы и методы.** В данном исследовании приняло участие 40 женщин из гражданского населения, которые проходили лечение проникающих огнестрельных ранений малого таза, полученных в результате боевых действий. Средний возраст пациенток составил  $36 \pm 4$  года. Было доказано, что время с момента получения ранения до операции играет главную роль в ближайшем послеоперационном периоде. Исходя из этого, мы разделили пострадавших на две группы. Первая группа (А) состояла из 20 человек (50 %) с временным промежутком до 60 минут, вторая группа (Б) также состояла из 20 человек (50 %), у которых временной промежуток превышал 60 минут. Полученные данные были занесены в дата сет, который представляет из себя таблицу в формате Excel. Полученные результаты, были обработаны с помощью описательных статистических методов. В качестве критерия был использован критерий согласия  $\chi^2$ . Статистическая значимость определялась как  $p < 0,05$ . Для установления корреляционных связей был использован непараметрический критерий Спирмена ( $r$ ) с учетом силы связи:  $r > 0,01-0,29$  — слабая положительная связь,  $r > 0,30-0,69$  — умеренная положительная связь,  $r > 0,70-1,00$  — сильная положительная связь. Для сравнения результатов лабораторных исследований, было проведено исследование аналогичных показателей у 20 женщин того же возраста, которые согласились принять участие в исследовании и не имели обнаруженных острых или хронических заболеваний на момент проведения исследования. Эти женщины составили группу сравнения, в которую включались только один раз для проведения исследования.

**Результаты.** Известно, что область таза является одной из шокогенных зон, где сконцентрировано множество нервных окончаний и стволов и любое повреж-

дение приводит к развитию мощной ответной реакции. Можно предположить, что огнестрельное повреждение этой анатомической области приводит к развитию травматического шока, который не всегда проявляется клинически. Данное предположение подтверждается тем фактом, что в первые сутки после операции было замечено увеличение гормонов, которые производятся гипоталамо-гипофизарной системой и корой надпочечников, таких как фактор роста, адреналин и инсулиноподобный гормон. Однако, это увеличение отличалось в двух группах. В группе А, где помощь была оказана быстрее, уровень гормонов был выше нормы, но ниже, чем в группе Б, где помощь пришла позже. Группа А показала быстрое восстановление гормонального баланса по сравнению с группой Б. Исследование также обнаружило, что в группе Б, начиная с 5–7 дней после операции, уровень глюкозы в крови повышался, что было связано с повышенным содержанием гормонов. При сопоставлении полученных лабораторных данных с клинической картиной, нами было выявлено, что в прогностическом плане наибольшее значение из всех изучаемых гормонов принадлежало адреналину.

**Выводы.** Из проведенного исследования видно, что у женщин с огнестрельными ранениями малого таза происходят изменения гормонального баланса. Эти изменения зависят от времени, прошедшего с момента получения ранения до начала хирургического лечения, и также меняются в течение дня после операции. Тазовая область, как известно, содержит множество нервных окончаний и стволов, и любое повреждение в этой области вызывает сильную ответную реакцию. Можно предположить, что огнестрельное повреждение этой анатомической зоны приводит к развитию травматического шока, который не всегда проявляется симптоматически.

## ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОЖИРЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*С.А. Полканов, 5 курс, лечебный факультет, В.В. Седунов 5 курс, педиатрический факультет, Т.Е. Джулай<sup>1</sup>, В.Н. Силаев<sup>2</sup>*  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

<sup>1</sup>Кафедра факультетской терапии

<sup>2</sup>Кафедра хирургии и анестезиологии-реаниматологии

Научные руководители: к.м.н., доцент Т.Е. Джулай; к.м.н., доцент В.Н. Силаев

**Ключевые слова:** ожирение; бариатрические операции; масса тела

**Цель исследования** — оценить параметры, характеризующие качество повседневной жизни, и ассоциированные с ОЖ заболевания и состояния у пациентов после бариатрических операций (БО).

**Материал и методы.** Для анализа эффективности проведенного оперативного вмешательства и его последствий была разработана оригинальная анкета из 25 вопросов. В сети Интернет на платформе «Google Формы» проведено анкетирование 27 жителей Твери в возрасте от 25 лет до 60 лет (мужчин 5 — 18,5 %, женщин 22 — 81,5 %), которым в клинике Тверского ГМУ проведена БО в 2021-2023 гг. Средний возраст на момент БО составил 46,7 лет. Сроки проведения анкетирования у 7,4 % респондентов составили 3 мес. после БО, у 51,9 % — 6 мес., у 40,7 % — 12 мес. Минигастрошунтирование проведено 14 пациентам (51,85 %), продольная резекция желудка — 10 (37,0 %), гастрощунтирование — 3 (11,1 %).

**Результаты.** Исходная масса тела пациентов до БО варьировала в пределах 82–237 кг: менее 100 кг у 4 человек (14,8 %); 100–150 кг — у 16 (59,3 %); 150–200 кг — у 6 (22,2 %); свыше 200 кг — у 1 (3,7 %). Минимальный ИМТ был равен 35,16 кг/м<sup>2</sup>, максимальный — 66,2 кг/м<sup>2</sup>. Минимальная потеря массы тела составила 22 кг, максимальная — 94 кг. Средняя потеря массы тела за первые 3 месяца после БО составила 24 кг, за 6 месяцев — 40,8 кг, за 12 месяцев — 46,9 кг.

Признаки нутритивной недостаточности отметили у себя 4 человека (14,8 %); у большинства респондентов (85,2 %) ее признаки отсутствовали. В то же время в послеоперационном периоде абсолютное большинство респондентов (92,6 %) принимали различные витаминно-минеральные комплексы.

Анализ проявлений диспепсии показал, что неспецифический эпигастральный дискомфорт во время приема пищи выявлялся у 37,0 % респондентов. Частую изжогу отмечает 7,4 % оперированных, периодически она имеет место в 11,1 % случаев, редко — в 25,9 %. Наличие сформированного демпинг-синдрома после БО полностью отрицали 40,7 % респондентов; в 14,8 % случаев эпизоды демпинга случались очень редко; в 29,6 % — изредка; только у 14,8 % пациентов — 1–2 раза в неделю. Установлено, что в 25,6 % случаев после БО пациенты не отмечали из-



менений в работе кишечника. Диарея, как типичное расстройство стула в послеоперационном периоде, имела место в 22,2 % случаев, развивалась время от времени у 14,8 % пациентов, редко — у 3,7 % пациентов. У 14,8 % респондентов отметили запоры как типичный вариант кишечной диспепсии, у 7,4 % они имели место периодически, в 11,1 % случаев — редко.

Оценка признаков ассоциированных с ОЖ заболеваний и состояний показала наличие инсулинорезистентности в 11,1 % наблюдений, сахарного диабета в 7,4 %. У 7 пациентов (25,9 %) имела место артериальная гипертензия. Боль в спине и суставах конечностей отмечали 33,3 % респондентов, причем 14,8 % постоянно принимают анальгетики, в 11,1 % случаев были выполнены операции на позвоночнике или эндопротезирование суставов. Недержание мочи регистрировалось у 3 человек (11,1 %). В первые 3 месяца после БО 25,9 % респондентов отмечали выпадение волос, в 18,5 % случаев алопеция сохранялась до года.

**Выводы.** Оценка результатов БО должна проводиться как по динамике массы тела, так и по параметрам, характеризующим метаболический статус организма и качество жизни. Наряду с существенным снижением массы тела, стабилизацией уровней артериального давления и глюкозы в крови, повышением толерантности к физическим нагрузкам, БО могут приводить и к формированию ранее не существовавших диспепсических расстройств, таких как демпинг-синдром, желудочная и кишечная диспепсия.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРИХОБЕЗОАРА ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА С ДЛИТЕЛЬНОЙ АНЕМИЕЙ

*С.Е. Попова<sup>1</sup>, А.Б. Кириллова<sup>1</sup>, студенты 6 курса педиатрического факультета;*

*Г.Н. Румянцева<sup>1,2</sup>, А.Ю. Горшков<sup>1,2</sup>*

*<sup>1</sup> — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*<sup>2</sup> — ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница», г. Тверь, Россия*

*Кафедра детской хирургии*

*Научные руководители: профессор, заведующая кафедры детской хирургии*

*Г.Н. Румянцев, доцент кафедры детской хирургии к.м.н. А.Ю. Горшков*

**Ключевые слова:** *анемия; трихобезоар; трихотилломания*

**Актуальность.** Безоары желудка являются патологией крайне редко встречающейся в практической деятельности детского хирурга. Трихобезоары представляют собой внутрипросветное скопление проглоченных волос. Как правило, эта патология чаще встречается у лиц женского пола, имеющих непреодолимое желание кусать (прикусывать) и проглатывать собственные волосы. Желудок является типичным местом локализации трихобезоара, который несет угрозу обтурационной непроходимости. Диагностика заболевания затруднена и требует подробного выяснения данных анамнеза и обследования в стационаре.

**Цель.** Представить клинический случай трихобезоара желудка у ребенка с проявлениями анемии.

**Материалы и методы.** В педиатрическое отделение ДОКБ в январе 2024 года госпитализирована девочка А., 15 лет с жалобами на головную боль, повышенную утомляемость, выпадение волос, изменения в клиническом анализе крови. Из анамнеза выяснено, что данные жалобы беспокоят с ноября 2023 года. Наблюдается амбулаторно у трихолога в связи с явлениями очаговой алопеции. Педиатром по месту жительства выявлены изменения в клиническом анализе крови: снижение гемоглобина до 79 г/л. В стационаре появились жалобы на тошноту и боли в животе. При пальпации передней брюшной стенки в эпигастрии обнаружено плотное объемное безболезненное образование. Проведенное обследование в условиях стационара (компьютерная томография брюшной полости) выявило инородное тело желудка (безоар), пациентка переведена в хирургическое отделение для его удаления. Проведена консультация психотерапевта — девочка замкнутая, эмоционально лабильна, жалуется на чувство тревоги, чувство вины из-за сложных отношений с родителями. При прицельном расспросе ребенок признает, что при сильном стрессе или переживаниях может неосознанно вырывать и глотать свои волосы. Данное поведение появилось 1-1,5 года назад. Выставлен диагноз: трихотилломания. В предоперационном периоде получала препараты

трехвалентного железа и фолиевой кислоты, а также проводилась противорвотная терапия. Заключение эзофагогастродуоденоскопии: трихобезоар желудка. Эндоскопическая экстракция инородного тела безуспешна. С учетом находок больная подготовлена к оперативному лечению. Проведена верхнесрединная лапаротомия, гастротомия, удаление инородного тела размерами 22×7 см, анатомически идентичного форме желудка. Макропрепарат представлен конгломератом из волос с пищевыми массами повышенной плотности и участками размягчения по периферии с запахом брожения.

**Результаты:** При проведении гастротомии осложнений не получено. Течение послеоперационного периода гладкое, ранняя активизация пациентки. В клиническом анализе крови концентрация гемоглобина 110 г/л. Выписана на 7-е сутки после снятия швов, заживление ран первичным натяжением. Планируется госпитализация через 2 месяца на обследование и проведение курса противоспаечной терапии. Рекомендована консультация клинического психолога и психиатра. Контроль клинического анализа крови.

**Выводы:** Диагностика безоаров желудка у детей затруднена из-за отсутствия ранних специфических клинических симптомов. При поздней диагностике безоаров увеличивается масштаб хирургического вмешательства и вероятность осложнений. Практикующим врачам, в том числе участковым педиатрам, для исключения данной патологии следует обращать внимание на сочетание симптомов длительной анемии, диспептических расстройств в комбинации с эмоциональной лабильностью и трихотилломанией.

## ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ, КАК ПРИЧИНА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖАЛОБ СРЕДИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

*Л.А. Потоцкая, студентка 6 курса лечебного факультета,  
Е.Г. Некрасова, доцент кафедры  
ФГБОУ ВО Тверской ТГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор В.В. Дубенский*

**Ключевые слова:** *железодефицитные состояния; латентный дефицит железа; дефицит микроэлементов, витаминов; выпадение волос*

Потеря железа является распространённой проблемой среди молодых женщин, которая имеет различные клинические проявления, в том числе дерматологические маркеры. Основной причиной железодефицитных состояний является отрицательный баланс железа в течение длительного периода, то есть потери железа превышают его потребление. В организме по разным причинам сначала снижаются запасы железа, а на следующем этапе развивается анемия. Данные состояния часто встречаются у беременных, женщин с гинекологической патологией, приводящей к хронической кровопотере, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, из-за которых нарушается усвояемость железа и других нутриентов или лиц, придерживающихся особого типа питания, которое исключает из рациона красное мясо. Ферритин сыворотки является важнейшим показателем для оценки запасов железа в организме.

**Цель исследования:** изучить частоту железодефицитных состояний среди молодых женщин, обратившихся на прием к врачу дерматовенерологу с жалобами на выпадение волос и различные дерматологические изменения.

**Материалы и методы:** в исследование участвовали 317 молодых женщин, в возрасте от 18 до 44 лет, которые обратились на прием дерматовенерологу в 2023 году в центр специализированных видов медицинской помощи имени В.П. Аваева с жалобами на выпадение волос. Давность выпадения волос колебалась от 6 месяцев до 3 лет, что свидетельствует о хроническом течении заболевания. Всем обратившимся проводился анализ анамнеза жизни, сопутствующих заболеваний, дерматологических жалоб, результатов трихоскопии, фототрихограммы, а также базовые в трихологии исследования: клинический анализ крови, определялся уровень ферритина, витамина В12, фолиевой кислоты, ТТГ. В исследовании не участвовали лица с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями, острыми инфекциями, беременные.

**Результаты:** в процессе комплексного обследования хроническое телогеновое выпадение волос установлено у 196 человек, причиной которой являются различные дефицитные состояния или заболевания эндокринной системы, у остальных женщин диагностирована андрогенная алопеция без сопутствующей патоло-

гии (121 человек). Железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести была выявлена у 8,7 % женщин (референс значений гемоглобина 91–110 г/л), все они имели уровень ферритина менее 10 мкг/л, снижение уровня ферритина ниже 30 мкг/л обнаружено у 49,5 % обследуемых (референс значений ферритина 10–140 мкг/л), дефицит витамина В<sub>12</sub> — у 10,7 %, дефицит фолиевой кислоты — у 14,8 %, дефицит цинка — у 13,8 %, повышение уровня тиреотропного гормона выявлено у 4 обследуемых женщин. Несколько дефицитных состояний одновременно выявлено у 21,9 % лиц. При сборе анамнеза у женщин с дефицитными состояниями стало известно, что большая часть пациенток не употребляют в пищу красного мяса и его производных (говядина, баранина, печень), их рацион состоит преимущественно из белого вида мяса или рыбы (64,8 %), часть пациентов не употребляют белок животного происхождения вовсе (9,2 %). Отказ от употребления красного мяса обосновывался экономической составляющей или непереносимостью вида и запаха красного мяса, диспепсией после его употребления. Часть этих женщин имеют обильные менструации, причинами которых являются миома или эндометриоз (18,4 %), другая — заболевания желудочно-кишечного тракта (7,7 %). Пациентки с выявленными железодефицитными состояниями также предъявляли жалобы на сухость и шелушение кожных покровов (24,5 %), изменения ногтевых пластин, которые проявлялись в виде поперечной исчерченности, изменении формы ногтя, появлении линий Бо (17,3 %), у 3,6 % женщин диагностированы атрофические изменения слизистой ротовой полости, а именно стоматиты, глосситы или хейлиты, ангулярный стоматит (заеды) — у 6,1 % обследуемых.

**Выводы:** недостаток железа, маркером которого является уровень сывороточного ферритина, один из наиболее распространённых дефицитов питательных веществ в организме женщины с выпадением волос и определенной дерматологической патологией. Особенности питания с исключением из рациона красного мяса — основная причина железодефицитных состояний, реже причинами являются болезни желудочно-кишечного тракта и гинекологическая патология. Лечение данных дефицитных состояний требует междисциплинарного подхода, рекомендаций по изменению характера питания или профилактического приема железосодержащих и комплексных препаратов. С целью получения устойчивого уровня железа и других витаминов в сыворотке крови, что благотворно скажется на состоянии кожи, волос и ногтевых пластин молодых женщин.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Э.В. Пушкарева, О.К. Енговатова, К.Г. Самушия, С.А. Булахова,  
студенты 4 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России г. Тверь, Россия  
Кафедра педиатрии педиатрического факультета  
Научные руководители: к.м.н., ассистент О.А. Ермолаева,  
ассистент Л.Л. Ратникова*

**Ключевые слова:** бронхиальная астма; моноклональные антитела; базисная терапия; омализумаб; иммунодепрессивная терапия; дети

### Актуальность проблемы

Бронхиальная астма является одним из самых распространенных хронических заболеваний детского возраста. Эпидемиологические данные свидетельствуют о росте распространенности БА по всему миру.

БА – самостоятельная нозологическая форма, характеризующаяся сложным механизмом развития. Выделяют три основных аспекта патофизиологии БА: аллергическое воспаление, бронхиальная гиперреактивность и ремоделирование дыхательных путей. При БА воспаление охватывает всю респираторную систему, носит персистирующий характер и сохраняется между обострениями.

За последние два десятилетия принципы терапии бронхиальной астмы (БА) претерпели существенные изменения.

Появилась иная стратегия в лечении БА, а именно проведение базисной противовоспалительной терапии. Длительное аллергическое воспаление дыхательных путей, обусловленное воздействием специфических и неспецифических факторов, проявляется морфологическими и функциональными изменениями во всех структурах стенки бронхов, приводит к дезорганизации и склерозированию субэпителиальной мембраны, гипертрофии гладких мышц бронхов и инфильтрации стенки бронхов эозинофильными, тучными клетками и Т-лимфоцитами.

Длительно протекающий процесс может привести к необратимым изменениям в бронхах. Базисная терапия в этом случае вносит существенный прогресс в терапию бронхиальной астмы.

**Цель исследования.** Влияние современной базисной терапии тяжелой формы бронхиальной астмы на качество жизни больных, которое оценивается по следующим критериям: переносимость физических нагрузок, отсутствие ночных и дневных эпизодов затрудненного дыхания, потребность в бронхорасширяющих препаратах, наличие обострений – все это оценивается за последние 3 месяца. - Если хотя бы один из критериев присутствует, то качество жизни больных значительно снижается.

**Материалы и методы.** Осмотры детей и анализ 6 историй болезни детей в возрасте 9–17 лет со средней и тяжелой бронхиальной астмой, проходивших лечение в ДГКБ № 1 г. Твери в течение 1,5 лет моноклональными антителами (ксолар, дупиксент, нукала).

**Результаты.** К базисной терапии относятся многие препараты, выбор предоставляется врачу в зависимости от тяжести течения бронхиальной астмы: мембраностабилизирующие препараты (интал, тайлед), антилейкотриеновые препараты (сингуляр, аколлат), глюкокортикостероидные препараты (ингаляционные и системные), анти Ig E – антитела омализумаб (ксолар, дупиксент, нукала). Лечение этими препаратами показано больным с неконтролируемой медикаментозно бронхиальной астмой тяжелого и среднетяжелого течения.

Лечение проводилось в условиях стационара с (повторным введением лекарства согласно возрастной дозировке через 3 недели с предварительным обследованием (клинический минимум, биохимический анализ крови, спирография) до применения препарата и после введения препарата.

На фоне базисной терапии моноклональными антителами было отмечено уменьшение частоты обострений заболевания, а возникающие обострения протекали в более легкой форме (наличие дыхательной недостаточности 0–1 степени, реже возникали эпизоды затруднения дыхания в ночные часы). Дальнейшее лечение детей (базисная терапия) будет продолжено до августа 2024 года.

**Выводы.** Лечение препаратами МАТ тяжелой БА приводит к значительному улучшению качества жизни, которое связано с уменьшением выраженности симптомов, хорошей переносимости физической нагрузки, отсутствием дневных и ночных симптомов затрудненного дыхания, потребность в бронхолитиках сводится к минимуму, обострений нет.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СИМПТОМАТИКИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*Р.П. Раджабова, П.А. Кузнецова, 6 курс, лечебный факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И. Ю. Колесникова*

**Ключевые слова:** студенты-медики; гастроинтестинальные симптомы; опросник «7×7»; стресс

**Цель исследования:** анализ распространенности гастроинтестинальных симптомов при помощи российского опросника «7×7», тревоги и депрессии у студентов старших курсов Тверского ГМУ в середине семестра и к концу экзаменационной сессии.

**Материалы и методы:** изучение гастроинтестинальных симптомов при помощи российского опросника «7×7» проводилось путем анонимного анкетирования одних и тех же студентов лечебного факультета дважды: в середине осеннего семестра и в конце зимней экзаменационной сессии. Опросник «7×7» позволяет выявить и количественно оценить симптомы функциональной диспепсии (ФД) и синдрома раздраженного кишечника (СРК). Также дважды студенты проходили опрос по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Полученные результаты подвергались анализу при помощи стандартных методик параметрической и непараметрической статистики с использованием Excel Microsoft Office.

**Результаты:** осенью в опросе приняли участие 72 студента (мужчин 12, женщин 60; возраст от 17 до 25 лет, медиана возраста 22 года), зимой — 36 (мужчин 7, женщин 29; возраст от 18 до 25 лет, медиана возраста 22 года). У части респондентов имелись ранее выявленные заболевания органов пищеварения: у 13 (18,1 %) человек хронический гастрит, у 3 (4,2 %) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, у 2 (2,8 %) — синдром раздраженного кишечника и по одному — функциональная диспепсия и панкреатит. Считал свое питание рациональным 21 (29,2 %) человек, остальные 70,8 % оценивали свое питание как нерациональное. В течение последних 7 дней боль в области желудка испытывали 29 (40,3 %) респондентов, жжение в этой области — 18 (25,0 %) опрошенных, чувство переполнения — 38 (52,8 %), чувство раннего насыщения — 18 (25,0 %) человек. Боль в животе, уменьшающаяся после опорожнения кишечника, беспокоила 10 (13,9 %) респондентов, вздутие живота — 35 (48,6 %) человек. Стул реже 3 раз в неделю отмечен у 15 (20,8 %) студентов, чаще 3 раз в день — у 13 (18,1 %). Изменение консистенции стула до жидкого или кашицеобразного выявлено у 24 (33,3 %) опрошенных, в виде «орешков» или очень сухого — у 17 (23,6 %) человек. В целом, клинические признаки ФД и СРК наблюдались у 55 (76,4 %) студентов, выраженность симптоматики соответствовала пограничному расстройству у 25



(34,7 %) студентов, легкому расстройству у 19 (26,3 %), умеренно выраженному у 8 (11,1 %) респондентов, выраженному у 2 (2,8 %) студентов, тяжелому у 1 (1,4 %) студента. У 34 (47,2 %) студентов выявлены признаки тревоги: у 17 (50 %) клинически выраженная тревога, у 17 (50 %) субклиническая. Согласно опроснику «7Ч7» из этих 34 студентов 5 (14,7 %) здоровы, у 29 (85,3 %) есть признаки ФД и СРК. Все студенты с выраженным и тяжелым расстройством, по данным опросника «7×7», демонстрировали клинически выраженную тревогу. У 38 (52,8 %) студентов уровень тревоги не был повышен, из них 12 (31,6 %) здоровы, у 26 (68,4 %) признаки ФД и СРК, преимущественно пограничной и легкой степени выраженности. У 18 (25,0 %) студентов есть признаки депрессии: у 14 (77,8 %) человек субклинической, у 4 (22,2 %) — клинически выраженной. Согласно опроснику «7Ч7», 2 (11,1 %) студента здоровы, у 16 (88,9 %) выявлены признаки ФД и СРК, в том числе у 2 респондентов с умеренно выраженным и тяжелым расстройством. У 54 (75,0 %) студентов депрессия не выявлена, из них 15 (27,8 %) здоровы, у 39 (72,2 %) признаки ФД и СРК. Частота выявления ФД и СРК составила 76,4 % осенью и 69,4 % ( $p_{\chi^2} > 0,05$ ) в конце января. Частота тревожных расстройств, соответственно, 47,2 % и 50 % ( $p_{\chi^2} > 0,05$ ), несколько снизилась выраженность тревоги: осенью у 50 % студентов регистрировалась субклиническая и у 50 % клинически выраженная тревога, в конце января, соответственно, у 66,7 % и 33,3 % студентов. Аналогичная тенденция к снижению частоты депрессии: осенью признаки депрессии у 25,0 % студентов, зимой — у 19,4 % ( $p_{\chi^2} > 0,05$ ); осенью у 77,8 % респондентов депрессия была субклинической, а у 22,2 % — клинически выраженной, зимой у 71,4 % депрессия расценивалась как субклиническая, еще у 28,6 % — как клинически выраженная.

**Заключение:** среди студентов-медиков заболевания пищеварительного тракта встречаются у каждого четвертого, оценили свое питание как нерациональное свыше 70 % опрошенных. Симптоматика ФД была более распространена, чем СРК, в целом, проявления данных заболеваний имелись у 76,4 % респондентов, преимущественно пограничной и легкой степени выраженности. Почти у половины студентов выявлены признаки тревоги, а у каждого четвертого — депрессии. При исследовании в динамике после сессии отмечалось некоторое уменьшение как гастроинтестинальной симптоматики, так и частоты тревоги и депрессии.

## ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ: ОЦЕНКА ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ ТЕРАПИИ

*Р.П. Раджабова, П.А. Кузнецова, студенты 6 курса лечебного факультета;*

*Н.П. Кириленко<sup>1</sup>, Н.Н. Ильина<sup>2</sup>*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра поликлинической терапии<sup>1</sup>*

*Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии, фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии<sup>2</sup>*

*Научные руководители: профессор кафедры, д.м.н., доцент Н.П. Кириленко<sup>1</sup>*

*доцент кафедры, канд. фарм. наук Н.Н. Ильина<sup>2</sup>*

**Ключевые слова:** фармакоэкономика; хроническая сердечная недостаточность; трехкомпонентная терапия

**Цель работы:** анализ фармакоэкономических аспектов лечения больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в поликлинических условиях с позиции трехкомпонентной терапии.

**Материалы и методы:** трехкомпонентная лекарственная терапия ХСН (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – иАПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II – АРА II, бета-блокаторы – ББ и антагонисты альдостерона – АА) была изучена у 113 пациентов, отобранных из 745 амбулаторных карт (каждая десятая карта, находящаяся в регистратуре); мужчин – 45 (39,8 %), женщин – 68 (60,2 %); в возрасте 20–39 лет – 3 (2,7 %) человек, 40–59 лет – 14 (12,3 %), 60–79 лет – 63 (55,8 %) и 80 лет и старше – 33 (29,2 %). Структура расходов на трехкомпонентную терапию ХСН рассчитывалась с помощью ABC-анализа, где А – 80 %, В – 15,7 % и С – 4,3 % от общей суммы затрат. VEN-анализ проводился с учетом действующей клинической рекомендации по лечению ХСН от 2020. При этом учитывалось: V – жизненно-важные, т.е. имеются в клинических рекомендациях; E – необходимые: 1) фиксированные антигипертензивные препараты, содержащие препарат из трехкомпонентной терапии и мочегонное средство; 2) нет в клинических рекомендациях, но формально входят в одну из групп трехкомпонентной терапии; N – неважные, т.е. не содержащие вещество из трехкомпонентной терапии. Затраты на лекарственную терапию определяли с помощью стоимости одной таблетки на день лечения; учитывались данные «ЕАПТЕКА».

**Результаты:** врачи поликлиники при лечении ХСН в среднем на одного больного выписывали лекарств на 18,2 р/день: в категории А расходуются 11,4 р/день, В – 3,8 р/день и С – 3,0 р/день. В категории А имелись не только позиции V, E и N, но и все представители трехкомпонентной терапии ХСН; такового нет в категориях В и С. Позиция V в категории А представлена всеми группами трех-

компонентной терапии. Такового нет в позициях Е и N. Из группы АА выбор врачами Спиринолактона и Верошпирона обоснован; Эплеренон стоит дороже, и он врачами не использовался. Из группы АРА-II, ББ и иАПФ наиболее дешевым являются Лозартан, Бисопролол и Лизиноприл, однако врачи их не назначали. Они использовали или более дорогие препараты из этих групп, или лекарства, требующие двукратного приема (Валсартан, Небиволол, Беталок® ЗОК, Конкор®, Зокардис®, Капотен, Каптоприл, Периндоприл, Амприлан® и Эналаприл). Из группы фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов наиболее обоснованным с позиции содержания в них двух препаратов из трехкомпонентной терапии ХСН является Престилол®, который врачи и назначали.

**Выводы:** фармакоэкономический анализ показал, что фактическая стоимость лечения одного пациента в 1,5 раза превышала расчетную из-за большей стоимости препаратов из групп АРА-II, ББ и иАПФ, тогда как расходы на препараты из групп АА и ФК были одинаковыми. Оптимизация лечения ХСН в поликлинических условиях с учетом клинических рекомендаций будет способствовать снижению ценовой нагрузки на больного.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

*Д.Д. Россомахина, студентка 6 курса лечебного факультета,  
А.В. Цветкова, студентка 6 курса педиатрического факультета,  
Е.Г. Некрасова, доцент кафедры  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор В.В. Дубенский*

**Ключевые слова:** буллезный эпидермолиз; генодерматозы; персистирующие пузыри; «дети-бабочки»

Буллезный эпидермолиз — группа редких генетических заболеваний, развивающихся вследствие врожденного дефекта в генах, кодирующих структурные белки кожи, которые обеспечивают связь между эпидермисом и дермой. Хрупкость эпидермиса и легкое образование пузырей на коже и слизистых оболочках проявляется при рождении или младенчестве при воздействии даже незначительных механических травм. Фенотипы заболевания варьируют от легких до жизнеугрожающих. Генетическое обследование является ведущим методом диагностики подобных заболеваний в детском возрасте, в том числе болезнь подтверждается путем забора образцов поражённой кожи на биопсию. Необходимость своевременной постановки диагноза обусловлена различными осложнениями этого заболевания.

К сожалению, на сегодняшний день этиопатогенетической терапии буллезного эпидермолиза не существует. Лечение направлено на эпителизацию эрозивно-язвенных дефектов кожи, профилактику их вторичного инфицирования, уменьшение выраженности болевых симптомов и внекожных проявлений заболевания. Активно разрабатываются методы генной и клеточной терапии с применением стволовых клеток.

**Цель исследования:** описание клинического случая буллезного эпидермолиза у 2-летнего ребенка.

**Результаты:** на прием к педиатру по месту жительства обратилась мама с ребенком 2 лет, с жалобами на появление в весенне-летний период пузырей в области колен, тыла кистей и стоп, которые появляются после травмы и длительно не заживают. В осенне-зимний период высыпаний не было. При первичном осмотре установлен диагноз пиодермия, назначена наружная антибактериальная терапия, которая эффекта не оказала, пузырьные высыпания появлялись вновь от любого незначительного повреждения. Педиатром пациент был направлен к дерматовенерологу в центр специализированных видов медицинской помощи имени В.П. Аваева, откуда с подозрением на редкое генетическое заболевание — «буллезный эпидермолиз» отправлен на дообследование в Национальный центр здоровья детей города Москвы. Нами были проанализированы данные его амбула-

торной карты. Общеклиническое обследование не выявило у ребенка отклонений в показателях и сопутствующие патологии.

По данным медико-генетического обследования диагноз был подтвержден и определен тип болезни: Буллезный эпидермолиз, дистрофический, локализованный тип, аутосомно-доминантный тип наследования (Q81.2). Даны рекомендации по лечению: ограничение физических нагрузок, трения одежды, бережное отношение к кожным покровам, использование атравматичного перевязочного материала и ранозаживляющих препаратов, использование щадящих средств для очищения, активное увлажнение. Дети, страдающие данным заболеванием, подлежат регистрации в благотворительном фонде «Б.Э.Л.А. Дети-бабочки», которой оказывает всестороннюю помощь маленьким пациентам с редкими генетическими заболеваниями кожи.

**Выводы:** буллезный эпидермолиз является редким орфанным, генетически детерминированным заболеванием. Необходима своевременность постановки диагноза для правильной организации быта, образа жизни детей и их родителей, проведение программ реабилитации для поддержания их общего здоровья, улучшения состояния кожи с целью предотвращения рецидивов и тяжелых осложнений заболевания.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОЗМАРИНОВОЙ КИСЛОТЫ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ИНГИБИТОРА ПРОТЕАЗЫ (M<sup>pro</sup>) SARS-COV-2

*А. Рудак, магистрант 1 курса факультета экологической медицины;  
С. Шахаб МГЭИ им. А. Д. Сахарова БГУ, г. Минск, Беларусь Кафедра  
экологической химии и биохимии  
Научный руководитель: д.х.н., доцент С. Шахаб*

**Ключевые слова:** розмариновая кислота; молекулярный докинг; сродство белок-лиганд

**Цель исследования:** проанализировать фармакологические свойства розмариновой кислоты как потенциального ингибитора основной протеазы (M<sup>pro</sup>) SARS-CoV-2.

**Материалы и методы.** Для изучения фармакологических свойств розмариновой кислоты нами использован интернет-ресурс SwissADME, обеспечивающий анализ эффективности соединений при пероральном введении в организм. SwissADME устанавливает взаимосвязь между фармакокинетическими и физико-химическими параметрами органических и неорганических структур, а также позволяет выявить возможные трудности в процессе разработки лекарственного препарата. Среди преимуществ ресурса можно выделить: методы ввода, возможности параллельных вычислений нескольких молекул, а также способность отображать и делиться результатами по отдельной молекуле.

Примечательно, что ресурс SwissADME предоставляет платформу для оценки биодоступности по правилу Липински, согласно которому перорально активный препарат может нарушать не более одного из соответствующих условий:

- количество доноров водородных связей (общее число связей N-H, O-H) не должно превышать 5;
- количество акцепторов водородных связей (общее количество атомов N и O) не должно превышать 10;
- молекулярная масса соединения должна быть менее 500 условных единиц;
- коэффициент распределения октанол-вода (LogP) должен быть не больше 5.

Молекулярный докинг проведен с использованием инструмента AutoDock Vina. Кристаллическая структура молекулы основной протеазы (M<sup>pro</sup>) SARS-CoV-2 взята из банка данных белков (<http://www.rcsb.org/pdb>) в формате PDB (PDB ID: 7VLQ). Визуализация выполнена с помощью компьютерных программ Chimera 1.15, BIOVIA Discovery Studio 2021 и Molegro Molecular Viewer 2.5. Механические включения в структуре белка — молекулы воды и ионы металлов, не принадлежащие белку, удалены из структуры.

**Результаты.** Оценка фармакологических свойств розмариновой кислоты, оцениваемое по правилу Липински, показало следующие параметры: показатель липофильности (LogP) составляет 1,48, что означает высокую проницаемость че-

рез клеточные мембраны. Площадь молекулярной полярной поверхности (TPSA) выше  $130 \text{ \AA}^2$  и составляет  $144,52 \text{ \AA}^2$ , что может быть связано с возможными проблемами биодоступности вещества как лекарственного средства. Молекулярная масса  $360,31 \text{ г/моль}$ , что соответствует правилу Липински. Количество доноров и акцепторов водородных связей меньше 5 и 10, соответственно.

Расчеты докинга между протеазой SARS-CoV-2 и розмариновой кислотой показали, что образуется термодинамически стабильный комплекс. Скорость связывания розмариновой кислоты к белку 7VLQ равна  $-8,3$ , что означает высокое сродство белок-лиганд за счет образованных между ними межмолекулярных водородных связей, а также ван-дер-ваальсовых и  $\text{Pi}$  – алкильных взаимодействий. Также, кроме вышеупомянутых межмолекулярных связей, в комплексе присутствуют связи  $\text{Pi-Sulfur}$ . Данный тип взаимодействия играет роль не только в стабилизации комплекса, но и влияет на протекание ферментативного катализа. Так как этот тип взаимодействия сформировался между цистеином в молекуле белка и бензольным кольцом в составе розмариновой кислоты, то это окажет влияние на активность белка ингибируя его.

**Выводы.** Доказано, что розмариновая кислота может быть перспективной субстанцией для разработки на ее основе лекарственного препарата. Установлена ингибирующая роль розмариновой кислоты как потенциального лекарственного средства против основной протеазы SARS-CoV-2. Скорость связывания розмариновой кислоты к белку 7VLQ равна  $-8,3$ .

## ЭПИГЕНЕТИКА: ИЗМЕНЕНИЯ В ОБРАЗЕ ЖИЗНИ — КЛЮЧ К ИЗМЕНЕНИЮ ГЕНОВ

*В.П. Савцова, 11 класс ГБОУ города Москвы «Школа №1506»,  
Москва, Россия  
Научный руководитель: О.Н. Шаверская*

**Актуальность работы.** Эпигенетика — направление генетики, сравнительно недавно оформившееся в самостоятельную область исследований. Но уже сегодня эта молодая динамичная наука предлагает революционный взгляд на молекулярные механизмы развития живых систем. Одна из наиболее дерзких и вдохновляющих эпигенетических гипотез о том, что активность многих генов подвержена влиянию извне, сейчас находит подтверждение во множестве экспериментов на модельных животных. Исследователи осторожно комментируют их результаты, но не исключают, что и человек не в полной мере зависит от наследственности, а значит, может на нее целенаправленно воздействовать. В перспективе, если ученые окажутся правы и им удастся подобрать ключи к механизмам управления генами, человеку станут подвластны физические процессы, происходящие в организме. В их числе вполне может оказаться и старение, многие другие важные процессы.

Последние исследования в области эпигенетики показали, что только 5 % генных мутаций, связанных с болезнями, являются полностью детерминированными; на остальные 95 % можно повлиять посредством питания, поведения и прочих факторов внешней среды. Программа здорового образа жизни позволяет изменить активность от 4000 до 5000 различных генов. Мы не просто являемся суммой генов, с которыми были рождены. Именно человек является пользователем, именно он управляет своими генами. При этом не столь важно, какие «генетические карты» раздала Вам природа — важно, что Вы с ними будете делать. Следует отметить, что эпигенетика находится на начальной стадии развития, многое еще предстоит узнать, однако существуют сведения о том, какие основные факторы образа жизни влияют на экспрессию генов. Всё вышеизложенное, определяет актуальность исследования.

**Цель исследования:** Исследовать эпигенетику как современное научное направление, ее особенности и перспективы, а также проанализировать факторы образа жизни, влияющие на гены, разработать рекомендации по совершенствованию образа жизни, влияющих на гены

### **Задачи исследования:**

1. Найти и изучить литературу и источники в сети Интернет по исследуемой теме.
2. Изучить исследования и важные открытия на пути становления эпигенетики, раскрыть понятие и сущность эпигенетики.
3. Проанализировать факторы, вызывающие эпигенетические изменения, раскрыть особенности влияния образа жизни на генетические изменения.



4. Провести эксперимент в рамках данной темы, по разработанной мною анкете, и разработать рекомендации и презентацию в рамках данной темы.

**Методы исследования:**

- Изучение профильной актуальной современной литературы для формирования теоретической базы предмета исследования.
- Разработка анкет и проведение опросов среди обучающихся 10–11 классов школы и анализ полученных ответов.

**Результаты исследования.** На этапе практической части работы, было предложено ученикам 10 классов ответить на вопросы разработанной мною анкеты, было интересно, знакомы ли школьники с историей и особенностями эпигенетики. В данном опросе приняли участие 70 респондентов — ученики 7а и 7б классов, 35 — мальчиков и 35 — девочек.

Результаты анкетирования показывают, что большинство респондентов хотели бы получить знания по данному вопросу в интересной и наглядной для них форме, например, в виде презентации. Полученные знания позволят заинтересованным школьникам восполнить пробелы по данной теме.

Таким образом, одной из важной рекомендации для педагога может стать создание наглядной и простой презентации к уроку «Эпигенетика: изменения в образе жизни — ключ к изменению генов».

В результате проведения занятия, респонденты показали наилучшие результаты. Таким образом, цель достигнута, гипотеза подтверждена.

В результате проделанной работы, ученики показали положительный результат, что подтвердило нашу гипотезу.

**Выводы:** Исходя из нашего исследования, всего следует сделать следующие выводы:

1. Наша социальная среда, режим дня и питания, физические нагрузки меняют то, как организм воспроизводит клетки, влияющие на работу всех органов. И даже более того: эта информация может передаваться генетически.
2. Эпигенетические изменения могут включать и выключать те или иные гены в ходе экспрессии. Эпигенетика — это то, что делает нас уникальными. Именно благодаря эпигенетическим процессам мы так отличаемся от шимпанзе, хотя наши ДНК совпадают на 99 %.
3. Важнейшие факторы эпигенетических изменений — это природные и климатические условия, а также социальная среда и воспитание. Но есть множество других: физические нагрузки, образ жизни, питание, уровень стресса, особенности старения.
4. Эпигенетические процессы начинаются еще до рождения и продолжаются на протяжении всей жизни человека. При этом в старости на нас гораздо больше влияют эпигенетические механизмы, заложенные при внутриутробном развитии, чем наш собственный образ жизни.

## СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА М И КЛАССА G В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Р.М. Саттаров, студент 3 курса лечебного факультета, М.Н. Антонович  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь  
Кафедра пропедевтики внутренних болезней  
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. М.Н. Антонович*

**Ключевые слова:** IgG; IgM; артериальная гипертензия; SARS-CoV-2

**Цель исследования:** определить концентрации IgG и IgM в крови пациентов с артериальной гипертензией, в том числе у пациентов с перенесенной коронавирусной инфекцией.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в учреждении здравоохранения «6-я городская клиническая больница». В условиях стационара были сформированы 4 группы наблюдения из числа мужчин трудоспособного возраста от 30 до 60 лет: группа А — с артериальной гипертензией 1 степени, риск 2 (29 человек); группа В — с артериальной гипертензией 1 степени, риск 3 (30 человек); группа С — с артериальной гипертензией 1 степени, риск 3 после перенесённой инфекции SARS-CoV-2 (30 человек), группа К — здоровые лица с нормальным артериальным давлением (20 человек). Диагноз артериальной гипертензии у пациентов установлен по критериям ЕОК/ЕОАГ с учетом факторов риска и поражения органов-мишеней. Материал для исследования — венозная кровь пациентов, взятая натощак. Определение иммуноглобулинов классов М и G осуществлялось методом радиальной иммунодиффузии. Статистическая обработка данных проводилась в пакете программ Statistica 10.0. Различия считали достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Под артериальной гипертензией понимают стойкое повышение артериального давления свыше 140/90 мм рт. ст. Этиология и патогенез артериальной гипертензии продолжают изучаться, поэтому данное заболевание можно назвать полиэтиологическим. Однако некоторые современные авторы выдвигают предположения о значительной роли иммунных механизмов в развитии артериальной гипертензии.

Изученные данные позволяют предположить, что патогенезу гипертензии сопутствует последовательная активация клеток и молекул иммунной системы. Предгипертензия приводит к эпизодическим повышениям артериального давления и высвобождению DAMP — дистресс-ассоциированные молекулярные паттерны — и повышению экспрессии TLR-рецепторов. Это активирует механизмы врожденного иммунитета — макрофаги, дендритные клетки, натуральные киллеры, что завершается периодической воспалительной инфильтрацией органов-мишеней. Системное, стойкое повышение артериального давления может рассматриваться

как результат совместного действия и врожденного, и приобретенного иммунитетов. Определенную роль в патогенезе гипертензии играют и иммуноглобулины класса М и G.

В нашем исследовании установлена более высокая, почти в 1,2 раза, концентрация сывороточного IgM у пациентов с артериальной гипертензией 1 степени, риск 2 по сравнению со здоровыми пациентами. Но статистически значимо пациенты с той же степенью гипертензии, но более высоким риском и анамнезом жизни, отягощенным инфекцией SARS-CoV-2, имели меньшее, почти в 1,4, содержание IgM в сравнении с группой гипертоников с риском 2. Что касается содержания IgG, то все три группы пациентов имели меньшее статистически достоверное содержание данного класса иммуноглобулинов, чем группа контроля. Современные авторы предполагают, что выработка Ig различного класса может быть одним из компонентов вклада В-лимфоцитов в развитие гипертензии, а их эффект может быть опосредован действием IgG на антигенпрезентирующие клетки путем активации рецепторов семейства FcγR, способствующих продукции провоспалительных цитокинов и определяющих антителозависимую клеточную цитотоксичность.

**Выводы.** Пациенты с артериальной гипертензией 1 степени, риск 2 имели статистически значимое большее содержание IgM по сравнению со здоровыми пациентами. Содержание IgG у здоровых лиц в условиях пациента выше, чем у пациентов с артериальной гипертензией 1 степени и различным риском.

## СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

*А. Сахтивелл, студент 6 курса, лечебного факультета  
С.О. Медведева  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент С.О. Медведева*

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия; церебральные нарушения; факторы риска

**Цель исследования:** оценить выраженность факторов риска, способствующих возникновению и утяжелению церебральных расстройств у больных артериальной гипертензией.

**Материалы и методы:** обследовано 83 больных (мужчин — 29; женщин — 54; средний возраст  $67,2 \pm 0,9$  года) АГ II стадии, которые находились под диспансерным наблюдением у врача общей практики и получали комбинированную антигипертензивную терапию. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, анкетирование по выявлению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, антропометрическое исследование с расчетом индекса массы тела (ИМТ), оценивался неврологический статус. Степень тяжести церебральных расстройств оценивалась в соответствии с классификацией форм хронической сосудисто-мозговой недостаточности. В зависимости от выраженности церебральных расстройств все пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю составили 21 больных АГ без церебральных нарушений, 2-ю — 30 больных АГ с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга, 3-ю — 32 больных АГ с хронической ишемией головного мозга 1 и 2 стадии. Результаты полученных данных обрабатывались в программах статистической обработки.

**Результаты исследования:** У больных 1-й группы уровень АД составил  $131,4 \pm 5,9/87,5 \pm 3,4$  мм рт. ст.; избыточная масса тела и ожирение (ИМТ —  $29,1 \pm 5,2$  кг/м<sup>2</sup>) выявлялась у 14 (66,7 %), табакокурение — у 8 (38,1 %;  $p = 0,119$ , тест  $\chi^2$ ), злоупотребление алкоголем — у 4 (19,0 %), малоподвижный образ жизни — у 7 (33,3 %), отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (инсульт, инфаркт миокарда или артериальная гипертензия у ближайших родственников) — у 15 (71,4 %), гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина в плазме крови  $5,6 \pm 0,4$ ) — у 4 (19,0 %), употребление поваренной соли ( $> 5$  г/сут) выявлялось у 3 (14,3 %) обследованных, сахарный диабет и нарушенная толерантность к глюкозе не регистрировались.

У больных 2-й группы уровень АД  $132,1 \pm 2,4/84,1 \pm 2,2$  мм рт. ст., избыточная масса тела и ожирение (ИМТ —  $30,3 \pm 5,3$  кг/м<sup>2</sup>) выявлялась у 27 (90,0 %), курение табака — у 8 (26,7 %), злоупотребление алкоголем — у 5 (16,7 %), мало-

подвижный образ жизни — у 5 (16,7 %), отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям — у 27 (90,0 %), гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина в плазме крови  $5,7 \pm 0,4$  ммоль/л) — у 8 (26,7 %), употребление поваренной соли ( $> 5$  г/сут) — 8 (26,7 %), нарушенная толерантность к глюкозе — у 1 (3,3 %) обследованного.

У больных 3-й группы уровень АД  $138,4 \pm 1,5$  (p < 0,05 по отношению к 1 группе)/ $82,7 \pm 0,9$  мм рт. ст., избыточная масса тела и ожирение (ИМТ —  $30,8 \pm 5,0$  кг/м<sup>2</sup>) выявлялась у 28 (87,5 %), курение табака — у 6 (18,7 %), злоупотребление алкоголем — у 4 (12,5 %), малоподвижный образ жизни — у 9 (28,1 %), отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям — у 30 (93,7 %), гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина в плазме крови  $6,1 \pm 1,0$  ммоль/л) — у 17 (53,1 %; p = 0,018, тест хи<sup>2</sup>), употребление поваренной соли ( $> 5$  г/сут) — 14 (43,7 %; p = 0,043, тест хи<sup>2</sup>), сахарный диабет и нарушенная толерантность к глюкозе (сахар крови —  $7,4 \pm 1,5$  ммоль/л) — у 6 (18,7 %; p = 0,017, тест хи<sup>2</sup>) обследованных.

**Выводы:** среди больных АГ во всех группах имеется высокое распространение модифицируемых факторов риска сердечно — сосудистых заболеваний, причем у больных АГ без церебральных расстройств превалирует такой фактор риска, как курение, а у больных АГ с ХИГМ I–II стадии — гиперхолестеринемия, гипергликемия и избыточное употребление поваренной соли с пищей, что необходимо учитывать при оценке прогноза заболевания, так и при построении индивидуальных программ реабилитации.

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

*А.А.Саъдуллаев, М.Мизамова, С.Холбоева,  
студенты 5 курса педиатрического факультета  
Самаркандский государственный медицинский университет  
г.Самарканд, Узбекистан  
Кафедра травматологии и ортопедии  
Научный руководитель: д.м.н, профессор П.У.Уринбаев*

**Ключевые слова:** юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости; скелетное вытяжение; перкутанный остеосинтез

**Цель исследования.** Изучить и описать результаты комплексного лечения ЮЭГБК с учётом исторического подхода и современной малоинвазивной методики — перкутанного остеосинтеза. Улучшить методы комплексного лечения и предупредить коксартроза среди детей после перенесенного юношеского эпифизеолиза.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились на лечении 9 больных детей с ЮЭГБК. Срок давности болезни от 2 до 5 лет. Для установления диагноза проводили рентгенографию тазобедренного сустава в прямой проекции и по Лауэнштейну, МСКТ исследования, определили степень смещения в градусах. Больным было проведено перкутанный остеосинтез. Лечение больных состоит из следующих этапов: первый этап репозиция ЮЭГБК на скелетном вытяжении. В нашей практике в среднем за 7–10 дней смещенный эпифиз сопоставляется; второй этап выполнение перкутанного металлоosteосинтеза. Для выполнения техники перкутанного остеосинтеза необходимо будет знать: расположение головки, шейки на основе ориентиров — передней верхней оси подвздошной кости, симфиза, проекции пупартовой связки, пульсации бедренной артерии. Под общим обезболиванием, соблюдая правила асептики спицы от латеральной поверхности проксимального конца бедра направляется в шейку и головки бедра. Следует учитывать антеторсии шейки и головки вперед на 15–20° по отношению к горизонтальной плоскости. Рентген контроль под ЭОП, или рентгенограммы в 2-х проекциях. Затем проводится 3 спицы. Проверяется движения в тазобедренном суставе для исключения трансартикулярного прохождения спиц. Загнутые концы спиц помещается под кожу. Гипсовая повязка со сроком до 2 мес. Ходить при помощи костылей на 6 месяцев. Физиотерапевтическое лечение, массаж после удаления спиц (4–5 месяцев спустя после операции).

**Результаты лечения.** В оценке результатов лечения в ближайшем периоде после лечения (до 6 месяцев) мы изучали правильное взаиморасположение эпифиза — головки бедра и шейки бедра, отсутствие возобновленного смещения эпифиза, наличие признаков костного сращения, отсутствие дистрофических изменений в головке бедренной кости. В более отдаленном периоде изучали длину ко-

нечности, формы тазобедренного сустава, движения в нём, осанку больного и характер походки больного.

Изучение результатов лечения у 9 больных, которым была применена репозиция на скелетном вытяжении и перкутанный остеосинтез спицами показала эффективность данного метода, у 8 больных получены положительные, хорошие результаты. У одного больного наблюдалось ишемическое состояние головки бедра. Еще у одного больного на скелетном вытяжении полное сопоставление эпифиза не было достигнуто, эпифиз сопоставился в допустимых величинах.

**Выводы.** Метод лечения репозиция ЮЭГБК на скелетном вытяжении и перкутанный остеосинтез обеспечивает лучшие положительные результаты у 88,8 % больных. У единичных больных возможно расстройство питания головки бедренной кости.

## ВНУТРИКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА

*О. Саъдуллаев, магистр 3 курс,  
Ш. Гуломов, С. Гайбуллаев, студенты 5 курса педиатрический факультета  
Самаркандский Государственный Медицинский институт, г. Самарканд,  
Узбекистан  
Кафедра Травматологии и ортопедии  
Научный руководитель: PhD, асс. Ф.А. Гафуров*

**Цель исследования:** улучшить анатомо-функциональные результаты лечения с повреждением дистального межберцового синдесмоза.

**Материалы и методы исследования:** За период 2021–2022 годы в отделении острый травмы Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии находились на стационарном лечении 24 больных с повреждением дистального межберцового синдесмоза. Гендерное распределение пострадавших оказалось практически равным: женщин было 11 (46 %), мужчин было 13 (54 %). Возраст обследованных варьировался от 18 до 58 лет, при этом большинство пациентов составляли люди трудоспособного и молодого возраста.

**Результаты исследования:** У 18 (62 %) больным операция проведена в первые 24 часа после травмы, 4 (31 %) больным — на 5–7-е сутки после травмы в связи с выраженным отеком-болевым синдромом, 2 (7 %) больным — через 14 дней с момента травмы, в связи с вторичным смещением фрагментов с появлением подвывиха стопы, после одномоментной закрытой коррекции.

Остеосинтез выполняли с помощью, разработанной нами устройства для внутрикостного остеосинтеза при переломах лодыжек с разрывом связок дистального межберцового синдесмоза, (патент РФ, № 211377, от 02.06.2022. авторы: Ходжанов И.Ю., Гафуров Ф.А.). Сущность технического решения: направлено на обеспечение возможности малоинвазивной фиксации положения малоберцовой и большеберцовой кости в дистальном отделе с обеспечением физиологической подвижности. Обеспечение возможности фиксации костей в анатомически правильном положении с возможностью послеоперационной подвижности в допустимых пределах.

Результат лечения оценено у 24 больных через 2 недели с момента операции в 3, 6 и 12 месяцев. Для объективизации полученных результатов мы использовали 100-балльную шкалу Н.В. Kitaoka. Оценка проводилась по следующим критериям: наличие болевого синдрома, функция голеностопного сустава, возможность ношения привычной обуви и опороспособность конечности. Хорошие и отличные результаты при оценке через 3, 6, 12 месяцев (> 70 баллов) получены



у 18 больных, что составило 75 %, удовлетворительные результаты (50–69 баллов) наблюдалось у 6 (25 %).

**Выводы:** Разработанный способ лечения, позволяет из одного операционного доступа устранить смещения, выполнить стабильный остеосинтез обеих берцовых костей, а также сократить число послеоперационных осложнений и улучшить анатомо-функциональные результаты оказания помощи. Предложенный способ остеосинтеза позволяет уменьшить интраоперационную травму, что создает благоприятные условия для заживления раны и способствует сокращению числа гнойно-некротических осложнений.

## РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Д.А. Седова, студентка 4 курса фармацевтического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: старший преподаватель О.А. Судакова*

**Ключевые слова:** провизоры; фармацевты; аккредитация специалистов; первичная аккредитация

**Цель исследования:** изучение предпосылок модернизации системы повышения квалификации фармацевтических работников, задач аккредитации специалистов, сильных и слабых сторон аккредитации, а также проведение анализа результатов аккредитации выпускников Тверского ГМУ.

**Материалы и методы:** нормативно-правовые документы и научные статьи на информационных базах «Консультант плюс» и elibrary, отчеты о результатах аккредитации выпускников-провизоров Тверского ГМУ. При проведении исследования были использованы: метод контент-анализа, сравнительный анализ и метод группировки.

**Результаты.** В результате анализа научной литературы было установлено, что основными задачами внедрения системы аккредитации являются: формирование системы обучения, которая способствует непрерывному и регулярному обучению работника в течение пяти лет, вместо одного раза в пять лет, как было до 2016 года; формирование реестра фармацевтических работников, а также реестра фармацевтических организаций на территории Российской Федерации. Наличие соответствующих реестров позволит оценить количество фармацевтических работников и потребность в них, количество и потребность в фармацевтических организациях, а также в образовательных фармацевтических организациях по всей стране. Проведен анализ 23 нормативно-правовых документа, регламентирующих переход фармацевтического образования на новую процедуру допуска к профессиональной деятельности — аккредитацию, в том числе федеральные законы (3), постановления Правительства РФ (3), приказы Минпросвящения РФ (2), приказы Минздрава РФ (17). В результате исследования были выявлены положительные стороны реформирования, такие как, вовлеченность ведущих специалистов отрасли в процесс обучения и контроля его качества, непрерывный процесс обучения фармацевтических специалистов, больший акцент на практическое обучение и возможность устройства на работу по специальности сразу после окончания вуза и прохождения аккредитационных испытаний без дополнительного профессионального образования, на последипломном этапе — формирование индивидуального плана обучения и доступ к программам повышения квалификации во всех вузах страны, а также обновление учебного теоретического материала и практи-

ческих навыков. Среди отрицательных сторон: риск утраты уникальности и специфики фармацевтического образования, снижение качества подготовки специалистов в связи с сокращением сроков обучения, проблемы, связанные с необходимостью использования для обучения современных технологий.

С 2016 года в Тверском ГМУ проводится процедура первичной аккредитации для выпускников фармацевтического факультета. Нами был проведен анализ результатов аккредитационных испытаний выпускников-провизоров за период с 2016 года по 2023 год. Полученные результаты показали, что ежегодно 100 % обучающихся фармацевтического факультета успешно проходят аккредитационные испытания.

**Выводы:** составлен перечень актуальных нормативных документов, регламентирующих допуск к профессиональной деятельности, выявлены слабые и сильные стороны перехода на непрерывное фармацевтическое образование и проведен анализ результатов первичной аккредитации провизоров-выпускников Тверского ГМУ.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

*В.В. Седунов, А.А. Качмазова, студенты 5 курса педиатрического факультета*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент И.В. Елисеева*

**Ключевые слова:** щитовидная железа; гестационный гипотиреоз; беременность

**Цель исследования.** Выявить особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояния плодов и новорожденных у пациенток с гестационным гипотиреозом.

**Материалы и методы.** Проведен анализ историй родов и обменных карт пациенток ГБУЗ Родильного дома №5 г. Твери. Было обработано 30 историй родов и обменных карт для основной группы и 30 для контрольной группы в период с января по июнь 2023 года. В основную группу вошли пациентки в возрасте от 21 до 38 лет, которым был поставлен диагноз «гестационный гипотиреоз», они принимали тироксин для коррекции уровня гормонов щитовидной железы. Дозировка была подобрана врачом-эндокринологом. 12 пациенток были первородящими, 18 – повторнородящими. В контрольную группу были включены 30 пациенток без клинико-лабораторных признаков гестационного гипотиреоза в возрасте от 19 до 40 лет. В этой группе 10 пациенток были первородящими и 20 – повторнородящими. Статистическая обработка проводилась при помощи программы Microsoft Excel версия 10.0. Средние величины представлены в формате медианы (Me) и интерквартильного размаха (25-й и 75-й перцентили). Статистический анализ по качественным признакам проводился по точному критерию Фишера, а по количественным признакам с помощью теста Манна-Уитни.

**Результаты.** Медиана массы тела у пациенток основной группы составила 27,8 [25,34; 31,22] кг/м<sup>2</sup>, в контрольной группе – 27,0 [24,36; 28,95] кг/м<sup>2</sup>. У 100 % пациенток роды были срочные. Пациентки обеих групп родили в сроке с 37 по 41 неделю. 4 (13,3 %) пациенткам основной группы было проведено кесарево сечение, в контрольной группе – 1 (3,3 %) женщин. Отягощенный акушерский анамнез был у 5 (16,7 %) пациенток основной группы, у 4 (13,3 %) контрольной группы. Среди сопутствующих заболеваний встречались следующие патологии: анемия – у 17 (56,7 %) пациенток основной группы, 8 (26,7 %) контрольной группы; варикозное расширение вен нижних конечностей – 7 (23,3 %) пациенток основной группы, 1 (3,3 %) контрольной группы; миопия – 7 (23,3 %) пациенток основной группы, 10 (33,3 %) контрольной группы; гипертоническая болезнь – 6 (20 %) основной группы, 1 (3,3 %) контрольной группы; гипотония – 2 (6,7 %) основной группы, 4 (13,3 %) контрольной группы; лейкомоидная реакция миелоидного

типа — 2 (6,7 %) основной группы, 4 (13,3 %) контрольной группы. Медиана массы тела новорожденных, рожденных от женщин основной группы, составила — 3665,0 [3245; 3895] г, от женщин контрольной группы — 3340,0 [3167,5; 3612,5] г, медиана роста детей в основной группе — 54 [52; 55] см, в контрольной группе — 52,5 [51,75; 54] см, по шкале Апгар группы статистической разницы не представляли и составили 8/9 баллов. Выявлены следующие осложнения: ложные схватки после 37 недель — у 12 (40 %) основной группы, у 11 (36,7 %) контрольной группы; выход мекония в амниотическую жидкость — у 4 (13,3 %) основной группы, у 1 (3,3 %) контрольной группы; преждевременный разрыв плодных оболочек — у 4 (13,3 %) основной группы, у 4 (13,3 %) контрольной группы; обвитие пуповиной плода — у 4 (13,3 %) основной группы, у 1 (3,3 %) контрольной группы, многоводие — у 4 (13,3 %) основной группы, у 5 (16,7 %) контрольной группы; гестоз второй половины беременности — у 5 (16,7 %) основной группы, у 1 (3,3 %) контрольной группы.

### **Выводы**

1. Пациенткам основной группы чаще проводилось кесарево сечение ( $p = 0,04$ ).
2. У большего числа пациенток основной группы встречались анемия, варикозное расширение вен нижних конечностей, гипертоническая болезнь ( $p = 0,04$ ).
3. Масса тела новорожденных основной группы была выше ( $p = 0,006$ ).
4. Выход мекония в амниотическую жидкость, обвитие пуповиной плода и гестозы второй половины беременности у пациенток основной группы присутствовали чаще ( $p = 0,04$ ).

## КОРРЕКЦИЯ ЗАПОРА: ТЕРАПЕВТ ИЛИ ХИРУРГ?

*К.К. Смелова, М.М. Смелов, М.И. Голуб, М.Е. Герасимов,  
6 курс, лечебный факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Ю. Колесникова*

**Ключевые слова:** запор; слабительные; эффективность терапии; колэктомия

**Цель исследования:** уточнение оптимальной тактики лечения при запоре у молодой пациентки на основании детального инструментального дообследования и выяснения патогенетического варианта запора.

**Материалы и методы:** изучение клинических и анамнестических данных больной, страдающей запором, с наблюдением в динамике за процессом обследования и лечения.

**Результаты:** женщина 32 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на упорные многодневные запоры, кал 1–2 типа по Бристольской шкале. Отмечает необходимость натуживания, ручного пособия при дефекации. Также беспокоит выраженный метеоризм, отрыжка воздухом, небольшая тошнота и недомогание. Запоры беспокоят с юности, существенно усилились на фоне беременности, на момент обращения ребенку 7 лет. Запоры неуклонно прогрессируют. Практически постоянно соблюдает строжайшую диету с употреблением большого количества клетчатки, кисломолочных продуктов, жидкости и прочих пищевых продуктов, обладающих послабляющим действием. Принимает в различных дозировках и комбинациях лактулозу, лактитол, препараты сенны, бисакодил, пикосульфат натрия. Эффект лечения неудовлетворительный, стул 1–2 раза в неделю. Перенесенные заболевания: редкие простудные. Наследственный анамнез отягощен по бронхиальной астме. Аллергологический анамнез без особенностей. Вредные привычки отрицает. При объективном осмотре: рост 167 см, вес 59 кг, ИМТ 21,2 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Язык влажный, слегка обложен светлым налетом. Живот немного вздут, мягкий, чувствительный по ходу толстой кишки. Печень по краю реберной дуги, по Курлову 9–8–7 см. Селезенка не увеличена.

Клинический анализ крови: эритроциты  $3,8 \cdot 10^{12}$ /л; гемоглобин 124 г/л; цветовой показатель 0,95; лейкоциты  $6,5 \cdot 10^9$ /л; базофилы 0 %, эозинофилы 2 %, палочкоядерные 4 %, сегментоядерные 58 %, лимфоциты 30 %, моноциты 6 %; тромбоциты  $205 \cdot 10^9$ /л; СОЭ 12 мм/ч. Кал на скрытую кровь: отрицательный. Кровь на сахар, АСТ, АЛТ, билирубин, белок, креатинин: без патологии. Серологическая диагностика целиакии: отрицательный результат. Водородный дыхательный тест: признаков синдрома избыточного бактериального роста в тонком кишечнике не выявлено.

Эзофагогастродуоденоскопия: недостаточность кардии, поверхностный гастрит, бульбит, полип луковицы.

Колоноскопия: наружный геморрой, неполное смыкание наружного анального сфинктера.

УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Больная была направлена в федеральный центр для дальнейшего дообследования в рамках актуальных клинических рекомендаций и уточнение наличия дисхезического запора (аноректальная манометрия, игольчатая нейромиография мышц тазового дна), уточнение наличия атонического запора (время транзита по толстой кишке, дефекография).

Манометрия высокого разрешения: отсутствие достаточной релаксации мышц тазового дна, манометрический паттерн III типа (disorder of rectal sensation).

Rg-дефекография: увеличение общего времени транзита по ЖКТ свыше 5 суток за счет замедления продвижения по левым отделам толстого кишечника.

Больная была консультирована хирургом-проктологом. Заключение: функциональный атонический запор. Рекомендовано соблюдение диетических и режимных мероприятий, прием слабительных в больших дозах, подготовка к оперативному лечению. Планируется выполнение лапароскопической колэктомии с формированием илеоректоанастомоза.

**Заключение:** особенностью течения хронического запора у молодой женщины было неуклонное прогрессирование и неэффективность любых слабительных препаратов. При дообследовании достоверно установлен первичный запор вследствие тотальной атонии толстой кишки, в такой ситуации предпочтительной считается оперативная коррекция (тотальная колэктомия).

## КОРРЕКЦИЯ ЗАПОРА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ

*К.К. Смелова, М.М. Смелов, М.И. Голуб, М.Е. Герасимов,  
6 курс, лечебный факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Ю. Колесникова*

**Ключевые слова:** *пожилой пациент; запор; коморбидность*

**Цель исследования:** анализ эффективности лечения запора у пожилого пациента в свете корректной диагностики первичного и вторичного запора.

**Материалы и методы:** изучение клинических и анамнестических данных пациента с наблюдением в динамике за процессом обследования и лечения.

**Результаты:** мужчина 71 года обратился к гастроэнтерологу с жалобами на упорные запоры по 5–7 дней, сопровождающиеся тяжестью в животе, вздутием живота, дискомфортом в левом подреберье. Диетические мероприятия без эффекта. Вынужден принимать слабительные (форлакс, фортранс, бисакодил, каторовое масло, сенна, лактулоза, пикосульфат натрия). После приема слабительных стул через 2-24 часа, в несколько порций, с императивными позывами, оформленный и жидкий, со слизью, болями. Пациент продолжает профессиональную деятельность, подобное непрогнозируемое действие слабительных причиняет ему крайний дискомфорт, вызывает депрессию, мысли об уходе с любимой работы. Аппетит и вес стабильны. На протяжении многих лет стул без особенностей, запоры появились и начали прогрессировать в течение последних 2 лет, без видимых причин. Перенесенные заболевания: ОРВИ, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Наследственность отягощена по гипертонической болезни. Вредные привычки: экс-курильщик, индекс пачко-лет 20. Аллергологический анамнез без особенностей. Рост 183 см, вес 96 кг, ИМТ 28,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Язык влажный, обложен. Живот подвздут, мягкий, чувствительный по ходу толстой кишки. Печень по краю реберной дуги, 9-8-7 см. Селезёнка не увеличена.

Клинический анализ крови: эритроциты  $4,6 \cdot 10^{12}/л$ ; гемоглобин 146 г/л; цветовой показатель 0,95; лейкоциты  $6,9 \cdot 10^9/л$ ; базофилы 1 %, эозинофилы 2 %, палочкоядерные 3 %, сегментоядерные 57 %, лимфоциты 32 %, моноциты 5 %; тромбоциты  $212 \cdot 10^9/л$ ; СОЭ 22 мм/ч.

Кал на скрытую кровь: отрицательный.

Кровь на сахар, АСТ, АЛТ, билирубин, белок, креатинин без патологии.

Эзофагогастродуоденоскопия: недостаточность кардии, поверхностный гастрит. УЗИ органов брюшной полости: жировой гепатоз, билиарный сладж, добавочная доля селезенки, жировая дистрофия поджелудочной железы.

При колоноскопии обнаружены полипы сигмовидной кишки, выполнена биопсия.



Гистологическое исследование: тубулярно-ворсинчатая аденома с дисплазией эпителия low grade, в строме умеренно выраженная полиморфноклеточная воспалительная инфильтрация, в нижнем крае части объектов выраженные искусственные изменения, слизистая без признаков дисплазии, основание не маркировано. Тубулярно-ворсинчатая аденома с дисплазией эпителия low grade с очажками на грани с high grade с дисплазией, в строме умеренно выраженная полиморфноклеточная воспалительная инфильтрация, основание не маркировано, в некоторых фрагментах искусственные изменения в слизистой без признаков дисплазии.

Эндоскопическая полипэктомия. Подбор слабительных, назначались: Мукофальк<sup>®</sup>, Форлак<sup>®</sup>, Дюфалак<sup>®</sup>, Экспортал<sup>®</sup>, Фитомуцил<sup>®</sup>, Сенаде<sup>®</sup>, Гутталакс, Дульколак (таблетки и свечи), прукалоприд, тримебутин с неудовлетворительным эффектом.

При уточнении лекарственного анамнеза удалось выяснить, что примерно два года назад пациенту поменяли препараты для лечения сахарного диабета: вместо 2 инъекций Туджео<sup>®</sup> оставили 1 + подколка Актрапида + метформин, 500 мг в сутки. Сахар контролирует крайне редко, диеты придерживается, не был у эндокринолога около 1 года. Суточные колебания сахара капиллярной крови (портативный глюкометр): 9,8 – 10,1 – 6,9 – 11,4 ммоль/л. Гликированный гемоглобин 8,9 %. Пациент направлен к эндокринологу для коррекции лечения.

Вторичный функциональный запор на фоне сахарного диабета 2 типа, инсулинопотребного.

Соблюдение диетических и режимных мероприятий. Коррекция сахароснижающей терапии: больному изменена схем инсулинотерапии, добавлен другой класс ПСС. Через 3 месяца гликированный гемоглобин 6,7 %, эпизодов гипогликемии нет, самочувствие хорошее. Отмечает почти ежедневный самостоятельный стул на фоне соблюдения диетических и режимных мероприятий, потребность в приеме слабительных не более 3–4 раз в месяц.

**Заключение:** особенностью течения хронического запора у возрастного больного было начало в зрелом возрасте, выраженное прогрессирование и неэффективность любых слабительных препаратов. При дообследовании предполагалось, что причиной запора являются полипы толстой кишки с нарушением нормальной перистальтики кишечника, однако при полипэктомии ситуация не изменилась. Выявление неудовлетворительного контроля сахарного диабета и коррекция терапии позволили нормализовать углеводный обмен и восстановить самостоятельную регулярную дефекацию.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОРА В МОЛОДОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

*К.К. Смелова, М.М. Смелов, М.И. Голуб, М.Е. Герасимов  
6 курс, лечебный факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Ю. Колесникова*

**Ключевые слова:** *пожилой возраст; трудоспособный возраст; запор; слабительные*

**Цель исследования:** сравнительный анализ практики лечения запора пациентов пожилого и трудоспособного возраста, страдающих запорами.

**Материалы и методы:** проведено добровольное анкетирование людей, страдающих запорами. Среди них было 60 пациентов моложе 65 лет (15 мужчин, 45 женщин; медиана возраста 37 лет; 1-я группа) и 62 человека 65 лет и старше (14 мужчин, 48 женщин; медиана возраста 70 лет; 2-я группа). В исследование включались пациенты, имеющие более чем полугодовой анамнез запоров, без «симптомов тревоги». Уточнялись характеристики запоров, а также способы немедикаментозной и медикаментозной коррекции.

**Результаты:** свыше 10 лет запоры беспокоили 6 (10 %) пациентов 1-й группы и 25 (40,3 %;  $p_{\chi^2} < 0,05$ ) больных 2-й группы, при этом менее 2 дефекаций в неделю отмечали 9 (15,0 %) больных 1-й группы и 15 (24,2 %) 2-й группы. При уточнении соблюдения рекомендованной при запоре диеты выяснено, что достаточное количество жидкости выпивали 17 (28,3 %) опрошенных в 1-й и 12 (19,4 %) во 2-й группе. Адекватное количество клетчатки употребляли только 10 (16,7 %) респондентов в 1-й и 22 (35,5 %;  $p_{\chi^2} < 0,05$ ) пациента во 2-й группе, кисломолочные продукты, соответственно, 13 (21,7 %) и 18 (29,0 %) человек. Среди причин невыполнения диетических рекомендаций пациенты наиболее часто называли собственную неосведомленность, соответственно, 15 (25,0 %) и 18 (29,0 %), неудовлетворенность в связи с однообразием и неприемлемыми вкусовыми качествами пищи — 37 (61,7 %) и 16 (25,8 %;  $p_{\chi^2} < 0,05$ ) опрошенных, а также неэффективность диеты — 1 (1,7 %) и 4 (6,5 %) респондента. О выполнении рекомендованной физической нагрузки сообщали 29 (48,3 %) пациента в 1-й и 21 (33,9 %) во 2-й группе. Никогда не прибегали к приему слабительных 42 (70,0 %) респондента 1-й группы и 9 (14,5 %;  $p_{\chi^2} < 0,05$ ) — 2-й группы. Регулярно принимали слабительные в 1-й группе 5 (8,3 %) человек, во 2-й — 31 (50,0 %;  $p_{\chi^2} < 0,05$ ) пациент, эпизодически, соответственно, 13 (21,7 %) и 22 (35,5 %) респондента. Более одного года применяли лаксативы 10 больных 1-й группы, один больной — более 10 лет. Во второй группе более года принимали слабительные 42 (67,7 %;  $p_{\chi^2} < 0,05$ ) респондента, а более десяти лет — 4 (6,5 %). Самыми популярными были контакт-

ные слабительные (множественный выбор, сумма ответов превышает 100 %): в 1-й группе растительные слабительные контактного действия принимали 9 (15,0 %) больных, синтетические контактные слабительные — 4 (6,7 %), лактулозу — 7 (11,7 %), а еще 4 (6,7 %) пациента прибегали к очистительным клизмам. Во 2-й группе по 25 (40,3 %) ответов о предпочтении контактных препаратов растительного и синтетического происхождения. Существенно реже больные сообщали о приеме осмотических слабительных — 10 (16,1 %) респондентов. Среди основных причин выбора конкретного слабительного в 1-й группе отмечали эффективность — 14 (23,3 %) и влияние рекламы — 7 (11,1 %) человек. Во 2-й группе наиболее вескими представлялись также эффективность — 31 (50,0 %) и совет друга — 12 (19,4 %) ответов. В каждой группе по 1 пациенту отметили, что принимают слабительное по рекомендации врача. Полностью удовлетворены действием слабительных в 1-й группе были 11 (34,4 % от принимавших лаксативы) пациентов, частично — 17 (53,1 %), совсем не удовлетворены — 4 (12,5 %) пациента. Во 2-й группе полностью удовлетворены действием слабительных были 42 (79,2 % от принимавших слабительные;  $p_{\chi^2} < 0,05$ ) респондентов, частично — 11 (20,8 %). Наиболее распространенным нежелательным лекарственным явлением при приеме слабительного в 1-й группе была диарея у 13 (21,7 %) и вздутие у 8 (13,3 %). Во 2-й группе чаще всего регистрировалось вздутие живота — 15 (24,2 %) ответов и неэффективность — 4 (6,5 %) случая.

**Заключение:** у пожилых людей запоры характеризовались большей продолжительностью и длительным течением. Диетические рекомендации соблюдали 16,7–35,5 % пациентов, достаточная физическая нагрузка была у 33,9–48,3 % опрошенных. В группе пожилых значимо чаще использовались слабительные, преимущественно контактного действия. В группе пациентов трудоспособного возраста в 12,5 % случаев использовались очистительные клизмы, превалировали также контактные слабительные. Только в 11,7–16,1 % респонденты употребляли осмотические слабительные. Неэффективность и нерациональный выбор слабительного во многом можно связать с тем, что люди с запорами редко принимают лаксативы по назначению врача.

## ВЛИЯНИЕ ПРОТЕИНА И КРЕАТИНА В СОСТАВЕ КОРМОВ ДЛЯ ЦЫПЛЯТ-БРОЙЛЕРОВ НА СТРУКТУРУ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

*В.А. Смирнов, К.М. Иванова, Е.С. Сутугина, А.А. Перепечин,  
студенты 2 курса лечебного факультета,  
О.А. Скок, студентка 2 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии  
Научные руководители: старший преподаватель Е.А. Черняева,  
доцент С.А. Донсков*

**Ключевые слова:** *протеин; креатин; морфология; цыплята-бройлеры*

**Цель исследования:** изучить особенности морфологии внутренних органов цыплят-бройлеров при использовании в рационе питания протеиновых и креатиновых добавок.

**Материалы и методы исследования:** в рамках данного исследования были проанализированы современные источники литературы и интернет-ресурсы по утвержденной теме; проведен эксперимент на животных. Работа выполнена на цыплятах-бройлерах кросса КОББ-500 в соответствии с требованиями Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых в экспериментах или в иных научных целях (<http://conventions.coe.int>, 31.08.2005). Для эксперимента были отобраны 16 птиц, суточного возраста, которых разделили на 3 группы. Всем группам давался корм в равных количествах. Первая — контрольная группа, состоящая из 4 особей, содержалась в стандартных условиях, соответствующих нормам Всероссийского научно-исследовательского и технического института птицеводства (2014). Вторая группа, состоящая из 6 особей, получала пищевую добавку в виде 80 % сывороточного протеина, растворенного в питьевой воде. Третья группа, состоящая из 6 птиц, получала пищевую добавку в виде 80 % сывороточного протеина, а с 20 дня опыта ещё и креатина моногидрата, растворенных в питьевой воде. Количество добавок определялось по таблице рациона (<https://russkie-perepela.ru/wp-content/uploads/1/5/6/156a543c373d087322f284a1378d2364.jpeg>). На протяжении всего эксперимента проводилось регулярное взвешивание испытуемых птиц до пятнадцатидневного возраста через сутки, с пятнадцатого дня и до окончания эксперимента — каждые 5 дней.

Выведение животных из эксперимента проводилось путем декапитации, в возрасте 8 недель с соблюдением всех деонтологических подходов. Для гистологического исследования был проведен забор органов (печень, почки, сердце, желудок, грудная и бедренная мышцы), их взвешивание, измерение и макроскопическая съемка. Из полученного аутопсийного материала были изготовлены гистологические препараты по стандартной схеме: фиксация, промывка, обезвоживание, уплотнение материала путём заливки в парафин, микротомия, депарафинирование, окраска, заключение под покровное стекло. Изучение гистологических пре-

паратом проводили с использованием светового микроскопа «OLYMPUS CX21» на малом (10x), большом (40x) увеличении. Микрофотографии получали цифровой фотокамерой МС-10 (ЛОМО, Россия), компьютерная обработка полученных снимков осуществлялась в ПО МСview.

**Результаты:** на 55 сутки эксперимента взвешивание показало, что у 90 % экспериментальных животных групп №2 и №3 вес был в среднем на 150 г больше, чем у птиц контрольной группы. Общий анализ таблицы взвешиваний всех трех экспериментальных групп показал значительный прирост в весе с 1 по 20 сутки: группа №1 — в среднем 42,6 % от взвешивания к взвешиванию, группа №2 в среднем — 46 % от взвешивания к взвешиванию, группа №3 в среднем — 46,5 % от взвешивания к взвешиванию; с 20 по 50 сутки, после введения в рацион креатина 3 группе, рост птиц замедлился, привес от взвешивания к взвешиванию составил 14,4 %, группа №1 — в среднем 19,9 % от взвешивания к взвешиванию, группа №2 — в среднем 23,1 % от взвешивания к взвешиванию. Макроскопический анализ органов при вскрытии показал: у цыплят-бройлеров группы №1 — умеренное количество висцерального жира, у животных групп №2 и №3 избыточное количество висцерального жира, в частности, вокруг сердца и желудка, печень увеличена. При изучении микропрепаратов миокарда экспериментальных животных групп №2 и №3 наблюдали мезенхимальную жировую дистрофию в 100 % случаев. Микроскопия гистологических препаратов печени показала, что у 100 % цыплят-бройлеров групп №2 и №3 выявляется паренхиматозная жировая дистрофия. При микроскопическом исследовании препаратов желудка и почек, существенных изменений обнаружено не было. Микроскопия гистологических препаратов грудных и бедренных мышц экспериментальных животных групп №2 и №3 показала наличие незначительных прослоек жировой ткани между мышечными волокнами. В микропрепаратах грудных и бедренных мышц группы №3 определялась артериальная гиперемия. В микропрепаратах органов птиц контрольной группы изменений не наблюдалось.

**Выводы:** использование протеина и креатина в составе кормов для цыплят-бройлеров привело к увеличению массы птиц, увеличению печени, миокарда и развитию в них жировой дистрофии. Существенных изменений в структуре почек, желудка, грудной и бедренной мышц цыплят-бройлеров выявлено не было. Употребление мяса исследуемых особей в пищу не оказывают отрицательного влияния на организм и здоровье человека.

## ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРИВЫЧЕК СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ

*Ю.С. Смирнова, студентка 5 курса стоматологического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра пародонтологии  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.В. Блинова*

**Ключевые слова:** индивидуальная гигиена полости рта; гигиенические привычки

**Цель исследования:** сравнить индивидуальные гигиенические привычки по уходу за полостью рта у студентов 2 и 5 курсов стоматологического факультета Тверского ГМУ.

**Материалы и методы.** В весеннем семестре 2020/2021 учебного года на базе кафедры пародонтологии Тверского ГМУ было проведено анонимное анкетирование студентов 2 курса, проходящих на тот момент обучение на кафедре. В опросе приняло участие 115 студентов. В 2023/24 учебном году провели повторное анкетирование тех же студентов, обучающихся на момент повторного исследования уже на 5 курсе. На этом этапе исследования приняло участие 112 студентов.

**Результаты.** Значительное число студентов скорректировало предпочтительный период первой чистки зубов: если на 2 курсе до завтрака гигиену осуществляли 50 человек (58,8 %), то на 5 курсе эту привычку сохранили только 23 человека (20,5 %) ( $p < 0,001$ ). Вместо этого, сформировалась привычка чистки зубов после первого приёма пищи — 94 респондента (83,9 %) против 41 ранее (48,2 %,  $p < 0,001$ ). В отношении техники чистки зубов среди студентов 5 курса лидирующую позицию заняла техника чистки по Пахомову — 57 человек (50,9 %) и по Бассу — 38 респондентов (33,9 %), в то время как на 2 курсе у этих же студентов предпочитаемыми методами были стандартный по Пахомову — 46 человек (54,1 %) и вертикально-вращательный — 30 опрошенных (35,3 %). Эти различия статистически значимы ( $p < 0,001$ ).

Стремится к статистической значимости ( $p = 0,055$ ) и популярность электрических зубных щёток: если на 2 курсе только 6 опрошенных (7,1 %) имели в гигиеническом арсенале электрическую ротационную зубную щётку, то на 5 курсе их приобрели 18 человек (16,1 %). В отношении ультразвуковых зубных щёток тенденция ещё более выраженная: на 2 курсе такое средство гигиены имел 1 человек (1,2 %), а на 5 курсе уже 19 человек (16,9 %,  $p < 0,001$ ). Возросла осведомлённость о монопучковых щетках: их используют 44 опрошенных (39,3 %), в то время как на 2 курсе таких было только 7 человек (8,2 %,  $p < 0,001$ ). Важно, что возросла частота использования интердентальных средств гигиены: зубной нити — 91 положительный ответ (81,25 %) у пятикурсников против 49 второкурсников (57,6 %,  $p < 0,001$ ) и межзубного ёршика — 28 положительных ответов (25,0 %) против 8

(9,4 %,  $p = 0,005$ ), соответственно, а также скребка для языка — 72 положительных ответа (64,3 %) против 43 ранее (50,6 %,  $p = 0,005$ ). При этом регулярность их применения осталась прежней: зубной нитью на 2 курсе студенты пользовались  $4,5 \pm 6,00$  раз в день, на 5 курсе — до  $6,8 \pm 5,92$  раза в день ( $p = 0,32$ ), межзубным ёршиком —  $1,5 \pm 0,57$  раза в день на 2 курсе и  $1,4 \pm 0,66$  раза в день на 5 курсе ( $p = 0,85$ ); скребком для языка —  $1,6 \pm 0,54$  раза в день на 5 курсе против  $1,6 \pm 0,49$  на 2 курсе ( $p = 0,84$ ). Интересно, что студенты стали чаще дополнять свой индивидуальный гигиенический протокол гелями для очищения языка (12 человек, 10,7 % против 2 респондентов ранее (2,4 %,  $p = 0,02$ ) и гигиеническими пенками (13 человек, 11,6 % против 2 человек ранее (2,4 %,  $p = 0,015$ )). При этом за три года обучения значительно сократилась приверженность студентов к применению ополаскивателей для полости рта: с практически ежедневного применения в начале обучения ( $1,1 \pm 1,02$  раза в сутки) до  $0,6 \pm 0,95$  раза в сутки ( $p = 0,002$ ). Уменьшилась частота использования жевательных резинок: с  $12,0 \pm 5,48$  до  $8,8 \pm 8,26$  раза в неделю ( $p = 0,053$ ). Сократилось и время её жевания (с  $10,4 \pm 15,40$  минуты до  $7,5 \pm 6,16$  минуты ( $p = 0,07$ )).

**Выводы:** проведенное исследование наглядно продемонстрировало, что студенты-стоматологи, обучающиеся на 5 курсе, имеют более правильные гигиенические привычки ухода за полостью рта. Это можно связать, в том числе, с эффективностью обучения на циклах профилактики стоматологических заболеваний, терапевтической стоматологии, пародонтологии, участием в работе просветительского волонтерского отряда стоматологического факультета Тверского ГМУ «Лига Улыбки», а также с активным самообразованием студентов в сфере индивидуальной гигиены полости рта.

## НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С МАЛОВОДИЕМ, МАНИФЕСТИРУЮЩИМ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ (РАННИМ МАЛОВОДИЕМ)

*Е.А. Соловьёва, А.В. Серова, А.А. Юсуфов  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра лучевой диагностики  
Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры лучевой диагностики  
А.В. Серова*

**Ключевые слова.** *маловодие; преждевременные роды; беременность новорожденного; нейросонографические маркеры*

**Цель.** Оценить частоту и характер нейросонографических маркеров поражений центральной нервной системы у новорожденных от матерей, беременность которых осложнилась маловодием, манифестирующим в первой половине беременности.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы результаты нейросонографии 110 новорожденных. Основную группу составили 57 новорожденных от матерей с маловодием, манифестирующим в сроке 13–21 неделя беременности. В контрольную группу вошли 53 новорожденных от матерей с нормальным количеством околоплодных вод в сроке 13–21 неделя гестации. Нейросонография проведена на 1–12 сутки неонатального периода на ультразвуковом сканере Voluson E8 Expert (GE) с использованием микроконвексного датчика в серошкальном и цветовом режимах. При анализе результатов нейросонографии, оценивали состояние паренхимы головного мозга, желудочковой системы, рисунка извилин и борозд, цистерн и субарахноидального пространства, пульсации мозговых сосудов и наличие очаговых патологических образований. Учитывая, что результат нейросонографии зависит от гестационного возраста новорожденных, дополнительно проанализированы сроки родоразрешения матерей новорожденных, участвующих в исследовании. Полученные результаты исследования обрабатывали с помощью программы «IBM SPSS Statistics 21» (SPSS, Чикаго, Иллинойс) и Microsoft Office Excel.

**Результаты.** В основной группе у 43 (75,4 %) новорожденных выявлены нейросонографические маркеры поражений центральной нервной системы. Субэпендимальные кровоизлияния встречались в 29,8 % (n = 17); внутрижелудочковые кровоизлияния в 26,3 % (n = 15); перивентрикулярный отек в 38,6 % (n = 22), перивентрикулярная лейкомаляция в 47,4 % (n = 27); паренхиматозные кровоизлияния в 7 % (n = 4), вентрикуломегалия в 42,1 % (n = 24) случаев. В контрольной группе новорожденных нейросонографических маркеров поражений центральной нервной системы не выявлено. Данные нейросонографии прямолинейно корре-



лировали с данными клинических методов исследования ( $r > 0,70 \leq 1,00$ ). В основной группе ( $n = 57$ ) беременность завершилась преждевременными родами у 46 женщин (80,7 %), срочными — у 11 (19,3 %). В контрольной группе ( $n = 53$ ) во всех случаях беременность завершилась родами в срок. Преждевременные роды в основной группе произошли с 28 по 37 неделю беременности. В сроке 28–32 недели беременности преждевременными родами беременность завершилась в 6,5 % ( $n = 3$ ) случаев, в сроке 33–35 недель — в 50 % ( $n = 23$ ), в сроке 36–37 недель — в 43,5 % ( $n = 20$ ).

**Выводы.** Маловодие, манифестирующее в первой половине беременности, — неблагоприятный клинический признак для здоровья и состояния новорожденного. По результатам нашего исследования у 75,4 % ( $n = 43$ ) новорожденных от матерей, беременность которых осложнилась маловодием, манифестирующим в первой половине беременности, в неонатальном периоде выявлены различные нейросонографические маркеры поражения центральной нервной системы. Установлено, что наиболее часто у новорожденных основной группы выявлено тяжелое поражение головного мозга, приводящее к серьезным неврологическим осложнениям — перивентрикулярная лейкомаляция (47,4 %;  $n = 27$ ) ( $p < 0,05$ ). Установлена прямая корреляционная связь между сроками родоразрешения и частотой поражений центральной нервной системы у новорожденных от матерей, беременность которых осложнилась ранним маловодием: у 43 (93,4 %) недоношенных детей выявлен широкий спектр нейросонографических маркеров поражений ЦНС ( $p < 0,05$ ).

## КОМОРБИДНОСТЬ У ПОЖИЛЫХ: ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА, ОЖИРЕНИЕ, ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

*Е.И. Спирина, А.В. Осипова, студентки 6 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра поликлинической терапии*

*Научный руководитель: профессор кафедры, д.м.н., доцент Н.П. Кириленко*

**Ключевые слова:** пожилые; ожирение; гипертоническая болезнь; сахарный диабет; ишемическая болезнь сердца

**Цель работы:** изучить особенности часто встречаемой коморбидной патологии у лиц пожилого возраста.

**Материалы и методы:** с помощью Google Forms опрошено 380 респондентов: мужчин — 148 (38,9 %); женщин — 232 (61,1 %). Из них выделено две группы. В группу пожилых вошли лица 60 лет и старше (185; 48,7 %); из них в возрасте 60–69 лет — 136 (73,5 %) и в возрасте 70 лет и старше — 49 (26,5 %) опрошенных. Группу сравнения составили респонденты в возрасте 50–59 лет (195; 51,3 %). В онлайн-опросник включены вопросы о росте и массе тела опрошенного для вычисления избыточной массы тела ( $25\text{--}29,9\text{ кг/м}^2$ ) и наличия у него ожирения ( $30,0\text{ и кг/м}^2$ ), гипертонической болезни (ГБ), сахарного диабета (СД) и ишемической болезни сердца (ИБС), установленных врачами.

**Результаты:** частота регистрации избыточной массы тела и ожирения в возрасте 50–59 лет не отличалась от таковой у лиц пожилого возраста (соответственно, 37,9 % и 44,9 %;  $p = 0,103$ ; 34,9 % и 33,0 %;  $p = 0,389$ ). Напротив, частота фиксации ГБ, СД и ИБС была статистически значимо большей у пожилых по сравнению с возрастом 50–59 лет (соответственно, 75,1 % и 40,5 %;  $p = 0,000$ ; 22,2 % и 10,8 %;  $p = 0,002$ ; 30,8 % и 10,8 %;  $p = 0,000$ ). Также установлено, что выявляемость избыточной массы тела у пожилых в зависимости от градации их возраста статистически значимо не отличалась от таковой по сравнению с младшим возрастом (50–59 лет — 37,9 %; 60–69 лет — 46,3 % и 70 лет и старше — 40,8 %;  $p = 0,320$ ). Подобное касалось и ожирения (соответственно, 34,9 %; 36,0 % и 24,5 %;  $p = 0,325$ ). Напротив, частота регистрации ГБ и СД у пожилых в зависимости от градации их возраста была статистически значимо большей по сравнению с младшим возрастом (соответственно, 40,5 %; 73,5 %; 79,6 %;  $p = 0,000$  и 10,8 %; 19,9 %; 28,6 %;  $p = 0,004$ ). В целом выявляемость ИБС закономерно нарастала с увеличением возраста респондентов и была наибольшей в возрасте 70 лет и старше (50–59 лет — 10,8 %; 60–69 лет — 28,7 % и 70 лет и старше — 36,7 %;  $p = 0,000$ ). Это наблюдалось как в отношении стенокардии (соответственно, 5,1 %; 17,6 % и 14,3 %;  $p = 0,001$ ), так и хронической сердечной недостаточности (соответственно, 3,6 %; 11,8 % и 24,5 %;  $p = 0,001$ ), тогда как при перенесенном инфаркте миокарда такого не обнаружено (соответственно, 2,1 %; 5,1 % и

4,1 %;  $p = 0,245$ ). Частота регистрации одновременно всех анализируемых факторов риска ИБС (избыточная масса тела, ожирение, ГБ и СД) была значительно больше у пожилых, чем у лиц младшего возраста (60 лет и старше — 10,3 %; 50–59 лет — 2,6 %;  $p = 0,002$ ). В то же время выявляемость ИБС у лиц пожилого возраста на фоне всех анализируемых факторов риска была значительно больше, чем без таковых в возрасте 60 лет и старше (соответственно, 36,8 % и 15,4 %;  $p = 0,049$ ).

**Выводы:** на фоне высокой выявляемости коморбидной патологии (избыточная масса тела, ожирение, ГБ и СД) у лиц в возрасте 50–59 лет и продолжающего роста ГБ и СД у пожилых, у последних с учетом градации их возраста нарастает выявляемость ИБС по сравнению с предшествующим возрастом 50–59 лет. Своевременная коррекция коморбидной патологии у лиц моложе 60 лет может привести к снижению выявляемости ИБС у пожилых.

## САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ И БЕСКОНТРОЛЬНЫЙ ПРИЕМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, КАК ФАКТОР РИСКА ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

*М.М. Струкова, П.Д. Бушева, студенты 6 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней  
Научные руководители: д.м.н., профессор О.Б. Поселюгина,  
д.м.н., профессор Л.Н. Коричкина*

**Ключевые слова:** нестероидные противовоспалительные средства; болевой синдром; патология почек

**Цель исследования.** Выявить причины, частоту, длительность и эффект самостоятельного применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) студентами медицинского университета и пациентами среднего возраста с оценкой субъективных проявлений со стороны почечной системы.

**Материал и методы.** Проведено онлайн-анкетирование 50 студентов 5-6-го курсов Тверского государственного медицинского университета; женщин — 32 (64 %), мужчин — 18 (36 %), средний возраст 22,6 года и письменное анкетирование 53 пациентов (средний возраст 53,7 г.) поликлиники ГБУЗ ТО «Калининской центральной районной клинической больницы», из них мужчин — 15 (28,3 %), женщин — 38 (71,7 %).

**Результаты.** В результате анкетирования установлено, что основной причиной приема НПВП у студентов был болевой синдром, именно, головная боль/мигрени — у 39 (46,4 %), гинекологические/ менструальные боли у 20 (23,8 %); зубная боль у 12 (14,3 %); мышечные и суставные боли — у 7 (8,3 %), «межрёберная невралгия» — 3 (6 %), боли в желудке — 1 (1,2 %) случаев.

У взрослых пациентов основной причиной приема НПВП также был болевой синдром, в частности, головные боли и мигрени, которые отмечались у 18 (20 %) опрошенных, боли в желудочно-кишечном тракте — у 17 (18,9 %); зубная боль — у 17 (18,9 %), мышечные и суставные боли — у 17 (18,9 %), неврологические боли, «межрёберная невралгия» — у 11 (12,2 %); гинекологические/ менструальные боли — у 10 (11,1 %).

Частота приема НПВП у студентов составляла только при появлении боли — 44 (88 %), ежемесячно — 3 (6 %), ежедневно — 2 (4 %), постоянно — 1 (2 %). После приема НПВС полностью болевой синдром был купирован только у 18 (38 %).

Пациенты среднего возраста принимали НПВП однократно при появлении боли — 46 (86,8 %), регулярно — 5 (9,4 %), ежедневно — 2 (3,8 %). После приема НПВС полностью болевой синдром был купирован только у 18 (33,9 %) пациентов.

Не отмечали побочных эффектов на фоне приёма препаратов 42 (84 %) студента. Нарушения со стороны почечной системы отмечали 8 (16 %) человек,

в частности, изменение цвета мочи (потемнение или обесцвечивание) встречалось у 3 (5,8 %), уменьшение количества выделяемой мочи — у 2 (3,8 %), увеличение диуреза — 1 (1,9 %), появление отёков — 1 (1,9 %), дискомфорт или тяжесть в поясничной области — 1,9 % (1).

Прием НПВП у лиц среднего возраста не сопровождался побочными эффектами у 34 (41,15 %). Нарушения со стороны почечной системы отмечали 26,5 (50,1 %), в частности повышение артериального давления на фоне приема НПВП отмечалось у 12 (18,8 %), появление отёков — 8 (12,5 %), дискомфорт или тяжесть в поясничной области — у 12 (18,8 %).

### **Выводы**

1. Основным синдромом для самостоятельного приема НПВС лицами молодого и среднего возраста является болевой.
2. Частота и длительность приема НПВП зависит от силы, частоты и длительности болевого синдрома. Наиболее частая причина приема НПВП в обеих группах опрошенных — головная и зубная боль. У женщин молодого возраста — менструальные боли. У лиц среднего возраста — боли в желудке, мышечные и суставные.
3. Полный эффект НПВС наблюдался только у 1/3 от числа в каждой группе анкетированных.
4. Нарушения со стороны почечной системы отмечены у 16 % лиц молодого возраста и 40 % у лиц среднего возраста.
5. Задачей превентивной медицины будет являться информирование студентов и лиц среднего возраста о вреде самостоятельного приема НПВП и при появлении вышеуказанных симптомов со стороны почечной системы прекратить их прием навсегда для предотвращения заболеваний почек и сохранения здоровья.

## ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИКИ О ПРИМЕНЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

*М.М. Струкова, П.Д. Бушева, студенты 6 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней  
Научные руководители: д.м.н., профессор О.Б. Поселюгина,  
д.м.н., профессор Л.Н. Коричкина*

**Ключевые слова:** нестероидные противовоспалительные препараты; болевой синдром; побочные эффекты

**Цель исследования.** Изучить причины и частоту применения, побочные действия нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) пациентами поликлиники.

**Материалы и методы.** Проведено письменное анкетирование 53 пациентов (средний возраст 53,7 г.) поликлиники ГБУЗ ТО «Калининской центральной районной клинической больницы», из них мужчин — 15 (28,3 %), женщин — 38 (71,7 %).

**Результаты.** Прием НПВП длительностью до нескольких месяцев был отмечен у (13) 24,5 % опрошенных; в течение одного года — у 9 (17 %); сроком от 2 до 5 лет — у 13 (24,5 %); от 5 до 10 лет — у 9 (17 %); более 10 лет — у 9 (17 %)

Основными причинами приема НПВП были головные боли и мигрени, которые отмечались у 18 (20 %) опрошенных, боли в желудочно-кишечном тракте — у 17 (18,9 %); зубная боль — у 17 (18,9 %), мышечные и суставные боли — у 17 (18,9 %), неврологические боли, «межрёберная невралгия» — у 11 (12,2 %); гинекологические/менструальные боли — у 10 (11,1 %).

Основными причинами выбора НПВП с целью обезболивания послужили у 35 (39,8 %) хорошее и быстрое обезболивание, у 28 (31,8 %) — отсутствие информации о возможном альтернативном обезболивании, у 25 (28,4 %) — легкая доступность препаратов данной группы.

Большинство опрошенных — 46 (86,8 %) принимали препараты данной группы только при появлении боли, 5 (9,4 %) — принимали НПВП регулярно, 2 (3,8 %) — ежедневно.

Для выяснения причины болевого синдрома обращались за медицинской помощью к врачу — 19 (35,8 %), среди них, у 4 (7,5 %) — назначенное специалистом лечение не привело к купированию боли, у 6 (11,3 %) лечение приносило лишь временное облегчение, 24 (45,3 %) — не обращались к специалисту для выяснения причины болевого синдрома.

Интенсивность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) оценили на 7 баллов — 17 (32 %), в 8 баллов — 15 (28,3 %), 6 баллов — 9 (16,9 %)

до приёма НПВС. После приема НПВС полностью болевой синдром был купирован только у 18 (33,9 %) пациентов.

28 (52,8 %) опрошенных были осведомлены о возможных побочных эффектах препаратов данной группы, 25 (47,2 %) — не знали о возможных побочных действиях НПВП. Прием НПВП не сопровождался побочными эффектами у 34 (41,15 %). Повышение артериального давления на фоне приема НПВП отмечалось у 12 (18,8 %), появление отёков — 8 (12,5 %), дискомфорт или тяжесть в поясничной области — у 12 (18,8 %), дискомфорт в области желудка — у 32 (43,8 %), изжога — у 19 (26 %), тошнота, рвота — у 2 (2,7 %), запоры, диарея — у 1 (1,4 %).

Таким образом, полученные в ходе анкетирования результаты свидетельствуют, что пациенты недостаточно информированы о группе НПВП, их показаниях к применению и побочных эффектах, альтернативах обезболиванию, что требуется учитывать в процессе врачебного назначения лечения специалистами соответствующего профиля.

**Выводы:**

1. Большинство опрошенных пациентов — 58,5 % имеют многолетний опыт применения НПВП.
2. Основными причинами необходимости обезбоживания явилась головная боль, боль в эпигастрии, зубная и суставная боли.
3. У половины опрошенных отмечались побочные эффекты, связанные с приемом НПВС, которые они принимали без врачебного назначения.

## СХЕМА УПРАВЛЕНИЯ ТОВАРНЫМИ РЕСУРСАМИ В АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*Л.Э. Судакова, студентка 5 курса фармацевтического факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: старший преподаватель О.А. Судакова*

**Ключевые слова:** закупка товара; управление товарными ресурсами; логистические функции

**Цель исследования:** изучение логистических операций и функций аптечной организации ООО «САФИОР» г. Твери и формирование алгоритма управления товарными ресурсами.

**Материалы и методы:** программы Склад СМ, Фарм СМ, СБИС, 1С Розница, журнал накладных, договора поставки, метод сравнительного анализа, документального анализа.

**Результаты.** Микрологистическая система аптеки имеет линейную структуру. Основными логистическими функциями в изучаемой аптеке являются снабжение (определение потребности в товарах, выбор и оценка поставщика, закупка, доставка товара в аптеку транспортом поставщика, оценка и контроль выполнения закупок); хранение товара (приемочный контроль, размещение на хранение в материальной, контроль за качеством и количеством товара, контроль температуры и влажности в помещениях хранения); реализация товара конечному потребителю (подготовка кадров высшей квалификации, обеспечение программным обеспечением рабочие места, учет отпуска товаров, работа с маркировкой).

Ответственное лицо, в качестве которого выступает директор аптечной организации, формирует заявку на поставку товара через программу Фарм СМ. Данная аптека имеет 11 поставщиков: Гранд Капитал ФК (Тверь), Здравсервис, Мир лечебной косметики VICHU, Надежда-Фарм ГК, Пульс ФК (Ярославль), Фарминторг-Опт, Фармкомплект, Акцентмед, Авеста Фармацевтика, Катрен, Протек. Выбор контрагента на формирование заказа происходит по следующим критериям: порядок взаиморасчетов, условия поставки, ассортиментная и ценовая политика. Аптека формирует заказ на потребность в товаре максимально эффективным способом, чтобы избежать перебоев в поставках, уменьшить количество отказов клиентам и приобрести фармацевтическую продукцию по наиболее выгодной цене. Доставка товара осуществляется перевозчиком поставщика по схеме: одна машина со склада одним рейсом осуществляет поставку товара в несколько аптек. Товаросопроводительные документы поступают в аптеку по ЭДО — СБИС. При приёмочном контроле осуществляется проверка товара по количеству и качеству. Фармацевт сканирует Data Matrix коды с упаковок лекарств и БАД. С помощью СБИС по обратному акцепту данные автоматически регистрируются в МЛДЛ



и передаются поставщику. Логистика хранения организована разделением по фармако-терапевтическим группам, температурному режиму и способам введения лекарственного препарата в организм. Товары размещаются в ящики, на витрины. Управление запасами осуществляется в программе учета поступления и реализации товаров аптечного ассортимента Склад СМ и формирования бухгалтерской отчетности 1С Розница. С помощью программы Склад СМ определяется план закупок, ведется контроль реализации товаров с истекающим сроком годности, неликвидных позиций и мало оборачиваемых, дефектурных лекарственных препаратов. Утилизация товаров с истекшим сроком годности осуществляется по договору со специализированной организацией.

**Вывод:** Управление товарными ресурсами в аптечной организации осуществляется автоматизированными компьютерными системами. Движение лекарственных препаратов и БАД контролируется системой «Честный знак», что обеспечивает безопасность и качество конечному потребителю. По результатам изучения движения товаров в аптечной организации составлена схема управления товарными ресурсами.

## ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ: ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

*А.М. Судакова, И.А. Михеева, Е.В. Ульянова*

*6 курс, лечебный факультет*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра поликлинической терапии*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Ю. Колесникова*

**Ключевые слова:** *дивертикулярная болезнь толстой кишки; клинические рекомендации*

**Цель исследования:** анализ клинической практики диагностики и лечения дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК).

**Материалы и методы:** изучение данных амбулаторных карт пациентов с установленным диагнозом ДБТК с уточнением клинической симптоматики, предшествующей обращению за медицинской помощью, объема лабораторной и инструментальной диагностики, назначенной терапии, организации дальнейшего ведения больного с ДБТК. Было проанализировано 36 амбулаторных карт на базе специализированного приема врача-гастроэнтеролога в Клинике Тверского ГМУ.

**Результаты:** возраст на момент включения в обследование от 22 до 82 лет, медиана возраста 63 года; мужчин 13 (36,1 %), женщин 23 (63,9 %). Болевой абдоминальный синдром отсутствовал у 12 (33,3 %) человек, боли по всему животу беспокоили 3 (8,3 %), преимущественно слева — 14 (38,9 %), внизу живота — 5 (13,9 %), и справа — 2 (5,6 %) пациентов. Стул ежедневный или через день отмечали 20 (55,6 %) больных, более одного раза в день — 8 (22,2 %), 2 раза в неделю — 6 (16,7 %), менее 2 раз в неделю — 2 (5,6 %) человека. 1–2 тип по Бристольской шкале отмечали 7 (19,4 %) пациентов, 3–4 тип — 22 (%), 5–6 тип — 7 (%) человек. При этом 4 (11,1 %) человека периодически отмечали алую кровь в кале, еще 2 (5,6 %) пациента видели в кале примесь слизи. Чаще всего ДБТК выявлялась при проведении колоноскопии — у 31 (86,1 %) пациента, у одного — при ректороманоскопии, у 2 (5,6 %) при виртуальной колоноскопии, а еще у двоих при операции (диагностической лапаротомии). У всех больных (100 %) дивертикулы локализовались в левых отделах (нисходящая ободочная и сигмовидная кишка). У 11 (30,6 %) пациентов дивертикулы были одиночными, у остальных 25 (69,4 %) — множественными. При этом у 20 (55,6 %) больных иных изменений толстой кишки не выявлено, у 11 (30,6 %) человек обнаружены полипы толстой кишки (у 4 (11,1 %) человек — гиперпластические). В 1 случае обнаружен катаральный колит, в 1 — язвенный колит, еще в 2 (5,6 %) случаях выявлен геморрой. Диагноз установлен около 1 года назад у 20 (55,6 %) человек, у 3 (8,3 %) человек — в пределах 2 лет, у 4 (11,1 %) пациентов — около 4 лет, у остальных 8 (22,2 %) человек «стаж» ДБТК составлял 5 лет и более. Основное наблюдение за пациен-

тами чаще всего осуществлялось гастроэнтерологом — 29 (80,6 %) больных, реже гастроэнтерологом и хирургом — 2 (5,6 %) пациента, 4 (11,1 %) человек наблюдал участковый врач терапевт, а 1 (2,8 %) — врач-хирург. У 15 (41,7 %) пациентов были оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Обращает на себя внимание частая ассоциация с желчнокаменной болезнью — у 6 (16,7 %) человек, с артериальной гипертонией — у 5 (13,9 %) пациентов, реже отмечались сахарный диабет, синдром раздраженного кишечника, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, жировой гепатоз — по 3 (8,3 %) случая, у одного больного — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Реже 1 раза в год к врачу по поводу ДБТК обращались 4 (11,1 %) пациента, чаще одного раза в год — 5 (13,9 %), остальные 26 (72,2 %) обращались ежегодно. У 4 (11,1 %) больных течение ДБТК было осложненным, у остальных 32 (88,9 %) — симптомным неосложненным. Только 11 (30,6 %) больным был назначен клинический анализ крови, при этом повышение СОЭ отмечено у 2 (5,6 %) пациентов, у одного лейкоцитоз, у одного — анемия. Остальным 25 (69,4 %) больным данный анализ не выполнялся. Уровень С-реактивного белка был определен только 1 (2,8 %) пациента, кал на скрытую кровь — у 5 (13,9 %) (у одного положительный, у 4 — отрицательный), фекальный кальпротектин не определялся ни в одном случае. Антибиотики 23 (63,9 %) больным не назначались (в том числе 3 из 4 с осложненным течением ДБТК), 7 (19,4 %) назначены ежемесячно (из них у одного больного диагноз сформулирован как осложненное течение ДБТК), 3 (8,3 %) — ежегодно, 3 (8,3 %) — по требованию. В 10 (27,8 %) случаях рифаксимин, в 2 (5,6 %) — нитроимидазолы, в одном — фторхинолоны. Препараты 5-аминосалициловой кислоты назначены только в одном случае (2,8 %). Слабительные препараты рекомендованы 13 (36,1 %) больным (в 5 случаях наполнители, в 4 — осмотические, в 4 — растительные контактные). Пробиотики назначены 3 (8,3 %) пациентам.

**Заключение:** при ДБТК чаще выявляются левосторонние множественные дивертикулы, в трети случаев в сочетании с полипами толстой кишки. Преобладающая жалоба — абдоминальные боли и запоры. Несмотря на длительный стаж заболевания и частые обращения к врачу, обследования были скудными: трети больных назначен клинический анализ крови, одному — С-реактивный белок. Антибактериальная терапия назначалась только трети пациентов, что не соответствует клиническим рекомендациям, месалазин назначен одному больному.

## ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА С УЧЕТОМ СРЕДНЕ-РОТАЦИОННОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛЕЧА

*Б. Суюнбоев студент 5 курса лечебного факультета  
Самаркандский Государственный Медицинский институт,  
г. Самарканд, Узбекистан  
Кафедра Травматологии и ортопедии  
Научный руководитель: PhD, асс. Ф.А. Гафуров*

**Актуальность проблемы.** Клинические наблюдения показывают, что положительные стороны компрессионного остеосинтеза проявляются в тех случаях, когда удастся хорошо репонировать, сблизить, создать плотный контакт на все поверхности излома между отломками и обеспечить устойчивую неподвижность. Лучше всего плотный контакт между отломками создается при наличии плоских опорных поверхностей, когда имеются условия для первичного заживления отломков. Компрессионно-дистракционный остеосинтез нейтрализует отрицательно влияющие на процесс сращения режущие, растягивающие и ротационные силы. В настоящее время выявлены преимущества метода, описаны ошибки лечения.

По нашему мнению необходимо усовершенствовать метод КДО, точнее предусмотреть устранения ротационного смещения фрагментов особенно при косых и винтообразных переломах до и во время наложения аппарата Илизарова при диафизарных переломах плечевой кости. Особенно имеет значение определять средне-ротационное положение в том положении больного в котором накладывается аппарат Илизарова.

Наша методика наложения аппарата Илизарова.

Особенность нашей методики заключается в учете средней ротации плечевого сустава, путем индивидуального измерения наружной, внутренней ротации плеча, в идентифицированном положении плеча с состоянием плеча во время наложения аппарата (удостоверение рационализаторское предложение №1416). Мы применяли метод наложения аппарата Илизарова у 68 больных с диафизарными переломами плечевой кости. Из них мужчины составляли 40 (59 %) и женщины 28 (41 %).

Обычно, мы применяем аппарат Илизарова из двух полных колец (средние) и из двух полуколец (верхние и нижние).

Больной находится на операционном столе. Операция, как обычно проводится под общим обезболиванием. На спине, плечу придается вертикальное положение. За локтевой отросток через скобу подвешивается груз массой 4-5 кг, плечу придается среднее ротационное положение, которое определяется на здоровой конечности до операции с помощью угломера нашей модификации. Предплечье направляется в среднем примерно в сторону противоположного уха. В таком положении плечо приобретает средне-ротационное положение и в таком положении

накладывается аппарат внешней фиксации. Спицы проводятся с учетом анатомо-топографического расположения сосудов и нервов.

**Результаты и обсуждения.** Аппарат внешней фиксации в нашей практике мы накладываем в положении лежа на спине, рука согнута в локтевом суставе по углу 90°, плечу придано вертикальное положение, за локтевой отросток проведена спица, она натянута в дуге. При косых, спиральных переломах, для правильного ротационного сопоставления отломков требуется знание угла средней ротации плечевого сустава.

Хорошие результаты наблюдались у 62 (88,6 %) больных, удовлетворительные результаты мы наблюдали у 4 (5,7 %) больных и неудовлетворительные результаты лечения у 4 (5,7 %) больных.

Таким образом, при наложении аппарата Илизарова при переломах диафиза плечевой кости наряду с учетом анатомическим расположением нервов и сосудистых пучков и устранением смещением нельзя забывать о ротационных смещениях плечевой кости для, чего мы и определяли средне-ротационное положение плечевой кости. Во время накладывания аппарата Илизарова учитывали положение плеча с целью устранить ротационные смещения при переломах диафиза плечевой кости.

## ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИГАНТОЛ» НА МОРФОЛОГИЮ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ КРЫС

*С.С. Сыдыгалиев, В.А. Филатова, Т.Д. Емельянов, студенты 2 курса  
лечебного факультета,  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Научный руководитель: старший преподаватель Е.А. Черняева*

**Ключевые слова:** лабораторные крысы; витамин D; «Вигантол»

**Цель исследования:** изучить влияние препарата «Вигантол» на строение внутренних органов крыс.

**Материалы и методы:** до начала эксперимента был проведен анализ литературных источников и интернет-ресурсов для получения необходимой информации о влиянии витамина D на организм. Экспериментальная часть исследования выполнялась в межкафедральной лаборатории и лаборатории фундаментальных морфологических исследований на базе Тверского ГМУ. Объектом исследования служили молодые беспородные самки крыс весом 280–310 г. Все манипуляции с животными проводились в соответствии с законом от 27.12.2018 N 498-ФЗ «Об ответственном обращении с животными и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Животные были разделены на две группы: контрольная, состоящая из четырёх особей, и экспериментальная, состоящая из шести особей. Экспериментальные крысы были разделены еще на 3 группы, по 2 в каждой. В качестве источника витамина D использовался препарат «Вигантол» (в 1 мл препарата 0,5 мг витамина D3, вспомогательное вещество — среднецепочные триглицериды). Животные из контрольной группы не получали препарат. Две крысы из экспериментальной группы № 1 получали 0,0125 мг (соответствует 1 капле), две из группы №2 — 0,025 мг (2 капли), две крысы из группы №3 получали 0,0375 мг (соответствует 3 каплям). На 21 сутки эксперимента у крыс был произведен забор крови из бедренной артерии для определения уровня кальция. Исследование проводилось на анализаторе Biochem as. На 28 сутки из каждой группы было выведено по одному животному. У всех крыс был взят аутопсийный материал миокарда, печени, почек и двенадцатиперстной кишки. Изготовление гистологических препаратов происходило по стандартной схеме: фиксация, промывка, обезвоживание, уплотнение материала путем заливки в парафин, микротомия, окрашивание гематоксилином-эозином и заключение срезов. Оставшимся экспериментальным крысам была вдвое увеличена доза препарата «Вигантол». Крыса из группы №1 стала получать 2 капли препарата, крыса из второй группы — 4 капли, а крыса из группы №3 стала получать 6 капель. На 120 сутки, согласно правилам эвтаназии, животные были выведены из эксперимента. Из полученного аутопсийного материала миокарда, почек, печени и двенадцатиперстной киш-

ки были изготовлены и изучены под световым микроскопом «OLYMPUS CX43» гистологические препараты. Сделаны микрофотографии цифровой камерой «VideoZavr Standart».

**Результаты:** наблюдение за общим состоянием крыс, выведенных из эксперимента на 28 сутки, не выявило изменений в поведении. На 32 сутки и до конца эксперимента у животных из третьей опытной группы, получавших максимальную дозировку «Вигантола», снизилась дневная активность, преобладало пассивное поведение. Результаты анализа крови показали: содержание кальция у контрольных крыс, не получавших препарат — у двух крыс 2,4 ммоль/л, 2,41 ммоль/л — у третьей и 2,42 ммоль/л — у четвертой. У крыс из экспериментальной группы №1 содержание кальция в крови — 2,63 ммоль/л и 2,65 ммоль/л; у крыс из группы №2 — 2,73 и 2,74 ммоль/л; у двух крыс из третьей группы — 2,81 ммоль/л и 2,83 ммоль/л. Макроскопический анализ органов при вскрытии показал умеренное количество висцерального жира. Микроскопия гистологических препаратов не выявила изменений в строении внутренних органов крыс.

**Выводы:** увеличение дозы препарата «Вигантол» привело к снижению активности экспериментальных животных, а также к повышению содержания кальция в крови у крыс. На морфологию внутренних органов крыс препарат «Вигантол» не повлиял.

## ВЛИЯНИЕ ОКСИДА АЗОТА НА НЕКОТОРЫЕ МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ НЕОПИАТНЫЙ АНАЛОГ ЛЕЙ-ЭНКЕАЛИНА В ПЕЧЕНИ БЕЛЫХ КРЫС, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ

*Я.Е. Тарасенко, А.А. Чекушкин*

*ФГБОУ ВО Дальневосточный ГМУ Минздрава России, г. Хабаровск, Россия*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент, О.Г. Пинавева*

**Введение.** Неопиатный аналог лей-энкефалина (НАЛЭ) – синтетический аналог эндогенного лей-энкефалина, не обладающий аффинностью к опиатным рецепторам; оказывает антиоксидантное и цитопротективное действие на многие ткани организма. Оксид азота (NO) – мессенджер межклеточной сигнализации, активируя регуляторные белки, киназы и протеазы, управляет промежуточными формами кислорода. L-NAME – специфический неселективный ингибитор NO-синтазы.

**Цель.** Изучить вовлеченность системы NO-синтазы в реализацию эффектов пептида НАЛЭ на показатели ядрышкового организатора (ЯОР) и долю двуядерных гепатоцитов печени половозрелых белых крыс после перенесённой внутриутробной гипоксии (ВУГ).

**Материалы и методы.** В эксперименте использовали потомство белых крыс линии Вистар. Необходимые гуманные нормы при умерщвлении животных были соблюдены (седация раствором «Хлороформ»). ВУГ моделировали гипобарическим воздействием на беременных самок с 14 по 19 сутки гестации, ежедневно на 4 часа, создавая давление 224 мм рт.ст. Формировали группы: «Контроль» – интактные животные; «ФО» – животные, перенёвшие ВУГ и введение 0,9 % раствора NaCl; «РО» – животные, перенёвшие ВУГ и введение НАЛЭ; «ЛО» – животные, перенёвшие ВУГ, введение НАЛЭ и L-NAME. Исследуемые вещества вводили со 2 по 5-е сутки жизни пятикратно внутрибрюшинно в объёме 0,1 мл 0,9 % раствора NaCl (НАЛЭ в дозе 100 мкг/кг, L-NAME в дозе 50 мг/кг). Оценивали показатели ядрышкового организатора путём подсчёта количества ядрышек в ядрах гепатоцитов и доли двуядерных гепатоцитов в цитологических препаратах печени, окрашенных AgNORs, рассматривая не менее 100 ядер. Статистическую обработку экспериментальных данных проводили с помощью программы Statistica 10,0 for Windows. Различия между группами считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** У животных группы «ФО», в половозрелом возрасте отмечается увеличение показателя ядрышкового организатора, что может быть связано с фрагментацией аргентофильных зон, а доля двуядерных гепатоцитов уменьшилась. Введение НАЛЭ в раннем постнатальном периоде животным, перенёвшим ВУГ, привело к незначительному снижению показателя ЯОР, и к увеличению доли двуядерных гепатоцитов в 3 раза по сравнению с группой «Контроль». Блокада



NO-синтазы с помощью L-NAME в раннем постнатальном периоде животным, перенёсшим ВУГ и введение НАЛЭ, у половозрелых крыс привела к полной нормализации ЯОР и к увеличению доли двуядерных гепатоцитов в 2,5 раза по сравнению с группой «Контроль».

**Выводы.** Блокада NO-синтазы с помощью L-NAME привела к нормализации параметров ЯОР и увеличению доли двуядерных гепатоцитов у животных, перенёсших ВУГ и введение НАЛЭ в раннем постнатальном периоде. Показатели ЯОР косвенно характеризуют белок-синтетическую активность гепатоцитов, а образование двуядерных гепатоцитов представляет собой резерв полиплоидизации, которая является признаком репаративной регенерации печени. Это позволяет предположить, что система NO-синтазы вовлечена в морфогенетические эффекты НАЛЭ в печени половозрелых белых крыс.

## АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ТВЕРСКОГО ГМУ ПО ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

*М.Д. Тарасов, А.М. Кадушкина, студенты 3 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра микробиологии и вирусологии с курсом иммунологии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.С. Михайлова*

**Ключевые слова:** клещевой энцефалит; вакцинопрофилактика; иксодовые клещи

**Актуальность.** Тверская область является эндемичной по клещевому энцефалиту. В 2022 году на территории Тверской области было зарегистрировано 9 случаев подтвержденного заболевания клещевым энцефалитом, в том числе 1 случай среди детей и 37 случаев подтвержденного клещевого боррелиоза, в том числе 2 случая среди детей. Заболеваемость регистрировалась среди жителей г. Твери, Бологовского, Нелидовского и Западнодвинского районов.

**Цель.** Изучение информированности студентов о вирусе клещевого энцефалита и методах профилактики данного заболевания.

**Материалы и методы.** Для тестирования была специально разработана оригинальная анкета (15 вопросов) в Google Forms. Анкета состояла из двух частей и включала вопросы общей направленности (возраст, пол) и частные вопросы об информированности о вирусе клещевого энцефалита и методах профилактики. В проведенном опросе участвовало 153 человека, из них 53,6 % составляли женщины и 46,4 % мужчины. Согласно данным проведенного опроса, средний возраст исследуемой группы  $22 \pm 2,9$  лет: большая часть в возрасте от 20 до 23 лет – 53,6 %, 17–19 лет – 27,5 %, 24–27 лет – 19 %.

**Результаты:** В ходе исследования была определена информированность студентов о профилактике клещевого энцефалита и выявлена осведомленность в целом относительно знаний об этом заболевании. 96,3 % опрошенных верно считают, что клещевым энцефалитом заражаются через укус клеща и при употреблении некипяченого козьего молока; остальные 3,7 % выбирали в ответах другие неверные варианты заражения. Хотя бы раз в жизни укус клеща присутствовал у большинства людей – 63,4 %, у 34 % опрошенных его не было и 2,6 % не помнили или затруднялись ответить. Преимущественно укус клеща выявлялся в июне и июле 40,9 % , у 31,8 % в август и только у 27,3 % в апреле и мае. Большинство 60,5 % опрошенных извлекали клеща с помощью врача, а 39,5 % извлекали его самостоятельно. После укуса клеща к врачу обращалось 69,5 % опрошенных, а 30,5 % не обращались. По результатам опроса у 57,4 % людей не было никаких изменений общего состояний, а у 30,4 % было повышение температуры, головная боль, остальные 12,2 % затруднялись ответить. Местной реакции в виде гиперемии и отёчности в месте укуса не отмечалось у 63,5 %, и у 26,1 % она присутствовала, остальные 10,4 % затруднялись ответить.

По рекомендациям СП 3.1.3310-15 «Профилактика инфекций, передающихся иксодовыми клещами» для исключения диагноза боррелиоза и клещевого энцефалита необходимо в течение суток доставить клеща в специализированную лабораторию. Среди опрошенных 67,5 % сдавали клеща на проверку в лабораторию, а 32,5 % нет. Из всех респондентов 90,2 % относили клеща на проверку от боррелиоза и клещевого энцефалита одновременно, 6,5 % только на клещевой энцефалит и 3,3 % только на боррелиоз. По результатам лабораторной диагностики положительный результат на боррелиоз был у 11,8 %, на клещевой энцефалит у 12,6 % , а на клещевой энцефалит и боррелиоз вместе у 13,6 %. Из всех студентов на момент опроса от клещевого энцефалита были привиты 51,8 %, а 48,2 % нет. Среди привитых 35,5 % использовали вакцину ЭнцеВир, а 31,8 % Клещ-Э-Вак, остальные 32,7 % затруднялись ответить. Только 10,7 % опрошенных регулярно вакцинируются и ревакцинируются от клещевого вирусного энцефалита. 45,2 % когда-либо вакцинировались, но это было единожды и без ревакцинации. 44,1 % студентов вообще никогда не вакцинировались от клещевого энцефалита. Среди причин, по которым студенты не вакцинировались, 42,9 % отмечают, что они не посещают леса и парки, 11,6 % считают вакцинацию бесполезной и 10 % опрошенных боятся вакцинации и считают её опасной для здоровья.

Также оказалось, что в 35,6 % случаях после введения вакцины отмечались побочные эффекты в виде повышенной температуры в течение 2–4 дней, головной боли и слабости, в 64,4 % никаких побочных явлений не было. В 67 % случаев врачом было назначено лечение после укуса клеща и в 33 % нет. У 36,8 % респондентов терапия проводилась антибактериальными препаратами, у 31,1 %, противовирусными, остальные 32,1 % затруднялись ответить.

**Выводы.** Полученная статистика позволяет убедиться, что наибольшая часть из студентов знают пути передачи данного инфекционного заболевания. Подавляющее большинство опрошенных информировано необходимости сдачи клеща на анализ, однако далеко не все знают о всех возможностях профилактики. Процент вакцинированных на момент опроса оказался достаточно высоким. При этом тех, кто делает вакцинацию регулярно, по определенной схеме ревакцинации, единицы. Потенциальные риски и негативные последствия после укуса клеща могут быть вовремя скорректированы только в случае наблюдения своевременного обращения к врачу и правильно подобранного лечения. Поэтому следует больше информировать население о вакцинопрофилактике, чтобы складывалось правильное представление о ней.

## ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ

*А.Я. Тарвердиева, Х.Л. Бисултанова, А.В. Титова, студенты 3 курса педиатрического факультета; К.У. Капанадзе, студент 6 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра физиологии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю.П. Игнатова*

**Ключевые слова:** психофизиологические особенности; студенты; обычные сигареты; электронные сигареты

Цель исследования: **выявить психофизиологические различия курящих (обычные или электронные сигареты) и некурящих студентов.**

**Материалы и методы:** с добровольного письменного согласия в обследовании приняли участие 109 студентов мужского пола Тверского ГМУ, из которых 51 курили обычные или электронные сигарета, а 58 отрицали наличие у них этой вредной привычки. Средний стаж курильщиков составлял не более 2 лет, 500 затяжек или 6 сигарет в день. Психофизиологическое обследование включало: оценку ситуативной и личностной тревожности по опроснику Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина, кратковременной слуховой и зрительной памяти, параметров внимания, исследование простой и сложной зрительно-моторных реакций. У курящих путем тестирования выявляли наличие никотиновой зависимости и мотив курения. Для статистического анализа использовали программу «Statistica 6.1», непараметрические методы ( $p \leq 0,05$ ).

**Результаты.** Как показал анализ результатов тестирования уровень никотиновой зависимости, мотив курения у обследуемых не зависел от вида сигарет и стажа их употребления. Среди тех, кто курит (обычные или электронные) сигареты значительно больше лиц, мотивом курения для которых является снятие тревожности. При высоких значениях данной шкалы курение является одним из средств саморегуляции, способом, который помогает справиться с негативными эмоциями, восстановить душевное равновесие. Уровень ситуативной и личностной тревожности у курящих и некурящих обследуемых значимо не отличался и находился в пределах средних значений ( $M_e = 38,50$ ,  $M_e = 39,00$ ). Умеренный уровень ситуативной тревожности свидетельствует об адекватной реакции организма в различных ситуациях. Субъекты способны непредвзято оценить сложившиеся обстоятельства и найти пути их решения. Определенный уровень тревожности — естественная и обязательная особенность активной личности. Средние значения личностной тревожности позволяют объективно рассматривать ситуации, угрожающие самооценке личности, контролировать свое поведение в данной ситуации. Сравнение кратковременной слуховой памяти показало значимо низкие ее значения у студентов, которые курят (обычные или электронные сигареты) в сравнении с некурящими ( $p = 0,0001$ ). У первых объем кратковремен-

ной слуховой памяти был ниже среднего, у большинства последних — средний. Согласно критерию Краскела–Уоллиса, объем кратковременной зрительной памяти в обследуемых группах значимо не отличался. Результаты теста на оценку внимания не имели значимых различий среди курящих и не курящих. В обеих группах обследованных выявлена средняя скорость работы нервной системы (среднее значение времени реакции в диапазоне 250–350 мс). Концентрация внимания студентов находилась также на среднем уровне в течение всего обследования, что говорит о сосредоточенности на выполнении задания. Обследуемые продемонстрировали среднюю устойчивость внимания, т.е. концентрация внимания к моменту завершения тестирования значимо не снижалась. Об этом же свидетельствует значение показателя Уиппла, характеризующее среднее число ошибок при выполнении теста. Однако, у всех респондентов на момент обследования их работоспособность была незначительно снижена. Это характерно для начальных стадий развития утомления. По результатам методики Шульте курящие и некурящие обследуемые показывали среднюю эффективность работы, т.е. концентрацию внимания, высокую степень вработываемости при выполнении задания. Была отмечена высокая степень психической устойчивости, качества, которое позволяет преодолевать негативные, стрессовые обстоятельства и обеспечивает способность к адаптации в условиях изменений или неопределённости. Все обследуемые не совершали ошибок или совершали лишь небольшое их число при прохождении методики, что свидетельствует о высокой устойчивости внимания респондентов. Однако среди тех, кто курит, значимо больше лиц, у которых внимание истощаемо ( $p = 0,007$ ). У студентов, курящих как обычные, так и электронные сигареты, отмечена тенденция к увеличению времени, затрачиваемого на каждую следующую таблицу. В нашем исследовании курение не оказывало влияние на параметры простой зрительно-моторной реакции — средний уровень активации ЦНС, быстродействие среднее при стабильности реакций выше средних значений. Результаты сложной зрительной моторной реакции свидетельствуют о том, что у всех обследуемых при среднем качестве выполнения теста, скорость реакций высокая. Отмечена установка на быстродействие в ущерб безошибочности. Уровень операторской работоспособности средний. Сравнение параметров реагирования на красный и зеленый стимулы при выполнении сложной зрительной моторной реакции показало, что хотя все обследуемые и имели установку на быстродействие, ее оценка у тех, кто курит, была значимо ниже в сравнении с некурящими ( $p = 0,0146$ ).

**Выводы:** по результатам исследования не все исследуемые показатели имели значимые различия среди некурящих и тех кто курит, что вероятно обусловлено небольшим стажем курения в силу возрастного аспекта обследуемых. Но даже небольшое число различий свидетельствует о негативном влиянии курения на психофизиологические особенности студентов.

## СУЕВЕРИЯ И ПРЕДРАССУДКИ В РУССКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЕ (ПО РАССКАЗУ М.А. БУЛГАКОВА «СТАЛЬНОЕ ГОРЛО»)

*М.М. Тимина, студентка 6 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра оториноларингологии  
Научный руководитель: к.м.н. Р.А. Тригубенко*

**Ключевые слова:** суеверия; предрассудки; медицина

Суеверия и предрассудки способны моделировать поведение человека, изменить его мотивационно-деятельностные процессы по отношению к болезни и лечению. Переживание факта плохой приметы может погрузить человека в негативный аффект разной интенсивности, повлиять на соматические процессы, нарушить его доверие к врачу и приверженность к лечению.

**Цель исследования** — проанализировать влияние негативных предубеждений пациента на взаимоотношения между врачом и пациентом.

**Материалы и методы.** Материалом для проведения исследования послужили эпизоды и образы героев рассказа М.А. Булгакова «Стальное горло». При написании тезисов использовались методы: биографический, описательный, аналитический, сравнительно-сопоставительный.

**Результаты.** Рассказ «Стальное горло» входит в автобиографический цикл рассказов М.А. Булгакова «Записки юного врача» и написан на основе воспоминаний самого писателя в годы его работы земским доктором в больнице села Никольское Смоленской губернии в дореволюционной России. В своей профессиональной деятельности автор лично столкнулся с определенными трудностями, которые описал как врач. В рассказе остро обозначена проблема малограмотности и суеверных представлений деревенских людей, сложности во взаимоотношениях врач-больной, обусловленные влиянием негативных предубеждений пациента. Маленькой девочке Лиде угрожает смерть от удушья, так как заболевание оказалось уже слишком запущенным: «У девочки дифтерийный круп, горло уже забито пленками и скоро закроется наглухо...». Единственным способом помочь ей в этой ситуации была трахеостомия — экстренная хирургическая операция, которая заключается в рассечении передней стенки трахеи с последующим введением в нее трахеостомической канюли для создания временного сообщения горла с внешней средой, дающей возможность человеку дышать. Ни о чем подобном мать и бабушка ребенка никогда ранее не слышали, это им показалось настоящим безумием. Они были твердо убеждены, что доктор может зарезать ребенка, а потому долго не давали своего согласия на операцию: «Батюшка, как же так, горло девчонке резать? Да разве же это мыслимо? Каплями согласна лечить, а горло резать не дам!». Благодаря твердости и настойчивости молодого доктора мама и бабушка девочки все

же согласились на операцию. Трахеостомия была успешно проведена, и Лида свободно задышала. Эта история быстро распространилась по окрестности, а в народе пошла молва о том, что доктор заменил умирающей девочке горло на стальное. Роль спасителя маленькой Лиды принесла молодому врачу народную славу и уважение местных крестьян.

**Вывод.** Поднятая в рассказе проблема предубеждений пациентов не потеряла своей актуальности и в наше время, даже спустя столетие. Безграмотность людей в медицинских вопросах и суеверные предрассудки иногда приводят к печальным последствиям, которые могут стоить человеку жизни.

## ОСОБЕННОСТИ АССОРТИМЕНТА РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

*В.Н. Тимофеева, студентка 5 курса фармацевтического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: к.б.н., И.А. Ломоносова*

**Ключевые слова:** торговые наименования; болезнь Альцгеймера; таблетки

**Цель исследования:** анализ ассортимента лекарственных препаратов для лечения болезни Альцгеймера.

**Материалы и методы:** анализ лекарственных препаратов, применяемых для лечения болезни Альцгеймера проводили на основе данных интернет-ресурса государственного реестра лекарственных средств (ГРЛС) по следующим критериям: лекарственная форма, производитель, перечень ЖНВЛП, условия отпуска. В ходе исследования анализировали антихолинэстеразные, антипсихотические, противоэпилептические средства, препараты для лечения деменции и антидепрессанты.

**Результаты:** антихолинэстеразные средства в ГРЛС представлены 4 международными непатентованными наименованиями (МНН) (донепезил, донепезил+мемантин, ривастигмин, галантамин), которым соответствует 19 торговых наименований (ТН). Среди зарегистрированных лекарственных форм (ЛФ) значительную долю занимают таблетки, покрытые пленочной оболочкой 42 %. Кроме того, было отмечено, что 42 % лекарственных средств данной группы входят в перечень ЖНВЛП. Все лекарственные препараты отпускаются по рецепту врача. Антихолинэстеразные препараты представлены производителями 7 стран. На долю отечественных препаратов приходится 8 ТН, на долю импортных: Швейцария 4 ТН, Словения и Болгария по 2 ТН, Индия, Венгрия и Греция по 1 ТН соответственно. Лидирующую позицию среди российских производителей занимает «Канонфарма Продакшн ЗАО» 4 ТН, а среди иностранных производителей — «Новартис Фарма АГ» 4 ТН.

Ассортимент препаратов для лечения деменции в ГРЛС представлен 3 МНН (мемантин, мелатонин+мемантин, донепезил+мемантин), что составляет 34 ТН. Препараты данной группы представлены 4 лекарственными формами. Значительная доля препаратов для деменции выпускается в форме таблеток, покрытых пленочной оболочкой 85 %. В перечень ЖНВЛП входят 88 % лекарственных препаратов данной группы. Все лекарственные средства отпускаются по рецепту врача. Препараты для лечения деменции представлены следующими производителями: Россия — 24 ТН, Германия — 3 ТН, Венгрия — 2 ТН, Польша — 2 ТН, Индия, Республика Хорватия, Латвия по 1 ТН соответственно. Среди отечественных производителей наибольшее количество лекарственных препаратов выпускают ЗАО



«Канонфарма Продакшн ЗАО» и ФГУП НПЦ «Фармзащита» ФМБА России (по 4 ТН соответственно), а среди зарубежных производителей — Мерц Фарма ГмбХ и Ко. КГаА (3 ТН).

Ассортимент антипсихотических средств представлен 2 МНН (кветиапин, рисперидон), что составляет 47 ТН. Среди зарегистрированных ЛФ значительную долю занимают таблетки, покрытые пленочной оболочкой 72 %. Все антипсихотические лекарственные препараты, применяемые для лечения болезни Альцгеймера входят в перечень ЖНВЛП и отпускаются по рецепту врача. На долю отечественных препаратов приходится 53 % лекарственных средств. Лидирующую позицию среди отечественных фирм производителей занимает «Канонфарма Продакшн ЗАО», а из зарубежных производителей — АО «КРКА, д.д., Ново место» (Словения).

Среди противоэпилептических средств для лечения болезни Альцгеймера можно выделить 3 МНН (вальпроевая кислота, габапентин, ламотриджин), которым соответствует 45 ТН. Наиболее распространенной лекарственной формой являются капсулы 27 %. Кроме того, все лекарственные препараты отпускаются по рецепту врача, а 49 % препаратов входят в перечень ЖНВЛП. Противоэпилептические препараты представлены производителями из 12 стран. Лидирующую позицию среди отечественных производителей занимает «Бауш Хелс» (5 ТН), а из зарубежных фирм — Сан Фармасьютикал Индастриз Лтд (3 ТН).

Антидепрессанты представлены 6 МНН (сертралин, циталопрам, эсциталопрам, венлафаксин, мirtазапин, мirtазапин+тизанидин), что составляет 45 ТН. Чаще всего антидепрессанты выпускаются в форме таблеток (71 %). В перечень ЖНВЛП входит 18 % лекарственных препаратов. Антидепрессанты выпускают производители из России (17 ТН), Дании (3 ТН), Словении, Индии, Венгрии по 5 ТН, США, Аргентины, Республики Хорватии, Исландии по 2 ТН, Швейцарии и Латвии по 1 ТН соответственно. Среди отечественных фирм производителей наибольшее количество ТН выпускает «АО «АЛСИ Фарма» (3 ТН), а из зарубежных фирм — АО «КРКА, д.д., Ново место» (5 ТН).

**Выводы:** в результате анализа было установлено, что наиболее распространенными формами выпуска лекарственных препаратов для лечения болезни Альцгеймера являются таблетки. Рассмотренные лекарственные средства являются препаратами рецептурного отпуска. Среди иностранных производителей больше всего лекарственных средств производит Индия. Среди российских производителей лидирует «Канонфарма Продакшн ЗАО», а среди зарубежных — АО «КРКА, д.д., Ново место».

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОГРАММ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В РАМКАХ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*М.А. Тихонова, 5 курс, фармацевтический факультет  
ФГБОУ ВО «ВГУ», Воронеж, Россия  
Кафедра Управления и экономики фармации  
Научный руководитель: А.М. Буркут*

**Ключевые слова:** непрерывное фармацевтическое образование; курсы повышения квалификации; программы повышения квалификации; аккредитация; индивидуальная образовательная траектория

Более десяти лет система здравоохранения претерпевает значительные изменения, одним из которых является совершенствование системы актуализации профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников.

В декабре 2015 года в ФЗ №323 были внесены существенные правки и утвержден поэтапный переход от процедуры сертификации к процедуре аккредитации специалистов медицинской и фармацевтической сферы, который должен быть выполнен с 1 января 2016 года по 31 декабря 2025 года.

В настоящее время на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования (НМФО) представлен большой спектр образовательных модулей и элементов для фармацевтических работников, рекомендации по освоению образовательных треков, что позволяет изучить многообразие представленной информации и выявить актуальные тенденции.

**Цель исследования:** анализ программ повышения квалификации, представленных на Портале НМФО.

**Материалы и методы.** В качестве материалов исследования выступили данные по курсам повышения квалификации центрального федерального округа (ЦФО) (количество программ, трудоемкость, форма и стоимость обучения) на 1 ноября 2023 года, представленных на Портале НМФО. Анализ проводили по основной специальности «Фармация». В обзор вошли программы, проводимые образовательными организациями на территории ЦФО Российской Федерации, который включает 18 субъектов: Белгородская, Брянская, Владимирская, Воронежская, Ивановская, Калужская, Костромская, Курская, Липецкая, Московская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Ярославская области, г. Москва. В качестве методов использовали контент-анализ, логический метод.

**Результаты.** Всего на Портале НМФО представлено 267 программ повышения квалификации, из них более 83 % приходится на г. Москве, 7,5 % на Московскую область, 4,1 % на Рязанскую, по 1,1 % на Тверскую, Воронежскую и Курскую области. Также стоит обратить внимание на то, что не во всех регионах ЦФО представлены образовательные модули — всего лишь 8 регионов (44,4 %) предоставляют образовательные услуги для фармацевтических специалистов. Минимальное количество

курсов повышения квалификации на Портале НМФО может быть связано с малым количеством на территории региона образовательных организаций, а также тем, что часть образовательных учреждений осуществляют подготовку специалистов по дополнительным образовательным программам вне портала НМФО.

Большинство программ (59,99 %) длятся 36 часов. Далее по убыванию долей: 144 часа (17,98 %), 72 часа (11,99 %), 18 часов (5,24 %); 288 часов (3,75 %); 80 часов (0,75 %); по 108 и 160 часов (по 0,37 %).

Трудоемкость большинства представленных на портале НМФО курсов (93,27 %) кратна 144 ЗЕТ (за исключением программ по 80, 108 и 160 ЗЕТ). Это дает специалистам ряд выгод:

- 1) возможность вести кратный подсчет времени, затраченного на обучение;
- 2) возможность четкого распределения времени на обучение во время пятилетнего периода профессиональной деятельности;
- 3) в зависимости от пожеланий специалиста проходить как краткосрочные курсы и осваивать большее число программ, изучать состояние фармацевтической отрасли в целом, так и осваивать одну-две долгосрочные программы и углубиться в интересующую тематику.

Наиболее вариабельны по цене курсы длительность 36 (минимальная и максимальная стоимость соответственно — 500 и 20000 руб.) и 144 ЗЕТ (минимальная и максимальная стоимость соответственно — 1900 и 51000 руб.). Можно предположить, что первые разнятся по стоимости в связи содержанием образовательной программы, уникальностью и актуальностью представленной в них информации. Вторые же — включают больше количество часов и позволяют комплексно изучить тематику и глубоко разобраться в тонкостях, освещаемых в курсе.

Преобладающая часть курсов (95,88 %) проводятся в формате дистанционных образовательных технологий и электронного обучения (ДОТ и ЭО), что позволяет специалистам осваивать программы в свободное время, а также иметь постоянный доступ к образовательным материалам.

По формам обучения преобладает заочная форма (94,38 %), 3,37 % программ осуществляются в очном формате; 2,25 % — в очно-заочном.

**Выводы.** Портал НМФО представляет собой универсальный ресурс, позволяющий фармацевтическим специалистам проходить обучение, формировать себе индивидуальную образовательную траекторию с целью дальнейшего прохождения периодической аккредитации. Установлено, что преобладающая доля курсов повышения квалификации представлена в г. Москве (более 83 %), по трудоемкости преобладают программы по 36 часов (59,99 %), а также практически все программы используют ДОТ и ЭО.

## МАКРО- И МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ КУР ПОРОДЫ КРОССА ХАЙСЕКС БРАУН ИЗ РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ

*А.А. Трифонова, студентка 2 курса педиатрического факультета,  
Г.А. Белоножко, студент 2 курса стоматологического факультета,  
А.И. Маркина, Н.М. Воеводина, студентки 2 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии  
Научные руководители: старший преподаватель Е.А. Черняева,  
доцент С.А. Донсков*

**Ключевые слова:** *печень; миокард; гистоморфология органов; гистологическая техника; гепатоз*

**Цель исследования:** определить влияние условий содержания кур на птицефабриках разных регионов ЦФО путем сравнения морфогистологического строения внутренних органов с аналогичными домашними птицами.

**Актуальность:** самый популярный вид мяса в рационе жителей России — куриное. В 2023 году потребление куриного мяса составило 4,7 млн тонн — это 32 кг на человека. В связи с этим возникла необходимость увеличения продукции на птицефабриках, что могло повлечь за собой снижение качества мяса и субпродуктов.

**Материалы и методы:** исследования проводились в период с 2023 по 2024 год в лаборатории Тверского государственного медицинского университета на кафедре «Анатомии, гистологии и эмбриологии». Нами были отобраны 30 куриных тушек кросса хайсекс Браун 10–12-месячного возраста, из них: 15 — фермерских производств («домашняя» курица): 5 кур из Тверской, 5 кур из Ярославской и 5 кур из Брянской областей, и 15 — приобретенных на птицефабриках: 5 тушек с «Верхневолжской птицефабрики» г. Тверь, 5 тушек с «Угличской птицефабрики» г. Углич, Ярославская область, 5 тушек с птицефабрики «Снежка» г. Брянск.

Для гистологического исследования был проведен забор органов (печень, сердце, грудная и бедренная мышцы), их взвешивание, измерение и макроскопическая съемка. Из полученного аутопсийного материала были изготовлены гистологические препараты по стандартной схеме: фиксация, промывка, обезвоживание, уплотнение материала путём заливки в парафин, микротомия, депарафинирование, окраска (гематоксилин и эозин), заключение под покровное стекло. При проведении исследования: отборе проб, фиксации образцов, изготовлении и окрашивании срезов руководствовались ГОСТ 19496-93 «Мясо. Методы гистологического исследования». Изучение гистологических препаратов проводили с использованием светового микроскопа «OLYMPUS CX21» на малом (10x), большом (40x) увеличении. Микрофотографии получали цифровой фотокамерой МС-10 (ЛОМО, Россия), компьютерная обработка полученных снимков осуществлялась в ПО MCview.

**Результаты:** взвешивание внутренних органов (печени и сердца) показало, что у 90 % фабричных кур вес был в среднем на 15 % больше, чем у домашней птицы. Микроскопическое исследование миокарда фабричных кур показало скопление адипоцитов среди пучков кардиомиоцитов, что свидетельствует о жировой дистрофии миокарда. На микропрепаратах миокарда домашних кур изменений не наблюдалось. При микроскопии печени фабричных кур выявлены множественные жировые включения, что свидетельствует о жировом гепатозе печени. На гистологических препаратах печени кур с «Верхневолжской птицефабрики» г. Тверь обнаружили расширение синусоидных капилляров, в которых зафиксировано наличие макрофагов, что позволяет сделать вывод о регенеративных изменениях паренхимы печени в связи с иммунными реакциями. Данные процессы могут быть связаны с особенностями кормления птиц на фабрике. На микропрепаратах печени домашних кур наблюдается большое количество крупных жировых включений и включений гликогена. Микроскопическое исследование грудной и бедренной мышц кур патологических изменений не выявило.

**Выводы:** у всех фабричных кур наблюдается жировая дистрофия печени и сердца, вызванная неправильным содержанием птиц, а именно: избыточное питание, недостаточные просторные вольеры, содержание большого количества кур в одном вольере. Тем не менее, данные изменения внутренних органов кур не могут оказать негативное воздействие на здоровье человека при употреблении куриного мяса и субпродуктов в пищу.

## ИЗУЧЕНИЕ ЛОГИСТИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ «ПРОТЕК»

*В.А. Усманова, Е.С. Шорохова, 5 курс, фармацевтический факультет;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: старший преподаватель О.А. Судакова*

**Ключевые слова:** логистическая система; логистические потоки

**Цель исследования:** проанализировать и представить в виде схемы логистическую систему движения материального потока компании «ПРОТЕК».

**Материалы и методы:** данные маркетинговой компании DSM Group, данные сайта компании «ПРОТЕК», общенаучные методы исследования.

**Результаты.** По данным маркетинговой компании DSM Group за девять месяцев 2023 года лидером среди дистрибьюторов на фармацевтическом рынке является группа компаний «ПРОТЕК» и занимает 15,4 % всего рынка.

Группа компаний «ПРОТЕК» представляет собой холдинговую структуру во главе с компанией «ПРОТЕК». В логистической структуре группы компаний выделены четыре сегмента: фармацевтическое производство, в том числе исследования в сфере биотехнологий и высокотехнологичного производства и продажи субстанций иммуносорбентов (продуктовый портфель в основном представлен антибиотиками и противоопухолевыми препаратами); фармацевтическая дистрибуция (национальный дистрибьютор субстанций, лекарственных препаратов, товаров для красоты и здоровья, программного обеспечения для участников фармацевтического рынка), а также таможенный брокер и маркетинговый союз аптек; фармацевтическая розница — национальная аптечная сеть «Ригла», в том числе базовая e-com-платформа «Здравсити.ру», объединяющая онлайн-ресурс по бронированию и доставке лекарств, товаров для здоровья и красоты, а также дистанционный сервис «Мое здоровье», предоставляющий услуги в рамках программ поддержки пациентов; медицинские услуги (различные клиники, развивающие новую для российского рынка парадигму превентивного подхода к заботе о здоровье).

Компания «ПРОТЕК» — это основа дистрибьюторского сегмента Группы компаний «ПРОТЕК», которая включает в себя: 42 филиала, 900 автомобилей, 600 поставщиков, 50 тысяч грузополучателей, 3 млн. точек доставки в год. Зарегистрирована компания в 1990 году. Во главе компании «ПРОТЕК» — таможенно-складской терминал «Транссервис», расположенный в Москве. В головное предприятие доставляются товары, изготавливаемые компаниями производственного сегмента ГК ПРОТЕК и другими фармацевтическими компаниями, такими как, Геден Рихтер, Bayer, Pfizer, STADA. С таможенно-складского терминала транспортировка товаров осуществляется на межрегиональные склады и напрямую постав-

щикам оптового звена. Предприятие включает 8 межрегиональных логистических центров (Москва, Санкт-Петербург, Казань, Самара, Краснодар, Новосибирск, Хабаровск и Екатеринбург). Компания «ПРОТЕК» сотрудничает с оптовиками Катрен, Крон, Пульс и др. Далее товар поступает на мелкие склады, расположенные в Кирове Калининграде, Астрахани, Сургуте, Красноярске и Мурманске, а также в представительства с депо-складами, расположенные в 44 городах России, или напрямую доставляются в аптечные организации. Компания сотрудничает с аптечными сетями «Ригла», «Апрель», «Планета здоровья» и другими.

**Выводы.** Изучена структура ГК «Протек», составлена логистическая схема компании «ПРОТЕК». Существующая структура активов группы с высокой степенью интеграции между сегментами позволяет использовать эффект синергии, тем самым оптимизируя деятельность, сокращая издержки и улучшая рентабельность организации в целом.

## ВЫЯВЛЕНИЕ И ПЕРВИЧНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСООТВЕТСТВИЯ СРЕДИ ЗАБРАКОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

*В.А. Усманова, Е.С. Шорохова, 5 курс, фармацевтический факультет;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: доцент, к.б.н. М.Н. Кудряшова*

**Ключевые слова:** лекарственные средства; недоброкачественные лекарственные средства; фальсифицированные лекарственные средства; контрафактные лекарственные средства, система маркировки Честный знак

**Цель исследования:** провести анализ забракованных лекарственных средств промышленного производства, изъятых из обращения в 4 квартале 2023 года и выявить показатели несоответствия качества нормативным документам.

**Материалы и методы:** был проведен анализ информационных писем об изъятии из обращения лекарственных средств на открытом Интернет-ресурсе: официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор).

**Результаты.** Обеспечение населения качественной фармацевтической продукцией является приоритетной задачей государства. Качество лекарственного средства устанавливают по соответствию его фармакопейной статьи или в случае ее отсутствия нормативной документации или нормативного документа. Проблема обращения поддельных лекарственных средств в настоящее время остается актуальной.

Некачественным является лекарственное средство, которое признается таковым Росздравнадзором после проверки с опубликованием соответствующей информации на сайте <https://www.roszdravnadzor.gov.ru/>. Нами были проанализированы информационные письма Росздравнадзора о забракованных лекарственных средствах за 4 квартал 2023 года. Установлено, что среди забракованной фармацевтической продукции по виду лекарственной формы преобладали таблетки, данный показатель составил 42 % от общего количества забракованных лекарственных форм за этот период. На долю лекарственной формы «Лиофилизат/концентрат для приготовления раствора» и «Драже» приходится 15 %, на долю растворов для инъекций/инфузий — 13 %, среди растворов для наружного применения и порошков было забраковано по 5 % продукции, на долю растворов для внутреннего применения и капсул приходится по 3 % и 2 % соответственно. В структуре показателей несоответствия качества лекарственных средств за исследуемый период по показателю «Растворение» было забраковано 23 % лекарственных средств, по показателям «Количественное определение» и «Упаковка/маркировка» соответственно 20 % и 16 %. Кроме того, были выявлены отклонения по показателям:



«Родственные примеси» 11 % и «Пирогенность» 7 %; «Стерильность», «Описание» и «Механические включения» по 5 % и в меньшей степени лекарственные средства были забракованы по показателю «рН» 4 %, «Микробиологическая чистота» и «Подлинность» по 2 % забракованной продукции.

Был проведен анализ выявленных нарушений по стране-производителю лекарственных средств, установлено, что количество забракованных лекарственных препаратов отечественного происхождения по-прежнему превышает количество препаратов зарубежного производства, при которых больше всего встречалось лекарственных средств производства индийских компаний, в меньшей степени фармацевтические производства стран: Республика Хорватия, Великобритания, Испания. Кроме того, в результате исследования удалось выяснить, что основными причинами нарушений в маркировке лекарственных препаратов являются: отсутствие маркировки на русском языке (50 %), маркировка вторичной упаковки (25 %), ошибка в нанесении GTIN (25 %).

**Выводы:** проведён анализ забракованных лекарственных средств промышленного производства, изъятых из обращения в 4 квартале 2023 года. Выявили, что по показателю «Растворение» чаще всего признавали некачественными лекарственные средства, однако в предыдущем периоде доминировал показатель «Однородность дозирования», что может свидетельствовать о совершенствовании работ по контролю качества по этому признаку. Кроме того, по сравнению с исследованиями, проводимыми за 4 квартал 2022, можно увидеть, что количество забракованных препаратов отечественного происхождения по-прежнему превышает количество забракованных зарубежных. Установлено, что основными причинами нарушений в маркировке лекарственных препаратов были отсутствие маркировки на русском языке и маркировки вторичной упаковки, а также ошибки в нанесении GTIN.

## ВЛИЯНИЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ МАТЕРИ НА СТАНОВЛЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

*А.А. Устюнер, Л.А. Зуева, М.А. Хойлова, ординаторы-неонатологи 2 года обучения*

*ФГБОУ ВО Читинская ГМА, г. Чита, Россия*

*Кафедра педиатрии факультета дополнительного профессионального образования*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.Г. Попова,*

*к.м.н., доцент В.В. Кочерова*

**Ключевые слова:** органы дыхания; вирусные инфекции; недоношенные новорожденные

**Цель исследования:** оценить особенности рентгенологической картины органов дыхания и клинические проявления у недоношенных детей, рожденных женщинами, перенесшими новую короновирусную инфекцию (НКВ), вирус свиного гриппа H1N1 за 7–14 дней до родов

**Материалы и методы.** Исследование проведено в отделениях реанимации новорожденных ГБУЗ ЗКПЦ. Ретроспективно оценены клиничко-anamнестические данные 32 младенцев, рожденных на СГ менее 32 недель, использованы форма 113/У-07 и 097/у. Все исследованные дети были поделены на 3 группы: 1 – (n = 8), рожденных женщинами, перенесших НКВ, 2 – (n = 14), рожденных женщинами, перенесшими вирус H1N1, 3 – (n = 10) недоношенные дети от женщин без инфекционной патологии.

Статистическая обработка с помощью программ «Statistica-6.0», Microsoft Excel 2010. В виду не нормальности распределения в группах, описание проведено Me [25–75], сравнение непараметрических показателей – критерием  $\chi^2$  с поправкой Йейтса. Оценка факторов риска проводилась с помощью расчета Отношения шансов (ОШ). Значимые различия при p 0,05.

**Результаты.** В группах сравнивался социально-биологический, акушерско-гинекологический, соматический, инфекционный анамнез матерей, течение периода ранней адаптации, возраст матерей групп сравнения не имел различий, 2/3 случаев до 35 лет. Неблагоприятный акушерский анамнез регистрировался с идентичной частотой во всех группах в I группе (выкидыш 37,8 %, аборт 16,4 %), во II группе (выкидыш 38,4 %, аборт 15,9 %) и в III группе (выкидыш 36,9 %, аборт 17,1 %). Соматические заболевания матерей в группах сравнения не имели значимых различий (регистрировались артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит, в стадии ремиссии, гестационный сахарный диабет). Беременность была отягощена фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) – во всех группах преждевременно рождённых детей преобладала субкомпенсированная форма. Во всех группах преобладало оперативное родоразрешение (54,7 %, 53,8 %, и 55,1 %

соответственно,  $p = 1,0$ ). Медиана срока гестации во всех группах составила 27,0 [25,6–28,1].

В клинической картине у всех детей ведущим было поражение органов дыхания. В I группе обращало на себя внимание длительная кислородозависимость в сочетании с выраженным обогащением легочного рисунка за счет перибронхиального компонента по данным рентгенограмм до 27 дней [25–28]. Во II группе длительная кислородозависимость сопровождалась ранним формированием и длительным сохранением участков гипопневматизации по данным рентгенограмм, в 91 % случаев в верхней доле легких, до 28 дней [26–29]. Дети III группы отличались купированием дыхательной недостаточности и изменений на рентгенограмме в виде снижения воздушности легочных полей за счет интерстициального компонента в среднем к 10 суткам [9–12].

Формирование раннего фиброза на 14 сутки жизни [12–15] чаще выявлялось во II группе 53,9 %, против 25,7 % в I группе, и 16,2 % в III группе увеличивая шанс (ОШ) развития БЛД в  $3,5 \pm 0,15$  раза ( $\chi^2 3,9 p_{2-3} = 0,04$ ).

В II группе отмечалась длительная зависимость от ИВЛ до 17 суток [15–18] в 68,4 %, в I группе у 39,8 % детей, в III группе – у 32,1 %, увеличивая шанс БЛД в  $3,2 \pm 0,5$  раза ( $\chi^2 1,9 p_{1-3} = 0,16$ ).

**Выводы.** Вирусная патология матери в виде НКВ и вируса H1N1 оказывает влияние на адаптацию недоношенного ребенка, сказываясь, в том числе, и на становлении органов дыхания.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРАСТАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ: ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

*П.Ю. Федорова, А.А. Шашкина, студенты 6 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Научный руководитель: ассистент Ю.С. Нечаева*

**Ключевые слова:** рубец на матке; вращение плаценты; метропластика

**Цель исследования:** описать клинический случай вращающейся плаценты, диагностированный интраоперационно, с изложением этапов операции, проведенных мультидисциплинарной бригадой.

**Материалы и методы:** исследование проведено ретроспективно, путем изучения истории родов пациентки, родоразрешенной в Областном клиническом перинатальном центре им. Е. М. Бакуниной.

**Результаты:** пациентка Т. 23 года поступила в 37 недель беременности для планового кесарева сечения. Акушерско-гинекологический отягощен эндометриозом и миомой тела матки. Данная беременность вторая, предыдущая была в 2021 году, закончилась оперативным родоразрешением на 41 неделе в связи с отсутствием готовности родовых путей к родам. С настоящей беременностью наблюдалась в женской консультации регулярно. В 16 недель выставлен гестационный сахарный диабет (ГСД), компенсированный диетой. Установлено предлежание плаценты в 25–26 недель в связи с кровотечением. Скрининг в 36 недель выявил тазовое предлежание плода с предполагаемой массой 3600 г. Плацента по передней стенке, перекрывает область рубца и внутреннего зева, нельзя исключить вращение. Маточно-плацентарное кровообращение не нарушено. Консилиумом врачей было принято решение: провести плановое кесарево сечение в 37 недель в присутствии сердечно-сосудистого хирурга с возможным расширением объема операции (метропластика, перевязка внутренних подвздошных артерий, возможна экстирпация матки без придатков). Согласие пациентки получено.

Диагноз в родах: патологическое прикрепление плаценты (вращение плаценты), вторые срочные роды, одноплодные при беременности 37 недель, незрелым плодом. Предлежание плаценты, уточненное как без кровотечения. Послеоперационный рубец на матке (кесарево сечение 2021 года). Полная несостоятельность послеоперационного рубца с формированием маточной грыжи. Гестационный сахарный диабет. Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия. Анемия 1 степени. Вызванная беременностью протеинурия.

Оперативное пособие: нижнесрединная лапаротомия, донное кесарево сечение. Перевязка сосудисто-нервных пучков и внутренних подвздошных артерий с двух сторон. Метропластика. Дренирование брюшной полости. Спинномозговая

анестезия, эндотрахеальный наркоз. Антибиотикопрофилактика перед ручным отделением плаценты.

Интраоперационно было выявлено: матка увеличена до 37 недель. Имеется несостоятельность рубца от предыдущего кесарева сечения с формированием маточной грыжи, размерами 15×10 см с патологической сосудистой сетью. Произведено донное кесарево сечение. Матка с плодом выведена в рану, околоплодные воды светлые, ребенок выведен за тазовый конец, живой доношенный, по Апгар 7/7 баллов. Плацента не отделилась. Учитывая наличие технических возможностей интраоперационным консилиумом решено выполнить метропластику. После перевязки сосудов для дополнительного гемостаза плацента частично отделена рукой. Маточная грыжа иссечена в пределах здорового миометрия. Матка сформирована и ушита 3-рядным швом. Контроль гемостаза. На коже отдельные швы по Донати. Продолжительность операции 124 минуты. Общая кровопотеря составила 1200 мл.

Операционный материал был отправлен на гистологический анализ, который выявил 3-ю степень врастания плаценты (*placenta percreta*), а также умеренные дисциркуляторные изменения с субкомпенсированной плацентарной недостаточностью.

В послеоперационном периоде проводилась утеротоническая, антибактериальная, антианемическая терапия и профилактика венозных тромбоэмболических осложнений.

Выписана на 18-е сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача акушера-гинеколога женской консультации по месту жительства. Рекомендовано контрольное УЗИ органов малого таза через 1 месяц.

**Выводы:** своевременное выявление факторов риска у беременных, а также аномалий плацентации с помощью инструментальных методов исследования является приоритетом при ведении беременности. Вращание плаценты ассоциировано с повышенным риском кровотечения во время беременности и родоразрешения. Решение вопроса о предстоящем объеме операции принимается врачебным мультидисциплинарным консилиумом.

## СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ МЕЖТЕМЕННОЙ КОСТИ ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Н.Ю. Федорук, О.В. Лищук, студенты 2 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии<sup>1</sup>,  
кафедра травматологии и ортопедии<sup>2</sup>  
Научный руководитель: д.м.н., профессор С.И. Волков<sup>1</sup>,  
к.м.н, доцент А.Н. Шаров<sup>2</sup>*

**Ключевые слова:** кость инков; межтеменная кость; череп; аномалия.

**Цель исследования:** изучить случаи выявления межтеменной кости черепа у пациентов, поступивших на лечение в приемно-диагностическое отделение «Клинической больницы скорой медицинской помощи (ПДО КБСМП) г. Твери.

**Материалы и методы:** было выполнено обследование и диагностика 80 пациентов с повреждениями головы в ПДО КБСМП г. Твери, с помощью спиральной компьютерной томографии (СКТ). Из них 55 мужчин в возрасте от 20 до 55 лет и 25 женщин в возрасте от 20 до 55 лет. Проводилось клиническое исследование пациентов с травмой головы, а также производилась фотосъемка пациентов.

**Результаты:** проведенное исследование установило, что в результате диагностики повреждения головы с помощью спиральной компьютерной томографии выявлено 3 случая наличия кости инков. В первом выявленном случае было разделение кости на 2 неравные части, что соответствует третьему типу кости инков. Во втором случае отмечается очаг деструкции рядом с костью инков у женщины 52 лет. В третьем случае кость инков имеет форму неразделенного треугольника, выявлена у мужчины 29 лет. Установлено, что затылочная кость имеет смешанное развитие, что обуславливает возникновение разных типов строения ее чешуи. Добавочная межтеменная кость представляет собой треугольную кость, которая образована неполным соединением верхней части чешуи с телом затылочной кости, она была отделена дополнительным поперечным затылочным швом.

В процессе анализа научной литературы было выявлено, что кости инков у взрослого населения России встречаются от 2,5 до 3,0 %, у детей эта аномалия встречается несколько чаще, но по мере взросления кость инков может зарастать. Высокая частота наблюдается у населения Нового Света, в тибето-непальской и ассамско-сиккимской популяциях, у эскимосов. Реже эта аномалия встречается у северо-восточных азиатов и австралийцев. В Центральной и Западной Азии, в Европе частота встречаемости кости инков сравнительно небольшая.

**Выводы:** таким образом, добавочные кости, встречаются довольно редко, поэтому их следует дифференцировать с переломами костей черепа в результате травмы. Проведенное исследование установило, что частота встречаемости кости инков различная. У взрослого населения в г. Твери она составила < 3,0 %. Полученные сведения необходимо учитывать при диагностике травм головы.

## СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ШВА ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Н.Ю. Федорук, О.В. Лищук, Л.Т. Вуколова, студенты 2 курса лечебного факультета; ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии<sup>1</sup>,  
кафедра травматологии и ортопедии<sup>2</sup>  
Научный руководитель: д.м.н., профессор С.И. Волков<sup>1</sup>,  
к.м.н, доцент А.Н. Шаров<sup>2</sup>*

**Ключевые слова:** фронтальный шов; метопический шов; лобные кости; череп

**Цель исследования:** изучить встречаемость метопического шва у пациентов, поступивших на лечение в приемно-диагностическое отделение «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (ПДО КБСМП) г. Твери.

**Материалы и методы:** было выполнено обследование и диагностика 80 пациентов с повреждениями головы в ПДО КБСМП г. Твери, с помощью спиральной компьютерной томографии (СКТ). Из них 55 мужчин в возрасте от 20 до 55 лет и 25 женщин в возрасте от 20 до 55 лет. Проводилось клиническое исследование пациентов с травмой головы, патологических изменений со стороны околоносовых пазух выявлено не было, также производилась фотосъемка пациентов.

**Результаты:** Проведенное исследование показало, что при диагностике травмы головы выявлены 5 случаев фронтального шва. Они были обнаружены у 3 мужчин, первому из которых было 26–28 лет, второму — 42–45 лет, третьему — 29 лет, у 2 женщин — 20 и 40 лет. У мужчины 29 лет фронтальный шов начинался от глабеллы или несколько выше и имел зубчатую форму и проходил по срединной линии по чешуе лобной кости от назиона к точке брегма (точка на крыше черепа, соответствующая месту соединения сагиттального и венечного швов). Были рассмотрены следующие виды швов: верхний, нижний и персистирующий.

В процессе анализа научной литературы было выявлено, что норме метопической шов зарастает в возрасте от 3 до 9 месяцев. Частота встречаемости метопического шва у взрослых колеблется от 0 до 7 %. Имеется связь между метопическим швом и гендерной принадлежностью: встречаемость была немного выше у мужчин (1,84 %), чем у женщин (1,62 %). Реже всего он наблюдается (0,12 %) в популяции малавийцев, чаще (23,6 %) — среди бедуинов. Среди европейцев наличие фронтальный шов колеблется в меньших пределах: от 6,3 % у баварцев до 15,8 % у жителей Балканского полуострова. Исследования показывают, что сохранение его у взрослых часто сочетается с агенезией или гипоплазией лобной пазухи.

**Выводы:** Метопический шов имеет клиническое значение в случаях его раннего закрытия и формирования в результате этого неправильной формы черепа. Иногда его могут принять за перелом черепа. Результаты выявления фронтального шва очень полезны для судебно-медицинской идентификации человеческих скелетных останков, поскольку метопические швы видны на рентгенограммах.

## ЗАРЯД ЭНЕРГИИ ИЛИ ПУТЬ К ДИСТРЕССУ

*Д.С. Фигловская, М.А. Жегалина, Е.И. Прудникова,  
студенты 3 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г.Тверь, Россия  
Кафедра патологической физиологии  
Научный руководитель: к.п.н., доцент А.В. Аксёнова*

**Ключевые слова:** энергетические напитки; индекс функциональных изменений (ИФИ); психоэмоциональное состояние

**Цель исследования:** оценить влияние систематического употребления энергетических напитков на психоэмоциональное и функциональное состояние студентов-юношей.

**Материалы и методы:** в I группу вошли студенты различных вузов г.Твери ( $n = 26$ ), возраст от 20 до 25 лет, систематически употребляющие различные энергетические безалкогольные напитки с периодичностью от трёх раз в неделю до двух раз в день, максимальное количество энерготоников в день составило 2 банки (450-900мл), минимальное 1 банка (450 мл), средняя длительность употребления от полугода до двух лет; II группа контрольная: обучающиеся Тверских вузов, не употребляющие энергетические напитки ( $n = 31$ ). Для проведения исследования все участники дали добровольное письменное согласие. В исследовании использовали следующие психодиагностические методики: САН (самочувствие, активность, настроение), опросник Спилбергера — Ханина для оценки уровня личностной (ЛТ) и ситуационной тревожности (СТ), тест на определение уровня стресса по Ю.В. Щербатых. Для определения состояния механизмов адаптации рассчитывали индекс функциональных изменений (ИФИ) по формуле Р.М. Баевского. Анализ ИФИ проводили в соответствии со стандартными критериями: удовлетворительная адаптация ИФИ < 2,6 баллов; ИФИ от 2,60 до 3,10 — баллов напряжение механизмов адаптации; диапазон ИФИ от 3,10 до 3,50 баллов свидетельствует о неудовлетворительной адаптации. Статистический анализ полученных данных проводили в программе «Statistica 6.1». Критический уровень значимости различий  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Значения показателей ситуативной тревожности значимо выше ( $p = 0,001$ ) у юношей, систематически употребляющих энергетические напитки:  $Me = 45,5$  ( $Q_1 = 38$ ;  $Q_3 = 52,0$ ), в контрольной группе результаты составили:  $Me = 34,0$  ( $Q_1 = 31$ ;  $Q_3 = 42,0$ ). Межгрупповых различий по уровню ЛТ не выявлено. Анализ данных тестирования по методике САН показал, что уровень самочувствия, активности и эмоционального состояния не имеет значимых различий между группами и находится в диапазоне средних и высоких значений. Значения медиан показателей теста на определение уровня стресса составили: в I группе  $Me = 19,5$  ( $Q_1 = 9,5$ ;  $Q_3 = 36,5$ ), в контрольной группе:  $Me = 13,2$  ( $Q_1 = 10,0$ ;  $Q_3 = 18,5$ ), различия между группами значимы ( $p = 0,04$ ). В состоянии сильного стресса находятся 28,5 % юношей первой группы, то



есть уровень психоэмоционального напряжения близок к пределу возможностей сопротивляться стрессу, 14 % демонстрируют истощение запасов адаптационной энергии. На момент исследования у 20 % респондентов, не употребляющих энергетики, признаки стресса отсутствуют. При этом среди участников II группы не выявлено юношей с признаками истощения запасов адаптационной энергии. Значения показателей ИФИ, соответствующие напряжению механизмов адаптации ( $M_e = 2,81$  ( $Q_1 = 2,7$ ;  $Q_3 = 2,89$ )) обнаружены у 31 % юношей I группы. Анализ взаимосвязи характеристики «самочувствие» методики САН и состояния механизмов адаптации показал, что у юношей I группы повышение ИФИ сопровождается ухудшением самочувствия ( $r = -0,54$ ,  $p = 0,04$ ).

**Выводы.** В результате настоящего исследования установлено, что периодическая или постоянная интоксикация большими дозами психостимулирующих веществ в составе энергетических напитков, представляет опасность не только для психического, но и соматического здоровья, что подтверждает данные научной литературы. При употреблении энергетических напитков, содержащих высокие дозы стимулирующих агентов, происходит перестройка параметров адаптации и активация выработки энергии из внутренних источников (в энергетиках нет энергии). Стремление быстро получить «заряд энергии» на фоне ухудшения физического состояния (утомления) влечет за собой повышение тревожности и уровня стресса, вызывает длительное напряжение физиологических механизмов адаптации и сокращает приспособительные возможности организма. Таким образом, продолжительное перенапряжение приспособительных реакций в результате систематического употребления энергетических напитков, из звена адаптации превращается в звено патогенеза дистресса.

## ПОКАЗАТЕЛИ, ОТРАЖАЮЩИЕ УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН, У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ОЖИРЕНИЕМ

*П.Е. Филиппова, студентка 6 курса, лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия  
Кафедра эндокринологии  
Научные руководители: к.м.н., доцент М.Б. Лясникова,  
к.м.н., доцент И.Г. Цветкова*

**Ключевые слова:** мониторинг гликемии; ожирение; синдром обструктивного апноэ сна; СИПАП терапия

**Цель исследования.** Изучить особенности углеводного обмена у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и алиментарно-конституциональным ожирением (АКО), а также эффективность у них СИПАП терапии (от англ. Constant Positive Airway Pressure, CPAP).

**Материалы и методы.** Обследовано в амбулаторных условиях 28 пациентов (20 мужчин (71,5 %) и 8 женщин (28,5 %), средний возраст  $56,6 \pm 12,56$  лет) с АКО и СОАС. Всем пациентам были проведены: антропометрия с расчётом индекса массы тела (ИМТ,  $\text{кг}/\text{м}^2$ ) и оценкой степени ожирения (ВОЗ, 1997); полисомнография с определением степени тяжести СОАС по индексу апноэ/гипопноэ (ИАГ: норма:  $< 5/\text{ч}$ , легкая степень:  $5-14/\text{ч}$ , средняя степень тяжести:  $15-30/\text{ч}$ , тяжелая:  $> 30/\text{ч}$ ). Кроме этого у пациентов был изучен анамнез по нарушениям углеводного обмена, а также осуществлено мониторинг гликемии (МГ) аппаратом фирмы MEDTRONIC и расчётом с помощью программы MedStatCalc.exe показателей: М (средняя гликемия,  $\text{ммоль}/\text{л}$ ), SD (стандартное отклонение,  $\text{ммоль}/\text{л}$ ), MAGE (средняя амплитуда колебаний гликемии), CV (коэффициент вариации, %) в разное время суток исходно (1) и на фоне СИПАП терапии в течение 3-х дней (2). Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ StatTech 4.0.7.

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от ИМТ. В 1 группу вошли больные с ИМТ  $30-34,9 \text{ кг}/\text{м}^2$ , а во 2 группу с ИМТ  $35 \text{ кг}/\text{м}^2$  и выше.

**Результаты.** По данным антропометрии средний ИМТ составил  $39,8 \pm 10,15 \text{ кг}/\text{м}^2$ , при этом у 10 пациентов была I степень АКО (1-я группа), у 8 — II и у 10 больных — III степень (2-я группа). По результатам полисомнографии средний ИАГ был  $45,4 \pm 44,94 \text{ ч}$ , при этом у 66 % обследованных была тяжёлая степень СОАС и у 34 % — средняя степень тяжести. В 1-й группе тяжёлая СОАС была диагностирована в 25 % случаев, а во 2-й — в 87 % ( $p = 0,0062$ ). Проведенный корреляционный анализ подтвердил взаимосвязь ИМТ с ИАГ ( $R_{xy} = 0,65$ ;  $p < 0,002$ ), чем выраженнее ожирение, тем тяжелее СОАС. Среди обследованных нарушения углеводного обмена в анамнезе имели 64 % пациентов: сахарный диабет (СД) был у 4 больных (14 %), а нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) — у 14 (50 %). Средний уровень гликемии плазмы у всех обследованных был

6,1 ± 1,30 ммоль/л. Исходные показатели мониторинга суточной гликемии у обследованных составили: MAGE1с — 2,92 ± 0,86, CV1с — 25,07 ± 4,88 %, а на фоне СИПАП терапии — MAGE2с — 2,2 ± 0,76 (p < 0,001), CV2с — 18,36 ± 4,30 % (p < 0,001), т.е. было отмечено уменьшение средней амплитуды колебаний гликемии и гликемического вариационного размаха. Далее проанализировали эти показатели ночью и получили аналогичные, но более выраженные изменения: MAGE1н — 2,42 ± 0,99, MAGE2н — 0,72 ± 0,30 (p < 0,001), CV1н — 23,4 ± 7,03 %, CV2н — 7,2 ± 2,14 % (p < 0,001). Достоверных различий в дневных показателях не наблюдалось. В обеих группах с разной степенью ожирения различия исходно и на фоне СИПАП терапии касались только амплитуды гликемии за сутки. В 1-й группе MAGE1с составил 2,6 ± 0,74 и MAGE2с — 2,1 ± 0,63 (p < 0,01), а во 2-й соответственно 3,1 ± 0,92 и 2,2 ± 0,86 (p < 0,02). Вариационный размах достоверно не изменялся. Корреляционный анализ выявил взаимосвязь ИАГ с MAGE1 ночью (Rxy = 0,56; p < 0,01) и за сутки (Rxy = 0,52; p < 0,02), а также с CV1 ночью и за сутки (соответственно Rs = 0,42; p < 0,05 и Rs = 0,43; p < 0,05), т.е., чем тяжелее был СОАС, тем больше была средняя амплитуда колебаний гликемии и выше её вариационный размах.

**Выводы.** У пациентов выявлена взаимосвязь между показателями гликемии и степенью выраженности ожирения, а также тяжестью синдрома обструктивного апноэ сна. Так при ожирении II и III степени и тяжёлом СОАС отмечены более высокая средняя амплитуда колебаний гликемии и выше её вариационный размах. На фоне СИПАП терапии наблюдается улучшение этих показателей, особенно в ночное время.

## ВЛИЯНИЕ ПОПУЛЯРНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НА ЖИЗНЬ ПАЦИЕНТА С ИСКУССТВЕННЫМ СЕРДЦЕМ

*К.Я. Фролова, студентка 1 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра химии  
Научный руководитель: ассистент кафедры И.А. Беляева*

**Ключевые слова:** искусственное сердце; макро- и микроэлементы; органические соединения; рацион питания

**Актуальность.** С появлением искусственного сердца перед учёными встала проблема низкой износостойкости аппарата. Изначально искусственное сердце создавалось как временная мера перед операцией пересадки донорского, на которое лист ожидания свой в каждом субъекте Федерации. Все зависит от случайности: иногда подходящее сердце появляется за неделю, а иногда через три-четыре года. Очень многие пациенты, нуждающиеся в этом донорском органе, не доживают до его пересадки, поэтому на сегодняшний день, все разработки в области искусственных сердец направлены на создание пожизненного аппарата. На продолжительность работы прибора влияет множество факторов, одним из которых является рацион питания. В магазинах перед покупателями предстаёт большой ассортимент продуктов питания. Однако, не вся, часто встречающаяся в корзинах, еда подходит для людей с искусственным сердцем.

**Цель:** проанализировать данные о влиянии химических веществ на работу сердечно-сосудистой системы и имплантируемых искусственных сердец AbioCor, Syncardia, Jarvik-7 и Heartmate LVAD.

**Материалы и методы:** анализ компонентного состава продуктов, которые чаще всего встречаются в корзинах среднестатистических покупателей, с применением аналитического и статистического методов.

**Результаты:** Ввиду востребованности искусственного сердца, появилась проблема его сбоя, которая возникала по разным причинам: неправильная установка прибора, отторжение, тромбоз. Также к ряду этих помех отнесли неправильный рацион питания, который был одним из факторов, влияющих на износостойкость имплантата. Самыми популярными продуктами в Российской Федерации, по расчетам Росстата с 2022 по 2023 г., стали: хлеб, молоко, крупы, мясная продукция, сыр, кофе, соответственно. Первое место в списке занимает ржаной и белый хлеб, который потребляют 88 % россиян. В нём в большей степени содержится Se (селен) — 56 %. Недостаток этого элемента является одним из факторов ишемической болезни сердца. Вторым по популярности в России идёт пастеризованное (2,5–3,2 %) коровье молоко. Его можно найти в продуктовых корзинах у 16 % населения. В пастеризованном коровьем молоке с жирностью 2,5 % преобладает В<sub>12</sub>, который снижает уровень гомоцистеина и способствует формированию клеток

крови. Далее идут рисовая, гречневая и овсяная крупы. Вместе они составили 82 % от общего числа круп в чеках россиян, из них рис — самая продаваемая. На 100 грамм коричневого, нешлифованного, приготовленного без соли, риса приходится 55 % Mn (марганец), этот элемент повышает усвоение меди, которая предотвращает нарушение сердечного ритма. Среди мясных изделий в России, куриное филе и свиная корейка — самые потребляемые. Свиная содержит на 100 грамм 80 % Co (кобальт), который способствует снижению уровня холестерина в крови и его выведению из кровеносных сосудов. Несмотря на пользу, этот вид мяса достаточно жирный, что противопоказано людям с болезнями сердца, так как велика вероятность образования холестериновых бляшек на стенках сосудов. Жировые отложения затрудняют ток крови, что приводит к снижению износостойкости искусственного сердца. Также они могут попадать в имплантат, что может вызвать сбой аппарата. Курица — менее жирное мясо, с высоким содержанием кобальта 90 % и хрома 50 % (из расчёта на 100 грамм продукта). Хром благоприятно воздействует на деятельность миокарда и уменьшает содержание липопротеинов низкой плотности. Предпоследнюю строчку занимает сыр. Его покупают 60 % россиян. Этот молочный продукт — лёгкий источник кальция, который в норме предотвращает повышенное давление, в среднем на 100 грамм сыра приходится 80 % Ca (кальций). Однако в сырах ещё содержится достаточно большое количество натрия (в среднем значении 60 % на 100 грамм), который повышает кровяное давление. По этой же причине людям с сердечно-сосудистыми заболеваниями противопоказано употребление в пищу какао- и кофеиносодержащих продуктов. В одной чайной ложке растворимого кофе содержится от 30 до 50 мг кофеина. При попадании в организм это вещество влияет на симпатическую нервную систему, которая сужает сосуды, тем самым повышая артериальное давление. Стоит отметить, что крепкий зелёный и чёрный чай так же не рекомендован к употреблению.

**Выводы.** Проанализировав химический состав продуктов, которые чаще всего встречаются в корзине среднестатистического человека, из рациона питания людей с искусственным сердцем следует исключить пищу с высоким содержанием натрия, кофеино- и какаосодержащие блюда и напитки, жирные сорта мяса.

## ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА

*Э.Ф. Халилова, Л.Д. Шлыгин студенты 4 курса лечебного факультета;*

*Л.А. Фомина*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент Л.А. Фомина*

**Ключевые слова:** *остеопороз; остеопения; неалкогольная жировая болезнь печени; факторы риска; масса тела*

**Цель работы:** уточнить роль индекса массы тела и неалкогольной жировой болезни печени, как предикторов нарушения костной ткани.

**Материалы и методы.** Проводилось одномоментное поперечное исследование со случайной зональной выборкой (по номерам амбулаторных карт) у лиц старше 50 лет. Обследовано 45 женщин, средний возраст которых составил  $64,5 \pm 9,7$  лет. Все обследованные заполняли добровольное информированное согласие на участие в исследовании без персонифицирования их данных (каждому присваивался индивидуальный номер). Были составлены анкеты для уточнения факторов риска ОП. У всех обследованных уточнялся индекс массы тела (ИМТ), проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости с уточнением состояния печени, определялись биохимические показатели крови, характеризующие функциональное состояние печени (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, щелочная фосфатаза, гаммаглутаминтранспептидаза). Всем обследованным проводилась денситометрия для выяснения состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ). По результатам Т-критерия выделялись пациенты с нормальным значением МПКТ (Т-критерий  $> -1,0$  SD), остеопенией (Т-критерий от  $-1,0$  до  $-2,49$  SD) и остеопорозом (Т-критерий  $< -2,5$  SD).

**Результаты.** Анализируя результаты денситометрии было установлено, что среднее значение Т-критерия для шейки бедра было значимо ( $p < 0,05$ ) ниже, чем для позвоночника ( $-1,22 \pm 0,52$  SD и  $-0,81 \pm 0,36$  SD соответственно отделам). Рассматривая индивидуальные значения МПКТ было выявлено, что у 21 (46,7 %) пациентки выявлялась остеопения (ОСП), у 6 (13,3 %) — ОП.

На основании ИМТ обследованные лица были распределены на 3 группы: нормальные показатели массы тела определялись у 17 (37,8 %), избыточные — у 15 (33,3 %), ожирение — у 13 (28,9 %) человек. Изучение состояния МПКТ в этих группах показало, что при нормальных показателях ИМТ ОСП выявлялась у 9 (52,9 %), ОП — у 4 (23,5 %) обследованных. В группах с избыточным весом и ожирением ОСП и ОП страдали равное количество женщин: по 6 и по одной соответственно. Таким образом, существенно ( $p < 0,05$ ) чаще нарушение МПКТ отмечалось у женщин с нормальной массой тела.

При уточнении факторов риска нарушений МПКТ было установлено, что все женщины с ОП курили, и стаж курения составлял более 15 лет. Большинство лиц с ОП (пять из шести) редко употребляли молочные продукты и рыбу, не принимали препараты кальция. Среди женщин с ОСП половина курили, 2/3 редко употребляли молочные продукты и рыбу и не принимали препараты кальция.

По данным различных исследований установлена коморбидность ОП и атеросклероза. Следует отметить, что в нашем исследовании у всех женщин с ОП выявлялись сердечно-сосудистые заболевания (ИБС и/или артериальная гипертония) и сахарный диабет.

Остеопороз не имеет клинических проявлений, а первыми симптомами заболевания, как правило, являются переломы. У обследованных лиц с ОП переломы отмечались у 4 (75 %), при ОСП — у 7 (33,3 %) женщин.

В результате анализа исследований печени (УЗИ печени и биохимические показатели крови) было установлено, что стеатоз печени в группе с нормальным ИМТ выявлялся у 4, с избыточной массой тела — у 8, с ожирением — у 10 женщин, стеатогепатит — у 3, 5 и 5 обследованных соответственно группам. Изучение МПКТ у этих лиц показало, что ОП выявлялся у всех обследованных со стеатогепатитом.

#### **Выводы**

1. Нарушения МПКТ отмечались у 60 % женщин старше 50 лет с более выраженными изменениями в шейке бедра, что повышает риск перелома в этой области.
2. Курение, редкое употребление молочных продуктов, рыбы, препаратов кальция повышают риск нарушения в костной ткани.
3. Отмечается коморбидное течение ОП и сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета.
4. У лиц с нормальной массой тела существенно выше частота нарушения МПКТ.
5. Неалкогольная жировая болезнь печени в форме стеатогепатита является предиктором ОП.

## РАДУГА ХИМИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

*А.А. Харитонова, ученица 11 класса*

*МОУ «Тверской лицей», г. Тверь, Россия*

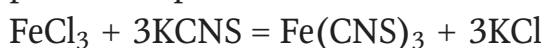
*Научный руководитель: к.х.н., доцент, профессор каф. химии Н.П. Лопина,  
к.б.н., доцент Г.Е. Бордина*

**Ключевые слова:** микроэлементы; качественные реакции на ионы

**Цель исследования:** изучить качественные реакции важнейших микроэлементов организма человека

**Материалы и методы:** растворы  $\text{FeCl}_3$ ,  $\text{KCNS}$ ,  $\text{K}_2\text{CrO}_4$ ,  $\text{H}_2\text{SO}_4$ ,  $\text{Pb}(\text{NO}_3)_2$ ,  $\text{KI}$ ,  $\text{NiSO}_4$ ,  $\text{NaOH}$ ,  $\text{CuSO}_4$ ,  $\text{NaOH}$ ,  $\text{NH}_3$ ,  $\text{CoCl}_2$ ; пробирки; штатив

**Результаты.** Железо является важным микроэлементом в организме человека, помогает поддерживать многие важные функции организма. Оно участвует в образовании гемоглобина, поддерживает работу щитовидной железы, формирует иммунитет. Одной из качественных реакций на ион трёхвалентного железа является реакция с роданидом калия:



В результате данной реакции наблюдается изменение окраски раствора на ярко-красную.

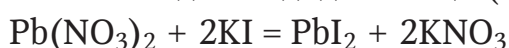
Хром ещё один из микроэлементов организма. Он нормализует уровень глюкозы, поддерживает протекание углеводного обмена, задействуется в синтезе жирных кислот, способствует детоксикации метаболитов в печени, влияет на активность инсулина, улучшает состояние щитовидной железы, положительно влияет на психоэмоциональный фон.

При подкислении водного раствора хромата калия (желтого цвета) окраска меняется на оранжевую вследствие перехода хромат-ионов в бихромат-ионы:



Микроэлемент свинец имеется в организме каждого человека. В среднем, организм человека содержит в себе около 2 мг свинца. Этого количества вполне достаточно для всех внутренних обменных процессов, а большее количество может только навредить здоровью. Он может начать действовать как канцероген и стать причиной появления раковых клеток, а в дальнейшем — развития раковых опухолей.

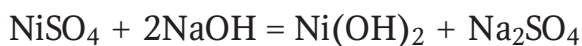
При смешивании растворов нитрата свинца (II) и иодида калия выпадает золотистый осадок иодида свинца (II):



Никель — микроэлемент, необходимый для нормальной жизнедеятельности организма человека. Он участвует в процессе функционирования белков, РНК и ДНК, влияет на кроветворение: участвует в синтезе гемоглобина, эритроцитов, усиливает усвоение железа; принимает участие в жировом обмене.



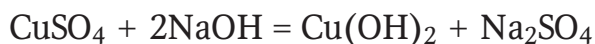
При смешивании растворов сульфата никеля (II) и гидроксида натрия выпадает зеленый осадок гидроксида никеля (II):



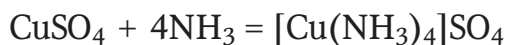
Медь влияет на активность витаминов, гормонов, ферментов: она необходима для всасывания и утилизации железа, принимает участие в формировании соединительной ткани, образовании меланина, гормональной регуляции. Кроме того, медь имеет большое значение для антиоксидантной защиты организма. Благодаря меди происходит полноценный синтез коллагена и эластина.

Качественные реакции на катион меди (II):

- 1) Сульфат меди (II) и гидроксид натрия при смешивании дают осадок голубого цвета:

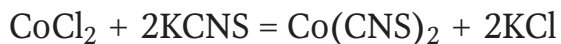


- 2) Сульфат меди (II) при добавлении к нему раствора аммиака меняет цвет с голубого на синий:



Кобальт входит в состав витамина B<sub>12</sub> и его коферментных форм. Злокачественная анемия развивается при недостатке кобальта в организме. Он участвует в процессах обмена веществ: активизирует кроветворение, влияет на синтез нуклеиновых кислот, участвует в ОВР в живом организме.

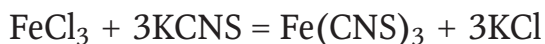
При смешивании хлорида кобальта (II) и роданида калия образуется розово-фиолетовый раствор:



Эксперимент:

Для получения химической радуги в 7 пробирках сливаем попарно следующие растворы:

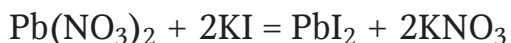
В 1-ю пробирку хлорид железа (III) и роданид калия (красный цвет):



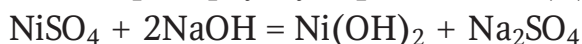
Во 2-ю пробирку: раствор хромата калия подкисляем H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> (оранжевый цвет):



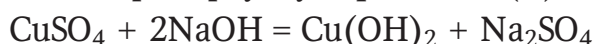
В 3-ю пробирку: нитрат свинца и иодид калия (желтый цвет)



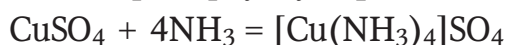
В 4-ю пробирку: сульфат никеля (II) и гидроксид натрия (зеленый цвет)



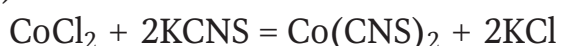
В 5-ю пробирку: сульфат меди (II) и гидроксид натрия (голубой цвет)



В 6-ю пробирку: сульфат меди (II) и раствор аммиака (синий цвет)



В 7-ю пробирку: хлорид кобальта (II) и роданида калия (розово-фиолетовый цвет)



**Выводы:** микроэлементы, описанные в статье, могут в зависимости от элемента вступать в различные цветные реакции или реакции с образованием осадка. Данные реакции имеют явные признаки протекания, в связи с чем они используются или могут использоваться в аналитических целях.

## РАБОТА С ТЕКСТОМ ИСТОРИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ НА УРОКЕ РУССКОГО ЯЗЫКА (НА ПРИМЕРЕ ТЕКСТА «И.С. КУДРИН — ВРАЧ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА»)

*Ж.Д. Хасанова, студентка 1 курса стоматологического факультета;  
Е.Д. Аксенова; А.А. Кузнецова  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра русского языка  
Научные руководители: заведующий кафедрой русского языка А.А. Кузнецова,  
доцент Е.Д. Аксенова*

**Ключевые слова:** русский язык как иностранный, текст-биография, блокада Ленинграда, врач, хирург

**Цель исследования:** изучить и проанализировать историю блокады Ленинграда на примере героя-блокадника И.С. Кудрина.

**Объект исследования:** выдержки из биографии профессора И.С. Кудрина.

**Методы исследования:** поиск и анализ литературы; анализ и классификация источников по теме исследования.

**Результаты.** Знакомство иностранных обучающихся с историей России происходит на каждом уроке РКИ, что объясняется спецификой языка как предмета обучения. В качестве примера работы с текстом-биографией в иноязычной аудитории приведем текст «Иван Сергеевич Кудрин — врач блокадного Ленинграда», посвященный человеку, который стоял у истоков основания Тверского ГМУ. В качестве предтекстовой работы студентам предлагается ответить на вопросы общего характера, которые помогут понять, что обучающиеся знают о Великой Отечественной войне. Особое внимание уделяется такому историческому событию, как блокада Ленинграда. На протяжении всего урока демонстрируется мультимедийная презентация с использованием исторических фотографий, отражающая основные моменты текста. Следующий этап — непосредственно работа с текстом. Чтение текста сопровождается необходимым лингвострановедческим комментарием преподавателя. Также студенты могут заранее прочитать текст дома, выписав все незнакомые слова.

Иван Сергеевич Кудрин — врач блокадного Ленинграда (в сокращении)

И.С. Кудрин родился 3 декабря 1906 г. в Санкт-Петербурге. В 1929 году будущий ученый окончил медицинский факультет Смоленского университета. После службы в рядах Красной Армии на Северном Кавказе Иван Сергеевич работал врачом учебного сельскохозяйственного комбината и хирургом участковой больницы г. Любань Ленинградской области.

В 1933 году И.С. Кудрин переехал в Ленинград, где начал свою педагогическую деятельность. Во время Великой Отечественной войны И.С. Кудрин был начальником и старшим хирургом военного госпиталя, а также заведующим отделением Ней-

рохирургического института им. А.Л. Поленова. Все 900 дней блокады Ленинграда Иван Сергеевич спасал его защитников. Он работал в осажденном городе, причём не в одном госпитале, а сразу в нескольких. Из-за нехватки нейрохирургов оперировал беспрестанно, консультировал в трех эвакуогоспиталях, совершая под бомбежками и артобстрелами огромные пешие переходы из одного конца города в другой. Отдавал свободное время лекциям по анатомии для оставшихся в городе студентов-медиков. Нередко сутками он не выходил из операционной, оказывая помощь раненым, поступавшим как с фронта, так и с улиц осажденного города после непрерывных обстрелов и бомбежек, и всё это при постоянном недоедании. В декабре 1941 года в Ленинграде попал под бомбежку нейрохирургический институт, в котором работал Кудрин, из-за чего всему отделению пришлось переехать в здание бывшей школы. Переезжать зимой с ранеными было невероятно трудно. Естественно эта ноша легла на плечи начальника, которым в то время был Кудрин. С присущей ему энергией он смог организовать этот сложный процесс. Но этого было недостаточно. Наступали зимние суровые морозы, до -40 градусов. К голоду добавилась и еще одна беда — холод.

Из-за постоянных нагрузок и недоедания состояние Кудрина постепенно ухудшалось, он часто падал в голодные обмороки, ноги отекали, а вес неизменно снижался, причем упал настолько, что летом 1942 года его стали держать на пайке стационара для дистрофиков, чтобы хирург мог хоть как-то оправиться. В январе 1942 года его перевели на военный паёк в 200 грамм хлеба, оставив и те 125 граммов. Сейчас трудно осознать, как в военных условиях, в холодном, голодном и темном Ленинграде Иван Сергеевич Кудрин в соавторстве с А.В. Бондарчуком и И.С. Васкиным смогли написать первый в мире учебник-руководство «Основы военно-полевой нейрохирургии», изданный в конце 1942 г. в единственной уцелевшей типографии с предисловием: «Великому и героическому Ленинграду в дни тяжелых испытаний и борьбы 1941–1942 гг. с беспредельной сыновней любовью свой труд посвящают авторы». Книга большим тиражом мгновенно распространилась по всем фронтам.

27 января 1944 года была снята блокада Ленинграда. За безупречную трудовую и активную общественную деятельность И.С. Кудрин награжден медалями и орденами.

После прочтения текста студентам предлагается выполнить послетекстовые задания. Первая часть заданий направлена на проверку понимания содержания текста, а вторая часть — на активизацию речевых навыков, на развитие умений в построении монологических высказываний.

**Выводы.** Тексты-биографии в аспекте преподавания русского языка как иностранного одновременно формируют у иностранных обучающихся следующие виды компетенций: языковую, коммуникативную (речевую) и общекультурную.

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗДОРОВЬЯ У ПОЖИЛЫХ И ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ У НИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*А.С. Царькова, Е.А. Жучкова, А.И. Шелебод, А.Э. Аванесян,  
студентки 6 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии*

*Научный руководитель: профессор кафедры, д.м.н., доцент Н.П. Кириленко*

**Ключевые слова:** пожилые; факторы риска; ишемическая болезнь сердца

**Цель работы:** изучить особенности выявляемости поведенческих факторов риска здоровья и ишемической болезни сердца у пожилых.

**Материалы и методы:** в торговых центрах Твери области среди посетителей проведено одномоментное поперечное исследование. Профилактически проконсультировано 1993 человек в возрасте 50 лет и старше: мужчин — 512 (25,7 %); женщин — 1481 (74,3 %). Группа пожилых (1109; 55,6 %) — 60 лет и старше, из них: в возрасте 60–69 лет — 766 (38,4 %; мужчин — 190; 24,8 %; женщин — 576; 75,2 %); 70–79 лет — 249 (12,5 %; мужчин — 48; 19,3 %; женщин — 201; 80,7 %); 80 лет и старше — 94 (4,7 %; мужчин — 20; 21,3 %; женщин — 74; 78,7 %) — старшая возрастная группа.

В группу сравнения вошли лица в возрасте 50 — 59 лет (884; 44,4 %; мужчин — 254; 28,7 %; женщин — 630; 71,3 %). У них выявлялись поведенческие факторы риска (курение — выкуривание более 1 сигареты в день; недостаточное употребление фруктов и овощей, кроме картофеля — менее 400 г/день; гиподинамия — ходьба пешком в свободное от работы время, включая ходьбу до места работы и обратно, менее 30 мин в день; употребление алкоголя — употребление алкоголя, необязательно ежедневно, больше для мужчин: 500 мл пива, 250 мл сухого вина, 125 мл крепленого вина или 50 г крепких спиртных; для женщин — в два раза меньше) и наличие ишемической болезни сердца (ИБС; стенокардия напряжения, перенесенные инфаркт миокарда и хроническая сердечная недостаточность), установленной врачом.

**Результаты:** недостаточное употребление овощей/фруктов и гиподинамия выявлялись одинаково часто в группе сравнения и у пожилых; они касались половины из них. В возрасте 50 — 59 лет частота употребления алкоголя регистрировалась в трети случаев, а у пожилых — закономерно снижалась до каждого десятого в возрасте 80 лет и старше. У первых табакокурение выявлялось у каждого пятого опрошенного, постепенно снижаясь у пожилых до каждого сотого опрошенного в старшей возрастной группе. В группе сравнения у каждого второго опрошенного имелась ИБС, выявляемость которой у пожилых закономерно нарастала с увеличением возраста, достигая 8 из 10 случаев в возрасте 80 лет и старше. И у пожилых, и у лиц в возрасте 50–59 лет выявляемость ИБС не зависела от

недостаточного употребления овощей/фруктов, гиподинамии и табакокурения; она была у них в половине случаев. В группе сравнения, употребляющих алкоголь, выявляемость ИБС была больше, чем у не употребляющих его (соответственно, 52,6 % и 45,7 %;  $p = 0,030$ ).

Напротив, у пожилых выявляемость ИБС оказалась большей среди не употребляющих его (соответственно, 67,7 % и 59,7 %;  $p = 0,008$ ). У пожилых, употребляющих алкоголь, выявляемость ИБС не ассоциировалась с возрастом (60–69 лет — 56,4 %; 70–79 лет — 69,9 % и 80 лет и старше — 75,5 %;  $p = 0,106$ ), а не употребляющих его — закономерно нарастала с увеличением возраста (соответственно, 61,0 %; 79,8 % и 82,9 %;  $p = 0,000$ ).

**Выводы.** У пожилых, как и в возрасте 50–59 лет, продолжает регистрироваться высокая частота недостаточного употребления овощей/фруктов и гиподинамии. У лиц 60 лет и старше с увеличением возраста закономерно снижается выявляемость табакокурения и употребления алкоголя. У пожилых с увеличением возраста нарастает частота регистрации ИБС. Коррекция поведенческих факторов риска здоровья у пожилых будет способствовать снижению у них выявляемости ИБС.

## ЗНАЧЕНИЕ СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЕЙ В РЕАЛИЗАЦИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ РОССИИ

*Н. Д. Церцвадзе<sup>2</sup>, П. И. Пупенина, студенты 4 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра основ общественного здоровья, здравоохранения и истории  
медицины  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.Г. Королюк*

**Ключевые слова:** ценности, семья, демография

**Цель исследования:** определить влияние семейных ценностей на демографию в Российской Федерации.

**Материалы и методы:** проведен глубокий анализ и систематизация данных современной литературы и интернет-ресурсов (cyberleninka.ru, PubMed).

**Результаты:** данные Росстата указывают на рост рождаемости и снижение естественной убыли в январе-декабре 2023 года по сравнению с аналогичным периодом 2022 года. На 1000 населения рождаемость по России и Тверской области составила соответственно — 8,7 и 7,0, естественный прирост (убыль) — 3,3 и 9,2. Однако, уровень рождаемости все еще недостаточен для воспроизводства населения. На начало 2023 года число детей на одну женщину снизилось до 1,3, когда данный коэффициент для предотвращения депопуляции должен быть равен 1,7. До революции на 1 женщину приходилось 7 детей. В целях противодействия уменьшению численности населения в России были приняты базовые нормативно-правовые документы (Концепция демографической политики России до 2025 года и национальный проект «Демография»), в которых одной из задач являлось возрождение и сохранение традиционных семейных ценностей.

Исходя из трактовки Т. Парсонса и Ж.Т. Тощенко, семейные ценности — это ценности, выражающие представления о желаемом типе семьи и семейных отношений, регулирующих поведение индивидов в сфере семейных отношений, детерминирующих принятие решений семейного характера и обеспечивающих сохранение и воспроизводство в обществе семейных образцов, моделей, норм. Традиционные семейные ценности направлены на сохранения института семьи.

Семейные ценности являются индикатором репродуктивной функции и трансформации института семьи и могут быть использованы для прогнозирования его будущего состояния.

На данный момент ученые выделяют три основные группы семейных ценностей вне зависимости от типа семьи: ценности супружества, родительства и родства. К основным ценностям супружества относят ценность брака, равноправия супругов или доминирования одного из них, различных половых ролей в семье, межличностных коммуникаций между супругами, отношений взаимоподдержки и взаимопонимания супругов. Среди ценностей родительства выделяют: ценность

детей (многодетности или малодетности), воспитания и социализации детей в семье. К ценностям родства можно отнести ценность наличия родственников, взаимодействия и взаимопомощи между родственниками, расширенной или нуклеарной семьи.

В зависимости от типа семьи (традиционной или современной) доминируют определенные семейные ценности. Традиционная семья характеризуется многодетностью, причем отмечается быстрое рождение первого ребенка; разделением семейных ролей на мужские и женские; минимальным числом разводов; доминантным положением мужчины, от статуса которого зависит социальный статус семьи в целом; совместным проживанием нескольких поколений и передачей традиций и норм от поколения к поколению, что обеспечивает сохранность и воспроизводство традиционной культуры. В современных семьях преобладают свободный выбор партнера, допустимость развода, отдельное проживание от старшего поколения, психологическая и духовная близость супругов, совместное выполнение домашних обязанностей и учет интересов всех членов семьи.

В данный момент наблюдается трансформация общества, в связи с чем происходит активный переход от традиционных семей к современным. Данный процесс хорошо иллюстрируют процессы рождаемости и смертности, брачности и разводимости. Так, по данным Росстата, каждый второй брак в России за 2023 год распадается, что может быть связано с неустойчивостью современных семей. В современных семьях рождение первого ребенка происходит позже и часто сопровождается проблемами состояния здоровья как матери, так и ребенка. Кроме того, современные семьи также часто являются малодетными или бездетными, что не соответствует запросам демографической политики России. Но в регионах России, где преобладает традиционный тип семьи, наблюдается более высокая рождаемость. Так, в Северо-Кавказском федеральном округе рождаемость составила 5,3.

**Вывод:** таким образом, основываясь на проведенном анализе, можно сказать, что необходимо вернуться к традиционным семейным ценностям в России, поскольку они повысят рождаемость, сохранят общество и предотвратят депопуляцию, в отличие от ценностных ориентиров современной семьи.



## ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ

*Н.П. Чайкин, студент 6 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница», г. Тверь, Россия  
Кафедра сердечно-сосудистой хирургии  
Научный руководитель: асс. А.С. Вдовина; д.м.н., профессор Ю.И. Казаков*

**Ключевые слова:** когнитивные нарушения; когнитивные дисфункции; качество жизни

**Цель исследования.** Оценить в динамике состояние когнитивных функций (КФ) и качества жизни (КЖ) у пациентов со стенозом сонных артерий до момента хирургического вмешательства, после в условиях стационара и в период реабилитации.

**Материалы и методы.** В исследование включено 68 пациентов с гемодинамически значимым стенозом сонной артерии, которым было проведено хирургическое лечение: стентирование внутренней сонной артерии (ВСА) ( $n = 30$ , средний возраст  $68,9 \pm 4,3$  лет), каротидная эндартерэктомия (КЭ) ( $n = 38$ , средний возраст  $70,1 \pm 5,6$  лет). Группа контроля представлена добровольцами ( $n = 20$ , средний возраст  $25,6 \pm 4,3$  лет). Всем пациентам для оценки КФ было предложено и выполнено нейропсихологическое тестирование в виде теста 30 слов Лурия А.Р. (оценки состояния памяти, утомляемости, активности внимания), теста Амтхауэр (комплекс конструктивных субтестов — оценка пространственного воображения, наглядно-действенного мышления, определение коэффициента интеллекта), опросник SF-36 (оценка качества жизни пациента, психологического и физического благополучия), опросник SCL-90 (Symptom Check List-90, оценка психологического симптоматического статуса). Тестирование проводилось в три этапа: в дооперационном периоде, на 3-5 сутки после операции, через 3 месяца после операции.

**Результаты.** Оценка ответов по тестам в дооперационном периоде имеет следующие данные. По SCL-90 уровень КФ у 46 % пациентов — ниже среднего, 27 % пациентов — среднее значения, и 27 % пациентов — значения выше среднего. По Sf 36 КФ 16 пациентов имели уровень ниже 40 %, 35 пациентов — в пределах 40–50 %, 12 пациентов — в пределах 51–60 %, 4 пациента в пределах — 70–80 % и 1 пациент — выше 80 %. Результаты представляются в виде значений в процентах от 0 до 100, где 100 % представляет полное здоровье. По тестам Амтхауэр уровень КФ у 57 % пациентов — ниже среднего значения, у 43 % пациентов — средние значения. По тестам 30 слов Лурия А.Р. уровень КФ у 66 % пациентов — ниже среднего, у 34 % — средние значения.

Оценка ответов по всем тестам в послеоперационном периоде показала средние значения, не сильно отличающиеся от результатов, проведенных до операции.

Оценка ответов через 3 месяца от момента операции по тестам SCL-90 показала уменьшение количества пациентов, имеющих уровень КФ ниже среднего до 31 %. По Sf 36 количество пациентов, имеющих уровень КФ ниже 40 % уменьшилось до 7 пациентов, 40–50 % — уменьшилось до 15 пациентов. По тестам Амт-хауэр количество пациентов, имеющих уровень КФ ниже среднего уменьшилось до 24 %. По тестам 30 слов Лурия А.Р. количество пациентов с уровнем КФ ниже среднего уменьшилось до 28 %.

**Выводы.** При оценке двух групп пациентов, перенесших каротидную эндартерэктомию и стентирование внутренней сонной артерии, улучшение состояния когнитивной функции и качества жизни определяется только в долгосрочном периоде. Улучшение КФ на 3–5 сутки после хирургического вмешательства незначительно, предположительно за счёт послеоперационного восстановительного периода, коморбидности и возраста пациентов.

## КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ

*Н.П. Чайкин, Ю. О. Капусткина, 6 курс, лечебный факультет  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Л.А. Любская*

**Ключевые слова:** *желудочная диспепсия; эзофагогастродуоденоскопия; нестероидная гастропатия*

**Цель исследования:** сопоставить выраженность клинической картины с данными эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) у пациентов на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в связи с тяжелым гонартрозом.

**Материалы и методы:** в исследование включено 57 пациентов (мужчин 31, женщин 26, медиана возраста 63 года), направленных на эндопротезирование коленного сустава, которые постоянно или эпизодически принимали НПВП в связи с выраженным болевым синдромом. Все больные проходили ЭГДС в плановом порядке перед оперативным лечением. При этом у 22 пациентов (основная группа) выявлено эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Группу сравнения составили 35 человек без эрозий и язв гастродуоденальной зоны. В обеих группах уточнялись жалобы со стороны ЖКТ (боли в эпигастрии, изжога, отрыжка, тошнота, рвота, тяжесть или дискомфорт после приема пищи, урчание и вздутие живота, частота и консистенция стула) и особенности приема лекарств, сравнивались результаты ЭГДС. Полученные результаты подвергались анализу при помощи стандартных методик параметрической и непараметрической статистики с использованием Excel Microsoft Office.

**Результаты:** в основной группе болевого абдоминального синдрома не наблюдалось, в группе сравнения на боли в эпигастрии жаловались 7 (20,0 %) пациентов. В основной группе изжога беспокоила 6 (27,3 %) пациентов, в группе сравнения — 5 (14,3 %;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ). Дискомфорт и тяжесть после еды в основной группе отсутствовали, в группе сравнения отметили 10 (28,6 %) респондентов. В обеих группах одинаково часто больные регулярно принимали НПВП: в основной группе 20 (90,9 %) человек, в группе сравнения — 31 (88,6 %;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ) пациент. В основной группе, по данным ЭГДС, у 18 (81,8 %) пациентов выявлен эрозивный гастрит, у 5 (22,7 %) сочетание эрозивного гастрита и дуоденита, и у 2 (9,0 %) эрозивный эзофагит, тогда как в группе сравнения у 26 (74,3 %) поверхностный гастрит, дуоденит, у 9 (25,7 %) сочетание поверхностного гастрита и рефлюкс-эзофагита.

**Выводы:** НПВП-гастропатии чаще протекают малосимптомно, эрозивно-язвенному поражению верхних отделов ЖКТ не всегда сопутствует болевой абдоминальный синдром или явления желудочной диспепсии, возможно за счет обезболивающего действия лекарств, что следует учитывать при контроле безопасности назначения НПВП.

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Э.П. Черная<sup>1</sup>, А.И. Игнатьева<sup>1</sup>, студенты 5 курса педиатрического факультета;

Г.Н. Румянцева<sup>1,2</sup>, А.Ю. Горшков<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

<sup>2</sup> — ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница», г. Тверь, Россия

Кафедра детской хирургии

Научные руководители: д.м.н., профессор, зав. кафедрой Г.Н. Румянцева, к.м.н., доцент А.Ю. Горшков

**Ключевые слова:** аппендицит у детей; сочетанный перитонит; периаппендикулярный абсцесс; лапароскопическая аппендэктомия

**Актуальность.** Сочетанный перитонит является одной из наиболее тяжелых форм аппендикулярного перитонита, так как сочетает распространенное вовлечение в патологический процесс висцеральной и париетальной брюшины с глубокой поражением как самой брюшины, так и органов, являющихся стенками абсцесса. Особенностью является наличие свободного гнойного выпота в брюшной полости с периаппендикулярным абсцессом.

**Цель исследования.** Определить особенности хирургического лечения сочетанного перитонита у детей при невозможности удаления источника нагноения — воспаленного червеобразного отростка.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 6 историй болезни пациентов в возрасте от 5 до 17 лет, поступивших в отделение гнойной хирургии ДОКБ г. Твери в период с 2021 по 2023 года. Дети имели деструктивную форму острого аппендицита, осложненную периаппендикулярным абсцессом и перитонитом. Всем больным было проведено обследование и лечение в следующем объеме: предварительное УЗИ органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия с последующей санацией брюшной полости и малого таза, вскрытие периаппендикулярного абсцесса, определение противопоказаний к удалению червеобразного отростка, установка двух дренажей (в малый таз по А.И. Генералову и в полость разрушенного абсцесса), антибиотикотерапия, лечение синдромов кишечной недостаточности и системного воспалительного ответа, физиолечение и реабилитация, отсроченная аппендэктомия и адгезиолизис в срок более 6 месяцев. Особенностью данной тактики лечения является отказ от удаления воспаленного червеобразного отростка из-за трудности разделения инфильтрата и наличия риска повреждения стенок кишечника.

**Результаты.** Дренажи из брюшной полости удаляли, основываясь на данных УЗИ и при отсутствии отделяемого, а также инволюции остаточной полости и инфильтративных изменений. Длительность дренирования составила  $6 \pm 2,5$  суток.

Оставление аппендикса в брюшной полости при сочетанном перитоните выявило некоторые трудности в послеоперационном периоде, что, в свою очередь, было связано с возникновением синдрома кишечной недостаточности и системного воспалительного ответа. Увеличилось количество дней пребывания в стационаре, которое варьировалось от 20 до 45 суток. В одном случае потребовалась релапароскопия с повторной санацией брюшной полости. У одного ребенка сформировался кишечный свищ, который впоследствии закрылся самостоятельно. Однако щадящая методика операции, применение интенсивной терапии (рациональная антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитного баланса, нутритивная поддержка, иммунокоррекция, метаболическая терапия) позволяют свести к минимуму серьезные осложнения в виде ранней спаечной кишечной непроходимости, продолжающегося перитонита, послеоперационных абсцессов брюшной полости. Во время реабилитации больные получали противоспаечную терапию (физиолечение), что также способствовало предупреждению развития осложнений. Впоследствии всем пациентам была выполнена отсроченная аппендэктомия и адгезиолизис в срок более 6 месяцев.

**Заключение.** Лапароскопия имеет огромное значение в определении форм перитонита и хирургическом лечении, связанном с необходимостью санации и дренирования брюшной полости и вскрытия периаппендикулярного абсцесса. В случае высокого риска повреждения стенки кишечника правомерно отказаться от тактики безапелляционной аппендэктомии. Щадящая эндоскопическая методика операции, качественная антибиотикотерапия, коррекция обменных нарушений, проведение реабилитационных мероприятий позволяют ликвидировать воспалительный процесс в брюшной полости и в последующем безопасно выполнить отсроченную аппендэктомию.

## СЛУЧАЙ ЛЕГОЧНОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПРОТЕИНОЗА

*Н.Н. Чигир, 5 курс, лечебный факультет*

*УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель*

*Кафедра фтизиопульмонологии с курсом ФПКиП*

*Научный руководитель: ассистент кафедры К.В. Левченко*

**Ключевые слова:** альвеолярный протеиноз легких; дыхательная недостаточность, редкий клинический случай

**Актуальность.** В клинической практике врача-пульмонолога легочный альвеолярный протеиноз (ЛАП) встречается редко и зачастую представляет затруднения в диагностике. Заболевание характеризуется накоплением в альвеолах белково-липидных комплексов вследствие нарушения утилизации сурфактанта альвеолярными макрофагами, что приводит к развитию дыхательной недостаточности.

**Цель исследования.** Демонстрация редкого клинического случая, ознакомление с клинической картиной и осложнениями ЛАП.

**Материалы и методы исследования.** Медицинская карта стационарного пациента Е., 38 лет, с диагнозом «Легочной альвеолярный протеиноз, диффузная форма, прогрессирование. Дыхательная недостаточность II степени», проходившего лечение в Учреждении «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница» (У «ГОТКБ») с 04.12.23 по 19.12.23г.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Пациент Е., 38 лет, 04.12.23 г. поступил в стационар с жалобами на выраженный кашель с трудноотделяемой мокротой желтого цвета, одышка при бытовой физической нагрузке, повышение температуры тела до 38°C, на общую слабость.

Впервые обратился в 2017 г. в У «ГОТКБ» с жалобами на прогрессивную одышку, эпизоды повышения температуры. В октябре 2017г. при рентген-исследовании органов грудной клетки выявлены изменения: рентген-признаки диссеминации в нижних отделах лёгких, двусторонняя пневмония. С целью уточнения диагноза была выполнена видеоассистированная торакоскопия и взят биопсийный материал для гистологического исследования. Результат: фрагменты легочной ткани с наличием в просвете альвеол мелкозернистых масс эозинофильного вида без признаков воспаления. Картина альвеолярного протеиноза легких.

Из перенесенных заболеваний отмечал простудные, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. Аллергический и наследственный анамнез не отягощен. Профессия — строитель, стаж работы — более 10 лет. Пациент курит, стаж курения — более 20 лет, 10 сигарет в день. 3 месяца назад — отказ от курения.

В феврале 2018 года был выполнен бронхоальвеолярный лаваж ввиду отсутствия положительной динамики на фоне получаемого лечения. После выполнения манипуляции пациент отмечал улучшение самочувствия: уменьшение одышки.

**Результаты объективного осмотра.** Состояние средней степени тяжести. Положение активное, питание нормальное. Кожные покровы и слизистые без изменений, бледно-розовые. Температура тела 38,0 °С. Дыхание ритмичное, ЧД 20 в минуту, одышка носит смешанный характер, SpO<sub>2</sub> — 92 % атмосферным воздухом. Аускультативно дыхание везикулярное, ослаблено. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 в минуту, АД 130/80 mmHg.

Результаты лабораторных исследований.

Результаты общего анализа крови от 09.01.23г: RBC —  $6,27 \cdot 10^{12}/л$ ; HGB — 173 г/л; WBC —  $15,3 \cdot 10^9/л$ ; LYM — 26 %; палочкоядерные гранулоциты — 7 %; сегментоядерные гранулоциты — 59 %; MON — 8 %; СОЭ — 37мм/час. СРБ от 21.02.23 г.: 28 мг/мл.

Спирограмма от 18.12.2023г: ФЖЕЛ — 66 (68) %, ЖЕЛ — 72 % (до пробы), ОФВ1 — 62(66) %, ПСВ — 90(70) %, МОС75 — 46 %, ОФВ1/ФЖЕЛ — 77(78) %, МОС50 — 43 %, МОС25 — 79 %. Умеренные смешанные нарушения функции внешнего дыхания. Проба с бронхолитиком отрицательная.

Бодиплетизмография от 14.12.23 г.: Начальные нарушения механики дыхания по рестриктивному типу. Резко снижена диффузионная способность легких в покое.

**Компьютерная томография органов грудной клетки** от 19.01.18г.: КТ-картина диффузных интерстициальных изменений в легких. Может соответствовать проявлениям альвеолярного протеиноза. Результат от 21.02.20 г.: в сравнении с данными КТ ОГК от 17.10.17 г., динамика носит смешанный характер: положительная за счёт разрешения участков уплотнения легочной ткани по типу матового стекла с тонкими ретикулярными изменениями в S1, S2 обоих легких, уменьшение их размеров и выраженности в S3, S4, S5, S6, S8 левого легкого. отрицательная — за счёт появления вышеописанных изменений в S3, S4, S5, S6 правого легкого. Так же отмечается увеличение размеров медиастинальных лимфоузлов: нижних паратрахеальных до 9×13 мм, превакулярных до 11×14 мм, аортопульмонального окна до 7×16 мм.

**Рентгенография ОГК** от 18.02.23 г.: рентген-признаки диссеминации в нижних отделах лёгких, двусторонняя пневмония.

**Фибротреахеобронхоскопия** от 06.12.23 г.: Двусторонний диффузный катаральный трахеобронхит I ст.

За период пребывания в стационаре пациент получил антибактериальную терапию, муколитики, антикоагулянты, физиотерапевтическое лечение.

**Выводы:** ЛАП редко встречается в клинической практике, имеет неспецифическую симптоматику, характерно отсутствие патогномичных симптомов. Данное заболевание необходимо дифференцировать от пневмоцистной пневмонии, туберкулеза легких, фиброзирующего альвеолита, злокачественных новообразований.

## ОСНАЩЕНИЕ РЫНКА ФАРМПРЕПАРАТОВ Г. ТВЕРЬ МЕСТНЫМИ ФОРМАМИ АНТИМИКОТИКОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

С.А. Чихирев, И.М. Девлетмурзаев, студенты 4 курса стоматологического факультета

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра микробиологии и вирусологии с курсом иммунологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю.В. Червинец, ассистент

В.С. Беляев

**Ключевые слова:** полость рта; кандидоз; противогрибковые препараты

**Цель исследования.** Анализ оснащения рынка фармпрепаратов г. Тверь местными формами антимикотиков для лечения орального кандидоза.

**Материалы и методы.** Для изучения ассортимента фармрынка были выбраны интернет-платформы для покупки фармпрепаратов ( $n = 5$ ), филиалы региональных и федеральных аптечных сетей в г. Тверь ( $n = 14$ ), а также коммерческие торговые точки, специализирующиеся на продаже стоматологической продукции ( $n = 2$ ). С целью анализа оснащения местными формами антимикотиков была создана анкета — опросник, которая включала следующие вопросы:

- 1) Какие местные формы антимикотиков для полости рта есть в аптеке? (Какая форма: гель, паста, раствор, ополаскиватель? Сколько видов форм имеется в ассортименте? Какое действующее вещество?);
- 2) Есть ли возможность для заказа указанных препаратов от поставщиков?;
- 3) Есть ли возможность приобрести препарат в разных филиалах аптечной сети по г. Тверь?

**Результаты.** В качестве местного противогрибкового препарата большинством (78 %) аптечных филиалов был предложен «Кандид®» в виде раствора для полосканий, действующее вещество — клотримазол 1 %. В 22 % случаев было установлено отсутствие какой-либо местной формы, однако в одной из исследуемых аптек нам было предложено приобретение р-ра «Кандид®» «на заказ».

В результате изучения ассортимента интернет-магазинов было выяснено, что для приобретения был доступен лишь «Кандид®» (80 % интернет-платформ). В 20 % случаев доступных местных противогрибковых препаратов не обнаружено.

При исследовании ассортимента стоматологических магазинов г. Тверь было установлено отсутствие любых противогрибковых препаратов местного применения как в самих магазинах, так и возможности их покупки путем заказа у поставщика.

**Выводы.** Таким образом, при анализе оснащенности рынка местных форм для лечения кандидоза выявлено наличие единственного доступного препарата — раствор «Кандид®» (клотримазол 1 %). Столь выраженная безальтернативность значительно усложняет терапию кандидоза полости рта вследствие возможного возникновения резистентности грибов рода *Candida* к действующему веществу препарата.



## ВЛИЯНИЕ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУРЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

*М.П. Чукреев<sup>1</sup>, З.А. Хисметова<sup>2</sup>, Н.С. Изатуллаева<sup>1</sup>, К.Е. Мухтарова<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup> — ТОО «Клиника iv plus», г. Семей, Республика Казахстан*

*<sup>2</sup> — НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан*

*<sup>3</sup> — №92 мектеп-лицей, г. Астана, Республика Казахстан*

*Кафедра общественного здоровья*

*Научный руководитель: к.м.н., ассоциированный профессор З.А. Хисметова*

**Ключевые слова:** *регистратура медицинской организации; удовлетворенность медицинской организацией; деятельность регистратуры*

**Актуальность.** Медицинские регистраторы являются основными членами первичной медицинской помощи, критически важными для функционирования клиник и обеспечения безопасности пациентов и их опыта. Регистраторы обычно проводят первое и последнее общение с пациентами и выступают в роли связующего звена при оказании медицинской помощи в общей практике. Восприятие пациентами «услужливости» персонала в приемной было определено, как второй по значимости фактор общей удовлетворенности пациентов медицинской помощью в общей практике, что указывает на их важность для медицинской отрасли. Хотя основные обязанности регистраторов общей практики практически не изменились с момента создания этой должности, в последние десятилетия сообщалось, что медицинские регистраторы выполняют задачи, которые имеют клинические, медико-правовые и этические последствия. К ним относятся сортировка пациентов по мере их звонка или прибытия, обеспечение «эмоционального контроля» в приемной, оказание первой помощи, передача медицинских отчетов и даже помощь в выполнении определенных медицинских задач. Несмотря на их значимость в сфере здравоохранения, сложность роли и риски, работа регистратором в общей практике требует небольшой формальной квалификации, а объем предлагаемого обучения минимален и обычно проводится «без отрыва от производства». Эти характеристики работы могут создать разобщенную и относительно безгласную рабочую силу, что может препятствовать развитию и реформированию широкого сектора.

**Цель:** оценить влияние работы регистратуры на показатели удовлетворенности медицинской организацией.

**Материал и методы.** Материалы исследования представляли собой данные результатов анализа социологического опроса пациентов ТОО «Клиника iv plus». В анкетировании участвовали 2250 респондентов (1817 женского пола, 433 респондентов мужского пола). В данной работе статистический анализ выполнялся с использованием таких программ, как StatTech v. 3.1.7 (разработчик — ООО «Статтех», Россия) и SPSS 26.0 версии. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия

Манна-Уитни. Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона. Сравнение трех и более групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью критерия Краскела-Уоллиса, апостериорные сравнения — с помощью критерия Данна с поправкой Холма.

**Результаты и их обсуждение.** В нашем исследовании приняло участие 433 (19,2 %) респондентов мужского пола, а женского — 1817 (80,8 %). Относительно возраста, пациенты до 18 лет составило 198 (8,8 %) человек, от 18 до 44 лет — 1557 (69,2 %), от 44 до 60 лет — 261 (11,6 %), от 60 до 75 лет — 198 (8,8 %) и более 75 лет — 36 (1,6 %).

Нами был проведен корреляционный анализ взаимосвязи оценки уровня работы регистратуры в клинике и показателей «Оценка записи на прием к врачу через регистратуру», «Оценка уровня вежливости и заинтересованности медперсонала» и «Оценка уровня комфортности пребывания в клинике».

При оценке связи показателя «Оценка записи на прием к врачу через регистратуру» и «Оценка уровня работы регистратуры в клинике» была установлена заметной тесноты прямая связь ( $p < 0,01$ ).

Наблюдаемая зависимость показателя «Оценка записи на прием к врачу через регистратуру» от «Оценка уровня работы регистратуры в клинике» описывается уравнением парной линейной регрессии:

$$Y_{\text{Оценка записи на прием к врачу через регистратуру}} = 0,707 \times X_{\text{Оценка уровня работы регистратуры}} + 0,979$$

При увеличении оценки уровня работы регистратуры на 1 следует ожидать увеличение показателя «Оценка уровня работы регистратуры в клинике» на 0,707. Полученная модель объясняет 41,6 % наблюдаемой дисперсии показателя «Оценка записи на прием к врачу через регистратуру».

При оценке связи «Оценка уровня вежливости и заинтересованности медицинского персонала» и «Оценка уровня работы регистратуры в клинике» была установлена слабой тесноты прямая связь ( $p < 0,01$ ).

Наблюдаемая зависимость оценки уровня вежливости и заинтересованности медицинского персонала от оценки уровня работы регистратуры в клинике описывается уравнением парной линейной регрессии:

$$Y_{\text{Оценка уровня вежливости и заинтересованности медперсонала}} = 0,091 \times X_{\text{Оценка уровня работы регистратуры}} + 4,502$$

При увеличении оценки уровня работы регистратуры в клинике на 1 следует ожидать увеличение оценки уровня вежливости и заинтересованности медицинского персонала на 0,091. Полученная модель объясняет 5,6 % наблюдаемой дисперсии оценки уровня вежливости и заинтересованности медицинского персонала.

При оценке связи оценки уровня комфортности пребывания в клинике и оценки уровня работы регистратуры в клинике была установлена слабой тесноты прямая связь ( $p < 0,01$ ).

Наблюдаемая зависимость оценки уровня комфортности пребывания в клинике от оценки уровня работы регистратуры в клинике описывается уравнением парной линейной регрессии:

$$Y_{\text{Оценка уровня комфортности пребывания в клинике}} = 0,047 \times X_{\text{Оценка уровня работы регистратуры}} + 4,746$$

При увеличении оценки уровня работы регистратуры в клинике на 1 следует ожидать увеличение оценки уровня комфортности пребывания в клинике на 0,047. Полученная модель объясняет 1,6 % наблюдаемой дисперсии оценки уровня комфортности пребывания в клинике.

Был проведен анализ оценки уровня работы регистратуры в клинике в зависимости от времени ожидания приема медицинского специалиста у кабинета.

Согласно полученным данным при сопоставлении оценки уровня работы регистратуры в клинике в зависимости от времени ожидания приема медицинского специалиста у кабинета, были выявлены существенные различия ( $p < 0,001$ ) (*используемый метод: Критерий Краскела–Уоллиса*).

Грамотная работа регистратуры позволяет эффективно организовать рабочее время врачей, значительно сократить время и нагрузку на медицинского специалиста, и тем самым повысить качество предоставления медицинских услуг пациентам. Так, в нашем исследовании Мс доступности записи на прием к врачу через регистратуру составила 4 по 5-балльной шкале. Это говорит о том, что каждая регистратура медицинской организации сталкивается с собственной проблемой, как большая нагрузка в огромном потоке пациентов.

#### **Выводы:**

1. Это исследование предоставило доказательства того, что регистратура несомненно вносит основной вклад в показатель удовлетворенности медицинской организацией в целом.
2. Необходимо проведение обучения персонала регистратуры, а также постоянная структурированная поддержка. Срочно необходимы основанные на фактических данных стратегии предотвращения форм-мажорных ситуаций и грамотного управления потоком пациентов.

## АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ К УЧЕБЕ В ВУЗЕ НА ПРИМЕРЕ ВТОРОКУРСНИКОВ

*О.С. Шабанова, студент 2 курса ФПИЭ*

*А.Е. Шабанова*

*ФГБОУ ВО Тверской государственный технический университет*

*Научный руководитель: ст. преподаватель кафедры ИЯ А.Е. Шабанова*

**Ключевые слова:** адаптация; студент; анализ; анкетирование; результат

Адаптация — это важный и значимый процесс в нашей жизни. С детства мы приспосабливаемся к чему-то, например, к условиям окружающей среды, жизни и т.д. После детского сада мы идем в школу и адаптируемся к ее системе и учебе. После школы многие идут дальше по системе образования и поступают в вузы. Здесь уже взрослые и достаточно самостоятельные ребята привыкают к новой обстановке и системе образования. Этот процесс протекает у каждого индивидуально и требует определенной гибкости и усилий, направленных на преодоление стресса, вызванного этим новым периодом в жизни. Значительное большинство испытывает трудности на первом году обучения, и каждый их проходит по-своему. Поэтому способность адаптироваться к изменяющимся условиям, учиться преодолевать трудности, найти своё место в жизни являются решающим фактором развития интеллектуальных и личностных возможностей студентов.

**Целью** данной статьи стал анализ результатов анкетирования студентов второго курса Тверского государственного технического университета, обучающихся на втором курсе трех факультетов ТвГТУ: машиностроительном, инженерно-строительном и факультете природопользования и инженерной экологии. Общее количество студентов, принявших участие в опросе — 72 человека. Возраст анкетированных находится в диапазоне от 18 до 21 лет (средний возраст 19.8 лет). Студентов мужского пола участвовало на 8 % больше чем женского (муж — 54 %, жен — 46 %). Основные методы — анкетирование и анализ.

Студенты, пришедшие в высшее учебное заведение после школы, не до конца осознают, что контроль учебного процесса уже не такой строгий как в школе. Некоторые, кто хорошо учился в школе и прекрасно понимает для чего пришел в вуз, так и продолжают тянуться к знаниям и в университете. Таких немного, всего 14 человек, а это около 19 % всего количества, но точно можно говорить, что профессия им интересна и они смогут устроиться на работу по специальности. Другие же начинают чувствовать свободу и решают, что можно расслабиться и особо ничего не делать. Такие, как правило, уже после первой сессии, когда уже становится немного понятно их отношение к учебе, начинают больше прогуливать, хуже учиться, что приводит к проблемам в дальнейшей учебе. В данной ситуации студентов тоже можно разделить на две группы: (а) те, кто продолжает просто плыть по течению, не собираясь что-то менять или предпринимать для выхода из ситуации, таких 21 человек, что составляет около 29 % студентов; (б) около 10 %

(7 человек) тех, кто через год осознает, что необходимо предпринимать определенные действия для изменения ситуации.

Также в абсолютно каждой группе есть и те, кто пришел после колледжа. У таких студентов уже есть понимание о выбранном направлении и учебном процессе в целом, хоть он и немного отличается от обучения в вузе, в группах их 31 %. Некоторые студенты (10 %) уже уверены в своей специальности после получения среднего специального образования и продолжают развиваться в данной профессии, уже обучаясь в вузе. Около 10 % (7 человек) в течение обучения в вузе проявляют халатное отношение к учебе, основываясь на привычках, приобретенных в колледже.

Бывает и такой случай, что студент поступает в университет на выбранную специальность, но после первого семестра или года он понимает, что это не то, чем он действительно хочет заниматься в жизни. Тут есть два варианта развития событий, либо человек решает доучиться, чтобы иметь диплом о высшем образовании и потом уже искать свое призвание. Либо же сразу бросить учебу и поступать на другое направление подготовки может быть в этом же вузе, может вообще совершенно в другом городе. Среди анализируемых анкет тоже есть такой пример (приблизительно 1 %), когда студент, начав обучение в другом вузе и отучившись, год, понимает, что ошибся с выбором специальности и поступает в наш вуз, отчислившись из другого университета.

Большинство студентов 60 человек (83 %) поступают учиться в другой город, вдали от дома. И таким приходится подстраиваться под новый образ жизни без родителей. В данной ситуации им предоставляется общежитие и это может быть как плюсом, так и минусом. Жизнь в общежитии приносит студенту многообразие стрессовых ситуаций из-за множества новых знакомств, самостоятельности в принятии решений, а также немаловажную роль играет финансовая составляющая. В данном контексте адаптация приобретает различные как положительные, так и отрицательные стороны. Под положительным аспектом можно понимать формирование подгрупп студентов, которые проявляют желание, стремление к обучению; образование малых социумов по интересам. В то же время отрицательное влияние заключается в том, что самостоятельность — удаленность от родителей, вызывает ощущение мнимой свободы и учеба отходит на второй, а то и последний план. Многие студенты испытывают материальные трудности, проживая в общежитии. В качестве выхода из создавшейся ситуации они принимают решение об устройстве на работу. Как правило, занятость на предприятиях оставляет все меньше времени для учебы.

Приобретение нового статуса, различные формы социализации, оказывают сильное воздействие на психологическое состояние и самочувствие студентов, и как следствие меняется поведенческая реакция на окружающую среду, что еще раз подчеркивает значимость изучения вопроса адаптации студентов. Пользу из всего этого можно вынести, найти помощь в учебе, и тогда проблем с сессией не будет, завести хороших друзей и сделать свои студенческие годы запоминающимися. Главное уметь все совмещать.

## ПОЗДНО ВЫЯВЛЕННАЯ КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ У ПОДРОСТКА

*Х.С. Шавоева, студентка 6 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра педиатрии педиатрического факультета  
Научный руководитель: к.м.н., доцент А.Н. Шибяев*

**Ключевые слова:** врожденный порок сердца; коарктация аорты; артериальная гипертензия

**Актуальность.** Коарктация аорты (КоА) представляет собой врожденное сегментарное сужение аорты. Как изолированный порок она встречается в 4–5 % случаев от общего числа всех врождённых пороков сердца, причём у мальчиков — в 2 раза чаще, чем у девочек.

Нарушения гемодинамики при КоА связаны с наличием препятствия кровотоку в аорте. Давление крови проксимальнее области сужения (артерии головы и верхних конечностей) выше, что приводит к развитию симптоматической артериальной гипертензии и сопровождается гипертрофией левого желудочка. Дистальнее коарктации давление крови низкое, и все остальные органы, располагающиеся в этом бассейне кровоснабжения, страдают от гипоперфузии. При естественном течении заболевания коллатеральный кровоток формируется за счет анастомозов межреберных, внутренних маммарных и лопаточных артерий.

**Цель исследования:** дать клиническую характеристику коарктации аорты при естественном течении заболевания и выявить причины поздней диагностики.

**Материалы и методы:** проведен ретроспективный анализ истории болезни больного М., 17 лет.

**Результаты.** Клинический случай: мальчик 17 лет поступил в педиатрическое отделение без жалоб по направлению врача после проведения профилактического медицинского осмотра, когда было выявлено повышение артериального давления до 180/80 мм рт.ст. При обследовании в стационаре отмечена характерная объективная симптоматика: бросалась в глаза видимая пульсация сосудов в яремной ямке и надключичных областях с обеих сторон, недоразвитие нижнего сегмента тела, характерная аускультативная картина с шумом на спине в межлопаточной области слева, едва заметная пульсация бедренной артерии, отсутствие пульсации подколенных артерий и невозможность измерить давление на ногах. Диагноз был подтверждён данными ЭКГ и ЭхоКГ. Для выявления особенностей коллатерального кровоснабжения была выполнена компьютерная томография (КТ) с контрастированием сосудов: КТ-картина коарктации аорты, умеренного компрессионного стеноза чревного ствола.

Окончательный диагноз — коарктация аорты, симптоматическая артериальная гипертензия. ХСН 1 ст. ФК II. Мальчик был направлен на кардиохирургическое лечение.

**Обсуждение:** Особенностью данного клинического случая является выявление сопутствующей аномалии — компрессионного стеноза чревного ствола (КСЧС) или синдрома Данбара, что явилось случайной находкой при выполнении КТ.

Компрессионный стеноз чревного ствола (синдром компрессии чревного ствола, синдром Данбара) — заболевание, обусловленное экстравазальным сдавлением чревного ствола брюшной аорты срединной дугообразной связкой диафрагмы, ножками диафрагмы или нейрофиброзной тканью чревного сплетения. Является одной из главных причин абдоминальной ишемической болезни, вызываемой нарушением кровоснабжения органов пищеварения. Основной жалобой больных с КСЧС является боль в животе. Эту жалобу предъявляют 97–100 % обследованных больных. У обследованного пациента симптомы КСЧС отсутствовали. Бессимптомное течение синдрома Данбара встречается редко.

В научной литературе пока недостаточно статистических данных о частоте сочетания коарктации аорты и компрессионного стеноза чревного ствола.

**Выводы:** ввиду наличия явно выраженной клинической симптоматики КоА, причиной поздней диагностики данной патологии у подростка является недостаточная внимательность врачей, осматривавших пациента до 17-летнего возраста. Сочетание КоА с синдромом Данбара может являться определённой закономерностью, что требует накопления статистического материала и дальнейшего изучения.

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*О.Э.Шагалина, А.Д. Новикова, В.Д. Якушкина, студенты 3 курса лечебного факультета*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г.Тверь, Россия*

*Кафедра патологической физиологии*

*Научный руководитель: к.п.н., доцент А.В. Аксёнова*

**Ключевые слова:** индекс функциональных изменений (ИФИ); психоэмоциональное состояние; сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)

**Цель исследования:** оценить взаимосвязь степени напряжения механизмов адаптации, показателей самооценки функционального состояния и стрессовой напряженности у пациентов с ССЗ.

**Материалы и методы.** В обследовании приняли участие женщины ( $n = 63$ ) в возрасте от 54 до 65 лет с разным уровнем образования и профессии, имеющие хронические ССЗ. Все участники дали добровольное письменное согласие на проведение обследования. Для исследования были подобраны следующие диагностические методики: опросник Спилбергера – Ханина для определения уровня личностной (ЛТ) и ситуационной тревожности (СТ), шкала психологического стресса (ПС) PSM-25 (Лемур-Тесье-Филлион) для измерения переживаний стресса, тест САН (самочувствие, активность, настроение) для самооценки функционального состояния. Изменение адаптации сердечно-сосудистой системы оценивали путем расчета индекса функциональных изменений (ИФИ) по формуле Р.М. Баевского. Критерии оценки механизмов адаптации по ИФИ: до 2,60 баллов – адаптация удовлетворительная; ИФИ от 2,60 до 3,10 баллов – напряжение механизмов адаптации; ИФИ от 3,10 до 3,50 баллов – неудовлетворительная адаптация. Описательная статистика признаков включала в себя: медиану ( $Me$ ), нижний ( $Q_1$ ) и верхний ( $Q_3$ ) квартили. Анализ значимости межгрупповых различий проводили с помощью не-параметрического  $U$ -критерия Манна–Уитни с использованием критерия Краскела-Уоллиса (для трёх и более независимых выборок). Статистический анализ связей между параметрами проводили с использованием непараметрических методов в программе «Statistica 6.1». Критический уровень значимости различий  $p < 0,05$ .

**Результаты:** Участники исследования по результатам определения ИФИ были разделены на следующие группы: 1 группа ИФИ  $< 2,6$ ; 2 группа ИФИ от 2,60 до 3,10 баллов, 3 группа ИФИ от 3,10 до 3,50 баллов. Таким образом, у 12,8 % участников исследования наблюдается удовлетворительная адаптация, 49,2 % участников имеют напряжение механизмов адаптации и у 38 % неудовлетворительная адаптация. Высокий уровень ЛТ выявлен у 39 % обследуемых  $Me = 59,5$  ( $Q_1 = 47$ ;  $Q_3 = 62,0$ ) (из них 43 % относятся к 3 группе), у большинства (54 %) респондентов наблюдаются средний уровень ЛТ  $Me = 40,0$  ( $Q_1 = 35$ ;  $Q_3 = 42,0$ ),



низкий уровень  $Me = 25,0$  ( $Q_1 = 24,0$ ;  $Q_3 = 25,0$ ) у 7 % участников обследования. Анализ значений показателей уровня СТ выявил высокий уровень  $Me = 53,0$  ( $Q_1 = 48$ ;  $Q_3 = 65,0$ ) у 26 % респондентов, средний  $Me = 38,0$  ( $Q_1 = 36$ ;  $Q_3 = 40,0$ ) — у 58 %, в диапазоне низкого уровня  $Me = 25,0$  ( $Q_1 = 21$ ;  $Q_3 = 28,0$ ) находятся значения показателей СТ у 17 % участников исследования.

Результаты определения уровня переживаний стресса у обследуемых с высоким уровнем ЛТ находятся в пределах средних значений показателей психологического напряжения  $Me = 149,5$  ( $Q_1 = 127,0$ ;  $Q_3 = 167,0$ ). Низкий уровень психологического напряжения наблюдается у респондентов с низкой и умеренно выраженной личностной и ситуативной тревожностью. Уровень переживаний ПС значительно положительно коррелирует с показателями СТ и ЛТ ( $p < 0,05$ ). Корреляционный анализ не выявил связи между уровнем переживаний ПС и адаптационными возможностями организма в 1 группе обследуемых, однако при увеличении показателей ИФИ (2 и 3 группы) связь между показателями значима ( $r = 0,56$ ,  $p = 0,004$ ). Кроме того, у всех участников обследования при увеличении показателя ИФИ возрастает СТ ( $r = 0,36$ ,  $p = 0,015$ ). У всех участников исследуемых групп выявлена обратная зависимость между уровнем субъективного переживания ПС и характеристикой «самочувствие» по методике САН ( $p < 0,05$ ) и сильная отрицательная связь ( $r = -0,76$ ,  $p = 0,0002$ ) с показателем эмоционального состояния («настроение»). У обследуемых 2 и 3 групп уровень переживания ПС негативно влияет ( $r = -0,5$ ,  $p = 0,01$ ) на подвижность, скорость и темп протекания функций (показатель «активность» по методике САН).

**Выводы:** смещение показателей ИФИ в результате перенапряжения регуляторных систем организма у пациентов с ССЗ вовлекает в реакцию психоэмоциональную сферу, на что указывает наличие взаимосвязи между показателем ИФИ и уровнем субъективного переживания психологического стресса. При этом уровень психологического напряжения зависит от индивидуальной предрасположенности к переживаниям, что во многом определяется уровнем тревожности как свойства личности (ЛТ).

## АНАЛИЗ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА РОССИЙСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

*И.В. Шамин, 5 курс, фармацевтический факультет  
ФГБОУ ВО «ВГУ», г. Воронеж, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации  
Научный руководитель: А.В. Шабанова*

**Ключевые слова:** лекарственный препарат; реестр, фармацевтическая промышленность, отечественное производство

Ситуация в области национального лекарственного обеспечения на протяжении нескольких лет оставалась напряженной, что обусловлено высокой импортозависимостью российского фармацевтического рынка и невысоким внутренним производственным потенциалом. Несмотря на то, что российский фармацевтический рынок демонстрирует стабильный рост, приоритетным вектором развития отечественной фармацевтической промышленности является обеспечение лекарственной независимости и национальной безопасности Российской Федерации за счет локального производства стратегически значимых лекарственных средств. Согласно утвержденной Правительством РФ Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации до 2030 года, доля российских препаратов в суммарном объеме потребления в натуральном выражении к 2030 году должна составить 66,3 %.

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ предложений отечественных лекарственных препаратов (ЛП) за период с 2021 по 2023 год.

В качестве методов исследования использовали контент-анализ, ассортиментный трендовый и структурный анализ. Информационную основу исследования составили данные Государственного реестра лекарственных средств (по состоянию на декабрь 2023 года).

Установлено, что в 2021 году на территории Российской Федерации зарегистрировано 1221 ЛП, из которых страной держателя регистрационного удостоверения в 901 случае является Россия, и 413 из них входят в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). В 2022 году государственный реестр пополнился 1961 препаратом, из которых 1521 отечественные, что на 69 % больше аналогичного показателя за 2021 год. При этом 715 ЛП входят в перечень ЖНВЛП. Результаты анализа 2023 года показали, что из 2025 зарегистрированных препаратов 1526 являются отечественными, половина которых входят в перечень ЖНВЛП. Таким образом, с 2021 года общее количество зарегистрированных лекарственных препаратов неуклонно растет с доминированием отечественных ЛП — средняя доля отечественных препаратов в общем числе зарегистрированных составляет 75 %.

Анализ зарегистрированных ЛП российского производства по МНН выявил, что в 2021 году в гражданский оборот поступили 479 МНН, из которых по коли-

честву регистрационных удостоверений доминируют Нимесулид, Кислород и Мелоксикам. В 2022 году в числе 704 отечественных МНН преобладают Кетопрофен, Мелоксикам и Ибупрофен. В 2023 году анализ установил доминирование в общей выборке из 687 отечественных МНН таких ЛП, как Диклофенак, Азитромицин и Левофлоксацин. Таким образом, в 2022 году отмечается увеличение отечественных МНН в 1,5 раза.

Сравнительный анализ зарегистрированных отечественных ЛП в разрезе фармакотерапевтических групп выявил превосходство нестероидных противовоспалительных препаратов, антисептических препаратов, антибиотиков, противовирусных и противоопухолевых препаратов, что можно рассматривать как меру реагирования на возможную дефектуру.

Таким образом, на основании данных государственного реестра лекарственных средств за последние три года выявлена положительная динамика регистрации отечественных ЛП, применяемых для лечения широкого спектра заболеваний, в том числе преобладающих в структуре общей заболеваемости и являющихся основными причинами смертности.

## АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*С.А. Шамсикулова, А.А. Рустамов, А.А. Нумонова, Ф.У. Рахматова,  
Л.Ш. Акмуратова, студенты педиатрического и лечебного факультета  
Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,  
Узбекистан  
Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии  
Научный руководитель: ассистент кафедры Р.Б. Хаятов*

**Ключевые слова:** *алкогольная зависимость; аффективные расстройства.*

При алкогольной и опиатной зависимости аффективные расстройства обычно являются частью патологической тяги к психоактивным веществам и синдрома отмены. По данным различных авторов, частота аффективных расстройств в составе синдрома отмены алкоголя достигает 95 %.

**Целью исследования** было изучение структуры и динамики аффективных расстройств у больных алкоголизмом на разных стадиях заболевания.

**Материалы и методы исследования.** Для изучения системных механизмов формирования аффективных расстройств нами был проведен опрос 60 больных алкоголизмом со средним астено-депрессивным и тревожно-депрессивным синдромами. I группа – 30 пациентов на первой стадии алкоголизма; II группа – 30 пациентов на второй стадии с субъективными симптомами на первой стадии, но не получивших соответствующего лечения. Исследование проводилось на базе наркологического и психоневрологического диспансера Самаркандской области.

**Результаты исследования.** Жалобы: головные боли различного типа и локализации, в I группе – 78,4 %, во II – 94,1 %; нарушения сна и бодрствования, проявляющиеся в виде раннего пробуждения и сонливости в течение дня, в I группе – 94,1 %, во II – 98 %; утомляемость, чаще всего отмечаемая в I группе с эмоциональным возбуждением – 98 %, во II – 100 %; кратковременная температура и раздражительность в I группе – 80 %, во II – 100 %. Потеря памяти, появление вялости и скрупулезности мышления, особенно при необходимости психического напряжения, затруднение перехода от одного вида деятельности к другому, интеллектуальная гибкость и не отвлекаемость в I и II группах – 100 %. Пациенты также жаловались на повышение импульсивности и снижение настроения в I группе – 90,2 %, во II группе – 100 %; снижение инициативы и жизненных интересов при снижении способности к самокритике и дистанции в I группе – 76,5 %, во II группе – 90,2 %. У 100 % больных в обеих группах наблюдалось чувство тревоги и страха за своим здоровьем, которое выражалось в ожидании неблагоприятного исхода болезни, апатии, «тревожности» этого чувства. Все вышеперечисленные жалобы привели к снижению трудоспособности, социальной и бытовой адаптации в I группе – 90,2 %, во II группе – 96 % больных. Оценка уровня тре-

возности выявила более высокие показатели личной и ситуационной тревожности, которые в основном были связаны с ожиданием социальных последствий болезни и страхом за свое здоровье. Тест Спилбергера-Ханина выявил высокий уровень личной тревожности в группе I – 49,0. 0,6 балла, во II группе – 51,8. 0,7. Показатели ситуативной тревожности также были высокими: в I группе – 46,5, во II группе – 0,5, во II группе – 50,6, во II группе – 0,6. Оценивая состояние когнитивных функций по шкале MMSE, было обнаружено, что первоначальный общий балл в группе I составлял 19,4. D. 0,6 балла, а во II группе выше – 20,4 D. 0,5 балла. Электроэнцефалография не выявила значительных различий между группами и характеризовалась умеренной аритмией и дезорганизацией фонового ритма. Частотно-амплитудные индексы характеризуются уменьшением индекса тяжести, частоты и амплитуды в затылочных линиях, а также увеличением амплитуды ритм-ритма и индекса тяжести во всех ступенях.

**Выводы.** 1. Алкогольная зависимость характеризуется формированием аффективных расстройств на первой стадии, с предрасположенностью к прогрессирующему течению. 2. Тяжесть аффективных расстройств определяется показателями клиники, взаимосвязью между ЭЭГ и нейропсихологическими тестами и может быть оценкой критериев реабилитации и уровня инвалидности.

## ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

*А.Д. Шатилова, П.П. Ягунов, студенты 4 курса лечебного факультета;  
Е.Д. Алейникова, студентка 5 курса педиатрического факультета;  
А.В. Буров, студент 2 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Научный руководитель: доцент, к.м.н. Ю.А. Шатилова*

**Ключевые слова:** гестационный сахарный диабет; исходы беременности; перинатальные исходы

**Цель:** оценить исходы беременности и родов у пациенток с гестационным сахарным диабетом.

**Материалы и методы.** Обследовано 82 беременных основной группы с гестационным сахарным диабетом (ГСД), компенсированным диетотерапией и физической нагрузкой, и 30 соматически здоровых пациенток с нормогликемией группы сравнения, родоразрешенных на базе ГУЗ «Клинический родильный дом №2» г. Волгограда. В группах изучили акушерско-гинекологический анамнез, наличие экстрагенитальных заболеваний, особенности течения беременности, родов, послеродового периода и раннего неонатального периода. Статистическая обработка материалов осуществлялась с использованием параметрических и не параметрических критериев (Т-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни). Различия считались достоверными при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и обсуждение:** Средний возраст пациенток в группах составил  $30,7 \pm 1,66$  и  $26,2 \pm 0,54$  лет соответственно. При этом количество пациенток старше 30 лет статистически значимо не отличалось: в основной группе — 60 %, в группе сравнения — 50 % ( $p > 0,05$ ). В основной группе 28 % беременных имели отягощенную наследственность по сахарному диабету 2-го типа, в группе сравнения такого отягощения не было ( $p < 0,05$ ). При этом у 19,5 % пациенток основной группы в предыдущей беременности уже был диагностирован гестационный сахарный диабет, в отличие от беременных группы сравнения ( $p < 0,05$ ). При изучении акушерско-гинекологического анамнеза ( $p < 0,05$ ) на первом месте были аборты в 64,6 %, самопроизвольные выкидыши в 14,6 %, из гинекологических заболеваний доминировал хронический воспалительный процесс придатков матки в 18,3 %. Из экстрагенитальной патологии в основной группе достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) встречались ожирение (58,5 %), нейроэндокринные нарушения (43,9 %), пиелонефрит (35,3 %), сердечно-сосудистая патология (35,3 %), инфекционные заболевания мочеполовой системы (39 %). При изучении осложнений беременности в достоверно большем проценте наблюдались ( $p < 0,01$ ) многоводие — 48,7 %, высокая частота гестационной артериальной гипертензии (17,2 %), преэклампсии — 4,4 %, угроза прерывания беременнос-

ти у каждой четвертой пациентки. Роды через естественные родовые пути произошли у  $70,7 \pm 5,0$  % пациенток в основной группе и у  $73,3 \pm 2,21$  % группы сравнения. Масса тела новорожденных составила  $3862,1 \pm 24,1$  грамм. Фетопатий у плодов обеих групп не было зафиксировано. Анализ показал, что у  $8,5 \pm 2,3$  % новорождённых в основной группе родились в асфиксии разной степени тяжести, что достоверно выше показателей группы сравнения ( $p < 0,05$ ). Синдром дыхательных расстройств наблюдался у  $12,2 \pm 3,8$  % новорождённых от матерей с гестационным сахарным диабетом, что достоверно выше, чем в группе с нормогликемией ( $p < 0,05$ ). Данные осложнения могут быть связаны с подавлением активности сурфактанта высокими дозами плодового инсулина, вырабатываемого в ответ на гипергликемию у плода на фоне гипергликемии у беременных с гестационным сахарным диабетом.

**Заключение.** Проведённый анализ показал, что беременность и роды на фоне гестационного сахарного диабета сопровождаются высоким процентом осложнений как для матери, так и для плода. Развитие акушерских и перинатальных осложнений напрямую зависит от компенсации диабета у матери.

## УЧИТЕЛЬ ВЕЛИКИХ — ИНОЗЕМЦЕВ ФЕДОР ИВАНОВИЧ

*Л.Р. Шахова, ученица 11 класса ГБОУ Школа №1506*

*Научный руководитель: учитель химии, О.Н. Шаверская*

**Ключевые слова:** учитель великих; наставник; Фёдор Иванович Иноземцев; великий человек оставшийся в тени; забытый гений; врач; первооткрыватель эфирного наркоза; архив Донского Монастыря

2023 год объявленный Годом педагога и наставника заставил под другим углом посмотреть на людей, которые передают нам свои знания, навыки и опыт.

Иноземцев врач, учёный, знаток и ценитель искусства, но главное — он удивительный пример для подражания для своих учеников.

В своём проекте я хочу рассказать о выдающемся хирурге и учителе, о котором незаслуженно забывают, может быть, потому, что ученики очень превзошли его.

**Цель работы:** популяризация жизни и достижений Иноземцева Ф.И. — великого учёного, талантливого хирурга, «первооткрывателя» и учителя великих русских врачей.

### **Задачи:**

1. Изучить биографию Ф.И. Иноземцева, определить его вклад в развитие медицины XIX века;
2. Ознакомиться с определением видеоподкаста и основными этапами его создания.
3. Создать сценарий видеоподкаста; записать видеоподкаст и выложить его в общий доступ.

**Объект исследования.** Жизнь и профессиональная деятельность Иноземцева Ф.И.

**Материалы и методы.** Методы сравнительно-аналитические. Для проекта использовались материалы из книги А.Бушкова «Врач, гусар, мушкетер или летопись медицинской жизни России», использовались сведения из Архива службы кладбища Донского Монастыря и Центрального Государственного Архива города Москвы, а также интернет-источники. Использован опросник в гугл-формах для проведения анализа исследования.

### **Результаты исследования**

На основе всех данных был создан видеоматериал, размещённый в открытом доступе. При создании сценария учитывается целевая аудитория, форма подкаста и сама тема. В данном случае целевой аудиторией являются учащиеся старшей школы, форма — множественное повествование, тема — Иноземцев Ф.И. — врач и педагог. В ходе работы текст был сокращён и выделены основные тезисы. Также были удалены или заменены научные понятия, непонятные целевой аудитории. Конечный вариант сценария был согласован с целевой аудиторией, и в дальнейшей доработке были добавлены субтитры на английском языке, что не только



расширяет целевую аудиторию слушателей, но и дает возможность использовать данный ролик на занятиях по английскому языку в медицинских классах.

### **Вывод**

По результатам опроса, большая часть нынешнего поколения даже не знакома с фамилией Иноземцева. Создав видеоролик о великом учителе, мы можем популяризировать его имя, выложив ролик в свободный доступ социальных сетей и показывая его в разных классах. Ролик собирает достаточное число просмотров в YouTube, а также был уже показан на классных часах в школе.

## ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*А.А. Шашкина, А.Э. Соломенская, С.А. Москалева, К.А. Шепет, 6 курс, лечебный факультет*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра поликлинической терапии*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Ю. Колесникова*

**Ключевые слова:** *пожилой пациент; ультразвуковое исследование органов брюшной полости*

**Цель исследования:** сравнительный анализ протоколов органов брюшной полости (УЗИ ОБП) у пациентов трудоспособного и пожилого возраста.

**Материалы и методы:** было проанализировано 128 протоколов УЗИ ОБП, обследованы 60 пациентов моложе 60 лет (1-я группа), и 68 пациентов 60 лет и старше (2-я группа). В 1-й группе женщин было 28 (46,7 %), а во 2-й 45 (66,2 %;  $p_{\chi^2} < 0,05$ ), что отражает естественную возрастную динамику соотношения мужчин и женщин в популяции. Возраст пациентов 1-й группы был в интервале от 22 до 59 лет, медиана 46 лет, а пациентов 2-й группы колебался от 60 до 93 лет, медиана возраста составила 72 года. Сопоставлялись условия исследования, ультразвуковые характеристики органов брюшной полости, патологические находки. Полученные результаты подвергались анализу при помощи стандартных методик параметрической и непараметрической статистики с использованием Excel Microsoft Office.

**Результаты:** ограничение акустического доступа в 1-й группе наблюдалось у 7 пациентов (11,7 %), а во 2-й группе у 13 пациентов (19,1 %;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ). В обеих группах среди причин ухудшения визуализации отмечалось чрезмерное скопление газов, ожирение, кифосколиоз, а во 2-й группе дополнительно состояние после приема пищи.

Размеры печени в 1-й группе были увеличены у 21 (41,7 %) пациента, а во 2-й — у 27 пациентов (39,7 %;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ). Эхогенность печени была повышена в 1-й группе у 39 пациентов (69 %), а во 2-й у 52 пациентов (76,5 %;  $p_{\chi^2} > 0,05$ ). Изменений эхоструктуры печени в 1-й группе не выявлено ни одного пациента, а во 2-й группе диффузно-неоднородная эхоструктура описана у 26 пациентов (38,2 %). Очаговые образования печени ни разу не встретились в 1-й группе, тогда как были выявлены у 8 (11,7 %) пожилых пациентов. Кисты печени обнаружены у 6 пациентов (8,8 %) 2-й группы, при этом 2 пациента (2,9 %) имели одиночные кисты, а 4 пациента (5,9 %) — множественные. Также во 2-й группе у 1 (1,5 %) пациента выявлены множественные гемангиомы печени, у 1 (1,5 %) пациента — очаговые образования правой доли печени, вероятнее всего, вторичного генеза. В 1-й груп-

пе диаметр воротной вены колебался в пределах нормы, от 10 до 12 мм, а во 2-й от 10 до 17 мм, медиана 10,2 мм, увеличение свыше 14 мм у одного пациента (1,5 %). Расширение внутрипеченочных желчных протоков в 1-й группе не отмечено, а во 2-й группе выявлено у 1 (1,5 %) пациента. В 1-й группе диаметр холедоха составил от 3 до 5,9 мм, медиана 3,3 мм, а во 2-й от 3 до 8 мм, медиана 3,5; расширен свыше 6 мм у 1 (1,5 %) пациента.

В 1-й группе у 2 (3 %) пациентов имелось утолщение стенки желчного пузыря, а во второй группе у 15 пациентов (22 %;  $p_{\chi^2} < 0,05$ ). Полип желчного пузыря от 5 до 10 мм был обнаружен по одному случаю в каждой группе. В 1-й группе у 46 (76,7 %) содержимое желчного пузыря гомогенное, у 3 (5 %) пациентов выявлен билиарный сладж, у 7 (11,7 %) пациентов обнаружены конкременты, у 4 (6,7 %) пациентов желчного пузыря нет. Во 2-й группе у 45 (66,2 %) содержимое желчного пузыря гомогенное ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ), у 2 (2,9 %) пациентов выявлен билиарный сладж ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ), у 11 (16,2 %) пациентов обнаружены конкременты ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ), у 10 (14,7 %) пациентов желчного пузыря нет ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ).

В 1-й группе у 3 (5,0 %) пациентов были увеличены размеры поджелудочной железы, а во 2-й — у 1 (1,5 %) больного. Кисты поджелудочной железы визуализировались по 1 случаю в каждой группе, причем у пациента из 1-й группы киста была единичной, а у пациента из 2-й группы обнаружилось множественные кисты.

Размеры селезенки были увеличены у 10 (16,7 %) человек в 1-й группе и у 1 (1,5 %) пациента во 2-й группе ( $p_{\chi^2} < 0,05$ ). Расширения селезеночной вены свыше 8 мм не было выявлено.

Указание на увеличенные лимфоузлы в брюшинной полости имелось в протоколе только у 2 (3,3 %) пациентов в 1-й группе, а во 2-й группе таких указаний не было.

**Заключение:** ограничение акустического доступа несколько чаще встречалось в группе пожилых пациентов, в том числе в связи с приемом пищи перед исследованием. Гепатомегалия и повышение эхогенности печени определялись в группах с сопоставимой частотой, тогда как диффузные изменения эхоструктуры значительно чаще выявлялись у пожилых людей. Очаговые изменения в печени обнаружены у каждого десятого пожилого пациента и ни разу не были описаны в группе более молодых людей. Расширение воротной вены, внутри- и внепеченочных желчных протоков в единичных случаях также выявлялось только у пожилых людей. Выявлена тенденция к нарастанию частоты желчнокаменной болезни и распространенности холецистэктомии с возрастом. У пожилых людей реже выявлялась спленомегалия.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И АЗЕЛАИНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ ЛИЦА

*К. А. Шепет, студент 6 курса лечебного факультета;  
О.А. Александрова, Е. С. Муравьёва, ассистенты кафедры  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии  
Научный руководитель: д.м.н., профессор В.В. Дубенский*

**Ключевые слова:** фотодинамическая терапия; азелаиновая кислота; гиперпигментация

**Цель исследования:** оценить эффективность сочетанного применения фотодинамической терапии с наружным гелем на основе хлорина Е6 и азелаиновой кислоты при коррекции поствоспалительной гиперпигментации кожи лица.

Поствоспалительная гиперпигментация — вторичное приобретённое состояние дисхромии кожи вследствие нарушения пигментации, возникающие на месте воспалительного процесса, как результат повышенной активности меланоцитов. Этиологическими факторами дисхромии наиболее часто являются дерматозы (акне, псориаз, красный плоский лишай, дерматиты, многоформная экссудативная эритема, и другие), ятрогения (косметологические процедуры), воздействие неионизирующей радиации, паразитарные и инфекционные заболевания, внешние повреждения (ожоги, травмы, укусы насекомых, невротические эксфолиации). Мужчины и женщины с III–VI фототипии кожи (по Фитцпатрику) наиболее предрасположены к развитию вторичной гиперпигментации. Фотодинамическая терапия — современный, безопасный метод лечения с применением наружного геля фотосенсибилизатора и лазерного излучения, которая способствует восстановлению коллагенового каркаса, улучшению микроциркуляции и изменению пигментации кожи. Главными преимуществами данного метода являются активизация роста молодых, здоровых клеточных структур, коллагена и эластина, безболезненность и неинвазивность процедуры, отсутствие периода реабилитации и побочных эффектов. Азелаиновая кислота оказывает цитотоксическое и антипролиферативное действие на меланоциты, ингибирует тирозиназу и снижает образование свободных радикалов, что в конечном итоге влияет на пигментацию кожи.

**Материалы и методы:** проведено катаранестическое исследование 17 пациентов с проявлениями поствоспалительной гиперпигментации кожи лица в возрасте от 18 до 44 лет. Критерии включения в исследование: эпидермальная пигментация желто-коричневого, коричневого или темно-коричневого цвета, локализованная на коже лица. Критерии исключения: аутоиммунные заболевания, индивидуальная непереносимость хлорина Е6 и азелаиновой кислоты. Для проведения фотодинамической терапии применялись наружный фотосенсибилизатор на основе хлорина Е6 и крас-

ное лазерное излучение в диапазоне  $660 \pm 2$  нм с мощностью эксимерного воздействия —  $180 \text{ Дж/см}^2$ . Гель наносился на предварительно очищенную кожу на 15 минут. Процедура проводилась 1 раз в неделю (базовый курс – 10 процедур). Азелаиновая кислота в форме 15 % геля наносилась на участки гиперпигментации каждым вечером, в свободные от фотодинамической терапии дни, на протяжении трех месяцев.

**Результаты и обсуждение.** Через 1 месяц лечения азелаиновой кислотой и проведения четырех процедур фотодинамической терапии у 11 человек жёлто-коричневая пигментация посветлела, границы стали менее четкими. При оценке эффективности через 10 недель у всех пациентов наблюдалось разрешение эпидермальной дисхромии, побледнение окраски и выравнивание равномерного телесного цвета кожи. Полученные результаты сохранялись в течение всего периода наблюдения (6 месяцев).

**Выводы.** Фотодинамическая терапия и азелаиновая кислота при совместном применении, являются высокоэффективными методами и могут использоваться для коррекции поствоспалительной гиперпигментации кожи.

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ И КИСТИ РУК

*С. Шералиев, Р. Уралов, А. Кучкаров студенты 5 курса, педиатрический факультет*

*Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан. кафедры Травматологии и ортопедии  
Научный руководитель: PhD, Асс. И.Б. Шопулатов*

**Актуальность.** Определение степени тяжести и установление механизма переломов костей кисти являются основными вопросами экспертизы живых лиц. В настоящее время в процессе судебно-медицинской экспертизы степень тяжести переломов этих костей устанавливается по критериям длительности расстройства здоровья и объему ( %) стойкой утраты общей трудоспособности. Кроме того, осложнений переломов и отдаленные исходы травмы костей кисти также могут быть весьма разнообразными. А, характер переломов могут быть разными в зависимости от механизме травмы.

**Цель исследования:** выявление критериев судебно-медицинской оценки степени тяжести и уточнение механизма формирования различных видов переломов костей запястья и пястных костей рук.

**Материалы и методы исследования.** Исследования проведены в нижеследующих 2-х группах наблюдений: 1. Изучены отдаленные последствия переломов костей запястья у 24-х лиц, мужского пола в возрасте от 15 до 48 лет. 2. Изучены отдаленные исходы переломов пястных костей у 218 лиц в возрасте 18-74 лет, получивших травму при различных обстоятельствах.

**Результаты исследования.** Установлено, что со стороны структур запястья чаще всего отмечались переломы ладьевидной (79,1 %) кости, переломы остальных костей отмечены в 20,9 % случаях. У 19 пострадавших лиц имела место изолированная травма кистей с переломами костей запястья, в остальных 5 случаях травма кистей сочеталась с повреждениями других частей тела: с переломами костей предплечья (2), черепно-мозговой травмой (2) и с переломами костей плеча, бедра и голени (1).

В ладьевидной кости чаще всего наблюдались переломы Типа А 2 — незавершенный перелом талии, сравнительно реже — типы В 2 — завершенный перелом талии и типы В 4 — черезладьевидно — перилунарный перелома-вывих запястья. Со стороны других костей отмечены переломы тел полулунной и крючковидной, внутрисуставной неосложненный перелом гороховидной и краевой перелом трехгранной костей.

Со стороны структур пястных костей в большинстве случаев у пострадавших отмечены околосуставные переломы в области шейки пястных костей (49,1 %), затем — внутрисуставные переломы у основания (26,6 %) и околосуставные диа-

физарные переломы (20,6 %) костей. Переломы в области головки и комбинированные переломы выявлялись значительно редко (2,3 и 1,4 %).

При косых переломах пястных костей сроки иммобилизации при этих переломах составили от 5–6 до 6–8 недель. При поперечных переломах нередко наблюдается попадание пораженных мягких тканей в зону перелома. Кроме того, из-за небольшой площади переломов процесс заживления в них замедляется, в связи с чем сроки иммобилизации кистей составляли в среднем от 6–8 до 8–10 недель. При данном виде переломов были отмечены контрактуры пальцев, в этих условиях объем стойкой утраты общей трудоспособности составил от 10–15 до 20–25 %.

Оскольчатые переломы со смещением были отмечены во всех пястных костях, однако чаще всего они отмечались на V и II костях. При этом у 8-ми из 22-х больных после 2-месячной иммобилизации в исходе отмечались выраженные контрактуры II и V пальцев, что привело к стойкой утрате общей трудоспособности на 20–25 %. В тоже время, при оскольчатых переломах без смещений сроки иммобилизации кистей составили в среднем 4–6 недель и у больных потери стойкой утраты общей трудоспособности не отмечались.

Субкапитальные переломы в отдаленном периоде травмы привели к контрактуре V-го пальца в 23 случаях из 103 наблюдений (угол сгибания составил 5 %). Сроки иммобилизации при этих переломах составляли от 5–6 до 6–8 недель. В период реабилитации контрактуры пальцев у 19-ти больных были устранены, а у 4-х больных после 2-месячной реабилитации эти состояния сохранились в течение 1,5 месяцев, что привело к стойкой утрате общей трудоспособности на 5–10 %.

### **Выводы**

1. Осложнений переломов ладьевидной кости, приводящие к стойкой утрате общей трудоспособности в объеме более 1/3 проявляется резким ограничением движений в лучезапястном суставе, вплоть до вынужденного его состояния. При неосложненных переломах ладьевидной кости и переломах других костей запястья, длительность расстройства здоровья составляет 8-12 недель (до 3 месяцев) и при этом у больных стойкой утраты общей трудоспособности не наблюдается;
2. Осложнения в виде контрактур пальцев, приводящих к стойкой утрате общей трудоспособности в объеме от 10 до 25 % наблюдается преимущественно при субкапитальных, оскольчатых и поперечных переломах пястных костей. В подобных случаях продолжительность расстройства здоровья составляет 3–3,5 месяцев, а при неосложненных переломах — 4–6 недель.

## ЗНАМЕНИТЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРИМЕНТЫ: АНАЛИЗ И ОЦЕНКА С ПОЗИЦИЙ СОВРЕМЕННОЙ ЭТИКИ ИССЛЕДОВАНИЙ

*М.С. Шинкина, У.М. Голякова, студентки 2 курса педиатрического факультета;*

*С.И. Данилов*

*<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества  
Научный руководитель: к.ф.н., доцент С.И. Данилов*

**Ключевые слова:** *психологические эксперименты; этика научного исследования; Нюрнбергский кодекс; добровольное согласие; Хельсинская декларация; Бельмонтский доклад; этические комиссии; Маленький Альберт; Джон Уотсон; эксперимент Стэнли Милгрэма; Стэнфордский тюремный эксперимент; Филипп Зимбардо*

**Цель работы:** проанализировать ряд знаменитых психологических экспериментов с точки зрения современной этики научных исследований. Материалами для анализа послужили видеозаписи знаменитых психологических экспериментов, методом исследования — сопоставление выбранных экспериментов с требованиями современных правовых документов.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что такие принципы этического поведения, как добровольное согласие на участие в исследовательском проекте, отсутствие негативных последствий за отказ в участии и понимание участником эксперимента рисков и выгод, связанных с исследованием закреплены в обширном пакете правовых и нормативных международных и национальных документов, среди которых: Нюрнбергский кодекс, Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о нравах человека и биомедицине, Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации «Новые стандарты для медицинских исследований» и др.

Исследование показало, что далеко не все, даже наиболее известные эксперименты соответствовали современной концепции этических норм.

Примером может быть эксперимент «Маленький Альберт» 1919 года основателя бихевиоризма Дж. Уотсона, когда в качестве испытуемого был выбран девятимесячный Альберт Б. Эксперимент нарушал базовый принцип исследовательской этики, а именно принцип блага, который реализуется через оценку существующих рисков и потенциальной пользы. В результате ребенку была нанесена серьезная психологическая травма, методы вызвали у испытуемого психологический стресс и страх. Эксперимент «Маленький Альберт» следует признать не соответствующим нормам современной исследовательской этики.

В 1963 году Стэнли Милгрэм провел серию экспериментов с целью выяснить, насколько сильно люди склонны подчиняться авторитету, который требует причинения вреда другим. Для этого была смоделирована ситуация, в которой испы-



туемый играл роль «учителя» и задавал вопросы «ученику»; в случае неправильного ответа испытуемый должен был наносить последнему чувствительные удары током. «Обучение» начиналось со слабых ударов, но в дальнейшем — с каждым неправильным ответом — сила тока росла и страдания «ученика» становились все более мучительными. Пропорционально возрастанию страданий «ученика» увеличивалось и желание «учителя» прекратить испытание, однако «экспериментатор» решительно настаивал на его продолжении. Результаты исследования показали, что более половины испытуемых, повинаясь командам «экспериментатора», дошли до максимального значения силы тока, которое способно убить человека. В ходе эксперимента было нарушено одно из основополагающих прав участников — право прекратить участие в исследовании в любой момент без каких-либо условий, так как в ходе эксперимента участники испытывали различные негативные эмоции: стресс, страх, замешательство, а также переживали тяжёлый внутренностный этический конфликт. Знакомство с результатами исследования убеждало участников в собственной жестокости и бесчеловечности, что с точки зрения современной этики также рассматривается как крайне нежелательное и негативное последствие любого психологического исследования.

В 1971 году Филипп Зимбардо в стэнфордском тюремном эксперименте обычные люди без криминального прошлого были случайным образом поделены на «заключенных» и «надзирателей». К первым применялись методы, направленные на уничтожение индивидуальности и формирование ощущения бессилия, вторым же была дана практически полная свобода действий, которая привела к развитию у «надзирателей» ярко выраженных садистских наклонностей, а у «заключенных» эмоциональных нарушений и сильного стресса. «Охранники» уже на второй день исследования начали издеваться над «заключенными». В исследовании были нарушены принципы уважения к личности испытуемых, их автономии и благополучию. Одним из сильнейших этических недостатков упомянутых экспериментов является привлечение к участию в них уязвимых слоев населения (детей, лиц, зависимых по службе, материально нуждающихся и т.п.), что также недопустимо с позиций современной этики исследований.

**Вывод.** Осуществление многих известных психологических экспериментов было бы невозможно, если бы они планировались и проводились сегодня, так как в настоящее время требования к экспериментам над человеком заметно и справедливо ужесточились.

## АНАТОМ И ХУДОЖНИК — НЕРАЗРЫВНЫЕ ЧАСТИ НАСЛЕДИЯ В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО

*Н.А. Шкапий, студентка 2 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, г. Чита, Россия*

*<sup>1</sup>Кафедра гуманитарных наук с курсом педагогики и психологии высшей школы*

*<sup>2</sup>Кафедра анатомии с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии*

*Научный руководитель: к.филос.н., доцент К.А. Стародубцева<sup>1</sup>, старший преподаватель Р.И. Дамдинов<sup>2</sup>*

**Ключевые слова:** наследие; анатомические иллюстрации; анатомический атлас; тазовая кость; связочный аппарат; брюшная полость; глазница

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ анатомических иллюстраций д.м.н., профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого с иллюстрациями анатомических атласов XIX, XX, XXI вв.

**Материалы и методы:** анатомические иллюстрации, выполненные В.Ф. Войно-Ясенецким к работам «Регионарная анестезия» (1915 г.), «Очерки гнойной хирургии» (четвертое издание, 2015 г.). Иллюстрации из анатомических атласов Constantin Louis Bonamy «Atlas d'anatomie descriptive du corps humain» (1844 г.), «Атлас анатомии человека» Р.Д. Синельников (1973 г.), «Атлас анатомии человека» Ф. Неттер (2022 г.). Сравнительный анализ.

**Результаты.** Анатомические иллюстрации, созданные В.Ф. Войно-Ясенецким, раскрывают художественный талант великого хирурга, поражают своей точностью, прогрессивностью, научностью, что подчеркивает ценность наследия врача, важность знакомства с ним студентов-медиков. Рассмотрим некоторые. 1) Тазовая кость. На иллюстрации Войно-Ясенецкого («Очерки гнойной хирургии», с.438, рис. 106) отмечены линии разъединения костей таза при резекции подвздошной кишки. Указание других структур отсутствует, так как автор поставил перед собой цель показать необходимые ориентиры для конкретной хирургической операции. В атласе XIX в. используются буквенные символы, обозначающие анатомические структуры костей таза, с последующей расшифровкой в тексте. В атласе Синельникова появляются латинские обозначения, благодаря которым становится легче ориентироваться. Фрэнк Неттер применяет цвета на иллюстрации, это помогает визуально выделить в тазовой кости три ее составные части: седалищную, лобковую и подвздошную кости. 2) Связочный аппарат тазовой кости. В атласе XIX в. внекапсульные (наружные) связки тазобедренного сустава (подвздошно-бедренная, седалищно-бедренная и лобково-бедренная) практически не визуализируются, не видно четкой линии прикрепления капсулы сустава к тазовой кости. В.Ф. Войно-Ясенецкий изображает связки и капсулу тазобедренного сустава уже более различимо («Очерки гнойной хирургии», с.458, рис.110). На изображениях Синельникова и Неттера удалена седалищно-капсулярная связка, по-

зволяя нам рассмотреть седалищно-бедренную, подвздошно-бедренную связки и часть капсулы. 3) Брюшная полость. В атласе XIX в. отсутствует изображение поперечного среза брюшной полости, как, в принципе, и срезов других областей туловища. Валентин Феликсович в своей работе ссылается на анатомическое изображение, данное в анатомо-клиническом исследовании забрюшинной клетчатки и нагноительных процессов в ней, выполненное Г.Г. Стромбергом. На изображении («Очерки гнойной хирургии», с. 320, рис. 101) отсутствуют нервы, однако, прочие структуры переданы анатомически верно. Иллюстрация святителя Луки очень схожа с работой Синельникова, которой студенты пользуются как одной из самых удобных и наглядных. Изображения среза Неттером представлено множество анатомических структур, включая нервы, которых у предшественников ещё не наблюдалось. Столь детальное изображение обусловлено тем, что у Френка Неттера имелся доступ к томографу, способному точно показать любой срез на выбранном уровне. 4) Глазница. В атласе XIX в. присутствует только изображение пустой глазницы черепа без изображения глазничной перегородки. У Войно-Ясеницкого такое изображение («Очерки гнойной хирургии», с.35, рис.6) появляется на страницах «Очерков гнойной хирургии», ученый ссылается на работу немецкого анатома Г. К. Корнинга «Топографическая анатомия». Оно очень похоже на современные аналоги из атласа Неттера. У Синельникова подобной иллюстрации обнаружено не было. 5) На иллюстрации Войно-Ясенецкого («Регионарная анестезия», с. 113, рис.41) указано место инъекции в седалищный нерв. Другие анатомические структуры бедра были удалены, чтобы показать необходимую точку. Ориентиром здесь служат большой вертел бедренной кости и седалищная бугристость. У Синельникова седалищный нерв сопровождается изображением мышц и кровеносных сосудов. Стоит отметить, что у авторов работ была разная задача, однако, если опираться на иллюстрацию Синельникова, то мы поймём, что святитель Лука топографически верно изобразил нерв. Сравнение с работой Неттера также подтверждает это утверждение.

**Выводы.** Анатомические иллюстрации Валентина Феликсовича стали ценным материалом для развития медицины, а именно анатомии, хирургии, анестезии, они отразили задачи, поставленные ученым в научных работах, помогли передать содержание разработанных им в хирургии новых методов. Кроме того, сравнительный анализ позволил выявить следование хирурга традициям анатомии — не исказить, передать точно данные в строении органа. Ученый учитывал и потребности врачей-практиков. Его художественный талант позволил наглядно, тонко передать строение органов.

## КТ-КАРТИНА ГИСТИОЦИТОЗА ЛЕГКИХ

*М.В. Шнейвайс<sup>1</sup>, студент 3 курса педиатрического факультета;*

*А.И. Алифанова<sup>1</sup>, ординатор кафедры лучевой диагностики*

*А.А. Юсуфов<sup>1</sup>, О.Б. Сорокина<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*<sup>2</sup> — Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
г. Тверь, Россия*

*Кафедра лучевой диагностики*

*Научный руководитель: д.м.н., доцент А.А. Юсуфов*

**Ключевые слова:** *гистиоцитоз; диссеминированный туберкулёз; гранулема;  
КТ легких*

**Цель исследования.** Дать характеристику крайне редкому заболеванию гистиоцитоз Х легких, представить компьютерно-томографические (КТ) признаки гистиоцитоза легких и выделить основные направления в дифференциальной диагностике гистиоцитоза с наиболее часто встречающимися заболеваниями легких для ранней диагностики в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной гистиоцитозу лёгких, а также проанализирована история болезни пациента, у которого при плановом рентгенологическом обследовании был выявлен диссеминированный туберкулёз лёгких, при последующем дообследовании установлен диагноз гистиоцитоза легких.

**Результаты.** Гистиоцитоз легких относится к редким интерстициальным заболеваниям легких. Он характеризуется пролиферацией атипичных гистиоцитов и образованием в легких гистиоцитарных гранулем. Гранулемы могут локализоваться в интерстициальной ткани легких, бронхах, бронхиолах, альвеолярных ходах, в артериолах, венах, лимфатических сосудах. Источник атипичных гистиоцитов — костный мозг. Средняя частота заболевания — 1–5 человек на 1000000. Поражение легких может протекать бессимптомно либо проявляется одышкой, непродуктивным кашлем, снижением толерантности к физической нагрузке. Лангергансоклеточный гистиоцитоз можно заподозрить на основании данных анамнеза и рентгенографии грудной клетки. Для подтверждения диагноза выполняют компьютерную томографию, исследование функции легких, бронхоскопию с биопсией/краевую резекцию, иммуногистохимию. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки позволяет выявить очаговые инфильтраты в средних и верхних отделах легких с кистозными изменениями при нормальных или увеличенных объемах легких. Нижние отделы легких, как правило, интактны. Рентгенологическая картина может имитировать ХОБЛ или лимфангиолейомиоматоз. Наличие кист в средней и верхних долях неправильной формы и/или очаговых образований с утолщением интерстиция по данным КТ считается пато-

гномоничным для гистиоцитоза легких. Бронхоскопия и биопсия выполняются в случаях, когда лучевые методы и исследование функции легких неинформативны. При гистологическом исследовании обнаруживается пролиферация клеток Лангерганса с формированием небольшого количества кластеров эозинофильных гранулем в центре клеточно-фиброзных узлов, которые могут иметь звездчатую конфигурацию. Часто заболевание развивается бессимптомно и манифестирует спонтанным пневмотораксом, либо диагностируется случайно при рентгенографии грудной клетки, назначенной по другой причине. Актуальность выявления ранних лучевых признаков гистиоцитоза вызвана тем, что в связи с высоким процентом (до 80 % по литературным данным) диагностических ошибок больные гистиоцитозом попадают в специализированные учреждения на поздних стадиях процесса, зачастую, с наличием осложнений, в то время как эффективное лечение возможно лишь на ранних этапах.

Клинический случай. Пациент Н. 50 лет. В июле 2023 года поступил в Тверской ОКПТД с диагнозом диссеминированный туберкулез лёгких. При проведении КТ легких с обеих сторон были обнаружены многочисленные полостные образования с утолщением стенок, в сочетании со слабоинтенсивными мелкими очагами на фоне утолщенных интерстициальных структур. Это позволило предположить наличие у пациента гистиоцитоза Х. Для уточнения диагноза пациент был госпитализирован в ОТХЛ НМИЦ ФПИ г. Москвы для дообследования (выполнение диагностического оперативного вмешательства). По результатам биопсии легочной ткани был поставлен диагноз Гистиоцитоз Х. Впоследствии пациенту была сделана резекция S2 правого лёгкого.

**Вывод.** Гистиоцитоз лёгких является орфанным интерстициальным заболеванием лёгких. Проведение компьютерно-томографического исследования позволяет уточнить локализацию и характер гистиоцитарных гранулем.

## ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

*М.В. Шнейвайс, студент 3 курса педиатрического факультета;*

*А.Н. Штукина, студент 1 курса педиатрического факультета*

*Е.В. Штукина, И.А. Черкасова, А.А. Юсуфов*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра лучевой диагностики*

*Научный руководитель: ассистент Е.В. Штукина, д.м.н., доцент А.А. Юсуфов*

**Ключевые слова:** дети; инородные тела; ЖКТ; рентгенография; компьютерная томография

**Актуальность исследования.** Инородные тела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в педиатрической практике встречаются очень часто. Дети, особенно в младшем возрасте, самостоятельно могут проглотить такие предметы, как иголки, монеты, магниты, батарейки и т.д. Они также могут попасть ректальным путём, через дыхательные пути и при проведении операций. Но каждое инородное тело, попавшее в организм, из-за своей природы проявляет себя по-разному. Магниты могут вызывать перфорацию полого органа, перитонит, кишечную непроходимость. Батарейки могут привести к химическим и термическим ожогам вплоть до перфорации органа. Гидрогелевые шарики могут вызвать метеоризм, задержку стула и схваткообразные боли в животе. Соответственно, путь удаления у каждого инородного тела разный, от самостоятельного выхода из организма с каловыми массами до хирургического вмешательства. Проведение лучевых методов исследования и эзофагогастродуоденоскопии позволяют уточнить локализацию инородного тела и определить дальнейшую тактику лечения.

**Цель исследования.** Провести анализ историй болезни детей с инородными телами ЖКТ и установить наиболее информативные методы диагностики различных классов инородных тел и осложнений, вызванных инородными телами.

**Материалы и методы.** Объектом исследования послужили истории болезней детей, госпитализированных в 1-е хирургическое отделение ГБУЗ ДОКБ г. Твери с диагнозами: Т.18 инородное тело ЖКТ, за последние 3 года.

**Результаты.** Анализ историй болезни показал, что инородные тела локализовались: в желудке — в 47,7 %, в пищеводе — в 29,5 %, в тонкой кишке — в 13,6 % и в толстой кишке — в 9,2 % случаев.

По данным лучевых методов исследования (рентгенографии, УЗИ, КТ) рентгенопозитивные (металлической плотности) инородные тела обнаружены у 52 детей, рентгенонегативные — в 2х случаях (фломастер, трихобезоар).

Осложнения возникли у 2х пациентов: инфильтрат брюшной полости у 1 ребенка и кишечное кровотечение — у другого. Применяемые методы лечения: чаще всего для удаления инородного тела использовалась ЭГДС — 26 раза, ларингос-

копия — 2 раза, лапароскопия, лапаротомия, гастротомия — 1 раз, в остальных случаях инородное тело удалилось естественным путём.

Клинический случай: 1) Пациент Ф. 5 лет, 22.04 поступил в ЦРБ города Максатиха с жалобами на боли в животе. Из анамнеза следует, что у пациента запоры с рождения, стул без патологических примесей. При УЗИ брюшной полости было выявлено образование брюшной полости. Пациент направлен в ДОКБ, где по данным УЗИ брюшной полости в левой подвздошной области выявлен инфильтрат размерами 79\*66 мм. В центре инфильтрата визуализировалось инородное тело трубчатой структуры. По данным рентгенографии брюшной полости кишечных уровней нет, инородное тело в брюшной полости не определяется. По экстренным показаниям была проведена КТ органов брюшной полости, на которой выявлено инородное тело сигмовидной кишки длиной 13 мм, шириной 10 мм, полой структуры, невысокой плотности. В связи с высоким риском развития некроза и перфорации кишечника 26.04 пациенту провели хирургическое вмешательство с последующим удалением инородного тела (фломастер) из сигмовидной кишки.

2) Пациент Р. 15 лет. 17.01 на осмотре у гематолога и гастроэнтеролога КДЦ ДОКБ был установлен диагноз анемии средней степени. Пациент госпитализирован в педиатрическое отделение ДОКБ по неотложным показаниям для дальнейшего обследования. 19.01 было проведено КТ органов брюшной полости с двойным контрастированием. На КТ выявлен крупный безоар желудка, занимающий 2/3 полости желудка. 23.01 проведена эзофагогастродуоденоскопия, по результатам которой был выявлен трихобезоар желудка. 30.01 была проведена верхнесрединная лапаротомия и удаление инородного тела из желудка

**Заключение:** Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей являются актуальной проблемой педиатрии и детской хирургии. Проведение рентгенографии позволяет обнаружить рентгеноконтрастные, а УЗИ и КТ — рентгеноконтрастные инородные тела ЖКТ у детей. Осложнения, вызванные инородными телами ЖКТ, выявляются при сочетанном применении различных видов лучевой диагностики.

## ОСОБЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Х.Д. Шухратов*

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

*Кафедра внутренних болезней №4*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. Н.Н. Махматмурадова*

**Ключевые слова:** *неспецифическая интерстициальная пневмония; клиника; признаки*

**Актуальность.** Выявлено, что росту хронической неспецифической пневмонии способствует с одной стороны разнообразие этиологических факторов, а с другой дисбаланс иммунной и протеолитических ферментов. Обычно течение патологии характеризуется развитием необратимого фиброза легких с потерей респираторных функций и клинически проявляется тяжелой дыхательной и, в последующем, сердечной недостаточностью, требующими постоянной респираторной поддержки. Несвоевременная диагностика подобных патологий приводит к развитию неблагоприятных исходов. Основным патогенетическим механизмом данной патологии является воспаление, которое у подробных больных отличается гетерогенностью по этиологии и патогенезу.

**Цель исследования** — изучение клинических проявлений данных инструментальных и лабораторных исследований неспецифической интерстициальной пневмонии.

**Материал и методы исследования.** В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 82 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2015-2023 гг. У всех больных выполнен необходимый объем обследования с применением спирометрии, компьютерной томографии, иммунограммы.

**Результаты.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты с неспецифической интерстициальной пневмонией составили около 25 % относительно всех больных с легочной патологией, находившихся на стационарном лечении. Клиническая картина протекала разнообразно: под «маской» ОРЗ — 8 %, под «маской» острого бронхита — 13 %, под «маской» хронического бронхита — 23 %, под «маской» вялотекущей пневмонии — 27 %, под «маской» острой пневмонии — 29 %. Основными клиническими проявлениями были кашель с малопродуктивной мокротой — 86 %, одышка, при незначительной физической нагрузке — 78 %, субфебрильная температура — 41 %, Аускультативные данные скудные. Отмечалось усиленное бронхиальное дыхание — 75 %, ослабленное везикулярное дыхание — 64 %. Крепитирующие хрипы — 67 %, влажные мелкие и среднепузырчатые хрипы — 41 %. Данные лабораторных исследований: общий анализ кро-



ви — наличие лейкоцитоза 9–10 ( $10^9$ /л), палочкоядерный сдвиг влево 15–16 %, ускорение СОЭ — 14–17мм/час. При иммунологическом исследовании качественного состава Т- и В-лимфоцитов отмечается угнетение снижения субпопуляции лимфоцитов — 17–18 %. Рентгенологическая картина выражалась в следующем: явления обструктивного бронхита — 47 %, прикорневой пневмонии — 35 %, двухсторонней пневмонии — 18 %. При компьютерной томографии выявлены: явления деформирующего бронхита с пневмофиброзом — 31 %, изменения по типу матового стекла — 37 %, картина перибронхиальной инфильтрации с очаговым уплотнением легочной ткани — 32 %.

При спирографии отмечено изменения функции внешнего дыхания проявлялись следующим образом: рестриктивные нарушения — 42 %, смешанный тип нарушения — 34 %, смешанный тип с преобладанием рестрикции — 24 %. При госпитализации в стационар, клинические и спирографические признаки бронхиальной обструкции не обнаружены, но спирографически выявлены тяжелые рестриктивные нарушения, то есть объемных показателей. Таким образом, неспецифическая интерстициальная пневмония характеризуется разнообразием клинического течения. Клиника течения патологии во многом зависит от состояния реактивности и тяжести организма. При этом основными клиническими проявлениями заболевания являются кашель с мокротой встречалось у 86 %, непрерывное рецидивирующее течение 34 %. У большинства больных отмечается снижение показателей иммунитета.

**Выводы.** Таким образом, полученные данные свидетельствуют об увеличении пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонии, с преобладанием в клинике одышки, слабости, кашля и др. Клинически проявлялось разнообразным течением болезни с частыми рецидивами.

## НАЗВАНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

*Д.А. Янковенко, А.С. Формихина, студенты 1 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра иностранных языков  
Научный руководитель: д.ф.н., профессор А.Ю. Соколова*

**Ключевые слова:** химический элемент; латинский язык; английский язык; этимология

Как известно названия химических элементов в Периодической системе традиционно указываются на латинском языке. Однако в каждой стране имеется собственный вариант системы, в котором используются наименования на родном языке.

**Цель исследования:** проанализировать названия химических элементов в английском языке, выявить закономерности их образования.

**Материалы исследования:** наименования химических элементов в английском языке.

**Методы исследования:** анализ наименований химических элементов в английском языке, создание классификации элементов по формально-сопоставительному принципу.

**Результаты.** В результате исследования было выявлено, что в английском языке все наименования химических элементов (118) можно объединить в следующие группы:

1. Наиболее многочисленную группу представляют собой наименования химических элементов в английском языке, полностью совпадающие с названиями на латинском языке (89 элементов): англ. Uranium — лат. Uranium, англ. Phosphorus — лат. Phosphorus, англ. Neon — лат. Neon. Необходимо отметить, что из этих наименований больше половины этимологически непосредственно или опосредованно связаны с латинским или греческим языком. Так, например, название элемента Neon в переводе с греческого означает «новый», Niobium назван в честь дочери персонажа греческой мифологии Тантала Ниобы, а Элемент Lutetium назван по латинскому названию Парижа — Лютеция (Lutetia).
2. Во вторую группу изначально были отнесены наименования, которые формально отличаются от латинских названий только отсутствием окончаний, типа: англ. Zinc — лат. Zincum. Но проведенный этимологический анализ показал, что в данном случае имела место не редукция окончания, а заимствование. В эту группу вошли наименования 13 элементов, три из которых заимствованы из немецкого языка (Cobalt, Bismuth, Zinc), семь — из французского (Nitrogen, Arsenic, Hydrogen, Oxygen, Carbon, Manganese, Antimony), два из шведского (Nickel, Tungsten) и одно из латинского (Mercury).

3. Еще одну группу (10 элементов) составили наименования, которые были образованы с помощью заимствованного корня (в основном из греческого и латинского языков) и английских суффиксов *-ine* (словообразовательного элемента, используемого в химии, для образования слов, обозначающих производные вещества): Chlorine — от греческого *chlōros* «зеленый» и *-ium* (словообразовательного элемента в химии, используемого для создания названий элементов по аналогии с латинским языком): Potassium — от древнеисландского *potaschen* «горшечная зола». Ряд наименований химических элементов в английском языке были образованы от заимствованного корня по модели названия “Carbon”: Boron — от *borax* (название, данное нескольким полезным минералам, в частности соли, образовавшейся в результате соединения борной кислоты и соды, от французского *borax*, от средневекового латинского *baurach*).
4. Наименее многочисленную группу (6 элементов) составили элементы, наименования которых являются словами собственно английского языка. В эту группу входят такие элементы, как Tin, Silver, Gold, Iron, Lead, Copper. Необходимо отметить, что все названия элементов отчасти отражают общую с латинскими наименованиями семантику: латинское *Ferrum* происходит от *fars* — быть твёрдым, английское *Iron* от древнеанглийского *iren*, «железное оружие или инструмент»; наименование *Gold* изначально имело значение «блестящий» и связано с греческим богом Солнца Гелиосом, латинское *Aurum* означает «жёлтое» и родственно с именем богини утренней зари Авроры.

**Выводы.** Как показало исследование, в наименованиях химических элементов на английском языке прослеживается сильное влияние латинского и греческого языков.

## SURGICAL TERMINOLOGY OF SUTURING PROCESS: LINGUISTIC ANALYSIS

*A.A. Yantkova, 3rd year student of the General medicine  
Kazan State Medical University  
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Kazan, Russia  
Department of Foreign Languages  
Scientific supervisor: Ph.D., Associate Professor M.I. Andreeva*

**Ключевые слова:** *terminological units; suturing techniques; thematic blocks*

**Introduction.** Every day surgeons use different surgical instruments in their practice for suturing. A surgical suture is a medical device used to hold body tissues together and bring the edges of a wound closer after injury or surgery.

**Aim.** To study terminological units used to describe the necessary tools and materials when applying a surgical suture.

To achieve this aim, we have set ourselves a number of tasks:

- 1) to select terminological units from texts;
- 2) to divide the obtained terms into five thematic blocks ('Basic suturing techniques', 'Types of needles', 'Types of nodes', 'Devices' and 'Suture materials');
- 3) to perform a part-of-speech classification of one-word units;
- 6) to compare the results.

**Materials and methods.** Analysis of the data was obtained during the review of medical literature published on various scientific websites. A literary search was focused on the names of various techniques for applying a surgical suture, as well as the material used for this procedure. The research rested on the following methods: continuous sampling, description, elements of statistical analysis.

**Results of the research.** This research includes 4 stages.

At the preliminary stage, we identified 148 terminological units from literary sources.

At the first stage, based on componential analysis, we combined all the obtained units into five thematic blocks: 'Basic suturing techniques', 'Needle types', 'Node types', 'Devices' and 'Suture materials'. The largest group is the 'Needle Types' containing 47 units.

At stage 2, in each of the thematic blocks, we divided semantic units into one-word and multi-word terms.

The thematic block 'Types of needles' consisting of 47 units contains 25 units of one-word terms, namely, 6 Nouns and 19 Adjectives. For example, blunt, sharp, curvature. Also, this block consists of 22 units of word combinations. For example: cutting needles, atraumatic needles.

The thematic block 'Suture materials' represented by 46 units consists of 41 units of one-word terms (Nouns – 30, Adjectives – 11). For example, poliglecaprone, silk, monocryl. The examples of word combinations include catgut chromic, catgut plain.

The thematic block 'Basic suturing techniques', containing 28 units, consists entirely of multi-word terms, most often expressed by a definition and contains a noun and an

adjective characterizing the method of suturing and the location of the suture. For example, interrupted suture, intradermal suture.

The thematic block 'Node types' includes 15 units. All terms in this block are word combinations. For example, square knot, reef knot.

The smallest block is 'Devices' and it contains 12 units. The number of one-word and multi-word terms is equal (6). For example, staples, skin closure tapes, sutures, surgical gloves.

So the total number of one-word terms from all blocks totals 72 units, multi-word terms – 76.

At stage 3, we collected and analyzed the largest block of 'Surgical needles'. 15 units contain numbers in their names that indicate the curvature and size of the needle. For example, 1/4 circle, 3/8 circle, 1/2 circle, 5/8 circle, CT-1, CT-2 and CT-3.

We also point out that surgical needles are called by their direct action. The examples include cutting needles, reverse cutting needles.

The name of the needles is based on their characteristics and properties, for example: blunt, sharp.

**Conclusions.** We came to the conclusion that the most frequent group is the thematic block 'Surgical needles' due to the variety of terms describing the shapes, characteristics and properties of needles. The prevailing number of one-word nouns in the thematic block 'Suture material' is explained by the presence of terms that describe the material itself. The number of word combinations is slightly higher than the number of one-word terms. Predominantly, one-word terms are nouns.

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗРАБОТАННОЙ МАЗЕВОЙ ФОРМЫ НА КУПИРОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЯГКИХ ТКАНЯХ

*А.А. Янтыкова, студентка 3 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия  
Кафедра общей хирургии  
Научный руководитель: д.м.н., доцент А.Г. Измайлов*

**Ключевые слова:** воспаление; лекарственная мазевая форма; ксимедон

**Введение.** Механическое повреждение является неотъемлемой частью любой хирургической операции и приводит к активации природного иммунитета и последующему воспалительному ответу. На сегодняшний день поиск инновационных методов снижения воспаления остается актуальной проблемой в области хирургии. Таким образом, наше исследование направлено на изобретение лекарственной мази с более быстрым эффектом купирования воспаления и снижением отрицательного воздействия на организм.

**Цель исследования.** Изучить антифлогистическое действие мазевой формы с препаратом ксимедон «Левоксиколь» в первые часы на течение воспалительного процесса в мягких тканях и сроки выраженности воспаления, а также сравнить его противовоспалительную активность с водорастворимой мазью «Левомеколь».

**Материалы и методы.** Проведено экспериментальное исследование, в ходе которого было смоделировано воспаление мягких тканей лапы у крысы по стандартной методике. После чего применялись местные мазевые формы на течение воспалительных процессов в первые часы воспаления. На три группы были разделены все животные в зависимости от применяемого лекарственного средства. В 1-й серии (20 лабораторных крыс) после моделирования воспаления на поверхность мягких тканей мазевые формы не наносились, во 2-й серии (20 животных) применяли водорастворимую мазь «Левомеколь» и в 3-й серии (20 животных) применяли мазевую форму на основе препарата ксимедон «Левоксиколь». Выраженность отека мягких тканей лапки у животного измеряли при помощи установки Plethysmometer фирмы Ugo Basile. Также во время эксперимента у крыс прижизненно из кончика хвоста были отобраны образцы крови до моделирования воспаления и через 2, 3, 4, 5 и 24 часа после моделирования воспаления. В каждой группе эксперимента проводили по 5 серий с целью выявления достоверных данных по таким показателям, как СОЭ, С-реактивный белок, число лейкоцитов и соотношение субпопуляций лейкоцитов (лимфоциты, моноциты, гранулоциты), СОЭ, число лейкоцитов и соотношение их субпопуляций определяли в цельной крови, образцы крови брали в пробирки с маркировкой ЭДТА. Методы включали элементы статистического анализа, описание, сравнение и сопоставление.

**Результаты.** В ходе эксперимента наблюдали за общим состоянием, изменением массы тела и выживаемостью животных. Противовоспалительную активность мазевых форм определяли по уменьшению объема вытесненной воды, выраженного в процентах, к исходному объему сравнительно с группой контроля. Прирост объема вытесненной воды в контрольной группе относительно интактной составил в среднем  $1,61 \pm 0,04$  мл и был принят за 100 %. Проведенные исследования показали, что измерение лапки у животных контрольной группы через 2 часа без применения мазевых форм, объем вытесненной жидкости составил до 2,1 мл нежели исходное значение ( $1,58 \pm 0,13$  мл). Полученный результат свидетельствует о развитии экссудативной фазы воспаления, основным признаком которой является формирование отека. Противовоспалительная активность мазевых форм проявлялась в виде подавления отека лапок крыс на сроках 3 и 5 часов после инъекции каррагинена. Проведенные исследования показали, что с ксимедоном ОВЖ был значительно на 30 % меньше в сравнении с контролем, а с левомеколью — на 18,0 %. Отсюда следует заключить о противоотечном и противовоспалительном действии разработанной мазевой формы. Также выявлено, что в контрольной группе без применения мазевых форм на 2-м и 3-м часе после моделирования воспаления наблюдался пик изменения показателей СОЭ и С-реактивного белка. Если у всех интактных животных до начала опыта СОЭ составляло 0 мм/час., а С-реактивный белок был (-), то на 2-м и 3-м часе СОЭ была повышена до  $2,0 \pm 2,2$  мм/час., а С-реактивный белок — до (+) и (++) соответственно. При этом до 4 часов наблюдения оба показателя не восстанавливались до исходных значений.

**Выводы.** Исходя из полученных данных мы пришли к выводу, что применение мазевой формы с ксимедоном «Левоксиколь» при закрытии послеоперационных ран позволяет в более ранние сроки купировать воспаление, а также наблюдалось более быстрое восстановление соотношения субпопуляций лейкоцитов и менее выраженные отклонения в лейкоцитарной формуле от исходных показателей.

## ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИГАНТОЛ» НА РЕГЕНЕРАЦИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У КРЫС

*В.А. Ярыгин, К.А. Яцуненко, М.А. Воропаев, студенты 2 курса лечебного факультета, А.И. Алифанова ординатор кафедры лучевой диагностики ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии  
Кафедра Лучевой диагностики  
Научный руководитель: старший преподаватель Е.А. Черняева,  
д.м.н., доцент А.А. Юсуфов*

**Ключевые слова:** лабораторные крысы; «Вигантол»; витамин D; регенерация

**Цель исследования:** изучить влияния отечественного препарата «Вигантол», содержащего витамин D на регенерацию трубчатых костей у крыс в эксперименте.

**Материалы и методы:** исследование проводилось на 10 беспородных лабораторных крысах-самках в возрасте от четырех до шести месяцев с массой 280-310 гр. Животные были разделены на две группы: четыре крысы в контрольной группе (не получали «Вигантол») и шесть крыс в опытной группе (получали «Вигантол»). Всем животным были проведены хирургические вмешательства с целью искусственного перелома правой малоберцовой кости на уровне 2/3 диафиза. Опытные крысы находились в отдельных клетках и получали препарат «Вигантол», содержащий в 1 мл препарата 0,500 мг (соответствует 20000 МЕ витамина D). Суточная норма витамина D на 1 кг крысы соответствует — 400 МЕ (0,01мг). Исходя из веса крысы и расчетов, разовая доза составила 0,0030 мг, что соответствует одной капле препарата. «Вигантол» вводили крысам перорально, предварительно разведя в молоке или другой жидкости в соотношении 1 к 3. На 21 сутки эксперимента у крыс был произведен забор крови из бедренной артерии, для определения уровня кальция. Исследование проводилось на анализаторе «Biochem sa». На 28 сутки крысам проводилось ультразвуковое исследование на аппарате «vinno 8». На 30 сутки животным проводили рентгенографическое исследование на передвижном палатном аппарате «РЕНЕКС» (ТУ 9442-031-54839165-2005). При проведении рентгенографии лучевая нагрузка в среднем составила 0,04 микрозиверта (мЗв). После чего крысы выводились из эксперимента с соблюдением всех правил эвтаназии, в соответствии с Приказом № 742 от 13.11.84 «Об утверждении Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных». У крыс производился забор малоберцовой кости для изготовления гистологических препаратов. Микропрепараты изготавливались по следующей методике: фиксация материала, промывка, декальцинация, обезвоживание, уплотнение материала, микротомия, депарафинирование, окрашивание и заключение срезов. Препараты были изучены под световым микроскопом «OLYMPUS CX43», микрофотографии сделаны цифровой камерой «VideoZavr Standart».



**Результат:** исследование показало, что уровень кальция в крови у крыс из контрольной группы составлял 2,42 ммоль/л и 2,43 ммоль/л, а у крыс из экспериментальной группы содержание кальция варьировалось от 2,65 ммоль/л до 2,70 ммоль/л.

По результатам ультразвукового исследования было установлено, что у крыс контрольной группы не была до конца сформирована костная мозоль в отличие от опытной группы животных. В контрольной группе крыс на эхограмме определялся перелом средней трети диафиза малоберцовой кости. В режиме эластографии подтверждается неполное сращение малоберцовой кости. В контрольной группе крыс на эхограмме правой малоберцовой кости определяется поперечный перелом средней трети диафиза без смещения костных отломков, с признаками формирования костной мозоли. У четырёх опытных крыс на эхограмме малоберцовой кости определяется сросшийся перелом средней трети диафиза.

В ходе рентгенологического исследования, у крыс контрольной группы определяется поперечный перелом средней трети диафиза малоберцовой кости задней правой конечности со слабо выраженными признаками формирования костной мозоли. В экспериментальной группе на рентгенограмме костей голени задней правой конечности определяется сросшийся перелом средней трети диафиза малоберцовой кости.

На микропрепаратах, приготовленных из малоберцовых костей крыс контрольной группы, в зоне перелома сформировалась фиброзная мозоль. У крыс опытной группы были обнаружены: костные трабекулы с остеобластами, а также пролиферирующие мезенхимальные клетки, что подтверждает образование первичной мозоли, состоящей из грубоволокнистой соединительной ткани.

**Вывод:** результаты исследования показали, что использование препарата «Вигантол», применяемого в рамках импортозамещения, способствует увеличению содержания кальция в крови и ускоряет процесс консолидации.

## ЗАВИСИМОСТЬ УСПЕВАЕМОСТИ ОТ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ

*Е.В. Маслова, В.К. Лютоева студенты 3 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра физиологии  
Научный руководитель: ассистент А.К.Алиева, ст. преподаватель  
Е.Д. Миловидова*

**Ключевые слова:** психофизиологические особенности; студенты; перфекционизм; тревожность; эмоциональное состояние

**Цель исследования:** выявить зависимость успеваемости от эмоционального состояния и уровня перфекционизма студентов 2 курса медицинского вуза.

**Материалы и методы.** Обследовано 50 юношей 18-20 лет, обучающиеся на лечебном и педиатрическом факультетах в Тверском ГМУ Минздрава России в марте-апреле 2023 г. с 10 до 12 часов. Исследование включало: оценку текущего состояния по методике САН (самочувствие-активность-настроение), ситуативной и личностной тревожности, используя опросник Спилбергера-Ханина, а также оценку внимания и перфекционизма. Нами проведен анализ промежуточной аттестации студентов. Для статистического анализа полученных данных использовали программу COMPARE2 портала WinPEPI© (J.H. Abramson) StatSoft STATISTICA 10.0.1011. Сравнение групп и анализ связей между показателями осуществляли непараметрическими методами при  $p > 0,05$ .

Методика САН позволяет определить насколько благоприятно состояние самочувствия, активности, настроения респондента.

Шкала тревожности, предложенная Ч. Д. Спилбергером в модификации Ю. Л. Ханина, является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

Шкала перфекционизма позволяет изучать структуру перфекционизма: перфекционизм, ориентированный на себя (высокие личные стандарты, постоянное самооценивание и цензурирование поведения), перфекционизм, адресованный другим людям (нереалистичные стандарты для значимых людей) и социально предписываемый перфекционизм (убеждение в том, что люди нереалистичны в своих ожиданиях).

Тест на оценку внимания позволяет оценить способности респондента работать внимательно с высоким уровнем концентрации в течение длительного периода времени.

**Результаты.** По результатам нашего исследования 56 % студентов имеют хорошие результаты промежуточной аттестации (экзаменационные оценки «4» и

«5», I группа обследованных), 44 % студентов имеют удовлетворительные результаты и сдали экзамен на «3» (II группа).

При оценке перфекционизма у обследованных студентов было выявлено, что его уровень в I группе находится на высоком уровне ( $199,12 \pm 30,54$ ). Полученный результат характеризует студентов данной группы как имеющих завышенные и нереалистичные требования, предъявляемые к себе и окружающим, которые делают невозможным принятие собственных изъянов, недостатков и неудач.

Во II группе, с удовлетворительными результатами экзамена, средний уровень перфекционизма ( $139,30 \pm 30,48$ ), что свидетельствует об адекватной оценке себя и окружающих студентами данной группы. Данные различия между группами носят статистически значимый характер ( $p = 0,0004$ ).

При оценке показателей шкалы тревожности по опроснику Спилбергера – Ханина установлен средний уровень как личностной, так и ситуативной среди обследуемых. При этом значение ситуативной тревожности у студентов с хорошими результатами экзамена значительно выше (в пределах среднего уровня), чем у студентов с удовлетворительной успеваемостью ( $p = 0,002$ ), что можно расценивать как тенденцию к снижению устойчивости субъекта к стрессовым факторам.

Оценивая показатели внимания у студентов I и II групп, нами выявлены значимые различия по «оценке работоспособности» по скорости реакции и «устойчивости реакции». У студентов I группы данные показатели значимо выше, чем у 2 группы при  $p = 0,05$  и  $0,004$  соответственно.

По результатам исследования самооценки текущего состояния по опроснику САН установлено, что у студентов с хорошими результатами промежуточной аттестации средние значения характеристик «самочувствие» и «активность» значимо выше ( $p = 0,003$  и  $p = 0,21$ ), чем у студентов с удовлетворительными.

**Выводы:** По результатам исследования нами установлено значимые различия в двух обследуемых группах студентов по таким характеристикам как перфекционизм, ситуативной тревожности, а также показателям внимания, работоспособности по скорости реакции и устойчивости реакции. Можно сделать вывод, что уровень перфекционизма, ситуативной тревожности и такие показатели внимания как работоспособность по скорости реакции и устойчивость реакции влияют на успеваемость студентов.

## НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНИ ПОЧЕК ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССАХ ВНЕПОЧЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*А.А. Газдиева, А.И. Магомедова, студентки 3 курса медицинского института  
ФГБОУ ВО Тульский государственный университет, г. Тула, Россия  
Кафедра общая патология  
Научный руководитель: д.м.н., доцент, Т.И. Субботина*

**Ключевые слова:** экспериментальные опухоли; ткань почек; неспецифические морфологические изменения; цитостатики

### **Актуальность**

В мире ежегодно регистрируется не только увеличение количества случаев злокачественных новообразований, но и осложнений, связанных как с развитием онкологического процесса, так и проводимой терапией.

Изучение неспецифических изменений внутренних органов у больных злокачественными заболеваниями является малоизученной проблемой.

Осложнения при опухолевых процессах зависят как от гистопринадлежности опухоли, так и от проводимой цитостатической терапии.

В связи с чем является актуальным экспериментальное исследование особенностей формирования неспецифических патоморфологических изменений в ткани почек при опухолевых процессах.

**Цель исследования:** изучение в эксперименте особенностей формирования неспецифических патоморфологических изменений в ткани почек при экспериментальных опухолевых процессах с учетом проводимой цитостатической терапии.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на 50 мышах Balb/c в соответствии с «Международными рекомендациями по проведению медико-биологических исследований с использованием животных» (1985); правилами лабораторной практики в Российской Федерации (приказ МЗ РФ от 19.06.2003 г. №267), а также Хельсинской Декларации от 1975 года, которые были разделены на 2 группы по 25 лабораторных животных. I группа получала метотрексат в дозировке 0,2 мг, II группа исследовалась без применения цитостатика. Эвтаназия выполнялась путем введения тиопентала натрия.

**Результаты.** Установлено, что в контрольной группе животных патологические изменения в ткани почек отсутствовали. В экспериментальной группе формировались злокачественные опухоли, которые по гистологической структуре соответствовали железистой карциноме. При развитии опухолевого процесса, без введения метотрексата в ткани почек лабораторных мышей формировались неспецифические изменения, которые характеризовались гипертрофией клубочков почек и формированием необратимых дистрофических и некробиотических изменений. После введения метотрексата в ткани почек преобладали фибропластические изменения. Случаев метаста-

зирования опухоли в ткань почки не наблюдалось. Преобладали микроциркуляторные изменения в клубочковом аппарате почек, характеризовавшиеся расширением капилляров клубочков с формированием стаза и сладжа эритроцитов.

### **Выводы**

1. Анализ патоморфологических изменений в почках при опухолевом процессе позволил установить формирование неспецифических патологических изменений, тяжесть которых в почках зависела от наличия метастазов и применения цитостатиков.
2. Неспецифические изменения на фоне опухолевого процесса характеризовались преобладанием некротических изменений. Необратимые патоморфологические изменения наблюдались только при наличии метастазов опухоли.
3. При введении метотрексата патологические изменения характеризовались фибропластическими и микроциркуляторными изменениями.

## ВЫБОР МОДЕЛЬНОГО ЖИВОТНОГО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

*А.М. Кадушкина<sup>1</sup>, А.А. Нассер<sup>1</sup>, М.Д. Тарасов<sup>1</sup>, М.С. Юхимец<sup>1</sup>, студенты 3 курса лечебного факультета; О.В. Волкова<sup>1</sup>, Д.С. Рясенский<sup>1,2</sup>*

*<sup>1</sup> — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*<sup>2</sup> — ГКУЗ ТО «Тверской ОКПТД», г. Тверь, Россия*

*Кафедра патологической физиологии*

*Кафедра фтизиатрии*

*Научный руководитель: к.м.н., декан лечебного факультета О.В. Волкова*

**Ключевые слова:** *изониазид; туберкулёз; побочные эффекты*

**Актуальность.** Для лечения туберкулеза используется комбинация противотуберкулезных препаратов, важнейшим компонентом которой является изониазид. Исследование влияния противотуберкулезных препаратов на здоровых добровольцах невозможно ввиду выраженного токсического эффекта. Проведение экспериментов на лабораторных животных сильно ограничено из-за того, что для многих животных изониазид является смертельным ядом. Кроме того, использование мелких модельных животных часто оказывается неудобным из-за необходимости одновременного введения комбинации лекарственных препаратов с различной дозировкой в течении длительного времени.

**Цель исследования** Подобрать модельное животное для проведения экспериментов с использованием комбинации противотуберкулезных препаратов, включающей изониазид.

### **Задачи исследования:**

Провести анализ научных литературных источников, в которых есть указания на использование изониазида на модельных животных.

Определить оптимальный вариант модельного животного для проведения эксперимента с использованием комбинации противотуберкулезных препаратов, включающих изониазид.

Экспериментальным путем доказать возможность использовать изониазид на выбранном модельном животном.

**Материалы и методы.** Поиск литературы проводили с использованием базы данных PubMed, Science direct, Google scholar.

Эксперимент на модельном животном проводили с использовали комбинированного противотуберкулезного препарата содержащего: изониазид, левофлоксацин, пиперазид. Препарат вводили перорально в течении недели, предварительно растворив в воде из расчета 7мг на 1 кг, по левофлоксацину.

**Результаты исследования.** Наш литературный поиск был направлен на изучение влияния изониазида на организм кроликов. На основе проведенного анализа литературных источников удалось найти публикации, в которых авторы

в качестве модельного животного использовали кроликов. T C Sarich et al. 1999 исследовали на кроликах гепатотоксичность комбинации противотуберкулезных препаратов содержащих изониазид. В данном эксперименте создавалась индуцированная изониазидом (INH) гепатотоксичности у кроликов. При этом у модельных животных запасы глутатиона не истощаются. Все модельные животные в ходе эксперимента выжили. Bhupinder Singh Kalra et al. 2007 описали, что для исследования было взято 6 групп по 6 кроликов в каждой. Половина из групп находилась на терапии перорально изониазидом или изониазидом и рифампицином каждый день в течение недели. У животных, получавших терапию изониазидом, не произошло увеличение АЛТ и АСТ, а те, кто получал изониазид-рифампицин, показали возрастание АЛТ и АСТ в 3 раза, а также наблюдались гистологические изменения в печени. Использование изониазида на кроликах в данном исследовании не привело к гибели животных. Elias C. P. et al. 2012 описали, эксперимент на кроликах с использованием изониазида, рифампицина и пипразинамида. В исследовании оценивалась безопасность комбинированных препаратов. Самцам белых кроликов в количестве 20 штук многократно перорально вводили в течение 7 дней комбинацию противотуберкулезных препаратов. Эксперимент не привел к гибели животных. Selvakumar S 2016 et al. рассказывает о тестировании способности ингибитора фосфодиэстеразы-4 CC-11050, который применяется совместно с изониазидом, ускорять гибель бактерий и уменьшать у кроликов с туберкулезом хроническое воспаление в легких. Терапия изониазидом + CC-11050 значительно улучшала состояние кроликов с туберкулезом легких. Во всех найденных литературных источниках проведение эксперимента на кроликах с использованием комбинации противотуберкулезных препаратов оказалось возможным и не приводило к гибели модельных животных в следствии токсического эффекта изониазида.

Наш эксперимент проводился на трех кроликах, которым перорально вводили противотуберкулезный комбинированный препарат, состоящий из изониазида, пипразинамида и левофлоксанина. У всех модельных животных не было выявлено состояний угрожающих жизни, а также летального исхода. Была экспериментальным путем доказана возможность использовать в качестве модельного животного кролика. Кролики крупные животные, что упрощает расчет дозы вводимого препарата и забор крови.

**Выводы.** На основании данных литературы было определено, что изониазид в терапевтических дозах не является токсичным для организма кроликов.

Оптимальным модельным животным для экспериментов во фтизиатрии является кролик.

Экспериментально доказано, что использование комбинации противотуберкулезных препаратов, содержащих изониазид не смертельны для кроликов.

## СКОРОСТЬ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

*М.И. Колчина, В.В. Пивиков, Д.А. Балашова, студенты 3 курса лечебного факультета*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра патологической физиологии*

*Научный руководитель заведующий кафедрой, д.м.н., доцент И.А. Дубровин*

**Ключевые слова:** перелом трубчатой кости, костная мозоль, сроки заживления

**Актуальность.** На сегодняшний день травматизм — это одна из острых социальных проблем, среди избытка повреждений переломы встречаются наиболее часто, и скорость сроков их заживления неутешительна.

При повреждении костной ткани ее регенерация проходит через 4 последовательные стадии:

Первая стадия (сроки 1–10 дней) заключается в образовании кровяного сгустка в месте перелома и миграции в зону воспаления нейтрофилов и макрофагов для удаления фрагментов поврежденной ткани. Спустя некоторое время они трансформируются в новую ткань для строения кости, и начинает формироваться соединительнотканная мозоль.

На второй стадии (сроки 10–15 суток) происходит дифференцировка клеток, и гематома наполняется остеобластами и остеокластами. Заполняя сгусток вокруг перелома, они сглаживают и выравниваются костные обломки, после чего создается гранулярный мост, который удерживает края кости, для предотвращения смещения. В этот период формируется эндостальная мозоль.

В третью стадию (сроки 2–3 недели) гранулярный мост превращается в хрупкую костную ткань, отличающуюся от обыкновенной и являющуюся собственно костной мозолью. Происходит заполнение дефекта костными трабекулами, капиллярами и формируется первичный остеон.

В период четвертой стадии происходит полное заживление перелома. Кровообращение нормализуется, что способствует укреплению кости. В зависимости от тяжести дефекта восстановление в данном периоде может длиться от несколько месяцев до нескольких лет.

По окончании всех стадий, сросшаяся кость снова обретает свою прочность и способна выдерживать разные нагрузки.

Аналогичные данные по лабораторным животным разрознены и в основном рассматриваются в качестве сопутствующей информации при исследовании жизнедеятельности организма животного при костной травме с использованием лечебных факторов.

**Цель исследования:** определить сроки восстановления костной ткани после перелома трубчатой кости у крыс.



**Задачи исследования:** изучить состояние костной мозоли у крыс на 21 день после перелома.

**Материалы и методы.** В базах данных (Elaibrary, Cyberleninka) проведен обзор отечественных и зарубежных литературных источников, содержащих информацию о сроках заживления переломов у крыс, получены противоречивые сведения по этому вопросу.

Для получения собственных данных проведен эксперимент на трех беспородных лабораторных крысах самцах массой 450 г. Перелом бедренной кости нанесен при помощи кусачек Люэра, после предварительной анальгезии внутримышечным введением 0,2 мл (4 мг) Золетила 100 и седации внутримышечным введением 0,2 мл (4 мг) Ксилазина гидрохлорида. Иммобилизация конечностей не проводилась. В дальнейшем крысы изолированы, без каких-либо манипуляций, содержались в клетках в течение трех недель и на 21 день были выведены из эксперимента для изучения сформировавшихся костных отломков.

**Результаты и их обсуждения.** В исследовании Буравковой Л.Б., Капланского А.С. и соавторов, 2009, у контрольной группы выраженная регенерация костной ткани определялась к 14 дню.

В исследовании Копылова В.А., Сафронова А.А. и соавторов, 2016, у контрольной группы на 21-е сутки после перелома складывается гистологическая картина костной мозоли.

В исследовании Куксгауз И. А., Кашкина В. А. и соавторов, 2020, у контрольной группы к 35-м суткам наблюдалась стадия формирования костной мозоли.

В исследовании Искалиева Е.А., 2022, у контрольной группы образование костной мозоли в местах совмещения отломков было отмечено на 45-е сутки.

По литературным данным сроки формирование костной мозоли колеблются в пределах от 14 до 45 суток.

В ходе проведения нашего эксперимента на 21 день после перелома трубчатой кости у крыс в месте повреждения по периметрам проксимального и дистального костных отломков сформировались островки костной ткани, что свидетельствует о формировании костной мозоли (полупрозрачные белые площадки, представленные остеофитами). Характерное расположение обусловлено отсутствием фиксации сломанной кости, что привело к шлифованию концов отломков в месте повреждения.

**Выводы.** Скорость заживления переломов у человека и крыс совпадает. Данное обстоятельство позволяет моделировать различную костную патологию с экстраполяцией экспериментальных данных на данные, ожидаемые в практическом здравоохранении при решении медицинских вопросов.

## ВЛИЯНИЕ КОМПРЕССИИ НА ТЕМПЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ТРАВМЕ

*Е.А. Милосердова, С.А. Федосиади, М.А. Ткач, Г.А. Акинъшин  
студенты 5 и 6 курсов педиатрический факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра патологической физиологии  
Научный руководитель: д.м.н., доцент И.А. Дубровин*

**Ключевые слова:** давность травмы, темпы воспалительной реакции

**Актуальность.** Установление **давности образования повреждений** — одна из основных задач судебной медицины. В Российской Федерации на практике она решается исключительно на базе судебно-гистологического исследования образцов поврежденных тканей с использованием морфометрических и гистохимических методик. Морфометрия зоны повреждения проводится по характеру лейкоцитарной реакции (количество и вид лейкоцитов, лейкоцитарный «вал»). Диагностика давности повреждения на основе клеточной реакции является надежной, научно-обоснованной и проверяемой (фотофиксацией), поэтому имеет юридически утвердительно-доказательное значение. Временные диапазоны других реакций (сосудистые, экссудация, некроз) переменны, что снижает их надежность в практическом применении.

В тоже время известно, что заживление повреждений происходит значительно медленнее при тяжелой (смертельной) травме (в том числе при черепно-мозговой травме), при травмах на фоне тяжелой алкогольной интоксикации и пр., например, при коме, вызванной черепно-мозговой травмой, некоторые реакции на черепно-мозговую травму (клеточные реакции, гемолиз эритроцитов кровоизлияния в оболочках и веществе мозга) отсутствуют даже через 24–48 ч (Пушаков С.М., 1993 — цит. по Богомолу Д.В. и др., 2010).

В связи с изложенным, мы предположили, что фактором, замедляющим развитие клеточной реакции при черепно-мозговой травме может быть повышенное внутричерепное давление и связанная с этим компрессия оболочек и вещества мозга.

**Цель:** установить возможность влияния компрессии на темп клеточной воспалительной реакции.

**Материал и методы исследования.** Исследование было выполнено на 5 белых беспородных половозрелых крысах, подобранных по принципу аналогов с учетом массы тела (200–250 г), пола (самки) и возраста (6–8 мес.), в соответствии с международными правилами гуманного обращения с лабораторными животными, «Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных и других научных целях» (1986). Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом ТГМУ (протокол № 8 от 27.09.2023 г.).

Под наркозом («Золитил-100» в дозе 8 мкг/кг) на нижних конечностях каждой крысы нанесены закрытые переломы бедренных костей. Экспериментальная травма наносилась на симметричные конечности. На одной из конечностей в зоне повреж-

дения создавалась компрессия путем наложения давящего устройства (хомута), фиксированного на коже с помощью швов (эксперимент). На второй задней конечности каждой крысы травматический процесс протекал в обычных условиях (контроль). В опытах № 1–2 посттравматический период с оценкой гистологической картины осуществлялся через 1 час ( $n = 2$ ), в опытах № 3–5 — через 24 часа ( $n = 3$ ).

У крыс с давностью травмы 24 часа (опыты № 3–5), применялась разная сила компрессии: минимальная сила (хомут затягивался до самостоятельной фиксации на конечности — опыт № 3); средняя (после самостоятельной фиксации на конечности хомут затягивался дополнительно, при этом пальпаторно лапка оставалась теплой — опыт № 4); максимальная (после затягивания хомута отмечено снижение температуры в лапке — опыт № 5).

Кусочки мягких тканей из области повреждений фиксировались в 10 % формалине, окрашивались гематоксилин-эозином. Для сравнительной оценки использованы следующие судебно-гистологические критерии: сосудистые реакции, экссудация, некроз поврежденных тканей, лейкоцитарная и макрофагальная реакции. Достоверность определяли по критерию Стьюдента ( $t$ ). Использовано увеличение  $\times 400$ .

**Результаты.** В опытах № 1–2 при давности травмы в 1 час заметных гистологических отличий в зоне контрольного и экспериментального повреждений конечностей не отмечалось: выявлены неизмененные эритроциты в кровоизлиянии, единичные лейкоциты по краю кровоизлияния.

В опытах № 3–5 (через 24 часа) в зоне контрольных повреждений конечностей выявлены выраженные сосудистая реакция, экссудация, некроз и лейкоцитарная реакция в виде полнокровия артерий и вен, отека, умеренного обесцвечивания эритроцитов, набухания и некроза сосудистых стенок, выраженной лейкоцитарной реакции по краю кровоизлияния («вала»  $74,9 \pm 5,1$  в полях зрения). Среди нейтрофильных лейкоцитов имелись единичные макрофаги.

Соответственно в зоне экспериментальных повреждений отсутствовали признаки полнокровия сосудов и отека ткани, в центре кровоизлияния отмечены обесцвечивание эритроцитов и их гемолиз. Выраженность этих изменений возрастала в опытах с более сильной компрессией. Не были выявлены макрофаги в зоне повреждений. Лейкоцитарная реакция по краю кровоизлияния характеризовалась наличием  $38,7 \pm 4,9$  (опыт № 3),  $22,8 \pm 4,3$  (опыт № 4) и  $9,2 \pm 2,8$  (опыт № 5) нейтрофильных лейкоцитов в поле зрения. При этом можно отметить достоверные различия этих показателей с контрольными ( $t > 2$ ).

**Выводы.** Таким образом, нами установлено влияние компрессии на темп воспалительной реакции. Эксперимент на лабораторных животных может быть использован для изучения влияния других неблагоприятных факторов на степень выраженности воспалительной реакции при травмах. Представляется перспективным изучение на секционном материале зависимости между степенью компрессии внутричерепными гематомами разных объемов на выраженность гистологической картины в зоне кровоизлияний.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КЕФАЛОГЕМАТОМЫ НОВОРОЖДЕННОГО

*Г.В. Рыжов<sup>1</sup>, студент 5 курса педиатрического факультета;  
П.Ф. Гулиев<sup>1</sup>, студент 6 курса педиатрического факультета;  
Л.П. Нганкам<sup>2,1</sup>*

*<sup>1</sup> — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*<sup>2</sup> — ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница», г. Тверь, Россия*

*Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент, заведующий отделением  
нейрохирургии Л.П. Нганкам*

**Ключевые слова:** кефалогематома; пункционный метод лечения; единая персонализированная тактика

**Цель исследования.** Продемонстрировать клинический случай кефалогематомы у новорожденного.

Разработать единую персонализированную тактику лечения новорожденных с кефалогематомой.

**Материалы и методы:** проанализировано клиническое наблюдение новорожденного с двумя кефалогематомами теменных костей с оценкой его анамнеза, физикальных данных, инструментальных, лабораторных и дополнительных методов исследования.

**Результаты.** Пациент А. мальчик родился от III доношенной беременности, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Состояние ребенка при рождении — удовлетворительное. Приложен к груди в родильном зале. Особенности периода адаптации: в обеих теменных областях кефалогематомы, справа: 2×1 см; слева: 5×4 см; ненапряженные, безболезненные при пальпации. Мать от перевода в ОПН отказалась. Ребенок выписался на 4 день жизни, с массой тела 3326 г в удовлетворительном состоянии. На 10 день жизни пациент А. госпитализирован в НХО ГБУЗ ДОКБ г. Твери. Тяжесть состояния пациента удовлетворительная. Уровень сознания по шкале Глазго: 15 баллов. Менингеальные симптомы при осмотре не отмечаются. Локальный статус: в области правой теменной кости отмечается кефалогематома 8×5×2 см — 3 степени, в левой 2×3×1 см — 2 степени. На 14 день с момента образования кефалогематом признаки регрессии отсутствовали, что по разработанным новым персонализированным тактикам являлось показанием к оперативному вмешательству. В стерильных условиях после 2-кратной обработки кожи антисептиком в проекции кефалогематом правой и левой теменных костей, после инфильтрационной анестезии кожи и мягких тканей раствором новокаина выполненной у оснований кефалогематом, произведена пункция и аспирация. Получена лизированная кровь темного цвета объемом: справа — 20 мл; слева — 12 мл. Гемостаз салфеткой и давящей повязкой на 24 часа. После снятия

повязки кефалогематомы не определяются. Признаков отека и воспаления в проекции кефалогематом нет. Рекомендован контроль анализов.

**Выводы.** В случае выявления кефалогематомы у новорожденного, выписанного из родильного дома, участковый педиатр предпринимает выжидательную тактику. При отсутствии выраженного регресса кефалогематомы в течение 12–14 дней пациент должен быть направлен в поликлинику к нейрохирургу. Первый осмотр нейрохирурга необходимо провести не позднее 15 дня жизни ребенка. В эти сроки оценивается локальный статус и решается вопрос о дальнейшей тактике лечения: при выраженном уменьшении размеров кефалогематомы пункционное лечение не показано; при отсутствии регресса кефалогематомы рекомендуется госпитализация в стационар для хирургического лечения (тонкоигольная пункция-аспирация под местной анестезией).

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ШААФ-ЯНГ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

*С.Ю. Гуреев, А.М. Шевченко, студенты 4 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.В. Сороковикова*

**Ключевые слова:** *MAGEL2; синдром Шааф-Янг; гипотония; задержка НПП*

**Цель исследования:** изучить особенности клинического течения заболевания, а также проследить изменения неврологического статуса в динамике на примере клинического случая.

**Материалы и методы:** подбор актуальной литературы по данной тематике, изучение истории болезни и амбулаторных карточек пациента.

Результаты: девочка Е. 01.06.2021 года рождения от второй беременности (первая — замершая на 9–10 неделе), протекавшей на фоне анемии легкой степени, во втором триместре — контакт с COVID-19, на 38 неделе — герпетическая инфекция (лечение ацикловиром). Роды срочные, самостоятельные, по Апгар 8/9 баллов. На 12 часу жизни — срыгивания «кофейной гущей» в небольшом объеме. Ребенок переведен в ОПН ДГКБ №1 в состоянии средней степени тяжести, где находился до 10 суток жизни с диагнозом «неонатальная правосторонняя нижнедолевая очаговая пневмония микоплазменной и хламидийной этиологии средней степени тяжести». Тогда же отмечены нарушения мышечного тонуса. После выписки из стационара ребенок рос и развивался с задержкой психического развития, речевых и моторных навыков.

Из анамнеза заболевания известно, что 04.11.2021 обратилась к неврологу с жалобами на некоторое снижение двигательной активности, выявлена тенденция к запрокидыванию головы назад, во время плача отмечалась достаточно густая слизь, скапливающаяся на уровне гортани — ребенок давился.

В НПП: нет комплекса оживления, смеха в голос, игрушку не захватывает, со спины на живот не переворачивается.

Неврологический статус от 04.11.2021: общемозговых и менингеальных симптомов нет, голова долихоцефалическая, в сфере черепных нервов: обоняние ориентировочно сохранено, зрачки D = S, реакция зрачков на свет прямая и содружественная сохранена, отмечен горизонтальный нистагм, мелкоразмашистый. Мышечный тонус снижен.

Учитывая особенности фенотипа (высокий лоб, выступающие затылочные бугры, монголоидный разрез глаз, расходящийся стробизм, микрогнатия, диспластичные ушные раковины, колоколообразная грудная клетка, пастозность нижних конечностей и др.), заподозрена генетическая патология.

Семейный анамнез: брак неродственный, неврологический заболеваний в семье не было.

Ребенок осматривался врачом-генетиком, проведено обследование, диагноз СМА — не подтвержден, скрининг на лизосомные болезни накопления — патологии не выявлено, ХММА — молекулярный кариотип нормальный женский.

Неврологический статус от 27.12.2021: отмечаются высокие сухожильные рефлексы D = S, дистонический мышечный тонус, слабая опора.

30.12.21 на ЭЭГ признаков эпилептической активности не выявлено, на нейросонографии — незначительные расширения латеральных желудочков.

На осмотре от 18.02.2022: жалобы на задержку моторного развития, в последнее время — перевороты на правый бок. Рекомендовано дообследоваться у врача-генетика в МГНЦ им. Академика Н.П. Бочкова, а также планово госпитализироваться в ФГАУ НМИЦ ЗД ОПДРВ.

В период с 13.04.2022 по 22.04.2022 находилась на стационарном лечении. Неврологический статус за этот период: при осмотре ребенок в сознании, реакция снижена — зрительного и слухового сосредоточения нет, малоэмоционален. На интонацию речи не реагирует. Речь экспрессивна — отдельные слабomodулированные звуки. Игрушки в руки не берет. При осмотре отмечаются стереотипные движения ногами и кистями рук (покручивания). В сфере черепных нервов отклонений нет. В двигательной сфере: объем активных движений снижен больше в проксимальных отделах при сохраненном объеме пассивных движений. Мышечный тонус диффузно снижен больше в проксимальных отделах, ягодичных мышцах. Мышечная сила снижена в проксимальных отделах рук, ног до 2–3 баллов, в дистальных отделах — до 4. Функцию тазовых органов не контролирует. На МРТ — МР-картина незначительного расширения боковых желудочков.

Уже в 2023 году МГНЦ было проведено массовое параллельное секвенирование генома. По результатам исследования выявлен вариант нуклеотидной последовательности в 1 экзоне гена MAGEL2 в гетерозиготном состоянии, приводящий к терминации трансляции, начиная с 537 позиции белка. Мутации в этом гене описаны у пациентов с синдромом Шааф-Янг, что предполагает аутосомно-доминантный тип наследования. Вариант мутации именно исследуемого ребенка в научной литературе ранее не был описан, что делает неприменимыми алгоритмы предсказания патогенеза.

По результатам осмотров и обследований был поставлен диагноз: другой вид детского церебрального паралича. Задержка психо-речевого развития на фоне генетической патологии (синдром Шааф-Янг).

**Выводы:** синдром Шааф-Янг — редкое наследственное заболевание, характеризующееся расстройством развития нервной системы с необратимым влиянием на организм. В раннем возрасте отмечаются: снижение объема двигательных движений, гипотонус мышц, снижение их силы. При взрослении выявляются умственная отсталость различных степеней, мелкоразмашистый горизонтальный нистагм, стробизм. Данные нарушения заключаются в ошибке гена MAGEL2. В связи с тем, что вариант мутации именно исследуемого ребенка в научной литературе ранее не был описан, это требует дополнительного наблюдения со стороны неврологов и медицинских генетиков.

## ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ COVID-19

*А.С. Плеханова, студентка 4 курса фармацевтического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: старший преподаватель О.А. Судакова*

**Ключевые слова:** терапевтические моноклональные антитела; Covid -19

**Цель исследования:** анализ российского рынка терапевтических моноклональных антител, применяемых для лечения Covid-19, а также данных научной литературы об эффективности лечения моноклональными антителами Covid-19.

**Материалы и методы:** временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (Covid-19). Версия 18 (26.10.2023)», Государственный реестр лекарственных средств, поисковая система по биомедицинским исследованиям Pubmed.

**Результаты.** Согласно Временным методическим рекомендациям «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (Covid-19). Версия 18» для этиотропного лечения Covid-19 используют препараты: регданвимаб, сотровимаб, комбинации препаратов: бамланивимаб плюс этесевимаб, касиривимаб плюс имдевимаб. Было установлено, что указанные лекарственные препараты, на сегодняшний день, не используются на территории Российской Федерации, так как не имеют регистрации в соответствии с данными Государственного реестра лекарственных средств. Но при этом препараты моноклональных антител согласно Временным методическим рекомендациям могут применяться для лечения COVID-19 при наличии препарата в субъекте Российской Федерации и решения врачебной комиссии, а также разрешения на временное обращение. Во второй части исследования были изучены научные публикации из поисковой системы Pubmed на предмет результатов исследований эффективности и безопасности, вышеуказанных моноклональных антител в терапии Covid-19, проведенных за рубежом. Опубликованы данные об одноцентровых ретроспективных когортных исследованиях эффективной терапии препаратом регданвимаб пациентов с легкой или умеренной формой Covid-19, которые были проведены в Республике Корея. В исследованиях приняли участие 2936 пациентов с вариантом «Дельта» Covid-19. В соответствии с текстом научной публикации конечными точками в исследовании были потребность в кислороде и прогрессирование заболевания до тяжелой степени в течение 21 дня после поступления. Эффективность и безопасность сотровимаба у пациентов с COVID-19 была показана в мета-анализе, проведенном Bahman Amani и Behnam Amani, у пациентов с вариантами «Дельта» и «Омикрон» Covid-19. В мета-анализ были включены семнадцать исследований



с участием 27 429 пациентов. В проведенных исследованиях оценивали снижение смертности и частоту госпитализаций. По данным двух рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований, проведенных в США, терапия препаратами бамланивимаб плюс этесевимаб снижала количество госпитализаций и смертность у амбулаторных пациентов, в том числе с повышенным риском тяжелого течения. Количество пациентов этих исследований по сумме составила 1804 человека. Терапия комбинацией моноклональных антител касиривимаб плюс имдевимаб эффективна при лечении легкой и умеренной степени тяжести Covid-19 не только при внутривенном введении, но и подкожном введении. К такому результату пришли американские ученые, которые проводили рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование на 815 пациентах, а также проспективное когортное исследование с участием 4144 амбулаторных пациентов.

**Выводы.** По данным Государственного реестра лекарственных препаратов в России моноклональные антитела для терапии Covid-19 не применяют. Зарубежные исследования эффективности и безопасности данных препаратов, проведенных в США и республике Корея, подтверждают эффективность и безопасность регданвимаба, сотровимаба, а также комбинаций препаратов: бамланивимаба плюс этесевимаб, касиривимаба плюс имдевимаб в терапии Covid-19.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДЛИННОСТИ НОВОГО ПРОТИВОМИКРОБНОГО СБОРА

*Д.С. Баранова, М.В. Прасолова, студенты 4 курса фармацевтического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии  
Научный руководитель: доцент, к.б.н. И.А. Ломоносова*

**Ключевые слова:** патогенные микроорганизмы; фармакологические эффекты; противомикробный сбор

**Цель исследования:** установление подлинности нового противомикробного сбора.

**Материалы и методы:** лекарственное растительное сырьё (душицы обыкновенной трава, тимьяна обыкновенного трава, ромашки аптечной цветки); макро- и микроскопические исследования; качественный химический анализ с последующим выводом о совместимости данных компонентов.

**Результаты:** исследуемый противомикробный сбор представляет собой смесь измельченных неоднородных частиц растительного сырья зеленовато-коричневого цвета с фиолетовыми вкраплениями. Запах сильный, ароматный.

В ходе макроскопического анализа сырья были найдены кусочки стеблей коричневатого-зеленого цвета, кусочки листьев зеленого цвета с коричневатыми точками и белесыми волосками. Чашечка зеленовато-фиолетового цвета, лепестки цельные, фиолетового цвета (душицы обыкновенной трава). Были обнаружены листья, имеющие на обеих сторонах многочисленные круглые, блестящие железки (тимьяна обыкновенного трава). Были найдены цельные язычковые цветки с белым отгибом, трубчатые цветки цельные с желтым венчиком (ромашки аптечной цветки).

В ходе микроскопического анализа был рассмотрен микропрепарат кусочка листа с характерными признаками душицы обыкновенной. Клетки эпидермиса верхней стороны листа со слабоизвилистыми стенками, нижней стороны листа — с более извилистыми стенками, с двумя типами волосков (простыми и головчатыми).

При рассмотрении микропрепарата листа были выявлены характерные признаки растения тимьяна обыкновенного: клетки эпидермиса верхней и нижней сторон имеют извилистые стенки. По краю листа и на поверхности были обнаружены волоски нескольких типов: очень крупные, многоклеточные, бородавчатые; головчатые волоски с овальной одноклеточной головкой на одноклеточной ножке.

Также в ходе исследования были изучены язычковые цветки предполагаемого растения ромашка обыкновенная с последующим обнаружением извилистостенных клеток эпидермиса с сосочковидными выростами. Клетки эпидермиса отгиба вен-

чика трубчатых цветков слегка вытянутые. На поверхности язычковых и трубчатых цветков встречаются эфирномасличные железки.

На следующем этапе исследования был проведен качественный химический анализ водного извлечения нового сбора. Наличие эфирного масла, содержащегося в траве тимьяна обыкновенного, траве душицы обыкновенной и цветках ромашки аптечной было подтверждено с помощью реакции с Суданом-3 (оранжево-желтое окрашивание). Наличие флавоноидов в траве душицы обыкновенной и цветках ромашки аптечной подтвердили *реакцией с гидроксидом натрия (светло-желтое окрашивание)*. Присутствие фенолов в траве тимьяна обыкновенного устанавливали *реакцией с хлоридом железа (III)*. Результат реакции – сине-фиолетовое окрашивание.

*Источником эфирного масла в ромашке аптечной являются цветки, в душице обыкновенной и тимьяне обыкновенном – листья и стебель.* Эфирные масла душицы обыкновенной и тимьяна обыкновенного относятся к одной категории классификации эфирных масел, что говорит о возможности их сочетания. Каждый компонент сбора оказывает противомикробный, антисептический, противовирусный эффекты. Эти эффекты обуславливаются наличием эфирного масла, флавоноидами, фенолами. Следовательно, трава тимьяна обыкновенного, трава душицы обыкновенной и цветки ромашки аптечной могут сочетаться друг с другом в растительном сборе.

**Выводы:** была доказана подлинность противомикробного сбора с помощью макро- и микроскопического методов анализа, в ходе которых были выявлены характерные признаки для душицы обыкновенной травы, тимьяна обыкновенного травы, ромашки аптечной цветков. *Был проведен качественный химический анализ, в ходе которого было установлено, что в состав каждого компонента сбора входит эфирное масло. Также было выявлено наличие флавоноидов в траве душицы обыкновенной и цветках ромашки аптечной; фенолов в траве тимьяна обыкновенного.*

## ЗНАЧИМОСТЬ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СИНДРОМЕ АУТИЗМА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

*С.С.Денисова<sup>1</sup>, студентка 5 курса лечебного факультета; М.А. Мацкевич<sup>1</sup>, ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, И.В. Прощенко<sup>2,1</sup>*

*<sup>1</sup> — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г.Тверь, Россия*

*<sup>2</sup> — ГБУЗ Тверской области «Областной клинический психоневрологический диспансер», г.Тверь, Россия*

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент И.В. Прощенко*

**Ключевые слова:** синдром раннего детского аутизма; психические заболевания; нейромоторная коррекция

**Цель исследования:** изучить значимость оказания медико-психологической помощи при синдроме аутизма на примере клинического случая.

**Актуальность исследования:** по оценкам ВОЗ, один ребенок из 160 детей имеет какое-либо расстройство аутистического спектра (РАС). В 2020 году Центр по контролю и профилактике заболеваний США опубликовал новую статистику — РАС встречаются у каждого 54-го ребенка, что на 10 % больше, чем по статистике 2018 года. По данным ВОЗ, ежегодно число детей с аутизмом увеличивается на 13 %. По оценке директора департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Байбариной, в настоящее время 0,1 % детского населения страдают аутизмом, их число в 2018 г. составило 31 685 тыс. человек. По данным статистики психиатрического дневного стационара для обслуживания детского населения (ПДСОДН) №1 ГБУЗ ОКПНД г.Твери, число детей, поступающих на лечение с РАС росло в геометрической прогрессии: в 2013 г. 16 % (26 человек), в 2016 г. 36 % (85 человек), в 2018 г. 30,6 % (71 человек), в 2019 г. 36,4 % (86 человек). В 2020–2022 годах удельный вес пациентов с основным диагнозом РАС снизился (в 2020 г. 24,2 %, в 2022 г 29,4 %), однако выросло число пациентов, имеющих данный синдром в рамках смешанных специфических расстройств психического развития и других психических расстройств, обусловленных повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью.

**Материалы и методы:** мальчик 10 лет с диагнозом: синдром раннего детского аутизма с задержкой психического и речевого развития на органически неполноценной почве, находящегося на лечении в ПДСОДН №1 ГБУЗ ОКПНД г. Твери, в котором использовался инновационный метод нейромоторной коррекции. Проведен разбор клинического случая.

**Результаты:** впервые мама обратилась к психиатру, когда ребенку исполнилось 4 года. Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родился вторым ребенком в семье, старшая сестра здорова. Беременность и роды

проходили нормально. В первый год жизни отклонений в психическом и физическом развитии, со слов мамы, выявлено не было. Первое слово появилось к 1,5 годам: одно слово «дега-дега», обозначавшее различные предметы. Новые слова появились в возрасте 3,5 лет — «мама», «папа», «дай», присутствовала эхолалия «целыми фразами». Для коммуникации речь использовал редко, имел слабый зрительный контакт, но при этом проявлял интерес к общению с детьми.

Не реагировал на большинство инструкций и действовал по своему плану, игнорировал запреты и замечания, при попытке вернуть к занятию плакал, сопротивлялся. В речи использовал отдельные слова и сопровождал просьбы жестами, имел рассеянное внимание. Навыки самообслуживания формировались с задержкой. Посещение детского сада началось с 3 лет, адаптация занимала продолжительное время. Периодически было протестное поведение, но подражал другим детям.

Ежегодно в течение 6 лет мальчик проходил лечение в ПДСОДН №1 ГБУЗ ОКПНД г.Твери. Курс рассчитан на 1,5–2 месяца и включает в себя от 10–20 занятий с каждым специалистом.

Специалисты отделения разработали индивидуальную программу лечения для ребенка с аутизмом. Она включала занятия с психологом, логопедом, дефектологом, ЛФК, занятия музыкальным и изобразительным творчеством. Применялась инновационная методика нейромоторной коррекции, а также проводился медикаментозный курс лечения, который включал в себя ноотропы (церебролизин, энцефабол), нейролептики (этаперазин, рисперидон, неуплептил), транквилизаторы (атадекс).

Пациент прошел курс лечения и занятий в запланированном объеме с положительной динамикой в психическом статусе. Он стал спокойнее двигателью, ровнее эмоционально, упорядоченнее в поведении в целом, протестные реакции стали реже и менее бурными, мать отмечает улучшение зрительного контакта. Активизировалась игровая деятельность: чаще обнаруживает в ходе игры простой сюжет, стал сам инициировать игру. В ходе коррекционно-развивающих занятий у мальчика улучшилось понимание обращенной речи, стал активнее подражать, улучшились графические навыки. На первом плане в клинической картине признаки сохраняющейся эмоционально — волевой неустойчивости, слабости произвольной регуляции поведения с существенной задержкой психического и речевого развития, мотивационным дефицитом.

**Вывод:** таким образом, на примере данного клинического случая, мы видим необходимость ранней диагностики и оказания медико-психологической помощи при синдроме аутизма.

## АЛЬТЕРНИРУЮЩАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

*Н.Ю. Вишняков, Я.В. Федоров, студенты 4 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент, Т.В. Сороковикова*

**Ключевые слова:** *альтернирующая гемиплегия; эпилепсия; генная мутация.*

**Цель исследования:** произвести обзор отечественной и зарубежной литературы по такому заболеванию, как альтернирующая гемиплегия детского возраста; выяснить этиологию, патогенез, принципы диагностики и терапии данного заболевания; описать клинический случай.

**Материалы и методы:** проведён анализ зарубежной и отечественной литературы, посвящённой синдрому альтернирующей гемиплегии детского возраста; были использованы данные медицинской амбулаторной карты и выписных эпикризов пациентки 6 лет.

**Результаты:** альтернирующая гемиплегия детского возраста (АГДВ) — редкое комплексное заболевание, в основном характеризующееся приступообразными эпизодами повторяющихся преходящих парезов, охватывающих одну или обе стороны тела, и постоянным неврологическим дефицитом с дебютом в интервале от рождения до 4 лет жизни (в среднем в 3–5 месяцев).

Патофизиологический механизм АГДВ до сих пор остается до конца не изученным, но достижения в области клинической генетики, позволили обнаружить следующую закономерность: у людей с АГДВ имеется мутация в гене АТР1А2 или АТР1А3. Данные гены располагаются на 19 хромосоме и кодируют две разные альфа-субъединицы трансмембранной  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ -АТФазы, которая регулирует электрохимические градиенты  $\text{Na}^+$  и  $\text{K}^+$  посредством активного транспорта, что необходимо для регуляции клеточной осмоляльности и потенциалов действия мембраны. Заболевание относится к каналопатиям и может передаваться по наследству (аутосомно-доминантный тип наследования).

Приступы гемиплегии вызываются различными провоцирующими факторами. Симптоматика приступа полностью регрессирует во время сна.

Диагностика основана на критериях J. Aicardi и соавт.:

1. пароксизмальные эпизоды гемиплегии;
2. пароксизмы двойной гемиплегии (тетрапареза);
3. другие пароксизмальные нарушения (гиперкинезы глазных яблок, дистонические атаки, нистагм, косоглазие, дыхательные и вегетативные нарушения) как во время гемиплегии, так и между приступами;

4. очаговая неврологическая симптоматика (атаксия, хореоатетоз, нижний спастический парапарез, тетрапарез, гипотония), задержка психоречевого развития; эпилепсия;
5. исчезновение симптомов во сне;
6. дебют до 18 месяцев жизни.

Медицинское лечение основано на 3 различных категориях:

- 1) профилактика приступов гемиплегии путем медикаментозного лечения и избегания провоцирующих факторов;
- 2) неотложная помощь при приступах гемиплегии;
- 3) лечение приступов эпилепсии.

Клинический случай. Дебют заболевания состоялся в возрасте 1,5 месяцев, когда впервые появились приступы: замирание с запрокидыванием головы и девиацией взора вверх, тоническое напряжение мышц туловища, длительностью около 10 минут. Позже во время приступов стала наблюдаться адверсия головы и глаз в противоположную сторону от паретичных конечностей, гипотония конечностей. Регулярно проходила курсы лечения в профильных стационарах по поводу диагноза: фокальная эпилепсия неясной этиологии.

В возрасте 4 лет в отделении медицинской генетики РДКБ было проведено генетическое исследование на базе лаборатории «Геномед»: в 17 экзоне гена АТР1А3 обнаружена мутация р. Asp814Asn в гетерозиготном состоянии, что позволило установить диагноз АГДВ.

В возрасте 6-ти лет при осмотре: астенического телосложения, наличие стигм дизэмбриогенеза (оттопыренные уши, длинные ресницы, «вздернутый» нос, эпикант, широкое пупочное кольцо, признаки соединительнотканной дисплазии, нарушения дерматоглифики, сандалевидная стопа). В неврологическом статусе: в сфере ЧН – без особенностей, мышечный тонус снижен с элементами дистонии, D > S. Сухожильные рефлексy повышены, симметричные. Походка атактическая с элементами пропульсии на полусогнутых ногах с ротацией стоп кнутри, с широкой опорой. В ВПФ отмечается задержка психоречевого развития: речь фразовая, словарный запас значительно снижен. Рекомендованы регулярные занятия с логопедом-дефектологом, приём антиконвульсантов (топиромат), антагонистов кальция (флунаризин), регулярные курсы ЛФК.

**Выводы:** проведенный анализ литературы и исследование клинического случая доказывают принадлежность альтернирующей гемиплегии детского возраста к орфанным заболеваниям, что, вероятнее всего, связано не только с редкостью самой мутации, но и невозможностью сразу установить точный диагноз, вследствие «маскировки» данного заболевания под некоторые патологии эпилептической и неэпилептической природы. Следовательно, важно привлечь внимание неврологов и врачей-педиатров к данной нозологии. Выяснилось, что патогенетического лечения АГДВ в настоящий момент не существует, терапия может быть только симптоматической.

## СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ В РАЗВИТИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*А.В. Сорокина, Д.В. Цыбина, студенты 2 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества  
Научный руководитель: к.ф.н., доцент С.И. Данилов*

**Ключевые слова:** свободное время; досуг; хобби; студенты; развитие личности

Свободное время часто рассматривается как условие восстановления физических и психических сил человека. Однако нельзя недооценивать его значение для удовлетворения экзистенциальных потребностей, личностного роста и профессионального развития личности. Достаточно вспомнить о том, что увеличение свободного времени становилось фактором дальнейшего антропо- и социогенеза. Участие в обрядах, играх, ритуальных танцах способствовали освобождению наших предков от усталости и страха, позволяя ощутить единство, свободу, здоровье, силу, транслировать опыт. Аристотель связывал с качественным использованием свободного времени достижение личностью идеального состояния, считал работу не самодостаточной целью, а средством обеспечения пространства для досуга, в котором можно реализовать потенциал для счастья: развивать душу, разум, личные и общественные взаимоотношения. К. Маркс в свободном времени видел возможность для полного развития человека и общества в целом.

**Цель исследования:** отношение к досугу и свободному времени студентов ТвГМУ.

**Материалы и методы.** Была разработана и использована специальная анкета из 44 вопросов. В опросе приняли участие 190 студентов 1–5 курсов педиатрического факультета ТвГМУ: 1-го – 54 человека, 2-го – 44, 3-го – 53, 4-го и 5-го (далее – старшекурсники) – 39 человек. Проведено сравнение ответов по курсам обучения.

**Результаты и обсуждение.** 42,59 % первокурсников, 56,82 % второкурсников, 79,25 % третьекурсников и 28,2 % старшекурсников испытывают недостаток свободного времени; у 10 % студентов его нет совсем. У студентов 1–3 курсов остается от 1 до 3 часов свободного времени ежедневно, а у старшекурсников – 4-5 часов. Норме в 7–9 часов сна следуют лишь 31,48 % первокурсников, 25 % второкурсников, 16,99 % третьекурсников и 48,72 % старшекурсников, – остальные спят 5-6 часов в сутки. 117 из 190 студентов считают, что количество свободного времени зависит как от загруженности учебного процесса, так и от уровня самоорганизации студента, при этом порядка 60 % независимо от курса не удовлетворены своими навыками тайм-менеджмента.



О качестве использования свободного времени говорят следующие результаты. На соцсети студенты тратят 2,5–3 часа ежедневно. 46,3 % первокурсников, 61,6 % второкурсников, 39,62 % третьекурсников и 33,3 % старшекурсников демонстрируют 1,5 и более часов физической активности в неделю (наиболее распространены пешие прогулки, зарядка и занятия в зале). 70 % студентов 1–3 курсов и лишь 33,3 % 4–5 курсов отмечают наличие хобби (в основном, чтение, просмотр фильмов). Многие занимаются творчеством ради самовыражения, незначительное число занимается на досуге самообразованием. Поступление в университет не заставило 155 из 190 студентов полностью отказаться от хобби, а некоторым оно открыло новые возможности. Однако студенты весьма редко связывают досуг с медициной: они стремятся посещать интересные места и мероприятия, в т.ч. в других городах (60,7 %), проводить время со своей семьей и друзьями, поскольку 65 % из них это удается реже раза в неделю. Культурные мероприятия хотя бы раз за год посетили 88 % студентов, 38 % не посещали вечеринки, дискотеки и проч. Сам выбор хобби и досуга обусловлен желанием выплеснуть накопившиеся эмоции и отдохнуть, перезагрузиться. Лишь 13,43 % респондентов считают, что качественный досуг невозможен без затрат, для остальных деньги в организации досуга не играют первостепенной роли. Редко досуг связан с университетом: лишь 20 из 190 человек участвуют в спортивных секциях и 34 из 190 — в творческих коллективах. Активное участие в жизни университета принимают 24,74 %. Наиболее распространены среди студентов такие жизненные ценности, как семья, верные друзья, дело по душе и здоровье. 60,5 % не курят и не употребляют алкоголь. 69 % не согласны с тем, что курение и употребление спиртных напитков помогают справиться со стрессом, и это — хорошая тенденция. В основном они борются со стрессом с помощью вышеперечисленных видов досуга и это помогает большинству (80 %) переключиться, избавиться от усталости и работать с новыми силами.

**Выводы.** Студенты медицинского университета, особенно первого»третьего курсов, имеют мало свободного времени, многие не умеют им распоряжаться. Существует очевидный недостаток сна и физической активности. Досуг — смена деятельности или пассивный отдых — для них играет важную роль как средство снятия напряжения, психологической защиты от рутины и выгорания. Однако посещение мероприятий профессионального профиля (выставки, презентации), работа с профессиональными медиаресурсами на досуге — редкость даже на старших курсах.

## КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОСТОЯЩИХ ПОД АКТИВНЫМ ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ В Г. ТВЕРИ

*В.В. Фролова, студентка 6 курса лечебного факультета;  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент А.В. Числов*

**Ключевые слова:** общественно опасные действия (ООД), органические заболевания головного мозга (ОЗГМ), черепно-мозговая травма, алкоголизация, принудительное лечение

**Цель исследования:** изучение механизмов совершения общественно опасных действий (ООД) лиц с органическими психическими расстройствами в зависимости от характера патологического фактора, синдрома при совершении ООД, а также влияния микросоциальных и средовых факторов, способствующих их реализации. Для разработки мер профилактики как первичных, так и повторных ООД.

**Материалы и методы:** анализ всех (56) амбулаторных карт лиц, страдающих психоорганическими расстройствами, состоящих на особом учёте в специализированном кабинете при Областном клиническом психоневрологическом диспансере г. Твери.

**Результаты:** в психиатрической практике под органическими психическими расстройствами подразумевают наличие повреждений головного мозга (черепно-мозговые травмы, интоксикации, сосудистые расстройства и др.) с формированием психоорганического синдрома Вальтер-Бюэля (1951г.), включающего в себя: снижение интеллекта, ослабление памяти и эмоциональную лабильность.

В результате клинико-статистического исследования были изучены 56 амбулаторных карт лиц с органическими психическими расстройствами, состоящих под активным диспансерным наблюдением (АНД) после совершения ими ООД.

Удельный вес мужчин составил — 73,2 %, женщин — 26,8 %. Возраст обследованных лиц составил: до 18 лет — 26,8 %, от 19 до 30 лет — 32,1 %, от 31 до 60 лет — 37,5 %, старше 61 года — 3,6 %. Из них III группе инвалидности — 19,6 %, ко II группе относятся — 16,1 %, остальные 64,3 % не имеют инвалидности.

Выявлено, что 26,8 % пациентов получили среднее специальное образование, у 3,6 % незаконченное высшее, а 69,6 % не закончили среднеобразовательную школу. Важно подчеркнуть, что трудоустроены были всего 7,1 % обследуемых лиц, в то время как 92,9 % не были трудоустроены.

Семейное положение характеризовалось следующим образом: холосты — 58,9 %, вдовцы/вдовы — 1,8 %, разведены — 5,4 %, замужем/женаты — 7,1 %.

Следует отметить, что среди обследуемых лиц только 7,1 % состояли на учёте до ООД и только 5,4 % находились под наблюдением психиатра, что существенно влияло на совершение правонарушений.

Среди факторов, способствующих развитию органических расстройств головного мозга, важную роль играет наличие черепно-мозговых травм в анамнезе пациента. Среди изученного материала данная патология была выявлена у 23,2 %. Хроническая алкогольная интоксикация отмечена у 57,1 %, а наркотизация у 14,3 % больных.

Пациенты с диагнозом Органические заболевания головного мозга (ОЗГМ) разделены на три группы в зависимости от этиологии: так ОЗГМ травматического генеза встречались у 46,4 % (из них 1/3 часть относится к перинатальной травме), сосудистого генеза у 17,9 %, вследствие интоксикации у 14,3 %. Для 21,4 % случаев отмечалось сочетание нескольких этиологических факторов.

Из числа обследуемых лиц правонарушения против личности (убийства и угрозы убийством, причинение тяжкого вреда здоровью, побои) составили 55,4 % случаев. Правонарушения имущественного характера (кражи, хищения, грабежи) совершили 17,9 % больных. По статье совершение действий сексуального характера привлечено 14,3 % обследуемых. Хулиганство совершали 12,5 % больных.

Анализируя механизмы совершенных правонарушений, можно сделать вывод, что к продуктивному механизму (бред, галлюцинации, расстройства сознания и др.) относится 30,4 %, остальные 69,6 % к негативно-личностному механизму ООД с психопатоподобным типом поведения.

80,4 % пациентов проходили принудительное лечение в психиатрических стационарах, 19,6 % амбулаторно. Длительность принудительного лечения составила: до 6 месяцев — 42,9 %, от 6 месяцев до 1,5 лет — 10,7 %, от 1,5 до 3 лет — 25 %, дольше 3 лет — 3,6 %.

**Выводы:** анализ полученных данных позволил сделать следующие выводы:

- 1) Среди лиц, совершивших ООД, большинство имели лишь незаконченное среднее образование.
- 2) Значительная часть пациентов были одинокими и не имели родственников.
- 3) Среди этиологических факторов преобладали посттравматические расстройства головного мозга, под наблюдением и лечением психиатра до совершения ООД они не находились.
- 4) Наибольшее число ООД составили правонарушения против личности, причём в подавляющем числе случаев, больные находились в состоянии алкогольного опьянения.
- 5) В целях профилактики противоправного поведения изученных больных, по нашему мнению, необходима своевременная диагностика и интенсивная терапия лиц с ОЗГМ, активное и адекватное по длительности принудительное лечение после совершения больными ООД, улучшение микросоциальных и средовых факторов жизни пациента (наблюдение родственников, улучшение бытовых условий, постоянное трудоустройство, безалкогольный режим и отсутствие контакта с уголовными лицами).

## ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДНОГО ПИРРОЛО[3,2-*L*]АКРИДИНОНА

*Д.А. Ланцова<sup>1</sup>, ученица 10 «Г» медицинский класс*

*А.В. Ланцова<sup>2</sup>, Л.Л. Николаева<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> — «Курчатовская школа», г. Москва, Россия;*

*А.В. Ланцова<sup>2</sup>, Л.Л. Николаева<sup>2</sup>*

*<sup>2</sup> — ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия*

*Лаборатория разработки лекарственных форм ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России*

*Научный руководитель: к.фарм.н. Е.В. Санарова*

**Ключевые слова:** модель парентеральной лекарственной формы; солюбилизаторы; растворимость; истинный раствор; производное пирроло[3,2-*L*]акридинона; лиофилизация.

**Актуальность.** Впервые производное акридина было открыто немецкими учеными, как примесь антрацена, выделенного из каменноугольной смолы, которое оказывало раздражающее действие на кожу и получило название акридин (лат. aser — острый). Позднее были разработаны и запатентованы «оранжевый краситель» и акрифлавин, применяемые в качестве антисептиков и антибактериальных препаратов. Клинический успех препарата амсакрина (amsacrine) в качестве первого синтетического интеркалирующего агента ДНК положил начало исследованиям акридинового ядра в роли противоопухолевых средств. Целью настоящего исследования является разработка модели нового противоопухолевого препарата для парентерального применения на основе модифицированной субстанции акридинового ядра. Подобные модификации (введение радикалов) позволяют изменять физико-химические характеристики молекулы, повышая тем самым эффективность действия акридиновых производных и снижая характерную для них токсичность, особенно при парентеральном введении, что является актуальным исследованием.

**Материалы и методы** Субстанция производного пирроло[3,2-*L*]акридинона (ПФИЦ УрО РАН), солюбилизаторы: Kollidon 17PF, Cremophor ELP, Kolliphor HS15 (BASF, Германия). В экспериментальной работе использованы технологические (солюбилизации, растворения, фильтрации, лиофилизации) и аналитические (спектрофотометрии, потенциометрии) методы.

**Результаты.** Умеренная растворимость субстанции производной пирроло[3,2-*L*]акридинона в воде послужила основанием для выбора воды для инъекций в качестве основного растворителя в модельных составах. Изучали модельные смеси с различными вспомогательными веществами, образование истинного раствора пригодного для парентерального введения, происходило в составе, где в качестве солюбилизатора и формообразователя использовали поливинилпирро-

лидон (ПВП, Kollidon 17PF). По основным показателям качества, характерным для парентеральных растворов, определили оптимальное содержание ПВП и изучили стабильность данной модели. Для стабилизации разработали режим лиофилизации, в результате которой формировалась однородная сухая пористая масса, после регидратации ее водой для инъекций образовывался истинный раствор желтого цвета.

**Выводы.** Разработан модельный состав и технология получения парентеральной лекарственной формы на основе активной фармацевтической субстанции производного пирроло[3,2-1]акридинона. Противоопухолевая эффективность и системная токсичность полученной модели будет протестирована в системе *in vitro* на опухолевых клетках.

## САРКОПЕНИЯ И ПАДЕНИЯ У ЖЕНЩИН СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Н.С. Максимов, М.С. Рамазанова студенты 6 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра поликлинической терапии  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.В. Караева*

**Ключевые слова:** саркопения; динамометрия; падения; старческая астения; пожилой и старческий возраст

**Актуальность.** По последним статистическим данным за 2021 год в Российской Федерации распространенность саркопении и среди лиц пожилого возраста достигает 22 %, среди лиц старческого возраста 35 %. В условиях прогрессирующего старения населения эта проблема становится все более актуальной.

**Цель исследования.** Изучить показатели саркопении и падений у женщин со старческой астенией в пожилом и старческом возрасте.

**Методы исследования.** Было обследовано 34 «хрупких» женщины Тверского геронтологического центра (ТГЦ) в возрасте от 60-и до 90 лет. Пациенты по возрасту были разделены на 2-е группы: 1-я (n = 15) средний возраст которых составил  $68,4 \pm 4,6$  лет (пожилые пациенты от 60 до 74 лет); 2-я (n = 19) средний возраст  $80,4 \pm 4,2$  (пациенты старческого возраста от 75 до 90 лет). Для выявления старческой астении и «хрупкости» использовался скрининговый опросник «Возраст не помеха», показатели мышечной силы правой руки оценивались при помощи медицинского динамометра ДМЭР-120-0,5. Критериями исключения являлись пациенты с установленной деменцией, тотальной афазией; а также больные с нежеланием сотрудничать в рамках исследования. Статистическую обработку данных осуществляли использованием пакетов программ SPSS 16.0, Statistica 6.0, t-критерия Стьюдента.

**Результаты исследования.** Отмечено, что у больных 2-й группы все показатели мышечной силы были значительно ниже — 14,54 кг, чем у больных 1-й группы 18,73 кг. (для 1-й группы  $p < 0,05$  по отношению ко 2-й группе). Общее количество падений за последний год у пациентов в этих группах 19. Однако установлено, что падений было в 2,2 раза больше во 2-й группе — 13 (40,0 %) женщин, против 6 (68,4 %) обследованных в 1-й группе (различие между 1-й и 2-й группой статистически значимо,  $p < 0,05$ ).

**Вывод.** Саркопения и падения чаще встречаются у «хрупких» женщин в пожилом возрасте по сравнению со старческим. Это нужно учитывать при разработке профилактических мероприятий для предотвращения падений и переломов, чтобы избежать инвалидизации данной группы пациентов.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРСКОЙ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ НАПАДЕНИЯ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕЙ — ПЕРЕНОСЧИКОВ ИНФЕКЦИЙ

*А.А. Федосеева, М.В. Алейникова, студенты 1 курса педиатрического факультета; М.Н. Яковлева  
ФБГОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра биологии  
Научный руководитель: к.б.н. М.Н. Яковлева*

**Ключевые слова:** *иксодовые клещи; клещевые инфекции; анкетирование; профилактика*

**Цель исследования:** определить уровень информированности жителей Тверской и Московской областей по вопросам профилактики укусов иксодовых клещей, являющихся переносчиками вирусных и бактериальных инфекций.

**Материалы и методы:** составлена анкета, включающая 12 вопросов с вариантами ответов. В анонимном добровольном опросе приняло участие 220 жителей Тверской (65 %) и Московской областей (35 %) в возрасте от 15 до 70 лет, из них 83,2 % женщины, 16,8 % — мужчины. Опрос проводился с использованием онлайн-сервиса Google Forms. Полученные данные статистически были обработаны с использованием программы Microsoft Excel.

**Результаты:** согласно результатам опроса 28,6 % респондентов ранее подверглось нападению клещей. Около 36,8 % опрошенных согласны с утверждением, что «клещи обитают в траве или на кустарниках», 3,6 % считают, что «клещи обитают на деревьях и могут прыгнуть на человека», остальные 57,3 % согласны с обоими утверждениями.

На вопрос о мерах профилактики укуса клещей большинство лиц (67,7 %) ответили, что применяют специальные средства, отпугивающие клещей; осматривают себя (64,1 %), а также домашних животных (58,6 %) с целью обнаружения клещей; 41,8 % опрошенных используют светлую одежду с длинными рукавами, плотно прилегающими к запястью, головной убор и закрытую обувь. Избегают прогулок в высокой траве, среди кустарников 45,9 % респондентов, 5,9 % — не принимают никаких мер.

В случае нападения клеща, 75,5 % обратятся в больницу или травмпункт, остальные (16,3 %) — попытаются извлечь клеща самостоятельно; 8,2 % опрошенных лиц не смогли ответить на данный вопрос. В 80 % случаев извлеченного клеща отнесут в лабораторию, в остальных 20 % — этого не сделают по причинам: «не вижу надобности», «долго добираться до ближайшей лаборатории», «дорого».

Опрос показал, что только 40 % респондентов знают об основных заболеваниях, переносимых клещами. В большинстве ответов был указан энцефалит

(36 %), также присутствовали такие ответы как: клещевой возвратный тиф, боррелиоз, болезнь Лайма (5 %).

Источниками информации о профилактике нападения клещей и клещевых инфекций для большинства опрошенных лиц служит Интернет — 75,5 %; общение с друзьями, родными, знакомыми — 53,2 %; информационные плакаты в общественных местах — 28,6 %; телевидение, радио, газеты — 20,9 %.

**Выводы:** на основании результатов опроса можно сделать вывод, что не все респонденты и не в полной мере оценивают и понимают опасность и последствия, к которым могут приводить укусы клещей. Опрошенные лица недостаточно осведомлены об инфекциях, переносчиком которых являются эти членистоногие.

В то же время, большая часть опрошенных ответственно относится к своему здоровью, соблюдая различные меры профилактики и безопасности в местах, где есть вероятность нападения клещей. Но многие заблуждаются, считая, что клещи обитают на деревьях и могут прыгнуть на человека.

В Тверской и Московской областях проблема нападения иксодовых клещей в настоящее время является актуальной. Так, по данным Роспотребнадзора Тверской области в 2023 году в организации здравоохранения региона обратилось около 5,6 тысяч пострадавших от укусов клещей, из них 33 % составили дети. При этом были зарегистрированы случаи клещевого боррелиоза (у 61 человека) и клещевого вирусного энцефалита (у 5 человек).

По данным Роспотребнадзора Московской области, в эпидемический сезон 2023 года от укусов иксодовых клещей пострадали 10,5 тысячи взрослых и 4 тысячи детей. У 131 человека был обнаружен боррелиоз.

Таким образом, учитывая данные опроса, очевидно, что в профилактической работе, в том числе и студентов-медиков, просветительную работу следует акцентировать на вопросах клещевых инфекций, в том числе последствиях, которые могут возникнуть при несвоевременном обращении к врачу. Кроме того, активно использовать ресурсы Интернета как одного из источников передачи профилактической информации; по-возможности, сделать более доступной услугу по выявлению клещевых инфекций в лабораториях.



## ХРОНИЧЕСКАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ КАК ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

*А.С. Орлова, В.С. Орлова студентки 3 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г.Тверь, Россия*

*Кафедра патологической физиологии*

*Научные руководители: к.п.н. доц. А.В Аксёнова, асс. М.В. Черноруцкий*

**Ключевые слова:** *хроническая алкогольная интоксикация, анемия, осмотическая резистентность, непрямой билирубин*

**Цель исследования:** изучить влияние хронической алкогольной интоксикации на количественные и качественные показатели эритроцитов (степень осмотической устойчивости).

**Материалы и методы:** моделирование ХАИ выполнено на крысах-самцах линии Wistar массой тела 180–240г, возраст на момент начала исследования 3 месяца, работа выполнена на базе экспериментальной лаборатории вивария ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Экспериментальное исследование одобрено Этическим Комитетом ФГБОУ ВО ТГМУ МЗ РФ) протокол № 8 от 27.09.2023.

Животные экспериментальных групп получали в свободном доступе 10 % раствор этанола в качестве единственного источника жидкости (ХАИ<sup>10 %</sup>), в течение 30 и 60 дней. Животные были разделены на группы в зависимости от длительности ХАИ: I (n = 10) ХАИ<sup>10 %</sup>-30; II (n = 10) ХАИ<sup>10 %</sup>-60; III контрольная группа (n = 10) — получали стандартный водно-пищевой рацион.

ОРЭ определяли в растворах хлорида натрия с различной концентрацией (от 1 % до 0,1 %) с гепаринизированной кровью животных. Концентрации общего и прямого билирубина (НПФ Абрис+, Санкт-Петербург) определяли методом Йендрашика-Грофа стандартным набором реагентов, концентрацию непрямого билирубина определяли расчетным способом. Подсчет количества эритроцитов производили на автоматическом гематологическом 3-diff анализаторе «MicroCC-20Plus (ветеринарный). Статистический анализ полученных данных проводили в программе «Statistica 6.1» с использованием непараметрических методов. Для описательной статистики применяли медиану (Me) и межквартильный интервал (Q<sub>1</sub>–Q<sub>3</sub>). За критический уровень значимости принято значение  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** У животных экспериментальных групп (режимы ХАИ<sup>10 %</sup>-30, ХАИ<sup>10 %</sup>-60) первые признаки гемолиза эритроцитов появляются в 0,7 % растворе NaCl, что свидетельствует об ухудшении их качественного состава и снижении осмотической устойчивости эритроцитов. Значения медиан показателей доли разрушенных эритроцитов в 0,7 % растворе NaCl составили в I группе Me = 9,0 % (Q<sub>1</sub> = 8,0 %; Q<sub>3</sub> = 10,0 %), во II группе Me = 6,5 % (Q<sub>1</sub> = 5,5 %; Q<sub>3</sub> = 8,0 %), у крыс III группы признаки гемолиза в растворе данной концентрации отсутствуют.

У животных контрольной группы начало гемолиза соответствует 0,55 % раствору NaCl, относительное количество разрушенных эритроцитов составляет  $Me = 20,5\%$  ( $Q_1 = 19,5\%$ ;  $Q_3 = 22,5\%$ ). При этом у крыс I и II групп в 0,55 % растворе NaCl значения медиан показателей степени гемолиза эритроцитов составили соответственно:  $Me = 45,5\%$  ( $Q_1 = 43,5\%$ ;  $Q_3 = 45,5\%$ ),  $Me = 61,5\%$  ( $Q_1 = 61,0\%$ ;  $Q_3 = 63,0\%$ ), что значимо выше ( $p < 0,05$ ) показателей контрольной группы.

Абсолютное количество эритроцитов (RBC;  $\times 10^{12}/л$ ) в I группе:  $Me = 5,6$  ( $Q_1 = 5,4$ ;  $Q_3 = 5,7$ ), во II:  $Me = 7,4$  ( $Q_1 = 7,4$ ;  $Q_3 = 7,6$ ), что значимо ниже ( $p < 0,05$ ) показателей контрольной группы ( $Me = 8,5$  ( $Q_1 = 8,3$ ;  $Q_3 = 9,2$ )). Анализ полученных данных показал значимое ( $p < 0,05$ ) повышение содержания непрямого билирубина плазмы крови (мкмоль/л) у животных I и II групп, по сравнению с контрольной; показатели значений медиан составили соответственно:  $Me = 6,25$  ( $Q_1 = 6,1$ ;  $Q_3 = 6,4$ ) и  $Me = 8,7$  ( $Q_1 = 8,5\%$ ;  $Q_3 = 8,8$ ). Таким образом, у животных экспериментальных групп снижение абсолютного количества эритроцитов сопровождается нарастанием содержания непрямого билирубина плазмы крови, что указывает на их усиленное разрушение в условиях ХАИ.

**Выводы.** ХАИ, как этиопатогенетический фактор, запускает различные механизмы формирования анемического синдрома. Наше исследование показало, что у экспериментальных животных произошло значимое ухудшение качественного состава эритроцитов, снижение их абсолютного количества, обусловленное повышенным гемолизом, что подтверждается высоким уровнем непрямого билирубина плазмы крови. Таким образом, одним из возможных патогенетических вариантов анемического синдрома в условиях ХАИ является гемолиз эритроцитов в результате потери их механической прочности, что приводит к их усиленному разрушению.

## ТРЕВОЖНОСТЬ И ПЕРЕЖИВАНИЕ СТРЕССА В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*В.Д. Якушкина, А.Д. Новикова, О.Э.Шагалина, студенты 3 курса лечебного факультета*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г.Тверь, Россия*

*Кафедра патологической физиологии*

*Научный руководитель: к.п.н., доцент А.В. Аксёнова*

**Ключевые слова:** *психосоматические жалобы, стресс, тревожность, самочувствие, активность, настроение*

**Цель исследования:** оценить взаимосвязь психосоматических жалоб с показателями психоэмоционального состояния.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие девушки студентки третьего курса Тверского ГМУ ( $n = 71$ ), возраст 19–20 лет. На проведение исследования все девушки дали добровольное письменное согласие. В соответствии с целью в настоящее психологическое исследование были включены следующие психодиагностические методики: Гиссенский опросник психосоматических жалоб, шкала психологического напряжения (ПН) PSM-25 (Лемур-Тесье-Филлион), шкала личностной (ЛТ) и ситуационной тревожности (СТ) (опросник Спилбергера-Ханина), методика САН — самооценка функционального психоэмоционального состояния (самочувствие, активность, настроение). Статистический анализ проводили с использованием непараметрических методов в программе «Statistica 6.1». Для описательной статистики показателей использовали медиану ( $Me$ ), нижний ( $Q_1$ ) и верхний ( $Q_3$ ) квартили. Для выявления корреляции между признаками использовали непараметрический коэффициент корреляции Спирмена. Критический уровень значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Результаты исследования показали наличие психосоматических жалоб у 23 % девушек, у 77 % жалобы отсутствуют. Наиболее выражены жалобы по шкалам «истощение», что свидетельствует о потере общей жизненной энергии и потребности пациента в помощи и «ревматический фактор» — субъективные ощущения страдания (боли в теле) спастического характера.

Медиана показателей уровня психологического напряжения (ПН) у обследуемых девушек составила [ $Me = 99,0$  ( $Q_1 = 79,0$ ;  $Q_3 = 121,0$ )]. Уровень ЛТ находится в диапазоне средних и высоких значений у 98 % девушек [ $Me = 46,0$  ( $Q_1 = 39$ ;  $Q_3 = 52$ )], значение медианы уровня СТ:  $Me = 38,0$  ( $Q_1 = 33$ ;  $Q_3 = 49$ ). Выявлена сильная положительная связь уровня ЛТ и ПН ( $r = 0,72$ ,  $p = 0,000$ ) и прямая связь средней силы между СТ и ПН ( $r = 0,44$ ,  $p = 0,005$ ). Результаты количественной оценки силы и направления взаимосвязи между уровнем субъективных ощущений жалоб по всем шкалам опросника психосоматических жалоб и ПН свидетельствуют о наличии прямых связей средней силы (общее давление жалоб  $r = 0,49$ ,  $p = 0,002$ ;

истощение  $r = 0,54$ ,  $p = 0,0005$ ; желудочные жалобы  $r = 0,39$ ,  $p = 0,018$ ; ревматический фактор  $r = 0,37$ ,  $p = 0,020$ ; сердечные жалобы  $r = 0,39$ ,  $p = 0,015$ ). Кроме того, корреляционный анализ выявил у всех обследуемых девушек наличие положительной взаимосвязи между уровнем ЛТ и показателями шкал «Общее давление жалоб», «Истощение», «Ревматический фактор»; сила и направление связи составили соответственно:  $r = 0,40$ ,  $p = 0,01$ ;  $r = 0,46$ ,  $p = 0,03$ ;  $r = 0,32$ ,  $p = 0,04$ . Значения показателей СТ также значимо коррелируют с уровнем субъективных ощущений жалоб по всем шкалам опросника ( $p < 0,05$ ).

Анализ самооценки функционального психоэмоционального состояния выявил значимую отрицательную связь между шкалой «Общее давление жалоб» и показателями «самочувствие»  $r = -0,59$ ,  $p = 0,0009$ ; «активность»  $r = -0,40$ ,  $p = 0,012$ ; и «настроение»  $r = -0,59$ ,  $p = 0,0001$  методики САН. Анализ взаимосвязи субъективного ощущения жалоб по шкалам «Истощение» и «Ревматический фактор» с характеристиками силы, здоровья и утомления, эмоционального компонента и активности протекания физиологических функций методики САН также указывает на наличие отрицательной взаимосвязи у девушек между всеми указанными параметрами ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Результаты нашего исследования подтверждают значимость влияния тревожности и ПН на развитие и интенсивность соматических жалоб. Уровень ЛТ отражает предрасположенность человека к восприятию и переживанию повседневно действующих стрессоров. При этом ЛТ и ПН можно рассматривать как взаимозависимые звенья в патогенезе психосоматических расстройств. Неоднократное сочетание действия психогенного стрессора, негативной эмоциональной реакции на него и вызванного эмоциями нарушения вегетативной регуляции соматических функций закрепляет и реализует патогенетические механизмы психосоматических расстройств. Впоследствии только воспоминание о стрессовой ситуации может заменить действие стрессора и самостоятельно запускать негативную эмоциональную и психосоматическую реакции.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У СТУДЕНТОВ ТВЕРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Р.Д. Павлов, студент 4 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра фармакологии и клинической фармакологии  
Научный руководитель: И.С. Сивас*

**Ключевые слова:** головная боль напряжения, мигрень, лекарственно-индуцированная головная боль, студенты медицинского вуза

**Цель исследования:** определить частоту головной боли напряжения (и её виды), мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли среди студентов-медиков, силу болевых ощущений, частоту приёма лекарственных средств и частоту обращения за специализированной медицинской помощью по поводу этого недуга.

**Материалы и методы:** добровольное анонимное анкетирование по визуальной аналоговой шкале оценки боли (Visual Analogue Scale, VAS) и критериям головной боли напряжения, лекарственно-индуцированной головной боли, мигрени (Международная классификация головной боли — 3, 2018); обработка результатов проводилась в Microsoft Excel.

**Результаты.** В исследовании приняли участие 74 студента (17 юношей, 57 девушек) лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» министерства здравоохранения Российской Федерации.

Все студенты Тверского ГМУ, принявшие участие в анкетирование, отметили, что сталкиваются с головной болью хотя бы 1 раз в месяц. Распределение по видам следующее: 14,86 % — мигрень, 6,76 % — мигрень и лекарственно-индуцированная головная боль, 29,73 % — нечастая эпизодическая головная боль напряжения без напряжения перикраниальных мышц, 5,41 % — нечастая эпизодическая головная боль напряжения с напряжением перикраниальных мышц, 1,35 % — хроническая головная боль напряжения без напряжения перикраниальных мышц и лекарственно-индуцированная головная боль, 4,05 % — хроническая головная боль напряжения с напряжением перикраниальных мышц и лекарственно-индуцированная головная боль, 25,68 % — хроническая головная боль напряжения без напряжения перикраниальных мышц, 1,35 % — частая эпизодическая головная боль напряжения без напряжения перикраниальных мышц и лекарственно-индуцированная головная боль, 9,46 % — частая эпизодическая головная боль напряжения с напряжением перикраниальных мышц, 1,35 % — частая эпизодическая головная боль напряжения с напряжением перикраниальных мышц и лекарственно-индуцированная головная боль. Таким образом, лекарственно-индуцированная головная боль наблюдалась в 14,86 % случаях.

Сила головной боли среди всех анкетированных варьировалась от 1 до 10 баллов: у 22,97 % обнаружена легкая головная боль (1–3 балла), у 48,65 % — умеренная (4–6 баллов), у 27,03 % — выраженная (7–9 баллов), у 1,35 % — нестерпимая (10 баллов).

78,38 % респондентов сообщили, что принимают лекарственные препараты для купирования головной боли, 21,62 % — использовали немедикаментозные способы (массаж, постельный режим и другие).

20,27 % опрошенных студентов обращались за специализированной медицинской помощью по поводу данного недуга, среди них 4,05 % находились под наблюдением специалистов.

**Выводы.** Головные боли с разной интенсивностью проявлений сильно распространены среди студентов медицинского вуза. При этом в большинстве случаев обучающиеся не обращаются за медицинской помощью с этой проблемой и многие, к сожалению, принимают лекарственные средства по поводу этого недуга без контроля врача-специалиста.

## ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА: ВЗГЛЯД ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКИХ И НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

*С.А. Кудрявцева, студентка 3 курса лечебного факультета, Э.И. Исмаилов, студент 3 курса стоматологического факультета, А. Асланов, студент 1 курса стоматологического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра микробиологии и вирусологии с курсом иммунологии  
Научный руководитель: ассистент А.В. Леонтьева*

**Цель исследования:** анализ отношение обучающихся медицинских и немедицинских вузов к вакцинопрофилактике.

**Материалы и методы.** Проведено онлайн-анкетирование с 15 вопросами в Google Forms с множественным выбором ответов, в котором приняли участие 305 студентов различных вузов в возрасте от 17 до 36 лет.

**Результаты.** 1. 37,7 % опрошенных относятся к вакцинации от различных заболеваний положительно, 41,3 % — больше положительно, чем отрицательно, 13,4 % — больше отрицательно, чем положительно и 7,5 % — отрицательно — большинство студентов проявляют положительное отношение к вакцинации и осознают ее важность для собственного здоровья и общества в целом. Обучающиеся, которые относятся к вакцинации больше отрицательно, чем положительно и отрицательно — чаще всего обосновывают свою позицию следующими причинами: вакцинации сопровождаются побочными эффектами, превосходящими по частоте и тяжести осложнения соответствующих заболеваний (50 % опрошенных респондентов), сомнения в эффективности (48,3 % опрошенных респондентов) и безопасности (39,7 % опрошенных респондентов) вакцинации. При этом только 12,5 % респондентов имели личный негативный опыт от вакцинации.

2. В век развития технологий и массового влияния СМИ и Интернета, 67,5 % обучающихся не доверяют информации о вакцинопрофилактике, полученной от СМИ и предпочитают узнавать достоверную информацию (по их мнению) — от медицинских работников (79,3 % опрошенных респондентов), из Интернета (43,3 % опрошенных респондентов), научно-популярной литературы (30,8 % опрошенных респондентов) и социальных сетей (19,7 % опрошенных респондентов). Отмечается высокий интерес у студентов в получении информации именно от медицинских работников, но при этом отмечается, что 28,6 % опрошенных считают, что ведётся слишком активная пропаганда вакцинации, и 17,1 % считают, что у медицинских работников и фармкомпаний есть собственные материальные выгоды.

3. 55,4 % опрошенных считают уровень информированности населения о вакцинации недостаточным, 28,5 % — недостаточным и только 16,1 % достаточным. Для увеличения количества людей, прививающихся от опасных инфекционных заболеваний, были предложены следующие меры — проведение профилактических

ких бесед, подготовка памяток среди взрослого населения (78 %) и школьников (49,5 %), сделать возможным проведение вакцинации на работе (33,1 %) и сделать прививку обязательной для проведения (15,4 %).

**Заключение:** большинство студентов проявляют положительное отношение к вакцинации и осознают ее важность для собственного здоровья и общества в целом – 79 % опрошенных. При этом молодое поколение стремится к получению более достоверной информации о вакцинопрофилактике – 79,3 % предпочитают получить точные сведения по данной теме от медицинских работников. Это свидетельствует о высокой осведомленности и ответственности молодого поколения. Для повышения количества привитого населения, опрошенные обучающиеся предлагают организовывать просветительские мероприятия и кампании среди взрослого населения (78 % респондентов) и школьников (49,5 % респондентов).



## БОЛЕЗНИ СУСТАВОВ (ОСТЕОАРТРИТ, ПОДАГРА И РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ): ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ И ПРИЕМ БОЛЬНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

*В.Д. Волоскова, К.С. Сергеева, студенты 6 курса лечебного факультета;  
Н.Н. Ильина*

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия<sup>1</sup>*

*Кафедра поликлинической терапии*

*Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,  
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии*

*Научные руководители: профессор кафедры, д.м.н., доцент Н.П. Кириленко  
канд. фарм. наук, доцент Н.Н. Ильина*

**Ключевые слова:** болезни суставов; выявляемость; лекарственные препараты

**Цель работы:** анализ выявляемости и лечения в домашних условиях остеоартрита (ОА), подагры и ревматоидного артрита (РА).

**Материалы и методы:** с помощью сервиса «Google Формы» опрошено 1682 респондента. Мужчин — 626 (37,2 %), женщин — 1056 (62,8 %). В возрасте 17–29 лет — 792 (47,1 %), 30–49 лет — 510 (30,3 %), 50–59 лет — 195 (11,6 %), 60–69 лет — 136 (8,1 %) и 70 лет и старше — 49 (2,9 %) опрошенных. Оценивалась лекарственная терапия у лиц, страдающих ОА (n = 74), подагрой (n = 24) и РА (n = 13).

**Результаты:** как в целом, так у мужчин и женщин чаще выявлялся ОА, значительно реже — подагра и еще реже — РА (4,4 %; 1,4 % и 0,8 %; p = 0,000; 4,0 %; 1,8 % и 0,0 %; p = 0,000; 4,6 %; 1,2 % и 1,2 % p = 0,000). Как у мужчин, так и у женщин с увеличением возраста в одинаковом проценте случаев (17–29 лет: мужчины — 0,6 %; женщины — 1,3 %; p = 0,312; 30–49 лет — 4,3 % и 3,3 %; p = 0,342; 50–59 — 8,5 % и 10,6 %; p = 0,410; 60–69 лет — 14,0 % и 20,3 %; p = 0,240; 70 лет и старше — 11,1 % и 10,0 %; p = 0,655) нарастала выявляемость ОА (p = 0,000). В целом это касалось и подагры (p = 0,000): 17–29 лет: мужчины — 0,0 %; женщины — 0,4 %; p = 0,651; 30–49 лет — 0,6 % и 1,4 %; p = 0,378; 60–69 лет — 3,5 % и 2,5 %; p = 0,559; 70 лет и старше — 0,0 % и 5,0 %; p = 0,663). Однако в возрасте 50–59 лет подагра чаще регистрировалась у мужчин по сравнению с женщинами указанного возраста (8,5 % и 1,8 %; p = 0,030). РА не был зарегистрирован у мужчин, а у женщин не выявлено связи его выявляемости с возрастом (17–29 лет — 0,4 %; 30–49 лет — 2,0 %; 50–59 лет — 1,5 %; 60–69 лет — 2,5 %; 70 лет и старше — 0,0 %; p = 0,097). Тем не менее РА чаще был зафиксирован у женщин в возрасте 30 — 49 лет по сравнению с таковым у мужчин (2,0 % и 0,0 %; p = 0,044). Каждый пятый больной ОА не принимал лекарственные средства. Только 17,6 % больных ОА использовали хондропротекторы, которые являются основой лечения ОА. В качестве обезболивающей терапии 60,8 % больных ОА принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 4,1 % — глюкокортикостероиды и

2,7 % — Парацетамол. Еще 8,1 % больных ОА использовали прочие препараты (биологически активные добавки, Долонит, Нанопласт форте™). Каждый четвертый больной подагрой не принимал лекарства; 68,0 % — использовали уратснижающую терапию. Среди них чаще всего принимался Аллопуринол (70,6 %), значительно реже его производные — Милурит (23,5 %) и Пуринол (5,9 %;  $p = 0,000$ ). Почти каждый десятый больной подагрой принимал противовоспалительные средства (НПВП — 4,0 %; Димексид гель — 4,0 %). Среди больных РА 30,8 % не принимали лекарственные препараты. Базисную терапию РА проводилась лишь в 23,1 % случаев. При лечении Метотрексатом только половина больных принимала фолиевую кислоту. НПВП использовали 30,8 % больных РА, а глюкокортикостероиды — 23,1 %.

**Выводы:** АО, подагра и РА — частая патология в онлайн-популяции, выявляемость которой нарастет с увеличением возраста. Однако до трети больных не принимают никакие лекарственные препараты. К этому следует добавить, что базисную терапию подагры проводят большинство больных, тогда как при ОА и РА — лишь пятая часть. Полученные данные о лечении ОА, подагры и РА в домашних условиях необходимо учитывать с целью коррекции лекарственной терапии изученных заболеваний.

## РОЛЬ ФИЛОСОФСКОГО ЗНАНИЯ В ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*А.В. Жидкова, студентка 2 курса педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества  
Научный руководитель: к.ф.н., доцент С.И. Данилов*

**Ключевые слова:** медицинское образование; преподавание философии; мотивация студентов; профессиональная культура

**Целью работы** является оценка осознания студентами важности дисциплины «Философия» в современной медицине и их профессиональном образовании. Гипотеза исследования: существует недооценка значимости изучения философии студентами медицинских вузов в их будущей профессии.

**Материалы и методы.** В целях эмпирического исследования была разработана авторская анкета, в опросе приняли участие 166 студентов стоматологического, педиатрического и лечебного факультетов преимущественно 2 курса: из них 66,9 % — девушки, 33,1 % — юноши, средний возраст которых составляет 19 лет.

**Результаты и обсуждение.** Результаты исследования свидетельствуют, что студенты в большинстве своем ясно осознают связь профессионализма в медицине с развитием мышления врача: 94 % опрошенных считают, что клиническое мышление не может существовать без логики; 93 % отметили, что существует связь между профессионализмом врача и его творческим мышлением; 82 % студентов-медиков считает, что врач не может проводить профессиональное обследование состояния пациента, не владея определенным категориальным аппаратом — понятиями причины и следствия, количества и качества, сущности и явления, общего и особенного, а анамнез не будет достоверным, если врач не способен мыслить системно, различать причины и следствия.

Студентам-медикам присущ в определенной степени целостный подход к пониманию важных категорий медицинской науки и практики. Больше половины (66,2 %) студентов считает, что понятия «здоровье» и «болезнь» нужно рассматривать не только узко — в рамках одной лишь медицины, но в более широком — социальном, культурном, антропологическом и философском — контексте. 59,1 % опрошенных полагают, что определить способ лечения болезни нельзя без учёта социально-психологической и культурно-религиозной ситуации больного. Многие считают, что в деятельности врача есть аспекты, которые лежат за пределами медицинской науки.

Будущие врачи продемонстрировали широкий гуманитарно-философский взгляд на проблемы медицинской этики. Так 68,1 % студентов считают, что нельзя решить вопросы блага пациента, опираясь исключительно на медицинские знания. Лишь 15,7 % студентов полагает, что осуществлять экспертизу новых биомедицин-

ских технологий (вспомогательных репродуктивных, регенерационной медицины, генной инженерии, трансплантологии и пр.) должны только врачи, 18,1 % — только Минздрав, но 24,7 % считают, что гуманитарная экспертиза новых биомедицинских технологий должна осуществляться медиками вместе с юристами, психологами, представителями религиозных и общественных.

Исследование выявило противоречие между внутренним — философским — пониманием студентами многих аспектов медицинской деятельности и отношением к самому факту наличия дисциплины в образовательной программе: лишь 36,8 % опрошенных считают, что дисциплина «Философия» в вузе нужна; должна быть курсом по выбору (17,5 %), изучаться индивидуально (26,5 %); 8,4 % — в вузе не нужна.

Опрос показал, что 71,7 % студентов считает лекции, а 48,2 % — тесты чрезмерно сложными. Лишь четверть студентов проявляют регулярную активность на семинарах по философии. Половина студентов объясняют свою недостаточную активность повышенной усталостью, 24 % студентов «готовятся к более важным предметам» на занятиях по философии, 27 % опрошенных связывают свою неактивность с нежеланием отбирать время у зарабатывающих баллы докладчиков.

Большинство студентов отличает положительная мотивация учиться в медицинском университете: 61,4 % опрошенных выбрали профессию врача благодаря желанию помогать людям, 75,3 % — своему интересу к медицинской профессии; более 80 % полностью удовлетворены выбором специальности. Вместе с тем 15,7 % опрошенных имеют сомнения в выборе своей профессии, а 15,1 % согласились бы ее поменять прямо сейчас. Этот тревожный результат говорит об актуальности преподавания гуманитарных дисциплин, одним из предметов которых являются смыслы жизни и деятельности личности.

**Вывод.** Результаты эмпирического исследования подтвердили гипотезу о недооценке в сознании студентов значения философского знания в формировании личностных качеств студента и профессиональной подготовке будущего врача. Поведенческим коррелятом такого сознания является учебная активность студентов на занятиях по дисциплине и в процессе самоподготовки. 36 % студентов сами оценивают собственные усилия по овладению предметом «Философия» как неудовлетворительные, 27 % считают их удовлетворительными. Собственные усилия по овладению дисциплиной на «хорошо» оценивают 29 % и лишь 8 % — на «отлично». Полученные результаты могут использоваться в целях совершенствования учебного процесса и организации воспитательной работы в вузе.

## РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ КАРТИНЫ МИРА В ПАРЕМИОЛОГИИ

У.В. Оганисян, студентка 1 курса факультета клиническая психология  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь

Кафедра русского языка

Научные руководители: к.филол.н., доцент А.А. Кузнецова, к.филол.н., доцент  
Е.Д. Аксенова

**Ключевые слова:** национальная языковая картина мира; паремиологические единицы; паремиология

Паремиологические изречения, входящие в сферу человеческой семантики, связаны с культурно-историческими традициями говорящих на данном языке, с национальной спецификой мышления, отражая таким образом национальную картину мира. Понятие «картина мира» подразумевает лежащий в основе мировидения человека и представляющий результат его духовной активности исходный глобальный образ мира, в котором проявляются сущностные свойства мира в понимании ее носителей. Пословицы — уникальный жанр народного творчества — являются своеобразной коллективной памятью нации, зеркалом ее жизни и концентрируют свое внимание на человеке во всем многообразии его социально-культурных связей. Именно поэтому паремиологическая система является отражением системы ценностей в картине мира носителей одного языка. Ценности паремий разделяют на 9 типов, которые являются значимыми для человеческого сознания: морально-нравственный, утилитарно-практический, бытийный, экономический, познавательный, общественно-политический, психологический, религиозный, эстетический.

Специфика образования значения пословицы, основанного на метафорическом или метонимическом ассоциативном переносе, отражающем универсальные и национально маркированные особенности менталитета народа, позволяют рассматривать паремиологию различных языков в аспекте сопоставительного характера — определении сходств и различий картин мира, отраженных в языке. Например, общие закономерности возникновения ассоциативных связей обусловили образование следующих эквивалентных паремиологических единиц: *Жизнь прожить, что море переплыть* (русск.) и *Жизнь прожить, что длинный путь с грузом на спине пройти* (японск.); *Двум смертям не бывать, а одной не миновать* (русск.) и *Умереть человек может лишь один раз* (английск.); *Жизнь дана на добрые дела* (русск.) и *Лишь тот действительно живёт, кто помогает жить другим* (индийск.). Исследование показало, что, например, понятие лени как порока характерно для русского, европейского и восточного типов культуры: *Девка красива, да прясть ленива* (русск.); *Лень к добру не приведёт* (индонезийск.); *От малой лени большая беда случается* (индийск.); *Безделье — мать всех пороков* (французск.).

Следует отметить, что одной из важных ценностей паремий является отношение к здоровью, а именно мысль о необходимости беречь свое здоровье: *Бере-*

*ги платье снову, а здоровье под старость* (русск.); *Забота о здоровье — лучшее лекарство* (японск.), а также мысль о зависимости душевного здоровья от физического: *В здоровом теле здоровый дух* (русск.); *Здоровый дух живёт в здоровом теле* (японск.). Достаточно распространённой в паремиях разных типов культур является мысль о том, что заболеть не сложно, а вылечиться значительно сложнее: *Болезнь входит пудами, выходит золотниками* (русск.); *Болезнь поражает быстро, выздоровление наступает медленно* (вьетнамск.); *Лекарство далеко, а болезнь близко* (индонезийск.). Обращает на себя внимание отражение в пословицах о здоровье ценности профилактического и деонтологического аспектов. Так, анализ русской и восточной паремиологии показал, с одной стороны, серьёзное отношение к заболеваниям: *Мозоль не пуля, а с ног валит* (русск.); *Можно выжить от пулевого ранения и умереть от укуса жука* (индийск.); *Из маленького прыщика может образоваться большая опухоль* (вьетнамск.), а с другой — мысль о надежде на выздоровление даже в самой критической ситуации: *Пока больной дышит, он надеется* (русск.); *Даже если гора высокая, на неё можно вскарабкаться; даже если болезнь тяжёлая, против неё можно найти лекарство* (вьетнамск.). Кроме того, пословицы призывают к уважительному отношению к врачу: *Врач — лучший друг больного* (русск.); *Друг! Не селись там, где нет двух: врача и полноводной реки* (индийск.). В то же время в паремиях, которые относятся к разным типам культуры, выражено негативное отношение к плохому врачу: *Не за всякое дело берись, чтоб не каяться; не у всякой лекарки лечись, чтоб не маяться* (русск.); *У хвастливого врача нет хорошего лекарства* (китайск.); *Лекарю верь только наполовину* (индийск.); *У плохого лекаря аптечка всегда красиво выглядит* (японск.).

Особенностью паремиологической картины мира в русском языке является отражение менталитета крепостного крестьянина, например: правдоискательство (*За правду Бог и добрые люди. Не в силе Бог, а в правде. Кто за правду горой, тот истинный герой. На правду нет суда. Без правды веку не изживёшь.*), коллективизм (*Один в поле не воин. С миру по нитке — голому рубаха. Гора с горой не сходится, а человек с человеком сойдётся. Не рой другому яму, сам в неё попадешь.*), фатализм (*Не живи, как хочешь, а живи, как можется. Плетью обуха не перешибешь.*), терпение (*За терпенье даёт Бог спасенье. Век жить, век ждать. Век живи, век надейся. Терпенье и труд все перетрут.*), высокая значимость матери и семейных связей (*Что мать в голову вобьёт, того и отец не выбьёт. Отцов много, а мать одна.*). В представленных русских паремиях очевидна национально-культурная коннотация. Так, если в русских пословицах дается в основном совет не спешить (*Тише едешь — дальше будешь. Пора пройдет — другая придет.*), то, например, в английских вместе с инвариантным значением «haste is bad» (спешить — плохо) заключена мысль о важности активного отношения человека ко времени — *Take time by the forelock.* — букв. Возьми (схвати) время за чуб. Если в английских пословицах провозглашается способность человека подчинять обстоя-

тельства своей воле (*Where there's a will there's a way.* — Где воля, там и путь.), то в русских пословицах, напротив, — покорность судьбе (*Плечью обуха не перешибешь.*).

Таким образом, проведенное исследование показало, что в пословицах представлена национальная картина мира. Их можно считать ключевыми единицами, способствующими пониманию каких-то важных особенностей культуры народа, пользующегося данным языком, элементами его мудрости и исторической памяти.

## ВЛИЯНИЕ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

*Ф.У. Рахматова, С.А. Шамсикулова, А.А. Рустамов, Л.Ш. Акмуратова, К.Шермухамедова, студенты педиатрического и лечебного факультета Самаркандский государственный медицинский университет. Самарканд, Узбекистан*

*Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии  
Научный руководитель: доц. А.С. Велияева*

**Ключевые слова:** эпилепсия, аффективные нарушения, качество жизни

Аффективные нарушения, имеющие место при посттравматической эпилепсии, ассоциируют с поведенческими и нейропсихологическими проблемами, отражающиеся на социальном статусе больных, превышая отрицательные последствия собственно припадков. Социальная изоляция, ограничения в профессиональной деятельности, семейные и бытовые проблемы усиливают риск депрессии, реактивных состояний и других нарушений психики. Эпилепсия относится к категории нейропсихиатрических расстройств и проявляется как пароксизмальными состояниями, так и психическими нарушениями. Аффективные расстройства могут возникать как в связи с судорогами, предваряя их появления или развиваясь после них, так и развиваться относительно самостоятельно. Наибольшее внимания заслуживают депрессии, суициды и психозы, распространенность которых у пациентов с эпилепсией превышает соответствующие показатели в общей популяции. Психические нарушения — преимущественно депрессия и тревога — отмечаются у 25–50 % пациентов с диагнозом эпилепсии, а при некоторых формах болезни, например, рефрактерных парциальных судорогах, их распространенность может существенно превышать указанный диапазон.

Связь между психическими расстройствами и собственно эпилептическими (пароксизмальными) проявлениями болезни имеет сложный, неоднородный, недостаточно изученный и во многом гипотетический характер. По-видимому, одни формы расстройств сопутствуют эпилепсии и, таким образом, могут рассматриваться в качестве проявлений психиатрической коморбидности, тогда как другие, как это нередко бывает в неврологической клинике, имеют, вероятно, общее патогенетическое происхождение с симптомами церебральной дисфункции.

**Цель исследования:** определение спектра аффективных нарушений при посттравматической эпилепсии и изучение влияния их на качество жизни.

**Материалы и методы исследования:** в условиях Самаркандского областного психоневрологического диспансера обследованы 62 больных с посттравматической эпилепсией с ведущими аффективными расстройствами, в возрасте от 29 до 42 лет (средний возраст  $30,8 \pm 3,3$  год), у которых в структуре припадка или в межприступном периоде имелись аффективные расстройства.



**Результаты исследования.** Клиническая структура аффективных нарушений была представлена следующим образом: непсихотическое депрессивное состояние — 24 (38 %); непсихотические биполярные расстройства — 12 (20 %); тревожные расстройства — 20 (32 %); эмоционально-лабильные расстройства — 6 (10 %). В зависимости от типа припадков выделили 5 групп: у больных 1-й группы наблюдались первично-генерализованные судорожные приступы — 9 (14 %); во 2-й группе — абсансы (простые и сложные) — 6 (10 %); в 3-й — полиморфные приступы (судорожные и абсансные формы) — 18 (28 %); в 4-й группе — генерализованные в сочетании с парциальными — 18 (29 %); в 5-й — парциальные психомоторные и психосенсорные приступы — 11 (19 %). ЭЭГ характеризовалась появлением на фоне эпилептиформной активности очага подкорковой и стволовой локализации: дезорганизация всех ритмов, нерегулярность или отсутствие альфа-ритма, острые и медленные волны, их комплексы, тета- и дельта-волны высокой амплитуды, гиперсинхронные разряды. При изучении качества жизни (КЖ) больных были получены следующие данные: низкое — у 10 (16 %) пациентов; удовлетворительное — у 28 (46 %); хорошее — у 22 (36,7 %); отличное — у 2 (1,3 %). При этом, в соответствии с требованиями ВОЗ, КЖ должно быть определено как хорошее/плохое или высокое/низкое. С учетом данных требований, полученные нами результаты можно представить следующим образом: свое КЖ как хорошее оценили 24 (39,4 %) больных, как плохое — 38 (60,6 %) соответственно.

**Выводы.** Таким образом, патоморфизм клиники посттравматической эпилепсии под влиянием терапии, биологических и социальных факторов, обуславливает широкий спектр аффективных нарушений — от пограничного до психотического уровня, с преобладанием депрессивных и тревожных состояний, которые имели место как в структуре самого пароксизма, так и в интериктальном периоде, значительно снижая показатели качества жизни больных.

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*А.А. Рустамов, С.А. Шамсикулова, Л.Ш. Акмуратова, А.А. Нумонова,  
Ф.У. Рахматова*

*студенты педиатрического и лечебного факультета*

*Самаркандский государственный медицинский университет. Самарканд,  
Узбекистан*

*Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии*

*Научный руководитель: ассистент Р.Б. Хаятов*

**Ключевые слова:** *алкогольная зависимость; тревожные расстройства;  
коморбидность*

Генерализованное тревожное расстройство при алкогольной зависимости обычно является частью синдрома отмены алкоголя. Частота генерализованных тревожных расстройств в структуре синдрома отмены алкоголя достигает 91 %. При анализе ранних рецидивов у пациентов с алкогольной зависимостью 65 % пациентов имеют генерализованное тревожное расстройство. При этом даже при длительных ремиссиях частота аффективных расстройств остается на уровне 15–30 %. Таким образом, аффективные расстройства возникают на всех стадиях хронического алкоголизма, в структуре синдрома компульсивной абстиненции патологическая абстиненция присутствует как в состоянии после абстиненции, так и в стадии ремиссии. Существует тесная связь между тревожными расстройствами и злоупотреблением психоактивными веществами. МКБ-10 выделяет следующие тревожные расстройства: фобические (социальные, нормальные, Агорафобные), генерализованные, панические и обсессивно-компульсивные. Последнее из перечисленных заболеваний в меньшей степени связано со злоупотреблением психоактивными веществами. В настоящее время нет единства во взглядах на характер взаимосвязи аффективных расстройств и синдрома зависимости. Некоторые исследователи говорят о коморбидности, которая обеспечивает патогенетическую изоляцию рассматриваемых состояний, в то время как другие говорят, что аффективные расстройства являются неотъемлемой частью синдрома зависимости. Некоторые авторы считают, что депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства являются важными факторами риска возникновения различных форм химической зависимости. Все вышеперечисленное требует дальнейшего изучения клинического многообразия проявлений генерализованных тревожных расстройств в структуре алкогольной зависимости, их роли в развитии рецидивов и дальнейшего развития научно обоснованного комплексного дифференциального подхода в лечении данной категории больных. В связи с вышесказанным была определена цель данного исследования.

**Целью исследования** было изучение структуры и динамики тревожных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью на разных стадиях заболевания.

**Материалы и методы исследования.** Для изучения формирования генерализованных тревожных расстройств обследовано 38 больных алкоголизмом со средним астено-вегетативным и тревожно-депрессивным синдромами. I группа — 20 больных первой стадией алкоголизма; II группа — 18 больных второй стадии с субъективными симптомами первой стадии, но не получивших соответствующего лечения. Исследование проводилось на базе психоневрологического диспансера Самаркандской области.

**Результаты исследования.** Жалобы: головные боли различного типа и локализации, в I группе — 88,3 %, во II — 91,2 %; нарушения сна и бодрствования в виде раннего пробуждения и сонливости в течение дня в I группе — 90,4 %, во II — 97 %; кратковременная раздражительность и раздражительность в I группе — 70 %, во II — 96 %. Потеря памяти, появление вялости и скрупулезности мышления, особенно при необходимости психического напряжения, затруднение перехода от одного вида деятельности к другому, интеллектуальная гибкость и не отвлекаемость в I и II группах — 100 %. Все вышеперечисленные жалобы привели к снижению трудоспособности, социальной и бытовой адаптации в I группе — 77,2 %, во II группе — 97 % больных. Оценка уровня тревожности выявила более высокие показатели личной и ситуационной тревожности, которые в основном были связаны с ожиданием социальных последствий болезни и страхом за свое здоровье.

**Вывод.** Исследование показало, что алкоголизм характеризуется формированием генерализованных тревожных расстройств, склонных к прогрессирующему течению на первой стадии, и может быть критерием реабилитации и оценки степени инвалидности.

## НАШ ОПЫТ В ДИАГНОСТИКЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФОМ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

*Ж. Туракулов студент 5 курса педиатрического факультета,  
М.Н. Нигматуллаев, студент 6 курса педиатрического факультета  
Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд,  
Узбекистан  
Кафедра травматологии и ортопедии  
Научный руководитель: ассистент А.С. Каххаров*

**Цель исследования.** Изучить этиологию и способ лечения оскольчатых переломов нижней трети плечевой кости с повреждением лучевого нерва. Изучить эффективность диагностики электронейромиографа при повреждении лучевого нерва.

Изучить социальную значимость в предотвращении инвалидности при повреждениях лучевого нерва.

При переломах нижней трети плечевой кости, повреждение лучевого нерва развивается при оскольчатых переломах нижней трети плечевой кости, со смещением костных отломков, при интерпозиции нерва, во время неправильного оказания первой помощи в приемном покое. Непосредственной причиной может стать отек окружающих мягких тканей, который приводит к ишемическому повреждению нерва.

**Материалы и методы.** В отделение Реабилитации и медицинского туризма СФРНПМЦТО, в течение 2023 года, под наблюдением находилось 5 больных с оскольчатыми переломами нижней трети плечевой кости, с повреждением лучевого нерва.

Для диагностики характера повреждения лучевого нерва использовали электронейромиографию лучевого нерва, аппаратом фирмы «Нейрософт» и МРТ лучевого нерва.

У всех больных был выполнен оперативный метод лечения по поводу оскольчатого перелома нижней трети плечевой кости. В 3 случаях выполнили открытый костный остеосинтез пластинами LCP. В одном случае открытый интрамедуллярный остеосинтез штифтом (БИОС), с ревизией лучевого нерва, в одном случае закрытый интрамедуллярный остеосинтез штифтом (БИОС).

Ревизию лучевого нерва выполнили у четырех больных. Оперативный доступ был по проекции лучевого нерва, начинался с латеральной поверхности плеча переходя на латеральную поверхность локтевого сустава. Во время оперативного вмешательства, устранялась причина повреждения лучевого нерва.

Также применяли медикаментозную терапию повреждения лучевого нерва. Для устранения отека мягких тканей назначали Плазмозамещающие препара-

раты, препараты улучшающие микроциркуляцию, Никотиновая кислота, Витамины группы В, стимуляция прозеринном, спазмолитики, физиотерапевтические процедуры, магнитотерапия, электростимуляция электрорнейромиографом.

**Результаты.** Электрорнейромиографическим исследованием были выявлены непрерывность нервного ствола у 4 больных, блок нерва у 2 больных.

У 3 больных выполнена ревизия лучевого нерва с устранением причины повреждения, компрессии и ущемления между отломками. У всех больных восстановились функции лучевого нерва.

Для сравнения результатов мы также взяли из архивов 10 идентичных больных, леченых до 2022 года с повреждением лучевого нерва, из них у 5 больных восстановление нервной проводимости не произошло, что привело их к инвалидности.

**Выводы.** Электрорнейромиография повреждения лучевого нерва позволяет оценить состояние поврежденного нервного ствола.

Так как до 2022 года в СФРНПМЦТО не было электрорнейромиографа, достоверность диагностики повреждения лучевого нерва была недостаточно велика, что приводило к инвалидности некоторых больных.

Комплексный подход в лечении поврежденного лучевого нерва при оскольчатых переломах нижней трети плечевой кости позволяет уменьшить сроки восстановления поврежденного нерва.

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЯ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КРУПНЫХ СУСТАВОВ

*Г. Худойбердиев, Ш. Юлдашева, Ж. Шукуров, студент 5 курса педиатрический факультета*

*Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан. кафедры Травматологии и ортопедии  
Научный руководитель: PhD, Асс. И.Б. Шопулатов*

**Актуальность.** В составе повреждений опорно-двигательной системы повреждений структур связочных аппаратов крупных суставов конечностей являются одним из наиболее часто наблюдаемых и серьезных травм, приводящие к нарушению функций конечностей.

В судебно-медицинском отношении повреждения связок суставов представляют интерес в плане установления механизма, степени тяжести и давности травмы, среди которых наиболее важным является выявления критериев по установлению степени тяжести повреждений (причиненного вреда здоровья) у пострадавших. Литература, посвященного к изучению этих и других судебно-медицинских аспектов повреждений связок суставов, немногочисленны.

**Целью исследования.** Настоящего исследования явилось установление критериев степени тяжести (тяжести вреда здоровья) и механизма повреждения связочных структур.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения и судебно-медицинских экспертиз 69 больных с повреждениями связок суставов, находившиеся на стационарном лечении. Диагностика и лечения больных проведена в соответствии со стандартом. Повреждения связок суставов в большинстве случаев наблюдались у лиц наиболее трудоспособного возраста – 18–44 лет (79,7 %), при этом люди обоего пола пострадали почти в одинаковой степени (30 и 25 соответственно).

**Результаты.** Травмы связок наблюдались в голеностопном, коленном и лучезапястном суставах. В разрезе суставов преобладали травм голеностопных суставов (81,2 %). Повреждения связок коленных суставов составил 17,4 %, лучезапястных – 1,4 %. Наблюдениях наиболее часто (63 из 69) у больных выявлены разрывы связок различной степени, в остальных случаях (4) установлен растяжений связок указанных суставов. Разрывы связок в большинстве случаев отмечены в голеностопном суставе (55 из 56). Больным с разрывами связок проведено оперативно (57) и консервативное лечения (8), а при растяжениях связок – консервативная течение.

Сроки иммобилизации пораженных конечностей при разрывах связок составляли от 1–3 недель (1) до 4–6 (55) и 7–9 недель (9), по стандарту требуется иммобилизация на сроки 4–6 недель. Длительность иммобилизации конечностей при

разрывах связок коленных (2) и голеностопных (7) суставов на срок 7–9 недель, обусловлена тяжестью разрывов связок и замедлением заживлений в них. При растяжениях связок (4) сроки иммобилизации конечностей соответствовал срокам, установленным в стандарте (3–4 недели).

На отдаленном периоде травмы у больных с разрывом связок отмечались такие состояния, как контрактуры (20 из 35), нарушений биомеханики суставов (4), асептические некрозы таранной кости (4) и деформирующие остеоартрозы (7). В отношении этих больных была проведена реабилитация в течение одного месяца, в результате которой были устранены контрактуры и нарушений биомеханики суставов. Однако после реабилитационного периода сохранились состояния асептического некроза и остеоартроза, которые привели к инвалидности больных (11), связанных с контрактурой конечностей.

**Обсуждение результатов и заключение.** Согласно действующим «Правилам» по определению степени тяжести повреждений, критериями квалификации степени тяжести повреждений являются: опасность для жизни; потеря органа или его функции; объем стойкой утраты общей трудоспособности; длительность расстройства здоровья; прерывания беременности; душевная болезнь и наличия признаков обезображивания тела (Приложений №№2 и 9 к приказу №153 Министра Здравоохранение Республики Узбекистан от 01.06.2012). Для квалификации степени тяжести суставных травм приемлемым являются критерии длительности расстройства здоровья и объем стойкой утраты общей трудоспособности.

В наших наблюдениях, при растяжениях суставов длительность расстройства здоровья составляли 4–6 недель (1–1,5 месяц), а при неосложненных разрывах связок — до 7–9 недель (в пределах 2 месяцев). В исходе после реабилитации, у 11 больных с явлениями асептического некроза голеностопного сустава и остеоартроза коленного и голеностопного суставов, отмечались стойкой утраты общей трудоспособности в объеме 35–40 %, связанные с ограниченными движений в указанных суставах.

Исходя из этого, состояний растяжений и разрывов лучезапястных, а также неосложненные разрывы связок коленных и голеностопных суставов квалифицированы как средняя степень травмы. Осложненные разрывы связок коленных и голеностопных суставов отнесены к разряду тяжелых телесных повреждений, по критерию стойкой утраты общей трудоспособности свыше 1/3 (35–40 %). Выявлено, что механизме формирования повреждений связок суставов преобладает не прямой механизм травмы — сгибания конечностей.

## СОДЕРЖАНИЕ

R.S. WARNAKULASURIYA FERNANDO. Infrainguinal bypass reconstructions below the knee joint in patients with atherodiabetic lesion of the lower limb arterial vessels ....	4
АБДУЛСАЛАМОВ И.И., МОИСЕЕВ Д.А. Актуальность и возможность применения искусственного интеллекта в маммографическом скрининге рака молочной железы .....	6
АВАЛЯН М.А., СМИРНОВА П.С., ФОМИНА Л.А. Случай исхода острого панкреатита, псевдокисты поджелудочной железы .....	8
АЗИЗОВ Н.Ф., ЩЕРБАЧЕНКО А.В. Определение риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у лиц в возрасте 20–25 лет на основе шкалы Framingham-30 .....	10
АЛЕКСЕЕВА А.В., ДЕМИДОВА Р.А. Клинические и диагностические особенности паразитарного поражения сердца .....	12
АЛИЖАНОВ Ф.М., САФОНОВА А.С., АЛГУНОВА Ю.В. А.П. Чехов и И.И. Левитан: взаимовлияние двух гениев .....	14
АЛТЫНЦЕВА В.П., ГУРЬЕВА А.Д., ИГНАТОВА Н.А. Анализ ассортимента гомеопатических препаратов для лечения заболеваний верхних дыхательных путей .....	16
А.Е. АЛЯБЬЕВА, ГУРИНА Н.О., ФЕДЕРЯКИНА О.Б. Клиническая характеристика транзиторных состояний у новорожденных в зависимости от вида родоразрешения их матерей .....	18
АМОНАЛИЕВА НАСИБАХОН А.К., КХАН М.А. Клинический случай возникновения синдрома Такоцубо на фоне стрессового фактора .....	20
АНТОНОВА Е.А., КРЫЛОВА К.И. Научная деятельность профессора Азария Яковлевича Катца в годы великой отечественной войны .....	22
АРСАМАКОВА А.К., ИЗИЕВА С.А. Клинические характеристики мышечной дистрофии беккера .....	24
АФАНАСЬЕВА С.И., ТОЛКАЧЕВА Н.Н. Зооморфная характеристика человека в русской языковой картине мира .....	26
АХАТКУЛОВ Т.А., ИСРОИЛОВ Х.Э. Консервативное лечение врожденной косолапости у детей грудного возраста .....	28
АХМАТОВ Л.У., МУХСИНОВ К., БЕКМУРОДОВА С.А. Алгоритм лечение врождённого вывиха бедра у детей грудного возраста .....	30
БАРАНОВСКИЙ В.Д., ЧИЧАНОВСКАЯ Л.В., БАХАРЕВА О.Н., ВИНОГРАДОВА А.А., БАХАРЕВА В.С. Анализ летальности геморрагического и ишемического инсульта .....	32
БАУКИН М.В., КОШЕЛЕВА А.В., САВИНА Л.А., КОЧНЕВА Е.С. Подходы к коррекции запоров у пожилых .....	34
БАХАРЕВА А.С., СОБОЛЕВ А.Е., БАХАРЕВА О.Н., ВИНОГРАДОВА А.А. Причины и особенности нарушений сна в подростковом возрасте .....	36
БЕГИШЕВ К.О., СЛАВИН В.В. Анализ влияния гиподинамии на развитие тревожно-депрессивного синдрома у студентов медицинского вуза перед сессией .....	37



БЕКМУРАДОВА С.Д., БОЗОРБОЕВ Ж.М., ШЕРАЛИЕВ С., ЮЛДАШЕВА Ш. Гистологическое исследование капсулы локтевого сустава в различных сроках вывиха головки лучевой кости у детей.....	39
БЕЛОВ В.Н. Навязчивые грёзы как новое явление в современной психиатрии...	41
БЕЛОНОГОВА Т.С., МАЙОРОВА Е.В. Моделирование in vitro заселения биосовместимого материала смешанной культурой остеогенных клеток .....	44
БЕЛОУСОВА М.В. Обращения как средство характеристики персонажей в баснях И.А.Крылова .....	46
БЕЛЯЕВА Д.А., УЖОВ М.А., САПРОНОВ И.С., ШТУКИНА Е.В., ЧЕРКАСОВА И.А., ЮСУФОВ А.А. Длительная обструкция инородным телом верхних дыхательных путей у мальчика 9 лет .....	48
БЕЛЯЕВА Д.А., МИХЕЕНКО А.М. Влияние фактора времени на исход оперативного лечения острых травматических повреждений спинного мозга ....	50
БОГДАНОВ М.Д., КОЛЫШКИН Е.В. Возможности применения таргетной терапии при нейрофиброматозе. Клинический случай .....	52
БОГДАНОВА В.О., ЗАХАРОВА В.Н., ПАТРОШКИНА В.В. Особенности заживления полнослойных ран в зависимости от вида раневого покрытия и используемого антибактериального препарата .....	54
БОГОЧАНОВ В.С., ВОРОБЬЕВ С.А. Изменения лейкоцитарных и тромбоцитарных параметров анализа периферической крови у пациентов с анемиями .....	56
БОГОЧАНОВ В.С. Роль дуоденогастрального рефлюкса при НПВС-гастропатиях .....	58
БОЙКОВА Д.А., ЧЕРКАСОВА И.А. Т-проявления гнойных воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек у детей.....	60
БОНДАРЕНКО Д.Н. Особенности структурно-морфологической реорганизации тучных клеток на фоне воздействия холода в эксперименте.....	62
БУГАЕВА В.Е., БОЛДЫРЕВА А.А. Влияние вида респираторной поддержки на функции почек недоношенных новорожденных .....	64
БУМАГИНА М.А., ИНТЯПИНА А.В., КРУГЛОВА Н.В. Клинический случай диагностики и лечения пациента с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и десквамативным глосситом .....	66
БУРЛАКОВА А.С., КУЗНЕЦОВ Н.А., НЕКРАСОВА А.А., АБУ МУССА А.И. Морфофункциональные реакции на введение «золетила» в эксперименте на животных .....	68
БУРЦЕВА Е.С., ГУСЕВА М.Ю. Особенности микробиоты пациентов, использующих для стоматологического лечения брекетты, элайнеры или ретейнеры .....	70
БУРЬЯНОВАТАЯ А.А., ПОТЕМИЧЕВА И.И., ЧЕРКАСОВА И.А., ЮСУФОВ А.А. Связь скоростных показателей кровотока со степенью компрессионного стеноза чревного ствола у детей по данным эхографии .....	72
.....	72
БУШЕВА П.Д., СТРУКОВА М.М. Осведомленность студентов медицинского университета о применении нестероидных противовоспалительных препаратов	73

ВААЛ Г.Ю., БОБРОВА П.Н., РОССОМАХИНА Д.Д., КАЧАНОВА Е.В. Особенности проявлений пагубного употребления алкоголя у молодежи.....	75
ВАНТЕЕВА Д.Д., ДУБОВИК В.В. Алиментарные метафоры в клинической терминологии .....	77
ВАСИЛЬЕВА В.С. Оценка точности трёхмерных реконструкций зубных рядов, полученных с помощью конусно-лучевой томографии, интраорального сканера и фотограмметрии .....	79
ВОРОБЬЕВ Г.Д. Взаимосвязь клинико-лабораторных данных у недоношенных детей с ретинопатией и гипоксически-ишемическим поражением ЦНС в разные гестационные периоды .....	81
ВОРОБЬЕВА Ю.В., КУНДАСОВА Е.П. Развитие воспалительных реакций у крыс при инфицировании золотистым стафилококком, выделенным с кожи рук (экспериментальное исследование) .....	83
ГАВРИЛОВА А.Р., ЗАЙЦЕВА М.С. Анализ информированности женщин в климактерическом периоде о возможностях менопаузальной гормонотерапии .....	85
ГАВРИЛЬЧИК А.Р. Скарлатина среди госпитализированных детей столичного мегаполиса .....	87
ГЕЙДАРЛИ А.З., САКАЕВА К. Изменения челюстно-лицевой области как маркеры диспластозависимой патологии .....	89
ГЕРАСИМОВ М.Е., БАРАНОВА Е.В., ФЕДОРОВА А.А., ТУХТАЕВ А.И. Выявляемость пагубного потребления алкоголя и его факторы риска .....	91
ГЕРЕЗ Е.М. Влияние энергетических напитков на физиологическое и эмоциональное состояние биологического организма .....	93
ГОЛЯНИНА П.Б., САЛАМАТОВА В.А., СУЛЕЙМАНОВА Л.Р. Клинический случай осложненного течения болезни Крона .....	95
ГОРДУС Е.А., ПАРШИНА А., ТКАЧЁВА Р.А., МАКАРОВА Н.Ф. Русский человек в пространстве русской народной сказки .....	97
ГРИГОРЯН С.М., ДАНИЛЬЧУК Д.В., КЛИМОВА Л.Г. Определение антимикробной активности антисептических средств в форме влажных салфеток с разным действующим химическим соединением в составе .....	99
ГРИГОРЯН С.М. Влияние физической культуры на повышение уровня физических и координационных возможностей организма у лиц мужского пола .....	101
ГУБАНОВА А.А., СИНИЦИНА А.С., СТЕПАНОВА А.Ю., ШКАПЕНКО Е.Д., МОРЕВА П.Д. Маркетинговый анализ потребления зубных паст, реализуемых аптечными организациями .....	103
ГУРЕЕВ С.Ю., САРЫЧЕВА В.Н., ПЕРОВА Д.О. Морфологическая характеристика строения языка при различных патологиях .....	105
ДАНИЛОВА Д.А. Особенности течения беременности у женщин с синдромом поликистозных яичников адреногенитальным синдромом .....	107
ЗАКАЛОВА Д.Н., СТРЕЛЬНИКОВА О.Д. Структура экстрагенитальной патологии у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия .....	109

ДАНИЛЬЧУК Д.В., СИМОНЯН Р.З. Проблема определения правового статуса плода.....	111
ДАНИЛЬЧУК Д.В. Исследование способности задерживать дыхание у студентов, перенесших covid-19 .....	113
ДАНИЛЬЯНЦ А.А., КОВАЛЬ Е.А., ГАЛЬЦЕВА М.Ю. Крупный плод как одно из показаний к операции кесарева сечения .....	115
ДЕЙСНЕР В.М., КОЧНЕВА Е.С. Медико-экономическая оценка клинического случая абдоминальной мигрени .....	117
ДЕНИЩИК А.А. Клинический случай: тактика лечения при альвеолярном эхинококкозе печени с очагами отсева в нижней доле правого легкого .....	119
ДЖАБАРОВА А.С., КИЛЯЖОВА Г.А. Антенатальная гибель плода. Синдром гибели одного плода при многоплодной беременности .....	121
ДОБРОВ Ф.С., ЯШУХИН Н.С., ОСИПОВА Ю.Ю. Микротрещины в твёрдых тканях зубов .....	123
ДОГАРУ Д.А. Синдром Дузе. Клинический случай .....	125
ЕВТЮГИНА А.А., СЁМИНА А.А., БАБИНОВА М.Д. Синдром Ретта: обзор клинического случая .....	127
ЕГОРОВА Д.Е., ВДОВИЧЕНКО О.В., БАРЖАК А.В. Вовлеченность студентов-медиков в волонтерскую деятельность .....	129
ЕФРЕМЕНКО Г.Д., ЕФРЕМЕНКО М.Д. Интеллектуальная работоспособность и утомление студентов в зависимости от выбранного ими способа добраться до вуза .....	131
ЕФРЕМЕНКО Г.Д. Искусственный интеллект в изучении гистологии: результаты анкетирования студентов Тверского ГМУ .....	133
ЗАБЕЛИН А.А., КУЗНЕЦОВА С.О., БАХАРЕВА В.С. Термины-мифологизмы в системе медицинского языка (раздел медицинской анатомии) .....	135
ЗАХАРОВА В.Н., ПАТРОШКИНА В.В., БУГЛАК А.О. Оценка качества заживления инфицированных ран гистологическим и тизеографическим методами .....	137
ЗЛОТОВИЧ Г.В. Влияние климатических условий на умственную работоспособность и самочувствие студентов .....	139
ИБРАГИМОВА М.Ш. Эффективность ПНФ-методики в реабилитации спастических форм детского церебрального паралича .....	141
ИВАНОВА В.А., ГАВРИЛЕНКО Д.А. История развития асептики и антисептики .....	143
ИВЧЕНКО О.С., ПОТУРАЕВА Я.А., ТАРИКО Т.С., ЯКОВЛЕВА Д.А. Разработка состава и определение подлинности сбора, обладающего отхаркивающим действием .....	145
ИГНАТОВА Н.А. Изучение особенностей работы крупных аптечных сетей России .....	147
ИЗМАЛКОВ Е.А. Анализ сервисов интернет-продажи лекарственных препаратов .....	149
ИЛЮХИНА В.И. Н.А. Семашко — выдающийся организатор, ученый и создатель уникальной государственной системы здравоохранения .....	151

ИСМАТОВА М. Традиционные ценности узбекской семьи .....	153
ИСОКЖОНОВА Г.М. Рентгенологическая характеристика неспецифической интерстициальной пневмонии .....	155
ИСРОИЛОВ Х.Э., ХОЛМУМИНОВ А., ТАНИЕВА З. Новый послеоперационный ортез для пациентов, перенесших оперативное вмешательство в связи с хронической нестабильностью плечевого сустава и костным дефектом гленоида: предварительное исследование .....	157
КАЗУМОВА А.Б. Течение и исходы беременности у пациенток с синдромом Апшоу-Шульмана .....	159
КАМАЛОВА Н.Е. Распространенность ларингофарингеального рефлюкса при хроническом воспалении слизистой оболочки глотки и гортани.....	161
КАРПЕНКО О.В., АБДИНОВ И.Д. Структура гинекологических заболеваний у женщин, перенесших малые гинекологические операции .....	162
КОВЗОВИЧ Е.А., ЖУЧКОВА Л.Д., БИБИКОВА М.А. Активированное частичное тромбопластиновое время как предиктор протромботических состояний в условиях хронической алкогольной интоксикации .....	164
КОНДРАТЕНКО А.В., ЕРМОЛАЕВА Е.А., ГУБИНА А.Е., САДРИЕВА Е.В., ЗИНОВА Е.Ю. Сравнительный анализ потребления макро- и микронутриентов школьниками города Ханты-Мансийска с различным типом питания и двигательной активности .....	166
КОНЕВ И.О. Химический состав тканей зуба .....	168
КОНОПАКО Е.А. Атипичное развитие болезни брутона у ребенка 6 лет .....	171
КОРЗИНА Я.Р., ТИМОФЕЕВА В.Н., АКУЛОВА Е.А., КОЛОСОВА О.О., КЕРИ Д.В. Анализ соответствия состава некоторых солнцезащитных средств заявленным свойствам .....	173
КОРОТКЕВИЧ Е.Н., ПОКРОВСКИЙ Г.А. Клинические характеристики больных с гиперпластическими процессами эндометрия .....	175
КОРЯЧКО С.А. Признаки вегетативных изменений и склонность к стрессу у студентов .....	177
КОЧЕШКОВА А.В., СОЛОВЬЁВА В.Ю. Вечерняя школа «Юный медик» в профорientации школьников .....	179
КОШЕЛЕВА А.В., СИРУНЯН А.М, ШАРШАВЫХ А.А., БАХАРЕВА О.Н., ВИНОГРАДОВА А.А. Маркеры поражения центральной нервной системы у пациентов с постковидным синдромом .....	181
КРАСИЛЬНИКОВА У.С. Эхокардиография у пациентов серебряного возраста с ишемической болезнью сердца .....	183
КУПРИЯНОВА А.А., СЕРГЕЕВА О.С., ШЕВЦОВА В.И., КОТОВА Ю.А. Связь между гиперурикемией и показателями липидного профиля у пациентов с хронической формой ишемической болезни сердца .....	185
КУРБОНОВ И.Ё., ВИТЛИНСКАЯ Л.Г. Николай Нилович Бурденко — выдающийся хирург и учёный, основоположник нейрохирургии.....	187
КУРДОВА А.В., БАРАДУЛЯ Р.Н., ПАНТЮХОВА П.А. Взаимоотношения детского стоматолога и пациента во время стоматологического приёма .....	189

КХАН М.А. 21-гидроксилазная недостаточность у пациента с низкой приверженностью к лечению .....	191
КХАН М.А. Метаболические и гормональные нарушения у пациентов с ожирением .....	193
ЛАПШИНА А.Н., ЧИЧАНОВСКАЯ Л.В., БАХАРЕВА О.Н., БАХАРЕВА В.С. Гендерные особенности инвалидизирующих критериев ишемического инсульта	195
ЛЕВКОВСКИЙ В.О. Обзор нормативных документов, регулирующих обращение медицинских изделий .....	197
ЛИХАЧЁВА В.Д., МОРОЗОВА А.С. Особенности менструального цикла у молодых женщин с эндометриозом .....	199
МАКАРОВ А.В., БИБИКОВА А.А. Случаи выявления кист почек при патологоанатомическом исследовании .....	201
МАКАРОВ А.В., СУСЛОВА Л.А. Наименования специалистов медицинской сферы в английском языке .....	203
МАКЛЕЦКАЯ Д.И., ГАНИНА Е.Б. Осведомлённость студентов Тверского ГМУ о влиянии бруксизма на полость рта .....	205
МАКЛЕЦКАЯ Д.И. Применение биологически активного вещества хитозана с целью профилактики геморрагических осложнений на фоне приёма варфарина .....	207
МАКСИМОВ Н.С., РАМАЗАНОВА М.С. Саркопения и падения у женщин со старческой астенией в пожилом и старческом возрасте .....	209
МАЛАШКОВА Е.В., МУШКИНА О.В., ЁРШИК О.А. Анализ ассортимента лекарственных препаратов валерианы лекарственной в Беларуси .....	210
МАМАЕВА Е.Э. Оценка обильности менструации у женщин до 30 лет .....	212
МАМАТКУЛОВ Д.Б., БУДАНОВА Н.А. Лексика современного русского языка для обозначения терапии с участием животных .....	214
МАРДИЕВА З.А. Клинико-морфологические критерии рака предстательной железы .....	216
МАРЯНЯН Э.Н., МАРЯНЯН Б.Н., НЕКРАСОВА Е.Г. Герои мультфильмов как примеры визуализации дерматологических патологий .....	218
МАХМУДЖАНОВА С.Р. Морфологические формы эхинококковых кист легких .....	220
МЕДВЕДЕВА М.В., МАКЕЕНКОВА М.С. Алкоголь и студенческая молодежь .....	222
НАРЗИКУЛОВ Р.С., БОРОДИНА Е.Ю. Желчнокаменная болезнь: консервативное ведение или холецистэктомия? .....	224
МЕДЕНКОВ М.А., ЛУЧИНКИН А.В., САРКИСЯН Э.М., АЛИФАНОВА А.И. Влияние L-карнитина и магния на регенерацию костной ткани трубчатых костей .....	226
МЕХТИЕВА И.И. Медицинские аспекты легенды об Илье Муромце .....	228
МИХАЙЛОВА А.Д. Стоматологический статус у пациентов с сахарным диабетом 2 типа .....	230

МИШУКОВА А.О. Вариантная анатомия больших рогов подъязычной кости, причины, клинические проявления .....	232
МОРЕВА П.Д. Анализ потребительских предпочтений применения ополаскивателей для полости рта .....	234
МОРОЗОВА В.А., СЕЛЕЗНЕВА А.Э., ДЖУЛАЙ Т.Е., БАХМЕТЬЕВА А.Д. Клинико-патогенетические особенности латентной формы желчнокаменной болезни .....	236
МОРОЗОВА Н.А. Значение микробиоты полости рта в этиологии новообразований орофациальной области .....	238
МУЗАЛЕВА О.С. клинический случай вторичного билиарного цирроза печени в исходе атрезии желчевыводящих путей у девочки .....	240
НАЗАРОВА А.М., АЛЮДИНОВ Р.Р. Сравнение эффективности дезобтурации корневых каналов зубов с использованием и без использования растворителя гуттаперчи .....	242
НАРЗИКУЛОВ Р.С., БОРОДИНА Е.Ю. Роль изобразительных средств в рассказе А.И. Куприна «Чудесный доктор» .....	244
НИЛОВА Е.И. Морфологические особенности и частота тромбоза ушка левого предсердия у больных персистирующей фибрилляцией предсердий .....	246
НОВИКОВА Е.С., СМИРНОВ Я.В. Синдром Лейдена-Вестфала: клинический случай .....	248
НОВИКОВА А.Д., ШАГАЛИНА О.Э., ЯКУШКИНА В.Д. Личностная тревожность в генезе психологического стресса .....	250
НУРАЛИЕВ А.М., УРАКОВ Ф.М., АСАДУЛЛАЕВА З., ЭШМУРАДОВА З. Перкутанный остеосинтез при лечении юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости у детей .....	252
НУРМУХАМЕДОВ Д.Д. Неофициальная топонимическая лексика города Твери как источник коммуникативных трудностей для иностранных студентов .....	253
ОВЧИННИКОВА С.А., МАКСИМОВ Г.С., ФАДЕЕВА М.Н., КИРИЛЕНКО Н.П. Пагубное потребление алкоголя как фактор риска ишемической болезни сердца и долгожительства .....	255
ОГАНИСЯН У.В. Репрезентация национальной картины мира в паремиологии .....	257
ОРЛОВА А.С., ОРЛОВА В.С. Хроническая алкогольная интоксикация как этиопатогенетический фактор гемолитической анемии .....	260
ОРЛОВА О.А. Использование эпонимов в современной анатомической терминологии .....	262
ОСМАНОВА К.М., КАЛИНИЧЕВА Е.И., ВАСИЛЬЕВА А.С., ВОРОБЬЕВ С.А. Симптомы патологии пищеварительной системы у пациентов, получающих антитромботическую терапию .....	264
ПАСВАН САЧИН «Глаза боятся, а руки делают»: мотив страха в рассказе М.А. Булгакова «Крещение поворотом» .....	266
ПАТХАК, ПУРОХИТ Й.А. Диспансерное наблюдение больных артериальной гипертонией с церебральными нарушениями на участке врача терапевта .....	268

ПАЯЗАТ Э.Э., АЛИФАНОВА А.И., КОЖИЧ П.П., ЮСУФОВ А.А. Классификация BOSNIAK и ее чувствительность при диагностике кист почек .....	270
ПЕТУХОВА С.С., АБУ-САЛЕХ АМИР, ЧИЧАНОВСКАЯ Л.В., БАХАРЕВА О.Н., БАХАРЕВА В.С. Диагностические маркеры патогенетических вариантов ишемического инсульта .....	272
ПЛЕХАНОВА А.С., МАМАЕВА Е.О. Исследование ассортимента биологически активных добавок собственных торговых марок аптечных организаций .....	274
ПОДХВАТИЛИНА Н.А., МСХВИЛИДЗЕ Н.П. Бодрость и риски: последствия употребления энергетических напитков для здоровья молодого поколения .....	276
ПОЛИДАНОВ М.А., ВОЛКОВ К.А. Изучение изменений гормонального фона у женщин с проникающими огнестрельными ранениями малого таза в послеоперационном периоде .....	278
ПОЛКАНОВ С.А., СЕДУНОВ В.В., ДЖУЛАЙ Т.Е., СИЛАЕВ В.Н. Параметры качества жизни и ассоциированные с ожирением заболевания и состояния у пациентов после бариатрических операций .....	280
ПОПОВА С.Е., КИРИЛЛОВА А.Б., РУМЯНЦЕВА Г.Н., ГОРШКОВ А.Ю. Клинический случай трихобезоара желудка у ребенка с длительной анемией...	282
ПОТОЦКАЯ Л.А., НЕКРАСОВА Е.Г. Железодефицитные состояния, как причина дерматологических жалоб среди молодых женщин .....	284
ПУШКАРЕВА Э.В., ЕНГОВАТОВА О.К., САМУШИЯ К.Г., БУЛАХОВА С.А. Современные методы базисной терапии тяжелой бронхиальной астмы .....	286
РАДЖАБОВА Р.П., КУЗНЕЦОВА П.А. Распространенность гастроинтестинальной симптоматики среди студентов медицинского вуза.....	288
РАДЖАБОВА Р.П., КУЗНЕЦОВА П.А., КИРИЛЕНКО Н.П., ИЛЬИНА Н.Н. Фармакоэкономические аспекты лечения хронической сердечной недостаточности в поликлинических условиях: оценка трехкомпонентной терапии .....	290
РОССОМАХИНА Д.Д., ЦВЕТКОВА А.В., НЕКРАСОВА Е.Г. Клинический случай врожденного буллезного эпидермолиза .....	292
РУДАК А., ШАХАБ С. Эффективность розмариновой кислоты как потенциального ингибитора протеазы (Mpro) SARS-COV-2 .....	294
САВЦОВА В.П. Эпигенетика: изменения в образе жизни — ключ к изменению генов .....	296
САТТАРОВ Р.М., АНТОНОВИЧ М.Н. Содержание иммуноглобулинов класса м и класса g в крови пациентов с артериальной гипертензией .....	298
САХТИВЕЛЛ А., МЕДВЕДЕВА С.О. Стратификация факторов риска у больных артериальной гипертензией с церебральными нарушениями .....	300
САЪДУЛЛАЕВ А.А., МИЗАМОВА М., ХОЛБОЕВА С. Результаты комплексного лечения юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости у детей .....	302

САЪДУЛЛАЕВ О., ГУЛОМОВ Ш., ГАЙБУЛЛАЕВ С. Внутрикостный остеосинтез при повреждениях дистального межберцового синдесмоза .....	304
СЕДОВА Д.А. Реформирование системы фармацевтического образования .....	306
В.В. СЕДУНОВ, КАЧМАЗОВА А.А. Особенности течения беременности и её исходы у пациенток с гестационным гипотиреозом .....	308
СМЕЛОВА К.К., СМЕЛОВ М.М., ГОЛУБ М.И., ГЕРАСИМОВ М.Е. Коррекция запора: терапевт или хирург? .....	310
СМЕЛОВА К.К., СМЕЛОВ М.М., ГОЛУБ М.И., ГЕРАСИМОВ М.Е. Коррекция запора в пожилом возрасте: проблема коморбидности .....	312
СМЕЛОВА К.К., СМЕЛОВ М.М., ГОЛУБ М.И., ГЕРАСИМОВ М.Е. Особенности течения и лечения запора в молодом и пожилом возрасте: мнение пациентов .....	314
СМИРНОВ В.А., К.М. ИВАНОВА, СУТУГИНА Е.С., ПЕРЕПЕЧИН А.А. Влияние протеина и креатина в составе кормов для цыплят-бройлеров на структуру внутренних органов .....	316
СМИРНОВА Ю.С. Динамика изменений гигиенических привычек студентов-стоматологов .....	318
СОЛОВЬЁВА Е.А., СЕРОВА А.В., ЮСУФОВ А.А. Нейросонографические маркеры поражений центральной нервной системы у новорожденных от матерей с маловодием, манифестирующим в первой половине беременности (ранним маловодием) .....	320
СПИРИНА Е.И., ОСИПОВА А.В. Коморбидность у пожилых: избыточная масса тела, ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и ишемическая болезнь сердца .....	322
СТРУКОВА М.М., БУШЕВА П.Д. Самостоятельный и неконтролируемый прием нестероидных противовоспалительных препаратов, как фактор риска патологии почек у лиц молодого и среднего возраста .....	324
СТРУКОВА М.М., БУШЕВА П.Д. Осведомленность пациентов поликлиники о применении нестероидных противовоспалительных препаратов .....	326
СУДАКОВА Л.Э. Схема управления товарными ресурсами в аптечной организации .....	328
СУДАКОВА А.М., МИХЕЕВА И.А., УЛЬЯНОВА Е.В. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: особенности амбулаторного ведения больных .....	330
СУЮНБОВ Б. Лечение диафизарных переломов плечевой кости аппаратом Илизарова с учетом средне-ротационного положения плеча .....	332
СЫДЫГАЛИЕВ С.С., ФИЛАТОВА В.А., ЕМЕЛЬЯНОВ Т.Д. Влияние препарата «Вигантол» на морфологию внутренних органов крыс .....	334
ТАРАСЕНКО Я.Е., ЧЕКУШКИН А.А. Влияние оксида азота на некоторые морфогенетические эффекты неопиатный аналог лей-энкеалина в печени белых крыс, перенесших внутриутробную гипоксию .....	336
ТАРАСОВ М.Д., КАДУШКИНА А.М. Анализ информированности студентов тверского гму по вопросам диагностики и профилактики клещевого энцефалита .....	338



ТАРВЕРДИЕВА А.Я., БИСУЛТАНОВА Х.Л., ТИТОВА А.В., КАПАНАДЗЕ К.У. Психофизиологические различия курящих и некурящих студентов .....	340
ТИМИНА М.М. Суеверия и предрассудки в русской медицинской культуре (по рассказу М.А. Булгакова «Стальное горло») .....	342
ТИМОФЕЕВА В.Н. Особенности ассортимента рынка лекарственных препаратов для лечения болезни Альцгеймера .....	344
ТИХОНОВА М.А. Исследование программ повышения квалификации в рамках системы непрерывного фармацевтического образования .....	346
ТРИФОНОВА А.А., БЕЛОНОЖКО Г.А., МАРКИНА А.И., ВОЕВОДИНА Н.М. Макро- и микроскопическое исследование внутренних органов кур породы Кросса Хайсекс Браун из различных регионов России .....	348
УСМАНОВА В.А., ШОРОХОВА Е.С. Изучение логистической структуры фармацевтической компании «Протек» .....	350
УСМАНОВА В.А., ШОРОХОВА Е.С. Выявление и первичный анализ показателей несоответствия среди забракованных лекарственных средств .....	352
УСТЮНЕР А.А., ЗУЕВА Л.А., ХОЙЛОВА М.А. Влияние вирусной инфекции матери на становление дыхательной системы недоношенных новорожденных .....	354
ФЕДОРОВА П.Ю., ШАШКИНА А.А. Клинический случай вращивания плаценты: особенности хирургической тактики .....	356
ФЕДОРУК Н.Ю., ЛИЩУК О.В. Случай выявления межтеменной кости черепа человека в тверской области .....	358
ФЕДОРУК Н.Ю., ЛИЩУК О.В., ВУКОЛОВА Л.Т. Случай выявления фронтального шва черепа человека в Тверской области .....	359
ФИГЛОВСКАЯ Д.С., ЖЕГАЛИНА М.А., ПРУДНИКОВА Е.И. Заряд энергии или путь к дистрессу .....	360
ФИЛИППОВА П.Е. Показатели, отражающие углеводный обмен, у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна и ожирением .....	362
ФРОЛОВА К.Я. Влияние популярных продуктов питания на жизнь пациента с искусственным сердцем .....	364
ХАЛИЛОВА Э.Ф., ШЛЫГИН Л.Д., ФОМИНА Л.А. Предикторы развития остеопороза .....	366
ХАРИТОНОВА А.А. Радуга химических реакций .....	368
ХАСАНОВА Ж.Д., АКСЕНОВА Е.Д., КУЗНЕЦОВА А.А. Работа с текстом исторической направленности на уроке русского языка (на примере текста «И.С. Кудрин — врач блокадного Ленинграда») .....	371
ЦАРЬКОВА А.С., ЖУЧКОВА Е.А., ШЕЛЕБОД А.И., АВАНЕСЯН А.Э. Поведенческие факторы риска здоровья у пожилых и выявляемость у них ишемической болезни сердца .....	373
ЦЕРЦВАДЗЕ Н.Д., ПУПЕНИНА П.И. Значение семейных ценностей в реализации демографической политики России .....	375

ЧАЙКИН Н.П. Влияние хирургического лечения сонных артерий на когнитивные функции и качество жизни у пожилых пациентов после стентирования внутренней сонной артерии и каротидной эндартерэктомии ....	377
ЧАЙКИН Н.П., КАПУСТКИНА Ю.О. Клинико-эндоскопические особенности поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта при планировании эндопротезирования суставов .....	379
ЧЕРНАЯ Э.П., ИГНАТЬЕВА А.И., РУМЯНЦЕВА Г.Н., ГОРШКОВ А.Ю. Современный подход к лечению детей с сочетанным перитонитом .....	380
ЧИГИР Н.Н. Случай легочного альвеолярного протеиноза .....	382
ЧИХИРЕВ С.А., ДЕВЛЕТМУРЗАЕВ И.М. Оснащение рынка фармпрепаратов г. Тверь местными формами антимикотиков для лечения орального кандидоза .....	384
ЧУКРЕЕВ М.П., ХИСМЕТОВА З.А., ИЗАТУЛЛАЕВА Н.С., МУХТАРОВА К.Е. Влияние работы регистратуры на показатели удовлетворенности медицинской организацией .....	385
ШАБАНОВА О.С., ШАБАНОВА А.Е. Адаптация студентов к учебе в вузе на примере второкурсников .....	388
ШАВОЕВА Х.С. Поздно выявленная коарктация аорты у подростка .....	390
ШАГАЛИНА О.Э., НОВИКОВА А.Д., ЯКУШКИНА В.Д. Психологический компонент адаптационных механизмов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями .....	392
ШАМИН И.В. Анализ предложений отечественных лекарственных препаратов на российском фармацевтическом рынке .....	394
ШАМСИКУЛОВА С.А., РУСТАМОВ А.А., НУМОНОВА А.А., РАХМАТОВА Ф.У., АКМУРАТОВА Л.Ш. Аффективные расстройства в структуре алкогольной зависимости .....	396
ШАТИЛОВА А.Д., ЯГУПОВ П.П., АЛЕЙНИКОВА Е.Д., БУРОВ А.В. Гестационный сахарный диабет: акушерские и перинатальные исходы .....	398
ШАХОВА Л.Р. Учитель великих – Иноземцев Федор Иванович .....	400
ШАШКИНА А.А., СОЛОМЕНСКАЯ А.Э., МОСКАЛЕВА С.А., ШЕПЕТ К.А. Возрастные аспекты результатов ультразвукового исследования органов брюшной полости .....	402
ШЕПЕТ К.А., АЛЕКСАНДРОВА О.А., МУРАВЬЁВА Е.С. Эффективность фотодинамической терапии и азелаиновой кислоты при коррекции поствоспалительной гиперпигментации кожи лица .....	404
ШЕРАЛИЕВ С., УРАЛОВ Р., КУЧКАРОВ А. Судебно-медицинская оценка степени тяжести переломов костей запястья и кисти рук .....	406
ШИНКИНА М.С., ГОЛЯКОВА У.М. Знаменитые психологические эксперименты: анализ и оценка с позиций современной этики исследований ...	408
ШКАПИЙ Н.А. анатом и художник – неразрывные части наследия В.Ф. Войно-Ясенецкого .....	410
ШНЕЙВАЙС М.В., АЛИФАНОВА А.И., ЮСУФОВ А.А., СОРОКИНА О.Б. КТ-картина гистиоцитоза легких .....	412

ШНЕЙВАЙС М.В., ШТУКИНА А.Н., ШТУКИНА Е.В., ЧЕРКАСОВА И.А., ЮСУФОВ А.А. Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей .....	414
ШУХРАТОВ Х.Д. Особенности неспецифической интерстициальной пневмонии .....	416
ЯНКОВЕНКО Д.А., ФОРМИХИНА А.С. Названия химических элементов в английском языке .....	418
YANTUKOVA A.A. Surgical terminology of suturing process: linguistic analysis .....	420
ЯНТЫКОВА А.А. Экспериментальные исследования по изучению воздействия разработанной мазевой формы на купирование воспалительного процесса в мягких тканях .....	422
ЯРЫГИН В.А., ЯЦУНЕНКО К.А., ВОРОПАЕВ М.А., АЛИФАНОВА А.И. Влияние препарата «Вигантол» на регенерацию костной ткани трубчатых костей у крыс .....	424
МАСЛОВА Е.В., ЛЮТОЕВА В.К. Зависимость успеваемости от эмоционального состояния студентов .....	426
ГАЗДИЕВА А.А., МАГОМЕДОВА А.И. Неспецифические морфологические изменения в ткани почек при экспериментальных опухолевых процессах внепочечной локализации .....	428
КАДУШКИНА А.М., НАССЕР А.А., ТАРАСОВ М.Д., ЮХИМЕЦ М.С., ВОЛКОВА О.В., РЯСЕНСКИЙ Д.С. Выбор модельного животного для проведения экспериментов с применением противотуберкулезных препаратов .....	430
КОЛЧИНА М.И., ПИВИКОВ В.В., БАЛАШОВА Д.А. Скорость заживления переломов трубчатых костей .....	432
МИЛОСЕРДОВА Е.А., ФЕДОСИАДИ С.А., ТКАЧ М.А., АКИНЬШИН Г.А. Влияние компрессии на темпы воспалительной реакции при травме .....	434
РЫЖОВ Г.В., ГУЛИЕВ П.Ф., НГАНКАМ Л.П. Клинический случай кефалогематомы новорожденного .....	436
ГУРЕЕВ С.Ю., ШЕВЧЕНКО А.М. Неврологические проявления синдрома Шааф-Янг на примере клинического случая .....	438
ПЛЕХАНОВА А.С. Изучение эффективности моноклональных антител при лечении covid-19 .....	440
БАРАНОВА Д.С., ПРАСОЛОВА М.В. Определение подлинности нового противомикробного сбора .....	442
ДЕНИСОВА С.С., МАЦКЕВИЧ М.А., ПРОЩЕНКО И.В. Значимость оказания ранней медико-психологической помощи при синдроме аутизма на примере клинического случая .....	444
ВИШНЯКОВ Н.Ю., ФЕДОРОВ Я.В. Альтернирующая гемиплегия детского возраста: обзор литературы и клинического случая .....	446
СОРОКИНА А.В., ЦЫБИНА Д.В. Свободное время в развитии личности студента медицинского университета .....	448
ФРОЛОВА В.В. Клинико-демографическая характеристика лиц с органическими психическими расстройствами, состоящих под активным диспансерным наблюдением в г. Твери .....	450

ЛАНЦОВА Д.А., ЛАНЦОВА А.В., НИКОЛАЕВА Л.Л. Подходы к созданию парентеральной лекарственной формы отечественного производного пирроло[3,2-1]акридинона .....	452
МАКСИМОВ Н.С., РАМАЗАНОВА М.С. Саркопения и падения у женщин со старческой астенией в пожилом и старческом возрасте .....	454
ФЕДОСЕЕВА А.А., АЛЕЙНИКОВА М.В., ЯКОВЛЕВА М.Н. Определение уровня информированности жителей тверской и московской областей по вопросам профилактики нападения иксодовых клещей — переносчиков инфекций.....	455
ОРЛОВА А.С., ОРЛОВА В.С. Хроническая алкогольная интоксикация как этиопатогенетический фактор гемолитической анемии .....	457
ЯКУШКИНА В.Д., НОВИКОВА А.Д., ШАГАЛИНА О.Э. Тревожность и переживание стресса в этиопатогенезе психосоматических расстройств .....	459
ПАВЛОВ Р.Д. Распространенность и характеристика головных болей у студентов тверского государственного медицинского университета.....	461
КУДРЯВЦЕВА С.А., ИСМАИЛОВ Э.И., АСЛАНОВ А. Вакцино-профилактика: взгляд обучающихся медицинских и немедицинских вузов .....	463
ВОЛОСКОВА В.Д., СЕРГЕЕВА К.С. Болезни суставов (остеоартрит, подагра и ревматоидный артрит): выявляемость и прием больными лекарственных препаратов .....	465
ЖИДКОВА А.В. Роль философского знания в подготовке студента медицинского вуза к профессиональной деятельности.....	467
ОГАНИСЯН У.В. Репрезентация национальной картины мира в паремиологии .....	469
РАХМАТОВА Ф.У., ШАМСИКУЛОВА С.А., РУСТАМОВ А.А., АКМУРАТОВА Л.Ш., ШЕРМУХАМЕДОВА К. Влияние аффективных нарушений при посттравматической эпилепсии на качество жизни больных....	472
РУСТАМОВ А.А., ШАМСИКУЛОВА С.А., АКМУРАТОВА Л.Ш., НУМОНОВА А.А., РАХМАТОВА Ф.У. Особенности формирования генерализованных тревожных расстройств при алкогольной зависимости .....	474
ТУРАКУЛОВ Ж., НИГМАТУЛЛАЕВ М.Н. Наш опыт в диагностике электронейромиографом травматизации лучевого нерва при лечении оскольчатых переломов нижней трети плечевой кости .....	476
ХУДОЙБЕРДИЕВ Г., ЮЛДАШЕВА Ш., ШУКУРОВ Ж. Судебно-медицинская оценка повреждения связочного аппарата крупных суставов .....	478

Научное издание

**МОЛОДЁЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА**

Тезисы

70-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции  
с международным участием

Редакционно-издательский центр  
Тверского государственного медицинского университета  
Оригинал-макет подготовили *О. Г. Ткаченко, А. Г. Ткаченко*  
Дизайн обложки *О. А. Виноградовой*

Подписано в печать 25.09.2024 г. Формат 84×108/16.  
Усл. печ.л. 57,06. Заказ 36.

Редакционно-издательский центр  
Тверского государственного медицинского университета  
170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4.  
тел. (4822)32-12-03  
E-mail: [rpc.tver@mail.ru](mailto:rpc.tver@mail.ru)

ISBN 978-5-8388-0283-5

