



МОЛОДЕЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА

ТЕЗИСЫ

69-й Всероссийской межвузовской студенческой научной
конференции с международным участием

Тверь, 20–21 апреля 2023 г.



Тверь 2023

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Совет молодых ученых и студентов

МОЛОДЁЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА

ТЕЗИСЫ

69-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции
с международным участием

Россия, г. Тверь, 20–21 апреля 2023 г.



Тверь
Редакционно-издательский центр
Тверского государственного
медицинского университета
2023

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 69-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, 2023. – 515 с. – ISBN 978-5-8388-0264-4. – URL: www.repo.tvergma.ru. – Текст : электронный.

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, педиатрия, терапия, стоматология, гинекология и др. Рассмотрены актуальные вопросы современной медицины.

Сборник предназначен для широкого круга читателей.

УДК 378.2:61
ББК 51.1 (2)

Уважаемые ученые, студенты, коллеги!

В настоящем сборнике опубликованы тезисы 69-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. Не обошли вниманием авторы и социально-значимые медицинские темы: Covid-19, влияние хронических заболеваний на качество жизни, информированность пациентов с хроническими заболеваниями о факторах риска и возможностях вторичной профилактики прогрессирования заболевания.

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

TRANSLATION SPECIFICS OF THE PUN

*O.D. Grachunova, 5th year student of Pediatric Faculty
Kazan State Medical University, Kazan, Russia
Department of Foreign Languages
Scientific supervisor: Candidate of Philology,
Associate Professor M.I. Andreeva*

Key words: *stylistical devices; pun; translation specifics.*

Every language is full of expressive means and stylistic devices. They decorate the language and make it unique. Also they can help to mark the utterance with a certain peculiarity. The characteristic feature of the pun is the ambiguous meaning of a word or phrase, or the similarity in sound with another word. In our opinion, the translation of a pun is very difficult, since it is required to try to keep the pun on the target text as much as possible without losing the meaning of the phrase itself.

The aim of the research is to analyze whether the meaning of the joke is preserved during translation of the puns from English into Russian based on a TV sitcom.

The research material and methods: we chose the TV show ‘The Big Bang Theory’ (2007-2019) and Denis Kolesnikov’s version of translation according to the ‘Kuraj-bambey’.

Results. We elicited 30 examples of pun. In particular, the pun about T-shirts prints. Sheldon for the bowling rematch with Wil Wheaton prepared garments with the inscription ‘The Wesley crushers’. Wesley Crusher was Wil Wheaton’s character on Star Trek. Sheldon meant that they will be the crushers of Wesley, destroying him. But word ‘crushers’ have another meaning. This is a secret burning desire to be with someone who you find very attractive and extremely special. It was pointed by Penny that it sounds like a bunch of people who like Wesley Crusher. However, Wil Wheaton thought the team was named after him. In Russian version they made an attempt to explain the pun translating Leonard’s phrase as: ‘Уил Уитон играл сокрушителя Уэсли в Стар треке’ and for second meaning of romantic attitude: ‘Сокрушители под руководством Уэсли’. Nevertheless, the name of the character Wesley Crusher wasn’t used. In addition, this joke was excellently played with the help of the accent. The characters changed the accents of the words ‘Wesley’ and ‘Crusher’ to emphasize the difference between the concepts. Also Sheldon emphasized the article ‘the’ in one of the cases of explaining a joke. In any case, the attempt to preserve the meaning was quite good, but understanding the ambiguous meaning of the word in the original causes more laughter.

Another example is about girl’s name. Summer Glau made a cameo appearance. The word ‘summer’ has a translation as season ‘лето’ in Russian. The boys thought what to say as the first sentence to talk to the actress. Howard chose this pick up line: ‘It’s hot in here. Must be Summer’. There are 2 plays of words. The first one is with the word

'hot'. One meaning is about things with high temperature, another one is attractiveness of person in relationship context. But combination of these words 'hot summer' or 'hot Summer' has no difference in pronunciation. That's why this pun is working. In Russian translation the following statement was used: 'Жарковато здесь, должно быть из-за Саммер.' As pick up line it sounds good, but it is not clear whether the person guessed about the season.

In one episode there was a joke with 3 words: 'Wil' — as Wil Wheaton's name, 'will' — as testament and 'will' — as the future form. Since the number of letters 'L' doesn't change the pronunciation in English, this conversation between the characters sounds quite funny. Sheldon's line was: 'Yeah. My 1/18 scale Wil Wheaton action figure. I also have the other kind of will, and in it I will my Wil back to Wil.' Leonard asked: 'Will Wil want it?' And the Will's answer: 'Wil won't.' Unfortunately, in Russian there is no analogy of these words with a similar sound, so the meaning of the joke was completely lost.

Conclusions: we can note that sometimes it is necessary to sacrifice the accuracy of words and phrases during translation of the pun, but the main task of the translator remains to convey the feelings and emotions that appear when reading or viewing translated materials.

РУССКИЕ И АРАБСКИЕ ПАРЕМИИ ЛИНГВОКУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

*Абу Салех Амер Амар, студент 4 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра русского языка

Научные руководители: к.ф.н., доцент Е.Д. Аксенова,

к.ф.н., доцент А.А. Кузнецова

Ключевые слова: паремиологические единицы; национальная культура; языковая картина мира.

Цель исследования: доказать, что в русском и арабском языках существует ряд синонимичных паремий, отражающих национальные и культурные традиции народа.

Материалы исследования: русские и арабские паремии.

Результаты. Преподавание русского языка иностранцам предполагает изучение материала страноведческого характера. В этой связи паремиологические единицы имеют неоспоримую познавательную ценность. У каждого народа они по-своему отражают особенности его быта, исторической судьбы, социальных отношений, языковой картины мира.

Страноведческая ценность паремий имеет две грани. Во-первых, они отражают национальную культуру нерасчлененно, комплексно, всеми своими элементами, взятыми вместе, т.е. как цельные знаки. Например, как знак ситуации пословица «В Тулу со своим самоваром не ездят» имеет смысл: «с собой не следует брать то, чем славится место, куда направляются». Во-вторых, национально-культурный компонент отражается всеми единицами состава пословицы или **поговорки:** национальны **и** топоним *Тула*, **и** реалия самовар, а сама фраза в буквальном прочтении покоится на фоновом, т.е. общем знании всех русских, на знании того факта, что лучшие самовары изготавливались в городе Тула.

Параллельно с этой пословицей существует и поговорка: «Ехать в Тулу со своим самоваром». Сравним эту поговорку с арабской: «Везти финики в Басру». Город Басра известен всему миру как один из крупнейших экспортеров этого продукта, поэтому везти туда финики совершенно неоправданно, так же, как и самовар в Тулу. Значение арабской пословицы реализуется через такие компоненты, как реалия финики и топоним Басра.

Продолжим сопоставление русских и арабских пословиц и поговорок:

«Куй железо, пока горячо» — «Обрабатывай глину, пока она влажная».

Значение пословицы «Действуй, пока есть для этого благоприятная обстановка» в русском варианте реализуется по отношению к кузнечному делу, в арабском — к гончарному).

«Ни богу свечка, ни черту кочерга» — «Ни богатства для султана, ни ума для шайтана» (так говорят о ни на что не пригодном, бесполезном человеке).

«После меня хоть потоп» — «После моего осла хоть трава не расти» (значение поговорки: «все равно, что будет потом»).

Широко распространенная русская пословица «За двумя зайцами погонишься — ни одного не поймаешь» со значением: «Стремясь выполнить два разных дела, пытаясь достичь двух разных целей, не добьешься ни того, ни другого») в арабском языке имеет несколько синонимичных вариантов: «Одной чалмой двух голов не покроешь», или «Два граната в одной руке не удержишь», или «Два меча в одни ножны не вложишь».

Параллельны по конструкции фразы: «И на солнце есть пятна» — «И на луне есть веснушки». Значение оборота «даже великие небезупречны» реализуется с помощью компонентов, обозначающих понятия астрономического характера: «луна» — в арабской культуре и «солнце» — в русской. В этом примере особенно наглядно отражается национально-культурная принадлежность данных языковых афоризмов: как правило, в странах арабского языка луна имеет первостепенное значение (как для славян солнце — источник жизни); луна — еще и символ красоты (недаром в арабской литературе к красивой девушке применяется эпитет «луноликая»); кроме того, луна дает прохладу — отдохновение от нестерпимого полуденного зноя.

«Пока гром не грянет, мужик не перекрестится» — «Вспоминает аллаха, когда тонет» (о нежелании предпринимать никаких действий, пока не случится что-либо тяжелое, важное и т.п.). Продолжим ряд примеров:

«Не пойман — не вор» — «Не пойманный вор — султан»;

«Старый конь борозды не испортит» — «Старый верблюд не подведет»;

«Нужен как корове седло» — «Нужен как бедуину каменщик»;

«Взялся за гуж, не говори, что не дюж» — «Взялся за верблюжью работу — не жалуйся»;

«Не руби сук, на котором сидишь» — «Не руби дерево, которое дает тебе тень».

Пословицы, в которых говорится о невозможности исправить какие-то черты характера человека, и в русском, и в арабском языке связаны с погребальным ритуалом:

«Горбатого могила исправит» — «Лишь саван может изменить привычки человека».

Весьма широко представлены пословицы и поговорки, отражающие отношение человека к трудовой деятельности:

«Не потрудишься — меду не поешь» — «Хочешь меду — терпи пчелиные укусы», «Чтобы рыбку съесть, надо в воду лезть».

«Без труда не выловишь и рыбку из пруда» — «Ядро ореха не возьмешь, пока скорлупу не расколешь».

«Не терши, не мявши — не будет калач» — «Чтобы иметь масло, надо его сбить».

Многочисленны пословицы и поговорки, отражающие характер и поступки человека. Например, непоследовательность, нелогичность действий отражает поговорка: «Дом продал, ворота купил» — «Виноградник продал, а пресс купил».

Другие примеры:

«Своя ноша не тянет» — «Корове не тяжело носить рога».

«С кем поведешься, от того и наберешься» — «И лошадь научится бить ногой по-ослиному, коль ее привязать с ослом рядом».

Выводы: приведенные выше пословицы и поговорки — лишь незначительная часть таких примеров, однако они свидетельствуют о том, что в русском и арабском языках существует ряд синонимичных пословиц и поговорок.

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ЗАВИСИМОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ОТ МОДИФИЦИРУЕМЫХ И НЕМОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

*С. К. Абукеримова, Е. В. Коломиец, студенты 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель: д.м.н., профессор А.М. Сульдин*

Ключевые слова: острые нарушения мозгового кровообращения; инсульт; инфаркт миокарда; факторы риска.

Цель исследования: изучить влияние модифицируемых и немодифицируемых факторов при острых нарушениях мозгового кровообращения и остром инфаркте миокарда на эффективность реабилитации у пациентов, находящихся на первом и втором этапе медицинской реабилитации.

Материалы и методы: в статье представлены данные, полученные в результате ретроспективного исследования, проведенного на базе ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2». В сплошном анкетировании на добровольной основе приняли участие 108 пациентов с установленными диагнозами инсультов и инфарктов отделений реабилитации и кардиологии. Анкетирование было направлено на выявление факторов, влияющих на реабилитационный потенциал.

Результаты исследования. Все пациенты для определения эффективности реабилитации были разделены на две группы. В 1 группу были включены 48 пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда. Средний возраст пациентов составил $64,9 \pm 1,61$ лет, медиана возраста пациентов составила 65 лет (от 40 до 85 лет). По половому признаку пациенты распределились следующим образом: 19 женщин (39,58 %) и 29 мужчин (60,41 %). Во 2 группу вошел 51 пациент, перенесший острое нарушение мозгового кровообращения. Средний возраст пациентов составил $62,4 \pm 2,33$ года, медиана возраста пациентов составила 62 года (от 36 до 86 лет). По половому признаку пациенты распределились следующим образом: 18 женщин (35,3 %) и 33 мужчин (64,7 %).

В группе пациентов с перенесенным инфарктом миокарда высокий реабилитационный потенциал имеют 25 человек (52,1 %), из них 11 женщин (44 %) и 14 мужчин (56 %). Средний РП отмечается у 12 пациентов (25 %), среди которых 4 женщины (33,3 %) и 8 мужчин (66,7 %). Низкий РП у 11 больных (22,9 %): 4 женщины (36,4 %) и 7 мужчин (63,6 %). При этом высокий РП чаще наблюдается у лиц мужского пола. В случае инфарктов отмечается положительная связь между временем поступления и началом оперативного лечения пациента и его реабилитационным потенциалом. Особенностью пациентов с низким РП является наличие у большинства сопутствующих острых и хронических заболеваний

(артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма и т.д.).

Среди пациентов с диагнозом ОНМК высокий РП имеют 25 пациентов (54,9 %), среди них 8 женщин (28,6 %) и 20 мужчин (71,4 %). Средний РП у 18 больных (35,5 %), из них 8 женщин (44,4 %) и 10 мужчин (55,6 %). Низкий РП отмечается у 5 человек (9,8 %): 2 женщины (40 %) 3 мужчины (60 %). У пациентов с перенесенным инсультом наблюдается прямая связь РП с давностью получения травмы. Так, подавляющее большинство пациентов с травмой, полученной более года назад, имеют низкий реабилитационный потенциал. Кроме того, обращает на себя внимание тот факт, что у людей с ишемическим инсультом высокий РП встречается чаще, чем у пациентов с геморрагическим инсультом.

Выводы: в результате проведенного исследования было выявлено влияние модифицируемых и немодифицируемых факторов на реабилитационный потенциал у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и острым инфарктом миокарда.

СРАВНЕНИЕ ПРОЧНОСТИ СОЕДИНЕНИЯ С ЭМАЛЬЮ И ДЕНТИНОМ ЗУБОВ КОМПОЗИТНОГО И СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТОВ В СЛУЧАЯХ ФИКСАЦИИ АДГЕЗИВНЫХ КОНСТРУКЦИЙ

*А.А. Авакян, И.В. Королев, Н.М. Алексеев, студенты 4 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра ортопедической стоматологии
Научный руководитель: д.м.н., профессор О.А. Петрикас*

Ключевые слова: цемент; эмаль; дентин; U-Cem, RelyX; фиксация; адгезия.

Цель исследования: в ходе лабораторного исследования и сравнения двух стоматологических цементов (U-Cem Premium и RelyX Luting) выявить наиболее эффективный материал для фиксации адгезивных ортопедических конструкций к эмали и дентину зубов.

Материалы и методы: для проведения исследования были взяты бычьи резцы, стоматологические цементы U-Cem Premium и RelyX Luting; аппарат, фиксирующий прилагаемую нагрузку, 37 % ортофосфорная кислота, адгезивная система Single Bond 2.

Цемент стоматологический силикатный U-Cem Premium – самоадгезивный композитный цемент с двойным отверждением, не требующий предварительной обработки. Имеет повышенную адгезивную прочность и рентгеноконтрастность. Данный цемент представлен в виде двойного диспенсера, что обеспечивает точное дозирование реагирующих веществ.

Цемент стоматологический RelyX Luting – гибридный стеклоиономерный цемент. Имеет повышенную рентгеноконтрастность и сниженную постоперационную чувствительность. Данный цемент представлен в виде двух флаконов: с порошком и с реагирующей жидкостью.

В опытах, определяющих силу фиксации цемента, при предварительно проведенном адгезивном протоколе использовалась 37 % ортофосфорная кислота и адгезивная система Single Bond 2. На предварительно подготовленные бычьи резцы фиксировали полые пластиковые трубочки с площадью торца $0,1 \text{ см}^2$, наполненные цементами U-Cem Premium (или RelyX Luting). Исследование силы фиксации проводилось как на эмали, так и на дентине с проведением адгезивного протокола и без него. В сумме получилось 7 рабочих групп с десятью фиксированными цементными цилиндрами в каждой. Вторым этапом эксперимента заключался в определении силы фиксации цилиндров на сдвиг с последующим расчетом удельной прочности в мегапаскалях (МПа), где $\text{МПа} = 10 \text{ кг/см}^2$. Третьим этапом заключался в статистическом подсчете полученных данных и сравнении полученных значений с целью определения стоматологического цемента с наибольшей силой фиксации как к цементу, так и к дентину.

Результаты. В ходе исследования были получены следующие данные:

- 1) Фиксация U-сет на эмали без адгезивного протокола (соответственно инструкции): $F_{1cp} = 0,33 \pm 0,06$ МПа;
- 2) Фиксация U-сет на эмали с использованием адгезивного протокола: $F_{2cp} = 14,6 \pm 6,0$ МПа;
- 3) Фиксация U-сет на дентине без адгезивного протокола (соответственно инструкции): $F_{3cp} = 2,67 \pm 1,3$ МПа;
- 4) Фиксация U-сет на дентине с использованием адгезивного протокола: $F_{4cp} = 6,5 \pm 0,39$ МПа;
- 5) Фиксация Relyx на эмали без адгезивного протокола: $F_{5cp} = 1,3 \pm 0,27$ МПа;
- 6) Фиксация Relyx на эмали с использованием адгезивного протокола: $F_{6cp} = 5,7 \pm 0,45$ МПа;
- 7) Фиксация Relyx на дентине без адгезивного протокола: $F_{7cp} = 3,29 \pm 1,0$ МПа.

Выводы: в ходе исследования и путем расчета средней арифметической и ошибки средней с последующим вычислением достоверности разницы между группами с использованием критерия Стьюдента авторы установили, что из двух материалов наибольшей силой фиксации как к эмали, так и к дентину обладает композитный цемент U-Сет Premium с предварительно проведенным адгезивным протоколом ($p = 0,001$). Стеклоиономерный цемент Relyx практически не пригоден для фиксации адгезивных конструкций.

РУССКИЙ КОСМИЗМ

*П.В. Аверьянова, студентка 1 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия
Кафедра педагогики и гуманитарных дисциплин
Научный руководитель: к.ф.н., доц. И.В. Сатина*

Ключевые слова: русская философия; русский космизм; русские космисты.

Цель исследования: изучить русский космизм, динамику развития, тенденции и факторы, повлиявшие на становление.

Материалы и методы: в статье используются логический, сравнительный, описательный и сопоставительный методы.

Результаты. Выявлена взаимосвязь исторических процессов с развитием русской философской школы.

Тема космоса и космических путешествий отражена в музее космической биологии и медицины ВГМУ им. Н.Н.Бурденко. Несмотря на то, что экспозиция музея связана с космической медициной, основная идея музея — это покорение космоса. Шаг за шагом человечество от первого космонавта мира Гагарина до космонавтов МКС сегодняшних дней продолжают осуществлять мечту философов-космистов.

Самозарождение русского космизма в России в XIX веке связано с определённой культурной ситуацией. Развитие русского космизма выражено в противопоставлении этого направления с устоями западноевропейской культуры, науки, оно вобрало в себя возможность эффективного диалога, способствовавшего развитию русского космизма, влиянию на культуру научных исследований в XX веке. Большой интерес представляет нравственный и социально-философский смысл русского космизма.

П.А.Флоренский считается одним из основоположников традиции русского космизма. Он полагал, что есть «идеальное родство» мира и человека, их «взаимопроникновение». Он сопоставляет мир с макрокосмосом, человека — с микрокосмосом, являющимся «образцом и подобием Вселенной». Мир и человек устроены сложно и бесконечны внутри себя, являются частью друг друга. Мир биологически можно считать мировым телом человека, а экономически — его хозяйственной сферой. Это космо-антропологический дуализм Флоренского, который можно преодолеть только в Церкви. Обожение — космическая сторона христианства. Картина жизни Флоренского представлена динамическими процессами и эволюцией, история не имеет определяющего значения, вся история мира — тьма.

Тема космизма была затронута в лекциях В.С.Соловьёва «Чтения о Богочеловечестве». Истинная тайна для разума — не вечный и божественный мир, наоборот, он явен и нормален как совершенная полнота всего и как воплощение добра, истины и красоты. Только в этой вечной сфере можно найти безусловное измерение для при-

знания разумной природы, условной и временной. Действительность окружающего нас мира — настоящая тайна для ума. Человек объединяет в себе противоречия, заключающиеся в одном великом противоречии между безусловным и условным. Необходимо найти место и смысл для человека в общей действительности. Соловьёв видел в божественном два единства: Бог и человеческое начало. Вечность Бога предполагает вечность человечества, разумного, идеального человека. Это оправдывает две великие истины: человеческую свободу и бессмертие.

Начиная с Н.П. Фёдорова, к науке и к философии поступает требование перестройки, направленной на макрокосмос. Победа человечества над пространством и временем взаимосвязана и взаимозависима. «Борьба с разделяющим пространством» для мыслителя — шаг в противостоянии со временем. Трансформацией жизни является не только Вселенная в своих возможностях, но и биологически гибкие, управляемые измененным сознанием, долгоживущие и бессмертные существа, которые смогут жить в самых удивительных условиях за пределами Земли. Суть идеи управления природой не только в конкретных проектах, но и в изменении бытия, изменении самой человеческой природы. Космос Фёдорова, как и космос Соловьёва, является космосом христианским, он становится «хозяйством», направленным на возрождение предков и художественное преобразование.

Вернадский сформулировал свои идеи о биосфере, положив в основу живое вещество. Жизнь и время нельзя вернуть в прежнее состояние. Вернадский заявил о космическом характере жизни и обосновал третий синтез Космоса, в котором живое вещество занимает позицию, равноправную с другими сущностями природы. Он объединил изученные черты Вселенной: в мире нет других сущностей кроме материи, радиации, энергии и жизни. Вернадский выделил три пласта, слоя реальности: космические просторы и планеты, нашу земную «природу», микроскопические явления. Он определил, что окружающие нас слои природы взаимосвязаны, но отличны по свойствам пространства-времени. Учение Вернадского позволяет познавать человеку самого себя как разумную часть живого мира и одновременно как самое сложное и закономерное явление мира. Древнее чувство единства и понимание себя как части космической реальности в настоящее время основывается на реальном, рациональном плане.

Вывод: таким образом, русский космизм и современные представления о взаимодействии человека и природы имеют общие цели, которые направлены на переключение нашего внимания с природы на развитие техники, с земли — на космос.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

*Л.А. Автайкина, А.В. Буданова, студенты 3 курса лечебного факультета
МГУ им. Н.П. Огарёва, г. Саранск, Россия*

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения

Научный руководитель: к.м.н, доцент А.П. Цыбусов

Ключевые слова: репродуктивное здоровье; половая активность; репродуктивная система.

Цель исследования: определить половые различия в отношении к собственному репродуктивному здоровью у студентов медиков, особенности полового поведения в зависимости от гендерной принадлежности.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 61 студент 2–3 курсов специальностей «Лечебное дело», «Стоматология» и «Педиатрия» медицинского института МГУ им. Н.П. Огарева. Средний возраст респондентов составил 20,0 лет. Студенты прошли специально разработанное нами онлайн-анкетирование «Оценка уровня осведомленности о репродуктивном здоровье», содержащее 3 основных блока вопросов: для мужчин, для женщин и вопросы для обоих полов. Гендерное распределение характеризуется преобладанием женщин (45 человек, 73,8 %) над мужчинами (16 человек, 26,2 %). Среди всех респондентов, прошедших анкетирование, количество лиц, состоящих в гражданском браке, составило 2 человека (3,3 %). Количество лиц, имеющих детей, составило 1,6 % (1 человек, состоящий в гражданском браке). Полученные данные обрабатывали методами медицинской статистики (описательная статистика с расчетом средних величин, определение процентных соотношений).

Результаты. При оценке гендерных особенностей отношения к репродуктивному здоровью выявлены следующие закономерности.

Среди респондентов женского пола число лиц, имеющих опыт половых отношений, составило 71,1 % и 28,9 % — лиц, не имеющих данного опыта. Среди респондентов мужского пола данное соотношение составило 75 % и 25 % соответственно.

Наиболее оптимальным для сохранения и поддержания репродуктивного здоровья на высоком уровне, ранней диагностики заболеваний половой системы является посещение врача гинеколога 2 раза в год, причем рекомендуется посещать одного и того же специалиста. В соответствии с результатами анкетирования 33,3 % девушек посещают гинеколога 2 раза в год, 11,1 % посещают данного специалиста чаще, 53,3 % — реже, чем рекомендуется, 2,2 % не посещают гинеколога. Средний возраст наступления менструации составил 12–14 лет, что свидетельствует о своевременном половом созревании в группе респондентов женского пола. У 54,3 % лиц наблюдались и/или имеются нарушения цикла, что может быть обус-

ловлено разными причинами: гормональной дисфункцией, стрессами, потерей массы тела и другими; у 45,7 % нарушений со стороны менструального цикла не было выявлено. Наличие заболеваний половой системы отмечают 30,4 % респондентов, причем при появлении клинической симптоматики из них 44,4 % обратились за медицинской помощью, 33,3 % соблюдали все рекомендации врача, а остальные 22,3 % занимались самолечением. В соответствии со сказанным выше можно сделать вывод, что большинство девушек следит за состоянием репродуктивного здоровья.

Среди респондентов мужского пола 56,3 % обращались к урологу, а 43,7 % никогда не обращались к данному специалисту; причинами обращения остальных респондентов стали профилактическое обследование (77,8 %), заболевание почек и мочевыводящих путей (11,1 %), патология половой системы (11,1 %). При обнаружении симптомов патологии половой системы все респонденты обращались к врачу и соблюдали все рекомендации. Это свидетельствует об ответственном подходе к контролю за состоянием функционирования половой системы.

Средний возраст начала половой жизни составил 17,0 лет, причем у 100 % респондентов мужского пола первый контакт произошел по обоюдному желанию и был запланированным, а среди лиц женского пола — у 88,9 % (у остальных 11,1 % он был незапланированным). Среди всех респондентов мужского пола нейтральное отношение к случайным и внебрачным половым связям определено у 43,75 % и 18,8 %, положительное — у 18,8 % и 37,5 % и отрицательное — у 25,0 % и 50,0 % соответственно, тогда как у респондентов женского пола отрицательное отношение наблюдается у 48,9 % и 64,4 %, положительное — у 0 % и 4,4 %, нейтральное — у 51,1 % и 33,3 % соответственно. Постоянный половой партнер имеется только у 53,3 % респондентов женского пола и у 43,8 % лиц мужского пола, причем длительность связи в среднем составила 2–3 года. Оценка количества половых партнеров в течение года выявила следующие статистические закономерности: 1 партнер — у 90,2 %, 2 партнера — у 9,8 %.

Выводы: 1. Особенности отношения к репродуктивному здоровью в группе респондентов практически не зависят от пола студентов.

2. Выявлен достаточно высокий уровень контроля за состоянием собственного репродуктивного здоровья у студентов-медиков.

3. Наблюдается ответственный подход к выбору половых партнеров у большинства респондентов.

ЛИНГВОСТРАНОВЕДЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ТРАДИЦИОННЫХ РУССКИХ БРЕНДОВ

Э. Агаронян, студентка 2 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра русского языка

Научный руководитель: к.п.н., доцент М.И. Волович

Ключевые слова: лингвострановедение; культурологический комментарий; культурный фон; русский бренд; русская фразеология.

Цель исследования: определение сути традиционного русского бренда как явления, характеризующего жизнь современного общества; выявление тех языковых средств, слов, выражений и конструкций, которые определяют современную картину основных брендов русской жизни.

Материалы и методы: лексические, фразеологические, графические и синтаксические особенности русских брендов на материале лексем, обозначающих названия блюд русской кухни; непосредственное наблюдение за явлениями современного языка и речевой практикой его носителей; лингвистический анализ материала; метод сравнения.

Результаты. В работе рассматривается содержание понятия русский бренд. В нашем понимании, это объект, обладающий определённой степенью уникальности, характерный только для использования в России, в быту обычных россиян. Причём в культурах других народов, безусловно, можно найти нечто похожее, но тем не менее данный объект будет отличаться не только рядом особенностей, но и культурологическим наполнением. В качестве материала для исследования была выбрана лексема «щи».

В работе рассмотрены лингвокультурологические составляющие национального русского бренда «щи». Знакомство с историей этого традиционного блюда русской кухни позволяет расширить представления в области фоновых знаний о современной России. Проанализирована этимология данного слова и исторический аспект возникновения на Руси этого традиционного бренда.

Особую роль в работе играет классификация различных видов данного бренда по географическому признаку и описание их основных отличительных признаков (*вологодские щи, сибирские щи, уральские щи и др.*)

Исследовательская часть работы посвящена анализу русских пословиц и поговорок, содержащих в качестве компонента лексему «щи». Для них характерно отношение русских к этому блюду как к одному из основных на столе россиян во все времена (*щи да каша — пища наша; где щи — тут нас ищи; голодному Федоту любые щи в охоту*). Также в работе представлены цитаты из произведений русских писателей-классиков, которые иллюстрируют различные аспекты бытования одного из популярных русских брендов.

В качестве материала в работе рассматривается история ряда фразеологизмов, содержащих в качестве одного из компонентов слово щи. Представлены несколько вариантов происхождения и семантизации идиоматического выражения *профессор кислых щей*. Данный фразеологизм представлен в исследовании в широком историческом контексте.

Кроме того, в работе обращается внимание на использование слова щи в современных молодёжных сленговых выражениях, таких как *получить/дать по щам*. В ходе анализа данного фразеологизма было установлено, что его происхождение никак не связано с традиционным русским супом.

Особое место в работе занимает анализ рецептуры и технологии приготовления различных видов традиционного русского блюда. Показан ряд различий между *свежими* и *серыми* щами, определяется этимология слова *крошево* — одного из важнейших компонентов для приготовления северно-русских кислых, так называемых, серых щей.

Выводы: русский бренд — это объект с определенным культурным кодом, который понятен россиянину и отличается от подобных явлений в сознании иностранцев, знакомящихся с особенностями жизни в России. Бренд отражается во фразеологическом фонде языка.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РОССИИ: В ДОРЕВОЛЮЦИОННОЕ, СОВЕТСКОЕ И СОВРЕМЕННОЕ ВРЕМЯ

*А.В. Алексеева, О.В. Баркова, А.Ю. Климина, В.А. Рыбаков, студенты 5 курса педиатрического факультета; Е.Г. Королюк
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: *рождаемость; смертность; суммарный коэффициент рождаемости; семейные ценности.*

Цель исследования: на основе статистических и данных литературы сравнить демографические процессы в России в разные исторические периоды.

Материалы и методы: использовались статистические данные демографических показателей в дореволюционное, советское и современное время. Статьи и научные труды по изучаемой теме В.Н. Татищева, М.В Ломоносова, Д.И. Менделеева, В.Л. Красненкова. Данные приоритетного национального проекта «Демография». В качестве методов исследования применены исторический метод и метод анализа и обобщения данных.

Результаты. Одним из главных условий национальной безопасности является фактор демографического благополучия государствообразующего народа.

М.В. Ломоносов считал государственной задачей «...сохранение и размножение русского народа».

В начале XX века русские по приросту численности были на первом месте среди всех цивилизаций Земли. Проведенное исследование показывает, что даже негативные факторы, такие как войны, голод, эпидемии, суровый климат, не снижали численность русского народа. Напротив, она неуклонно возрастала как по России, так и в Тверской губернии. Общество в России, состоявшее из многих национальностей и народов, было едино в понимании ценности крепких семейных отношений. Семейно-родственные и общественные отношения до конца XIX века оставались неразрывно связаны между собой. В России дольше, чем в странах Западной Европы, задержалась большая, неразделенная семья (расширенная или составная), т.е. состоящая из одной супружеской пары и других родственников (овдовевших родителей и прародителей, неженатых детей и т.д.) и даже людей, не связанных с ней ни родством, ни свойством, но живущих под одной крышей и ведущих совместное с другими членами семьи домашнее хозяйство: приемных детей, учеников и т.д.

Согласно первой всеобщей переписи населения в 1897 году к возрасту 50 лет в браке состояли практически все мужчины и женщины. Доля населения, никог-

да не состоявшего в браке, была существенно ниже, чем в странах Западной Европы. Дореволюционная Россия почти не знала разводов, брачный союз заключался на всю жизнь. Развод был большой редкостью. В 1913 году на 98,5 млн. православных в России был расторгнут всего 3791 брак. Суммарный коэффициент рождаемости в дореволюционное время составлял 7,5 детей на одну женщину. Семья была одним из кирпичиков, из которых складывались общественные устои, представления о добре и зле, милосердии и человечности, любви к родным, близким, Родине. По прогнозам Д.И. Менделеева, численность населения России к 2050 году должна была составлять от 800 млн. до 1млрд 200 млн человек. Не учитывались при этом такие потрясения, как революция 1917 года и Великая Отечественная война 1941–1945 годов.

На советский период выпало множество испытаний: революция, гражданская война, разрушение храмов, сопровождающихся разрушением церковных браков, официальное разрешение аборт (с 16.11.1920 г. в первой в мире стране!), голод 1921–1922 годов, невозможность оказания должной медицинской помощи, распространение туберкулеза, Великая Отечественная война.

Несмотря на все тяжелейшие времена, страна не только выстояла, одержав победу в кровопролитной Второй мировой войне, но и сделала рывок в научно-техническом прогрессе: науке, практике (начиная от выхода в космос и создания ядерной бомбы, явившейся средством сдерживания иностранной агрессии, до восстановления и развития производств, становления колхозов и совхозов, развития системы яслей и детских садов, обучения в школах детей по лучшей (что признано и западными странами) системе, профилактического направления в медицине, борьбы с инфекционными заболеваниями).

Демографическая ситуация при этом понесла безвозвратные потери, нарастающие из года в год. Официальные данные о погибших в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. — 11млн. 444 тыс.100 человек. Потери гражданского населения в зоне оккупации — 13 684 700 человек. Кроме того, кратковременный всплеск рождаемости сразу после завершения Великой Отечественной войны перешел в неуклонное падение суммарного коэффициента рождаемости. Между переписями 1926 и 1959 гг. число детей в расчете на 1 женщину условного поколения сократилось более чем на 4 ребенка, между переписями 1959 и 2002 гг. — еще на 1,3 ребенка. В стране предпринимались попытки социальной поддержки матерей, увеличивался отпуск по уходу за детьми с разными вариантами выплат. В СССР отпуск по уходу за ребенком составлял 112 календарных дней (56 до и 56 после рождения ребенка). В 1968 году было разрешено после завершения основного отпуска до 1 года брать неоплачиваемый отпуск, с 1982 года отпуск увеличился до 1,5 лет, с 1989 года частично оплачиваемый отпуск увеличился до 1,5 лет, а неоплачиваемый — до 3 лет.

Однако это не решило проблемы. Кроме того, переход к временам перестройки с лавинообразным влиянием Запада с его деструктивными моральными ори-

ентирами, распад страны, экономические проблемы, разрушение производства, сельского хозяйства ухудшило демографическую ситуацию.

В этот же период разрушаются семейные ценности, традиции, увеличивается количество разводов, снижается количество заключенных браков, повышается смертность и снижается рождаемость, нарастает убыль населения, происходит «демографический провал» 1990-х, суммарный коэффициент рождаемости падает до 1,1. Западные специалисты прогнозировали, что в настоящее время в России численность населения могла быть чуть ли не в 2 раза меньше, чем сейчас.

В современное время общегосударственные мероприятия позволяют менять ситуацию. Масштабный приоритетный национальный проект «Демография» включает в себя многочисленные мероприятия, направленные на увеличение продолжительности жизни, снижение смертности и увеличение рождаемости, обеспечение финансовой поддержки семей при рождении детей, поддержку людей старшего возраста. Бюджет проекта составляет 4,7 трлн. руб. до 2024 года. Ни в одном государстве мира нет такой социальной поддержки семьям, как в России. Кроме того, руководством страны уделяется пристальное внимание к возвращению нравственных ценностей, характерных для российского общества, сохранению семьи, объединению общества и подъему морального духа, необходимого для преодоления всех трудностей и испытаний.

Изучение демографических процессов в России в дореволюционный, советский период и современное время показало:

1. Дореволюционный период в демографическом плане являлся наиболее благоприятным для всей территории страны, в том числе и для Тверской области, характеризовался постоянным ростом народонаселения на всей территории страны. Любые испытания (войны, эпидемии, экономические проблемы), которые проходила Россия, не мешали этому процессу. Основой были нравственные ценности, церковные браки, крепкая, большая семья с внутренними традициями человечности и взаимопонимания, уважения к старшим и здоровыми семейными традициями, из которых складывались общественные устои, представления о добре и зле, милосердии и человечности, любви к родным, близким, Родине.
2. Советский период ознаменовался многими испытаниями, которые общество выдержало. Однако масштабные потери населения во время войн, голода, периода перестройки, распада СССР, экономических проблем с разрушением моральных нравственных основ российского общества привели к неуклонной убыли населения и снижения суммарного коэффициента рождаемости до 1,1.
3. Современный курс нашего государства на восстановление утраченных ценностей, традиций при имеющейся внушительной финансовой и деятельной поддержке со стороны руководства страны при условии активного участия гражданского общества позволит сохранить семью, общество, Россию.

АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*В.А. Алексеева, студентка 2 курса педиатрического факультета;
А.В. Котякина, студентка 1 курса педиатрического факультета;
Н.Т. Тангриев, студент 2 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра физической культуры
Научный руководитель: старший преподаватель Э.В. Буланова*

Ключевые слова: студенты; здоровьесберегающее поведение; профилактика.

Цель исследования: проанализировать реализацию здоровьесберегающего поведения студентами, имеющими хронические заболевания (ХЗ).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие студенты 1-2 курсов ТвГМУ ($n = 392$, средний возраст — $18,7 \pm 0,8$).

Студентам была предложена анонимная анкета с вопросами, относящимися к особенностям здоровьесберегающего поведения. Статистическая обработка данных проведена нами в программе Excel, статистическая значимость различий определялась по критерию Фишера.

Результаты. 13 % респондентов указали, что они не знают, чем отличается здоровье от болезни ($p < 0,001$). 87 % опрошенных понимают здоровье как: 29 % — состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов, 13,5 % — отсутствие болезней, 11,7 % — отсутствие в организме каких-либо нарушений, 8,5 % — хорошее самочувствие, 7,6 % — нормальную жизнедеятельность и качество жизни, 7 % — полноценное выполнение организмом всех функций, 2,1 % — возможность заниматься любым видом деятельности, 2 % — отсутствие каких-либо противопоказаний, 2 % — состояние комфорта, 2 % — отсутствие жалоб, 1,3 % — отсутствие боли, 0,3 % — адаптационные возможности организма. К возможности заболеть беспокойно относятся 60,5 % респондентов, безразлично — 23,2 %, плохо — 14,0 %, хорошо — 2,3 % ($p < 0,001$). 41,6 % студентов хорошо относятся к своему здоровью, 40,6 % — удовлетворительно, 8,9 % — отлично, 6,6 % — плохо, 2,3 % — безразлично. Оценили уровень своего здоровья на 5 баллов 9,4 % респондентов, на 4 — 50,8 %, на 3 — 36 %, на 2 — 3 %, на 1 — 0,8 %. На наличие у них ХЗ указали 91,3 % опрошенных ($p < 0,001$). 51,7 % респондентов указали на наличие сходного заболевания у своих родственников ($p = 0,006$): у мамы — 54 %, отца — 37,8 %, бабушки по линии мамы — 26,5 %, по линии отца — 18,9 %, дедушки по линии мамы — 9,7 %, по линии отца — 8,6 %, тёти по линии отца — 8,1 %, по линии мамы — 7 %, дяди по линии отца — 6,5 %, по линии мамы — 6,5 %. Наличие заболевания у родственников беспокоило только 43,2 % студентов до развития у

них самих ХЗ ($p = 0,02$), а именно: страдания близких — 26,2 %, 25 % — общее состояние, 12,5 % — возможность передачи заболевания по генам, 10 % — тяжёлое течение болезни, 10 % — качество жизни, 8,8 % — картина приступов, 6,2 % — быстрое прогрессирование, 3,8 % — риск последствий, 1,2 % — раннее проявление, 1,2 % — бесплодие, 1,2 % — необходимость оперативного лечения, 1,2 % — ранняя смерть. Несмотря на эти беспокойства только 9,5 % занимались профилактикой ($p < 0,001$): 32,4 % — занимались ЛФК, 29,4 % — принимали БАДы, 26,5 % — проходили диспансеризацию, 23,5 % — соблюдали режим питания, 20,6 % — занимались спортом, 17,6 % — соблюдали режим дня, 14,7 % — уделяли внимание отдыху, 5,9 % — отказались от вредных привычек, 2,9 % — принимали витамины, 2,9 % — использовали массаж. После развития у них ХЗ профилактикой обострений стали заниматься 75,8 % опрошенных ($p < 0,001$): 60,6 % указали на отказ от вредных привычек, 55,9 % — полноценный сон, 53,2 % — 1–2-часовой отдых в течение дня, 39,4 % — занятия спортом, 37,4 % — здоровое питание, 35,4 % — строгий режим питания, 32,3 % — дополнительный выходной день на неделе, 31 % — соблюдение режима дня, 22,9 % — активный отдых, 9,8 % — профилактический приём лекарственных препаратов, 7,1 % — занятия ЛФК, 2,4 % — гигиену одежды в холодное время, 1,7 % — витаминпрофилактику, 1,4 % — диспансеризацию, 1 % — массаж, 0,7 % — профилактическое лечение в санатории, 0,7 % — ношение ортопедической обуви, 0,3 % — ограничение времени работы с гаджетами, 0,3 % — уменьшение нагрузки. 48,5 % респондентов ищут дополнительную информацию по своему заболеванию ($> 0,05$): 88,8 % — в интернет-ресурсах, 56,9 % — специальной литературе, 38,8 % — у родителей, 25 % — в соцсетях, 18,6 % — у родственников, 10,6 % — у педагогов, 7,4 % — в специальных журналах, 8,4 % — у друзей, 0,5 % — в периодических изданиях. Только 29,3 % участников опроса стали заниматься профилактикой развития у них любого другого заболевания ($p < 0,001$): 26,1 % изменили свой характер питания, 20 % стали заниматься физической культурой, 19,1 % — больше уделять внимания ЗОЖ, 17,4 % — принимать профилактические БАДы, 14,4 % — заниматься профилактическими упражнениями, 13 % — регулярно проходить диспансеризацию, 10,4 % — уделять внимание полноценному сну, 9,6 % — соблюдать режим дня, 5,2 % — вести активный образ жизни, 5,2 % — отказались от вредных привычек, 3,5 % — ежедневно организуют 1-2-х часовой отдых, 3,4 % — регулярно проходят профилактическое оздоровление в санатории, 1,7 % — стараются не перегружаться, 0,9 % — стараются меньше времени проводить за компьютером, 0,9 % — следят за гигиеной, 0,9 % — следят за психоэмоциональным состоянием, 0,9 % — стараются тепло одеваться в плохую погоду.

Выводы: таким образом, нами установлена очень низкая здоровьесберегающая активность студентов до развития у них ХЗ; повышение активности в отношении профилактики обострений уже имеющегося заболевания; сохранение низкой активности в отношении развития нового заболевания.

ОБРАЗ СРЕДНЕВЕКОВОГО ВРАЧА В РОМАНЕ Е. ВОДОЛАЗКИНА «ЛАВР»

*Ф.М. Алижанов, студент 3 курса лечебного факультета; А.С. Сафонова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра русского языка

Научный руководитель: старший преподаватель А.С. Сафонова

Ключевые слова: врач; средневековый; главный герой; образ; Е. Водолазкин; житие.

Цель исследования: рассмотреть образ средневекового врача в романе Е. Водолазкина «Лавр», проследить динамику развития главного героя, проанализировать работы русских литературоведов и критиков, выявить комплекс средств, используемых автором для характеристики героя-врача в профессиональной сфере.

Материалы и методы: исследование было проведено на материале романа Е. Водолазкина «Лавр» и статей литературных критиков и исследователей романа (А.В. Архангельской, А.Д. Маглий, О.А. Неклюдовой и др.); основными методами исследования стали аналитический, сравнительно-сопоставительный и историко-типологический.

Результаты. Анализ показал, что книга написана в форме жития. Житие — это известный жанр литературы, связанный с описанием жизни и подвигов канонизированных святых и важных исторических личностей. В нашем случае роман представляет собой описание жизни средневекового врача. Как и во многих житиях, в данном романе не указаны точные годы жизни героя, но есть описание реалий и быта, что позволяет нам сделать вывод: произведение посвящено рассказу о жизни средневекового врача. Роман состоит из четырех книг: «Книги познания», «Книги отречения», «Книги пути», «Книги покоя». Предисловие представляет собой пролегомен — вступительную часть произведения, дающую первичные и общие сведения о герое, что позволяет читателю понять, историю какого человека рассказывает ему автор. Пролегомен представляет главного героя в едином образе, который объединяет последующие книги. В этой части романа автор объясняет этимологию слова «врач» — «врати», т.е. «заговаривать», показывая тем самым роль слова в древнем искусстве врачевания. В пролегомене не называется имени главного героя. Он носит прозвища — Рукинец и Врач, что говорит о его даре лечить не только словом, но и наложением рук, что было характерным для народных целителей.

В «Книге познания» главный герой персонифицируется, обретая имя Арсений. Он познает науку врачевания. Основы медицинских знаний Арсению передает его дед Христофор, который прекрасно знал силу трав и корней, заговоров и молитв. Арсений узнал от своего учителя невероятно простую, но важную истину, которую пронес сквозь всю свою жизнь: «Человек сотворен из праха. И в прах обратится. Но тело, которое ему дано на время жизни, прекрасно».

В «Книге отречения» герой — странствующий врач, юродивый Устин, отказавшийся от собственного «я». Овладев мастерством врачевания, герой делает вывод, что врач исполняет волю Бога. В состоянии больного он также видит замысел Божий, поэтому, спасая больного, он прежде всего думает не о телесном здоровье пациента, а о спасении души.

В «Книге пути» главный герой приобретает имя Амвросий, а вместе с тем и осознает главный для себя способ врачевания: «Исцеляй болящих, принимая их грехи на себя». Таким образом происходит сближение медицины и религии, что объясняется эпохой, описываемой в романе, а также нравственно-философской проблематикой.

В «Книге покоя» продолжается развитие темы устремленности к Богу. Особую силу в деле врачевания герой видит в молитвах, в обращении к Высшему Врачу — Христу. Отсюда решение о принятии схимы и стремление отчуждения от мира для единения с Христом. Лавр, как теперь зовут главного героя, говорит: «Я долго познавал мир и накопил его в себе столько, что дальше могу познавать его внутри себя»

Выводы: таким образом, основываясь на произведенном анализе, можно сказать, что в романе «Лавр» развитие героя-врача происходит одновременно с его личностным становлением, пониманием своего предназначения. Не случайно сам автор назвал роман «олитературенным житием великого целителя».

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*С.Х. Алимова, Д.Р. Полникова, студенты 4 курса лечебного факультета;
А.А. Виноградова, О.Н. 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: геморрагический инсульт; доковидный период; ковидный период, коронавирусная инфекция.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности течения геморрагического инсульта в доковидном периоде и в периоде эпидемии коронавирусной инфекции.

Материалы и методы: на базе амбулаторно-поликлинического отделения диагностического центра ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России произведен анализ выписных эпикризов 20 больных, перенесших геморрагический инсульт в 2019 году (1 группа) и 20 больных, перенесших геморрагический инсульт в 2021 году (2 группа). Проводили оценку гендерных и возрастных различий, сопутствующих заболеваний и жалоб пациентов. Степень выраженности неврологического дефицита оценивали по шкале NIHSS. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ «Microsoft Excel 7.0».

Результаты. При анализе гендерных различий у больных геморрагическим инсультом (ГИ) 1 группы, средний возраст пациентов, перенесших ГИ, составил 60 лет. Выявлено небольшое преобладание мужчин (60 %) над женщинами (40 %). Средний возраст пациентов, перенесших геморрагический инсульт в ковидном периоде оказался выше и составил $68,2 \pm 2,1$ лет. При этом отмечается значительное преобладание женщин (70 %), $p \leq 0,05$ над мужчинами (30 %).

У больных 1 группы геморрагический инсульт в 100 % случаев располагался в каротидном бассейне. У пациентов ковидного периода картина несколько иная: геморрагический инсульт в 20 % случаев располагался в вертебро-базиллярном бассейне, а 80 % в каротидном бассейне.

Среди сопутствующих заболеваний у больных ГИ ковидного периода встречались артериальная гипертензия (100 %), хроническая сердечная недостаточность (45 %), ишемическая болезнь сердца (30 %), избыточная масса тела (25 %), сахарный диабет (20 %), фибрилляция предсердий (5 %). У больных ГИ доковидного периода не наблюдается подобного разнообразия сопутствующих заболеваний, что вероятнее всего связано с более молодым возрастом пациентов. Чаще всего геморрагический инсульт в доковидном периоде возникал на фоне артериальной гипертензии (100 %) и сахарного диабета (15 %).

Были выявлены различия в характере предъявляемых жалоб. Пациенты, перенесшие ГИ в доковидном периоде в основном предъявляли жалобы на слабость в конечностях (100 %), нарушения речи (60 %) и головную боль (15 %). У больных ГИ ковидного периода жалобы оказались более разнообразны, чем у пациентов 1 группы. Больные предъявляли жалобы на нарушения речи (55 %), слабость в конечностях (25 %), онемение конечностей (5 %) головокружение (5 %), головную боль (5 %), общую слабость (5 %).

Тяжесть неврологического дефицита больных ГИ в доковидном периоде по шкале NIHSS в среднем составила $7,8 \pm 0,4$ баллов (неврологические расстройства легкой степени тяжести). Тяжесть геморрагического инсульта по шкале NIHSS у больных в период эпидемии коронавирусной инфекции оказалась несколько выше, чем у «доковидных» больных и в среднем составила $9,0 \pm 0,3$ баллов (средняя степень тяжести неврологических расстройств).

Выводы. В ходе изучения клинико-эпидемиологических особенностей течения геморрагического инсульта в доковидном и ковидном периодах были выявлены следующие различия:

1. В ковидном периоде отмечается увеличение среднего возраста больных ГИ по сравнению с доковидным периодом. Кроме того, были выявлены изменения гендерной структуры пациентов: в доковидном периоде среди больных ГИ отмечается превалирование мужчин, а в ковидном периоде — значительное преобладание женщин.
2. Для ковидного периода характерно относительное увеличение частоты случаев геморрагического инсульта с локализацией в вертебро-базиллярном бассейне.
3. В ковидном периоде у пациентов с ГИ отмечается значительное увеличение разнообразия сопутствующих заболеваний по сравнению с больными ГИ доковидного периода. Это различие может быть обусловлено более молодым средним возрастом пациентов, перенесших ГИ до эпидемии COVID-19.
4. В 2021 году значительно увеличилось разнообразие жалоб, предъявляемых больными ГИ, что может быть обусловлено увеличением заинтересованности вертебро-базиллярного бассейна.
5. В ковидном периоде по сравнению с доковидным периодом отмечается увеличение тяжести неврологических расстройств у пациентов с ГИ (в среднем по шкале NIHSS 9 баллов против 7,8 баллов соответственно), что позволяет сделать вывод о формировании в период эпидемии коронавирусной инфекции нового, менее благоприятного, образа болезни геморрагического инсульта.

МОДЕЛИРОВАНИЕ УСЛОВИЙ ПОЛЯРНОГО ДНЯ И ПОЛЯРНОЙ НОЧИ НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

*П.В. Алмазова, студентка 2 курса лечебного факультета;
С.А. Донсков, В.Г. Шестакова, Н.А. Костюничева
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии
Научные руководители: к.с.-х.н., доцент С.А. Донсков,
д.м.н., доцент В.Г. Шестакова*

Ключевые слова: полярный день; полярная ночь; освещенность; температура; лабораторные крысы.

Актуальность: суровые условия проживания за полярным кругом приводят к развитию адаптаций, вызывают у человека расширение физиологических возможностей и провоцируют напряженность процессов метаболизма. Это вызывает морфофункциональные перестройки органов и систем, так как у любого организма при выходе за границы норм реакции происходит снижение резервных возможностей.

Цель исследования: изучить морфологические изменения, происходящие в суровом северном климате; установить рамки резервных возможностей организма на модели нелинейных крыс.

Материалы и методы: проводили анализ источников литературы и интернет-ресурсов на наличие информации о влиянии освещенности и температуры на физиологическое состояние млекопитающих. Экспериментальная часть исследования выполнялась на базе межкафедральной лаборатории Тверского ГМУ и лаборатории фундаментальных морфологических исследований на базе Тверского ГМУ. Объектом исследования служили беспородные самцы и самки крыс ($n = 12$), с массой тела 250–300 граммов в возрасте 8–10 месяцев. Все манипуляции с животными проводились в соответствии с «Общими этическими принципами экспериментов на животных» (Россия, 2011 г.). Уход за крысами, их содержание и питание осуществлялись в соответствии с требованиями «Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных». Далее были сконструированы две камеры для содержания крыс. Параметры их содержания подбирали путем содержания исходя из климатических условий северных регионов (температура, влажность и продолжительность светового дня). Были отобраны три группы крыс по 4 экспериментальных животных в каждой. Две названы «полярная ночь» и «полярный день», третья — контрольная. Первая группа — «полярная ночь» — содержалась в камере в подвальном помещении при отсутствии освещения, где в зимний период температура воздуха была понижена до 14 °С, влажность составляла 56 %. Вторая группа — «полярный день» — также находилась в подвальном помещении при условиях круглосуточного освещения светодиодными лампами, за

счет которых в камере температура была повышена до 25 °С, влажность составляла 46 %. Контрольная группа содержалась в стандартных условиях: температура воздуха в виварии поддерживалась в диапазоне 20–22 °С, относительная влажность — 60–80 %. Кормление проводили сухим кормом для крыс и мышей с добавлением сочных кормов (овощей), доступ к воде был обеспечен без ограничений. Влажность воздуха и температура во всех камерах контролировались и фиксировались ежедневно. В процессе эксперимента проводилось наблюдение поведения животных в опытных группах в сравнении с контрольной группой. В конце опыта (через 180 дней) подопытные животные были выведены из эксперимента. Был взят аутопсийный материал поджелудочной железы и надпочечников. Изготовленные гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты. Ежедневные наблюдения показали, что на 5-е сутки эксперимента в группе «полярная ночь» у экспериментальных крыс наблюдалось снижение активности. На 20-е сутки у животных обеих опытных групп выявлено снижение аппетита и уменьшение потребления воды. При визуальном исследовании размеры поджелудочной железы в группе «полярный день» были незначительно меньше контрольной группы. По результатам гистологического исследования микропрепаратов поджелудочной железы в данной группе выявлено мелкодольчатое строение органа, отмечалась атрофия железистых клеток экзокринных ацинусов, избыточное развитие соединительной ткани. В дольках насчитывалось меньшее количество эндокринных островков Лангерганса и наблюдалось уменьшение их размеров; некоторые островки были окружены соединительнотканной капсулой. В микропрепаратах надпочечников аналогичной группы животных определялась гипоплазия мозгового вещества.

В группе «полярная ночь» были следующие результаты гистологического анализа: поджелудочная железа имела выраженные дольки, панкреатические ацинусы без видимых особенностей, в структуре островков Лангерганса присутствовала рыхлая волокнистая соединительная ткань. Морфометрия зон коркового вещества надпочечников выявила увеличение пучковой зоны.

Выводы: проведено моделирование условий полярного дня и полярной ночи, подобраны соответствующие параметры (температура, влажность, продолжительность освещения). Отмечены особенности поведения лабораторных крыс на протяжении всего эксперимента: изменение активности животных, снижение потребления пищи и воды. Морфологические методы исследования показали отклонения от нормы в структуре поджелудочной железы и надпочечников, которые напрямую связаны с циркадными ритмами.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

*А.Е. Алябьева¹, студентка 5 курса педиатрического факультета;
О.Б. Федерякина²,*

¹ — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

*² — ГБУЗ Тверской области «Детская городская клиническая больница №1»,
г. Тверь, Россия*

Кафедра педиатрии педиатрического факультета

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.Б. Федерякина

Ключевые слова: перинатальное поражение ЦНС; ОНМК по ишемическому и геморрагическому типу.

Актуальность: по данным комитета ВОЗ 10 % детей имеют нервно-психические заболевания, 70–80 % которых связаны с перинатальным поражением мозга. Важность данной темы обусловлена тем, что церебральная патология является не только ведущей причиной смертности, но и основной причиной инвалидизации детей вплоть до 60–70 % (Барашнев Е.Ю., 2019).

Цель исследования: продемонстрировать особенности перинатального поражения ЦНС у детей с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому и геморрагическому типу.

Материалы и методы: проанализировано 2 клинических наблюдения новорожденных с перинатальным поражением ЦНС с оценкой их анамнеза, физикальных данных, инструментальных и лабораторных методов исследования.

Результаты

Случай 1. Девочка родилась от доношенной беременности, по Апгар 8/9 баллов, в родзале приложена к груди, без асфиксии, вакцинирована от гепатита В и туберкулеза. На 9 сутки жизни у ребенка внезапно появилась отёчность правого глаза, судорожные подергивания глаза и правого угла рта. Мать самостоятельно обратилась в приемное отделение ГБУЗ ДГКБ №1 г. Твери. Обследование: НСГ — без видимой патологии, в анализе ликвора данных за течение острого энцефалита и кровоизлияния не было, анализ крови без воспалительных изменений. На фоне противосудорожной терапии Паглюфералом-1 в дозе насыщения 15 мг/кг/сут., у ребенка сохранялись судорожные эквиваленты, и для проведения КТ и МРТ головного мозга ребенок переведен в ДОКБ. На КТ головного мозга: в паренхиме левой теменно-височной области выявлена гиподенсивная зона размерами 50 × 40 × 22 мм, что соответствовало картине ОНМК в бассейне левой среднемозговой артерии. В ИФА крови: обнаружены IgM и высокий титр низкоавидных IgG к ЦМВ инфекции. Было сделано заключение, что ребенок переносит церебральный васкулит, обусловленный врожденной ЦМВ инфекцией, которая в свою очередь привел к ОНМК.

Клинический случай 2. Ребенок от преждевременных родов в 35–36 недель с массой тела 3060 г. В сроке 3–4 недели беременности мать перенесла Covid-19, в 8 недель — угрожающий аборт. Оперативное родоразрешение проведено в связи с внутриутробной гипоксией плода. При рождении — умеренная асфиксия, РДС. Оценка по Шкале Апгар — 4/7/8. Проведена первичная помощь в род. зале. Состояние с отрицательной динамикой за счет нарастания ДН III ст. В возрасте 1-ых суток на аппаратной ИВЛ ребенок был доставлен в ОАР ГБУЗ ДГКБ №1 г. Твери. Неврологический статус при поступлении — сознание медикаментозно угнетено, на осмотр реагирует слабой гримасой. Менингеальных знаков нет. Развернутых судорог при осмотре нет. Бульбарных нарушений нет. Мышечный тонус в конечностях снижен. НСГ при поступлении — признаки незрелости структур головного мозга. Со вторых суток жизни на НСГ — отек головного мозга, ВЖК 1 степени слева и паренхиматозное кровоизлияние в стадии кистозной дегенерации слева. Диагностировано — перинатальное гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС II–III степени, ВЖК 1 степени слева, синдром угнетения, судорожный синдром. Отек головного мозга. Внутримозговое кровоизлияние. В динамике появились мультифокальные паренхиматозные кровоизлияния. МРТ — картина головного мозга: гипоксически-геморрагического поражения ЦНС; наиболее вероятны кровоизлияния в субэпендимальный матрикс с формированием перивентрикулярных геморрагических инфарктов, участков лейкомаляции с признаками кистозно-глиозной дегенерации в теменных и затылочных долях, внутренней тривентрикулярной гидроцефалии без признаков окклюзии. В данном случае острое развитие гипоксически-геморрагического поражения ЦНС с множественными внутримозговыми гематомами, с формированием перивентрикулярных геморрагических инфарктов и участков лейкомаляции могли быть обусловлены воздействием перенесенной Ковид-19 инфекции матери и тяжелой внутриутробной и постнатальной гипоксией.

Выводы: приведенные случаи демонстрируют тяжесть и многообразие перинатальных поражений ЦНС у новорожденных. В первом примере заболевание было отсроченным, когда появились нетипичные фокальные судорожные эквиваленты, и только по данным КТ головного мозга был диагностирован инсульт в бассейне средней мозговой артерии. Второй случай демонстрирует тяжелое геморрагическое поражение ЦНС с прогрессирующими мультифокальными паренхиматозными кровоизлияниями с исходом в лейкомаляцию и постгеморрагическую гидроцефалию. В то же время грубых изменений со стороны неврологического статуса мы не обнаружили, что потребовало современных методов диагностики поражения головного мозга.

ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У СТУДЕНТОВ ТВЕРСКИХ ВУЗОВ

А.А. Амиров¹, студент 5 курса лечебного факультета; Е.П. Дульнева¹,
А.Н. Неведомский², В.В. Лебедев²

¹ — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра факультетской терапии

² — ФГБОУ ВО Тверской ГТУ, г. Тверь, Россия

Кафедра электронных вычислительных машин

Научные руководители: ассистент Е.П. Дульнева, старший преподаватель

А.Н. Неведомский

Ключевые слова: гипертоническая болезнь; факторы риска; стрессовые ситуации; физическая активность.

Цель исследования: сравнительный анализ распространённости факторов риска гипертонической болезни (ГБ) у студентов Тверского государственного медицинского университета (ТвГМУ) и Тверского государственного технического университета (ТГТУ).

Материал и методы: было проведено анонимное анкетирование 110 обучающихся: 64 студентов 4–5 курсов лечебного факультета ТвГМУ (47 девушек и 17 юношей) и 46 студентов 1–3 курсов ТГТУ (44 юноши, 2 девушки). Для изучения распространённости факторов риска ГБ была разработана анкета из 10 вопросов, учитывающих наличие у студентов и их кровных родственников заболеваний и состояний, признанных международным медицинским сообществом доказанными факторами риска формирования ГБ.

Результаты. На вопрос о встречаемости ГБ у родственников 75 % студентов ТвГМУ ответили положительно, 18,8 % — отрицательно, 6,2 % опрошенных затруднились с ответом. Отрицали наличие ГБ у родственников 70 % студентов ТГТУ, 22 % ответили на этот вопрос утвердительно, 8 % затруднились с ответом.

Установлено, что 40,6 % студентов ТвГМУ в процессе обучения ежедневно сталкиваются со стрессом, 15,6 % — 3–4 раза в неделю, 21,9 % — 1–2 раза в неделю, 18,8 % — 1 раз в месяц либо реже, 3,1 % опрошенных не испытывают стрессов. Студенты ТГТУ в меньшей степени подвергались действию стрессовых факторов: 45 % опрошенных не испытывают стресс, 20 % сталкиваются со стрессовыми ситуациями 1–2 раза в месяц, 11 % — 1–2 раза в неделю, 13 % — 3–4 раза в неделю и только 11 % — ежедневно.

Сахарным диабетом не страдает ни один из респондентов. Две трети опрошенных студентов ТвГМУ (65,6 %) имеют нормальную массу тела (ИМТ в интервале 18,5–24,9 кг/м²), 26,6 % — избыточную (ИМТ в интервале 25–29,9 кг/м²), 7,8 % — недостаточную (ИМТ ниже 18,5 кг/м²). Похожая картина наблюдается у будущих

инженеров: 78 % обучающихся ТГТУ имеют нормальную массу тела, 15 % — избыточную и 7 % — недостаточную.

Из числа студентов ТвГМУ только 6,3 % опрошенных занимаются физической культурой и спортом 3–4 раза в неделю, занятия 1–2 раза в неделю проводят 32,8 % студентов-медиков, не занимаются совсем либо реже 1 раза в неделю — 60,9 % респондентов. В целом низкую физическую активность имеют и студенты ТГТУ: 59 % опрошенных занимаются физической культурой реже 1 раза в неделю либо не занимаются совсем, 28 % — 1–2 раза в неделю, 9 % — 3–4 раза в неделю, более 4 раз в неделю — 4 % опрошенных.

Что касается потребления поваренной соли, то 43,8 % студентов-медиков употребляют в пищу продукты с большим ее количеством (соленая рыба, чипсы, сухарики) 1–2 раза в неделю, 14,1 % — 3–4 раза в неделю, 3 % — 5 и раз в неделю и чаще. При этом 39,1 % студентов ТвГМУ соленые продукты в пищу не употребляют. Подобные пищевые предпочтения отмечены и среди студентов ТГМУ: 43 % опрошенных употребляют солёные продукты 1–2 раза в неделю, 15 % — 3–4 раза, 2 % — чаще 5 раз, 39 % обучающихся не употребляют указанные продукты питания.

Среди студентов ТвГМУ 76,6 % студентов не курят, 17,2 % выкуривают в день не более 10 сигарет, 6,2 % — 10–20 сигарет. При этом 73 % обучающихся ТГТУ табакокурение отрицают, 18 % выкуривают в день менее 10 сигарет, 7 % — 10–20 сигарет, 2 % опрошенных — более 20 сигарет.

Алкогольные напитки не употребляют 35,9 % обучающихся ТвГМУ, реже 1 раза в неделю — 48,4 %, 1–2 раза в неделю — 12,5 %, и только 3,2 % опрошенных — 3 раза в неделю и чаще. Что касается студентов ТГМУ, то 70 % из них отрицают употребление алкогольных напитков, 15 % употребляют реже 1 раза в неделю, 11 % — 1–2 раза в неделю, 4 % — как минимум, трижды и чаще.

Контроль уровня артериального давления (АД) не проводят 15,6 % студентов ТвГМУ, 17,2 % измеряют его 1 раз в неделю, 20,3 % — ежемесячно, 35,9 % — раз в полугодие, 10,9 % — не чаще 1 раза в год либо реже. При этом 39 % респондентов из ТГТУ никогда не измеряли АД, 4 % проводят контроль 2 раза в месяц, 9 % — раз в полугодие, 48 % — 1 раз в год либо реже.

Не знают своего уровня АД почти треть опрошенных студентов-медиков (31,3 %) и абсолютное большинство (91 %) студентов ТГТУ. Ни один из студентов, контролирующих АД, не указал повышенный уровень (140/90 мм рт. ст. и выше).

Студенты обоих тверских вузов при целенаправленном опросе демонстрируют высокую частоту доказанных факторов риска ГБ, но в массе своей даже не знают своего уровня АД. При этом стрессовые ситуации в учебном процессе возникают у значительной части студентов и не компенсируются достаточной физической активностью. Это диктует необходимость информирования студентов о факторах риска гипертонии, а также создании условий для психологической разгрузки обучающихся и повышении доступности спортивных занятий.

ГИРУДОТЕРАПИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Р.А. Анварова¹, Д.Д. Абдухабибова¹, М.Т. Давлатбоев²,
студенты 2 курса лечебного факультета*

¹ — Самаркандский ГМУ, г. Самарканд, Узбекистан

*² — Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент,
Узбекистан*

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: ассистент М.Ш. Исмамова

Ключевые слова: синдром диабетической стопы; гирудотерапия; гангрена; сахарный диабет.

Цель исследования: изучить особенности лечения синдрома диабетической стопы на основе данных литературы.

Материалы и методы: был проведен критический анализ материалов диссертация Леонтьева Е.А. «Гирудотерапия в комплексном лечении синдрома диабетической стопы» и статьи «Исследование эффективности гирудотерапии по результатам аутодермопластики у животных с экспериментальным сахарным диабетом».

Результаты. Синдром диабетической стопы (СДС) — патология с выраженным поражением мягких и костных тканей. В результате поражения периферических нервов и сосудов происходят некротические процессы, проявляющиеся трофическими язвами кожи. Большая социальная важность сахарного диабета (СД) заключается в том, что он является причиной ранней инвалидности. Вероятность прогрессирования ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда увеличивается вдвое, в то время как патологические состояния почек — в 17 раз, гангрены нижних конечностей — в 20 раз. Анализ частоты ампутаций продемонстрировал, что у больных СД ампутации нижних конечностей осуществляются в 17–45 раз чаще, чем у лиц, не страдающих этим заболеванием. Несмотря на это, частота поражений периферических артерий у больных с СД встречается в 4 раза чаще. Прогрессирование гнойно-некротического процесса при диабетической стопе приводит к нетравматическим ампутациям более чем в 50–75 % случаев. При этом 6–30 % пациентам с СД после 1-й ампутации производят повторные ампутации 2-й конечности в сроки 1–3 лет, 28–51 % — в сроки 5 лет, что свидетельствует о нерешенности проблемы и требует поиска инновационных тактических подходов к лечению этой категории пациентов для снижения инвалидизации и летальности. СД не только снижает качество жизни пациента, но и является важным патогенетическим звеном формирования СДС. Для успешного лечения гнойно-некротических проявлений СДС необходимо комплексное воздействие. Было показано, что применение гирудотерапии (ГТ) повышает эффективность комплексного лечения диабетической полинейропатии (ДПНП). В группе больных, получавших

традиционное лечение, значительной регрессии симптомов полинейропатии не отметил ни один больной. При этом 63,3 % больных отметили в своём состоянии незначительное улучшение, а 36,7 % не отметили никакой динамики. Вместе с тем, 95,9 % больных, которым в дополнение к традиционному лечебному комплексу лечения проводилась ГТ, отметили значительное субъективное улучшение, подтвержденное и объективными данными ВГТ. Восстановление показателей ГЧ отмечено у 32,2 % больных.

Вывод: дополнение курсом гирудотерапии стандартного лечебного комплекса способствует повышению эффективности синдрома диабетической стопы и оправдано на любой стадии СДС. Гирудотерапия положительно влияет на функциональное состояние афферентных нервных волокон, замедляет прогрессирование диабетической полинейропатии.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГЕНОТИПОВ ВИРУСА ГЕПАТИТА В В Г. ВИТЕБСКЕ

*А.В. Андреева, студентка 5 курса, лечебного факультета
И.А. Эйстад, Н.Ф. Акулич
Витебский ГМУ, г. Витебск, Республика Беларусь
Кафедра инфекционных болезней с курсом ФПК и ПК
Научные руководители: д.м.н., профессор В.Ф. Ерёмин,
д.м.н., профессор В.М. Семёнов*

Ключевые слова: гепатит; генотипы гепатита В; ВГВ.

Хронический вирусный гепатит В (ХГВ) представляет собой хорошо известную проблему глобального здравоохранения. В настоящее время вирусный гепатит В по-прежнему вызывает озабоченность, являясь одной из основных причин фиброза печени, печеночной недостаточности и гепато-целлюлярной карциномы. Около 250-300 миллионов человек во всем мире инфицированы вирусом гепатита В. Ежегодно по причинам, связанным с хроническим гепатитом В умирает от 500000 до 1 000 000 человек. Инфекция передается с зараженной кровью и биологическими жидкостями, а также от инфицированной матери к ребенку.

Беременные женщины, подростки и все взрослые с высоким риском хронической инфекции подлежат скринингу на маркеры HBV. Первичный анализ включает серологические тесты, позволяющие дифференцировать острый и хронический гепатит. Проведенные молекулярные анализы обеспечивают обнаружение и количественную оценку вирусной ДНК, генотипирование, устойчивость к лекарственным препаратам и анализ мутаций *precore/core* для подтверждения инфекции и мониторинга прогрессирования заболевания у пациентов с хроническим гепатитом В. Все пациенты с хроническим гепатитом В должны получать противовирусные препараты и регулярно проходить контроль эффективности лечения.

Вирус гепатита В (ВГВ) подразделяется на девять генотипов, от А до I. Более 96 % хронических инфекций ВГВ во всем мире вызываются пятью из девяти генотипов: генотип С наиболее распространен (26 %), за ним следуют генотип D (22 %), E (18 %), A (17 %) и B (14 %). Генотипы F, G, H, I вызывают менее 2 % глобальных хронических инфекций ВГВ. В большинстве европейских стран наиболее распространены генотипы А и D.

Опубликованные данные показывают следующее распределение генотипов в России: генотип D — 85 %; генотип А — 10.7 %; генотип С — 3.2 %; все другие генотипы — 1.1 %.

В то время как генотипы В, С и I связаны с более частой вертикальной передачей от матери к плоду, для генотипов А, D и G наиболее характерен половой путь передачи и парентеральный, при употреблении инъекционных наркотиков. Так-

же известно о более высокой частоте хронизации после инфицирования генотипами А и С по сравнению с генотипами В и D.

Цель исследования: Определить динамику распространенности различных генотипов и субгенотипов гепатита В в г. Витебске и Витебской области у различных возрастных и гендерных групп пациентов.

Материалы и методы: Для нашего исследования использовались биологические образцы (сыворотка крови) 80 пациентов с хроническим гепатитом В. Определение генотипов вируса гепатита В проводилось на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий» методом ПЦР.

Результаты: Исследованы биологические образцы (сыворотка крови) 80 пациентов. Возрастной диапазон исследуемых колебался в пределах от 6 до 89 лет. Средний возраст составил 48 лет, медиана — 44 года.

По гендерной принадлежности 43 образца принадлежали мужчинам, 37 — женщинам. Также 4 образца были получены от детей до 18 лет. Среди женщин генотип D3 был выявлен у 11 пациенток, генотип D1 — у 9 пациенток, A2 — у 9 пациенток, а генотип D2 был определен у 8 пациенток. Среди пациентов мужского пола чаще всего определялся генотип D2 (у 15 человек), генотипы A2, D3, D1 — у 12, 9 и 5 пациентов соответственно. Генотип A/D был выявлен однократно, а B4 был выявлен у пациента, приехавшего из Китая. Во всех исследуемых образцах были определены 3 генотипа: А (21 образец), D (57 образцов), В (1 образец), A/D (1 образец).

Выводы: В ходе нашего исследования было установлено, что наибольшее распространение среди обследуемых лиц стали генотипы А и D гепатита В, субгенотипы A2, D2 и D3 в относительно равных долях: 26, 29 и 25 % соответственно. Гендерной зависимости распространения генотипов в исследуемых образцах определено не было.

ВЛИЯНИЕ АРОМАТОВ НА КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

*А.И. Ануфриева, студентка 1 курс педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра химии

Научный руководитель: ассистент Л.Р. Волкова

Ключевые слова: нейроны; память; ацетилхолин; холинэстераза; 1,8-цинеол; розмарин; ароматы; обучение.

Актуальность: в периоде подготовки к экзаменам приходится работать с огромным объемом информации, которая, к сожалению, быстро забывается.

Ученики и студенты тратят много времени на заучивание правил и текстов, однако такой подход не приносит желаемых результатов, ведь согласно закону Парето 80 процентов усилий дают только 20 процентов результата. Для достижения успехов в обучении и успешной сдачи экзаменов необходимо знать основные способы улучшения памяти. В литературных источниках есть данные об исследовании влияния ароматов на когнитивные способности человека. Эфирные масла шалфея, лимона, мяты, аниса, способствуют концентрации внимания, помогают при умственном переутомлении. Установлено, что особого эффекта можно добиться при использовании аромата розмарина, который обладает особым химическим составом и свойствами. Он ингибирует ферменты ацетилхолинэстеразу и ибутилхолинэстеразу, предотвращая распад ацетилхолина. Ацетилхолин-уксуснокислый эфир холина, нейромедиатор, участвующий в синаптической передаче. Деятельность холинергических нейронов ЦНС, направляющихся от базальных структур переднего мозга к гиппокампу, обеспечивает возможность обучения и запоминания. Повреждение этих нейронов приводит к возникновению болезни Альцгеймера. Кроме того, розмарин содержит 1,8-цинеол и урсоловую кислоту — вещество, которое борется со свободными радикалами, повреждающими мозг с возрастом. Таким образом, производительность при выполнении когнитивных задач в значительной степени улучшается после воздействия запаха розмарина.

Цель исследования: изучить влияние ароматов на процесс запоминания и создать спрей для «Молекула памяти».

Материалы и методы: в качестве оборудования были использованы флаконы для спрея, весы, пипетка Пастера, чашка Петри, воронка, шпатель, мерный стакан.

Для приготовления спрея на 100 мл дистиллированной воды взяли 16 капель водорастворимых отдушек (мята, лимон) в пропорции 1 : 1, 4 капли эфирного масла розмарина, сушеный розмарин в количестве 2–3 граммов. На весах взвесили розмарин, поместили в емкость для спрея. С помощью пипетки Пастера отмерили необходимое количество водорастворимых отдушек, эфирного масла, добави-

ли в емкость. Хорошо встряхнули, поставили в темное место на несколько дней. В ходе были применены экспериментальный, аналитический методы.

Результаты. Эффект от использования спрея с розмарином был исследован в течение месяца на группе, состоящей из 10 добровольцев, студентов ТГМУ с похожей успеваемостью, примерно одинаковыми умственными способностями. В начале месяца проводилось тестирование на проверку памяти без использования спрея, в конце месяца — с использованием спрея. Улучшение памяти наблюдалось у 6 человек. Контроль осуществлялся по результатам рубежа по дисциплине Анатомия.

Вывод: в ходе работы был создан продукт проекта спрей «Молекула памяти», проведено исследование, выявляющее улучшение когнитивных способностей человека при использовании спрея с розмарином.

РОЛЬ ОТДЕЛЬНЫХ МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТОЧНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ПРОГНОЗЕ ДИНАМИКИ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА

*И.Б. Атаджанов¹, студент 5 курса лечебного факультета;
Л.И. Нигматуллина^{1,2}, аспирант кафедры анатомии, гистологии и эмбриологии;
Р.Д. Павлов¹, студент 3 курса лечебного факультета;
В.Г. Шестакова¹, Н.Н. Слюсарь¹*

¹ — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия;

² — ООО «Медикал Геномикс», г. Тверь, Россия

Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии

Кафедра биохимии с курсом клинической лабораторной диагностики

Научные руководители: д.м.н., доцент В.Г. Шестакова; д.м.н.,

профессор Н.Н. Слюсарь

Ключевые слова: молекулы межклеточного взаимодействия; опухолевый рост; моделирование; иммуногистохимия; иммуноферментный анализ; электронная микроскопия.

Цель исследования: установить диагностическую и прогностическую роль отдельных молекул межклеточного взаимодействия в динамике опухолевого роста, выявить и уточнить их значение для ранней диагностики злокачественных новообразований отдельных локализаций.

Материалы и методы: проведен хронический эксперимент на нелинейных крысах-альбиносах ($n = 40$), содержащихся в стандартных условиях вивария и подвергавшихся хроническому воздействию препарата с доказанной канцерогенной активностью — 4-нитрохинолин-N-оксида (4-NQO) — путем аппликационного нанесения раствора, содержащего 4-NQO на наружный зев шейки матки. Полученные образцы опухолевых тканей шейки и тела матки ($n = 8$) от крыс основной группы подвергали стандартным процедурам гистологической пробоподготовки. Небольшие кусочки (1×1 мм) из опухолей брали для целей ультраструктурного анализа. При аутопсии забирали образцы венозной крови, в которых методом иммуноферментного анализа (ELISA) исследовали концентрации углеводного антигена CA125 и E-кадгерина (Cloud Clone Corp., США). На тонких срезах опухолей проводили иммуногистохимическое определение экспрессии CA125 и E-кадгерина с использованием мышинных моноклональных антител к CA125 и E-кадгерину (GeneTex, США). Для детекции сигнала от метки использовали HRP-конъюгат с антимышиными/антикроличьими антителами (Праймбиомед, Россия). Визуализацию ИГХ-метки осуществляли диаминобензидином (DAB).

Также указанными методами исследовали случайно обнаруженные («дикие») опухоли у крыс следующих локализаций: щитовидная железа, молочная железа, метастатические поражения легких, яичка ($n = 6$).

Кроме того, по договоренности с администрацией Тверского областного онкодиспансера получены парафиновые блоки ($n = 6$) с фрагментами опухолевой ткани, с

которых делали тонкие срезы, окрашивали гематоксилином и эозином и исследовали уровень и характер экспрессии вышеуказанных маркеров аналогичным методом. Изучали обезличенные выписки из медицинских карт этих пациентов.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 13 и MS Office Excel.

Результаты. При микроскопическом изучении препаратов опухолей шейки и тела матки на экспериментальных животных выявлены следующие гистологические типы новообразований: плоскоклеточный рак шейки матки ($n = 3$), аденокарцинома эндоцервикального типа ($n = 1$), аденокарцинома эндометрия ($n = 2$), эндометриальная стромальная саркома ($n = 1$), опухолеподобная децидуальная реакция ($n = 1$). У крыс контрольной группы в то же время были обнаружены следующие неопластические процессы: гиперплазия эндометрия ($n = 1$), эндоцервикальная аденома ($n = 1$). Средние значения концентраций СА125 в крови у крыс опытной и контрольной групп составили $101,65 \pm 25,4$ и $161,9 \pm 31,3$ пг/мл соответственно ($p < 0,05$). Средние значения концентраций Е-кадгерина в крови у крыс опытной и контрольной групп составили $2,24 \pm 0,08$ пг/мл и $3,43 \pm 0,85$ пг/мл соответственно ($p < 0,05$). При анализе результатов иммуногистохимического исследования выявлено существенное снижение интенсивности сигнала исследуемых маркеров от клеток опухоли при удовлетворительных результатах в клетках внешнего и внутреннего (по возможности) положительного контроля. На электронномикроскопическом уровне отмечали нарушение целостности плазмолеммы, отсутствие или изменения характера межклеточных контактов, а также иные ультраструктурные признаки, характерные для опухолевых клеток.

В опухолевых тканях из щитовидной железы нами отмечалась полная утрата Е-кадгерина при его сохранности в области, не пораженной опухолевым ростом. Опухоли молочной железы были представлены доброкачественными аденомами, их иммунологический профиль соответствовал конвенциональным положениям о доброкачественных процессах в молочной железе.

При сопоставлении клинических данных и результатов определения экспрессии Е-кадгерина в опухолевых тканях человека получены корреляционные данные о степени злокачественности и экспрессией Е-кадгерина и СА125. Эти данные требуют дальнейших уточнений.

Выводы: исследование динамики экспрессии Е-кадгерина и СА125 в опухолях тела и шейки матки позволяет разработать дополнительные критерии и расширить диапазон значимых для ранней диагностики иммуносерологических тестов. Кроме того, сопоставление данных анализов на онкомаркеры и результатов инвазивных тестов позволяет сделать некоторые прогнозы относительно рисков метастазирования новообразований.

ГАСТРОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА МИРА В РУССКОЙ КУЛЬТУРЕ

С.И. Афанасьева, студентка 1 курса стоматологического факультета;

Н. Н. Толкачева

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

Кафедра русского языка

Научный руководитель: ассистент Н.Н. Толкачева

Ключевые слова: стереотипный образ; концепт; гастрономическая картина мира; блюда.

Цель исследования: дифференциация гастрономической картины мира русских через призму названий национальных блюд.

Материалом нашей работы послужили тексты кулинарного словаря-справочника В.В. Похлебкина, книги «Русская кухня» В. В. Похлебкина.

В работе представлен лингвокультурологический метод исследования.

Результаты. Одной из тенденций современного общества является небывалый интерес к кулинарии, выражающийся в том, что за последние несколько лет увеличилось количество гастрономических телешоу, кулинарных книг и авторских кулинарных блогов в социальных сетях. Приобрел популярность новый вид туризма — гастрономический туризм, главная цель которого знакомство с новой страной или регионом через призму национальной или местной гастрономии. Язык отражает действительность, создает уникальную и специфическую картину мира для каждого этноса, который пользуется языком как средством общения. Наша работа посвящена исследованию гастрономической картины мира русской культуры. Гастрономическая картина мира представляет собой национальную картину кулинарных пристрастий, которая сформирована под влиянием культурной картины мира и вербализуется в гастрономических номинациях и метафорах, фразеологических единицах. Данная картина мира формируется под воздействием таких факторов, как религия, мифология, географическое расположение, климатические условия. Россия представлена богатством своих территорий, регионов и национальностей. Гастрономические предпочтения в разных регионах варьируются, соответственно, это не могло не отразиться на лингвистической стороне. Под русской национальной кухней мы будем понимать кухню, характерную для средней полосы России. Мы перечислим основные способы образования названий блюд русской кухни. 1) Названия, образованные от разного вида топонимов. Например, архангельская похлебка, котлеты по-псковски, сочни архангельские, сбитень московский, крупник ставропольский, пряники тульские, петербургская баба, московский борщ, салат «Волжский», рыба тушеная по-волжски, сибирские пельмени, окрошка уральская, гусь по-сибирски, уральские пельмени. 2) Названия блюд, включающие в себя имена и фамилии известных людей, фамилии создате-

лей. Например, петровский или екатерининский квас, гурьевская каша, бефстроганов, пожарские котлеты, рахмановские щи, салат оливье. 3) Названия блюд, основанные на составном принципе: суп с картошкой, кролик с грибами, курица с ананасами, салат с кукурузой. Стереотипные образы, которые свойственны национальной культуре, закрепляются в устойчивых выражениях с названиями национальных продуктов или блюд. В русском языке таким архетипически значимым концептом является концепт хлеб. Это базовый компонент мифолого-религиозного сознания русского человека. Хлеб как ценность для русского этноса представлен в обилии народных паремий (например, хлеб — всему голова) и неслучайно входит в состав фразеологизмов, отражающих взгляды русских на жизнь, на русские обряды и обычаи (хлеб да соль, садиться на хлеб и воду, есть чужой хлеб, легкий хлеб, хлеба не просит, встречать хлебом и солью). Одной из основных черт русского национального характера можно назвать гостеприимство. Выражением радушия и глубокого уважения в русском национальном сознании считается преподнесенный каравай и соль.

Выводы: нами были рассмотрены особенности формирования гастрономической картины мира и ее связь с языковой и культурной картинами мира. Русская культура выработала обширный ценностный пласт, где особое место занимают гастрономические ценности, ставшие национальным достоянием и легшие в основу русскоязычной гастрономической картины мира.

ГЕОГРАФИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, КУЛЬТУРА И ТРАДИЦИИ УЗБЕКИСТАНА

*А.Т. Ашуров, студент 1 курса лечебного факультета; Л.Г. Витлинская
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра русского языка

Научный руководитель: старший преподаватель Л.Г. Витлинская

Ключевые слова: Узбекистан; географическое положение; население; язык; религия; культура; традиции; одежда; еда; гостеприимство.

Цель исследования: изучить информацию и классифицировать ее по тематике работы, подобрать и проанализировать иллюстрационный материал.

Материалы и методы: были использованы методы анализа, сопоставления и наблюдения.

Результаты. Произведённый анализ собранных материалов по теме показал, что географическое положение Узбекистана даёт представление о местоположении, водных ресурсах и богатых залежах полезных ископаемых (нефти, цветных металлов, угля). Здесь много предгорий, равнин, рек, текущих с гор. Климат жаркий летом и достаточно суровый зимой. Благодаря Великому Шёлковому пути, который проходил по территории страны, Узбекистан был центром связи Восточной Азии со Средиземноморьем. Узбеков насчитывается около 35 миллионов, большая часть из них проживает в Узбекистане (около 29 миллионов), а остальные 6 миллионов живут в соседних с Узбекистаном странах: Афганистане, Таджикистане, Киргизии, Казахстане, России, Туркмении, Турции. Коренное население страны — самая большая нация на территории Средней Азии. Узбеки — тюркоязычный народ, большинство исповедует ислам суннитского толка. Испокон веков узбеки активно занимались торговлей и земледелием, выращивали хлопок, абрикосы, яблоки, дыни, виноград. Древняя архитектура Узбекистана потрясает величественными дворцами, минаретами, мечетями и медресе, находящимися в таких городах, как Самарканд, Бухара, Хива, Ташкент, Коканд, Термез и др. Сейчас Ташкент — это столица, современный город, крупный промышленный, культурный и научный центр. В Узбекистане производят станки, самолёты, трактора, ткнут ткани. Художественная литература возрождает национальные традиции народа, который помнит имена Алишера Навои, Ибн Сины и других. Процветает устное народное творчество (песни, сказки, легенды — дастаны). В художественной литературе сохраняются национальные традиции. В узбекской музыке выделяют основные локальные стили: хорезмский, бухарско-самаркандский и фергана-ташкентский. Музыка Узбекистана характеризуется сложными ритмами и метрами, существующие музыкальные инструменты делятся на струнные, духовые и ударные. Своеобразие традиционной одежды узбеков определено климатическими условиями, бытовыми и родоплеменными. Характерные особенности узбекского костюма

представляют цветовая гамма, которая меняется в зависимости от места проживания, и крой, отличающийся простотой и возрастными особенностями. Отличительным и развитым аспектом узбекской культуры является её кухня. Узбекский народ имел прочную и оседлую цивилизацию в течение многих столетий. Между пустынями и горами, в оазисах и плодотворных долинах, люди выращивали зерно и приручали скот. В результате изобилие продуктов позволило узбекскому народу выразить свою уникальную традицию гостеприимства, которая, в свою очередь, обогатила их кухню. Восточное гостеприимство — это не просто обычай, это нравственный закон, пришедший из глубины веков. «Гостеприимство — выше мужества» — говорит старинная пословица. Отказать гостю в приёме, не посадить его за стол, не угостить или плохо принять — такое не гостеприимство ложилось тяжким позором не только на семью, но и на весь род. В гостеприимстве нельзя было отказывать даже врагу. Отличительный аспект узбекской культуры — её кухня. Рецепты узбекской кухни основаны на вековых традициях, которые впитали в себя самое лучшее, широко известны во всём мире. Значительное место в быту занимает чайная церемония. Узбекский дастархан (скатерть) всегда ломится от еды. Сперва на стол подают выпечку, сладости (халва и нават), орехи, сухофрукты, овощи, фрукты, а потом закуски и в конце праздничное блюдо — плов. Традиционных видов блюд очень много, среди них супы, лепёшки, самса, лагман, манты, плов, шашлык. В блюдах используют мясо: баранину, говядину или мясо птицы. Узбеки относятся с почтительным уважением к старшим по возрасту. За руку здороваются обычно только с мужчинами. С женщинами здороваются, прикладывая правую руку к сердцу и сопровождая этот жест лёгким наклоном головы. При входе в жилое помещение снимается обувь. Главой семьи является мужчина, религия позволяет иметь до четырёх жён. Родители сами выбирают пару своим детям. За невесту принято платить калым. У узбеков хорошо развиты разные виды народного творчества: вышивка, гончарное ремесло, чеканка медной посуды, резьба по дереву и камню, керамика, гравюры.

Выводы: интерес к культуре и традициям Узбекистана говорит об актуальности данной темы не только для иностранных и русских студентов, обучающихся в вузах России, но и для преподавателей, которые работают в узбекских группах.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

*А.Ш. Аъзамов, студент 6 курса лечебного факультета
Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан
Кафедра внутренних болезней №4
Научный руководитель: ассистент Н.Н. Махматмурадова*

Ключевые слова: неспецифическая интерстициальная пневмония; лучевая диагностика; рентгенологические признаки.

Цель исследования: выявление рентгенологических изменений при неспецифической интерстициальной пневмонии.

Материал и методы исследования: материалом исследования послужили истории болезни 140 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией (НИП), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения. Всем пациентам были проведены общеклинические стандарты исследования по МКБ-10 и сделаны рентгенография грудной клетки и компьютерная томография высокого разрешения (КТВР). Был применен метод ретроспективного анализа всех 140 историй болезни.

Результаты исследования. Установлено, что у 26 больных при рентгенологическом исследовании выявлено усиление корней лёгких с обеих сторон, тяжесть, снижение прозрачности легочных полей локального характера. У 30 больных одновременно с усилением корней выявлено 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.

По-видимому, при данной патологии доминирующим над всеми остальными признаками является симптом «матового стекла. Зоны «сотового легкого» в целом нетипичны для данной патологии. Согласно другим исследования, 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 (клеточного) субтипа характерно преобладание «матового стекла» и отсутствие «сотового легкого». Фиброзный и смешанный субтип предполагают более разнообразную

симптоматику, когда одновременно в разной степени выраженности представлены все четыре главных рентгенологических синдрома, а также (часто, но не всегда) — «сотовое легкое».

Необходимо отметить, что возможными находками у больных НИП бывают фокусы консолидации. Данный симптом может отражать одновременное присутствие организуемой пневмонии.

Установлено, что течение патологии может сопровождаться периодами обострения с усилением клинической симптоматики. 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 могут приводить к обострению НИП. КТ показывает, что 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: таким образом, проведенные рентгенологические исследования с применением КТВР технологий показали, что для пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией при клеточном субтипе характерно преобладание «матового стекла» и отсутствие «сотового легкого», а при фиброзном или смешанном субтипе характерны одновременно (в разной степени выраженности) 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.

ПАНДЕМИЯ COVID-19 И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

М.А. Байсангурова, К.М. Мукагова, К.А. Кудзиева, студенты 3 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО Северо-Осетинская ГМА Минздрава России, г. Владикавказ, Россия

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ц.С. Хутиев

Ключевые слова: covid-19; рак молочной железы; пандемия.

Актуальность: карантин, связанный с пандемией Covid-19, реорганизовал алгоритм онкологической помощи и ухудшил прогноз при раке молочной железы (РМЖ).

Цель исследования: совершенствование онкологической помощи при раке молочной железы в период и после пандемии в Республике Северная Осетия-Алания.

Материалы и методы: использованы данные форм государственной статистической отчетности Республиканского онкологического диспансера (РОД) форма №7, №5 (таблица С-51). «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти»; данные канцер-регистра таблица 4РН «Численность населения по полу и возрасту» по ГОССТАТ. При обработке данных была использована программа Microsoft Official Exsel 2014.

Результаты. В 2019 г. (до пандемии Covid-19) РМЖ выявлен у 374 больных (28,8 % от всех опухолей у женщин). «Грубый» показатель заболеваемости 99,8 и стандартизированный — 61,6 на 100 тыс. женского население. В 2020 году (разгар пандемии) РМЖ установлен у 306 больных (28,5 % от всех опухолей у женщин), что на 18,2 % меньше; «грубый» показатель заболеваемости — 82,1 снизился на 17,7, а стандартизированный — 50,8 превышает российский показатель на 6,7 %. В 2019 г. умерло 122 больных (12,6 % от всех умерших). Индекс достоверности учета — 0,32. «Грубый» показатель смертности — 32,6 и стандартизированный — 16,1 на 100 тыс. женского населения. В 2020 г. количестве умерших 109 на 13 (10,7 %) меньше. ИДУ — 0,36. «Грубый» показатель смертности — 29,3 и стандартизированный — 15 на 100 тыс. женщин. Таким образом, в 2020 г. по сравнению с 2019 г. смертность снизилась на 10,7 % по «грубому» и на 6,8 % по стандартизированному показателям. Активная выявляемость РМЖ в 2020 г. по сравнению с 2019 г. снизилась на 13 %, а летальность на 1-ом году выросла на 50 %. Число пациентов под наблюдением в течение 5 лет и более выросло на 6,4 %. Выявляемость опухоли в I стадии снизилась на 39,1 %, II — з 13,4 %, III — 16,8 % и стадия — 11,1 %. Радикальное лечение снизилось на 24 %, хирургическое — выросло на 3,7 %, комбинированное или комплексное снизилось на 27,4 %. Маммографические исследования снизились на 16,1 %, выявляемость РМЖ — 14,2 %.

В 2019 г. из профилактических маммографических исследований РМЖ выявлен у 7 (0,7 %), подозрение на рак 12 (1,2 %) и доброкачественные опухоли 64(6,6 %). В 2020 г. проведено 411 маммографий, что меньше на 25 %. Анализ данных канцер-регистра показал, что менее 5 лет проживают 74,8 % и более 5 лет 22,2 % больных. В 2020 г. всего в РОД число ковидизированных составило 251 из них 198 (78,9 %) у онкологических больных и 53 (21,1 %) у сотрудников. Из онкологических больных РМЖ у 14 (48,3 %) и рак гениталий 15 (51,7 %).

Выводы: на фоне высокой заболеваемости и смертности от РМЖ снижение указанных в статье показателей в период пандемии связано с прекращением маммографии и недоучетом больных и умерших. Показатели выявляемости РМЖ на ранней стадии и состоящие на учете 5 лет по факту ниже, чем официальные данные РОД. Для совершенствования онкологической помощи необходимо следующее: хорошо организованный скрининг населения группы риска в период пандемии с соблюдением всех карантинных условий.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕЛАКСАЦИИ ВЛАГАЛИЩА КВАДРИПОЛЯРНЫМИ ДИНАМИЧЕСКИМИ РАДИОЧАСТОТАМИ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

*А.Е. Балясная, студентка 5 курса педиатрического факультета;
А.Р. Гаврилова, студентка 5 курса лечебного факультета; И.В. Елисеева
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент И.В. Елисеева*

Ключевые слова: динамическая квадриполярная радиочастота (ДКРЧ); синдром релаксации влагалища; стрессовый тип недержания мочи легкой степени.

Цель исследования: оценить применение динамических квадриполярных частот при синдроме релаксации влагалища у женщин в разных возрастных группах в динамике.

Материалы и методы: исследование проводилось в период с сентября 2022 г. по февраль 2023 г. на базе ООО «Клиника Доктора Фомина». В исследование были включены 40 пациенток с синдромом релаксации влагалища, которым были проведены процедуры радиочастотной реконструкции тканей женской мочеполовой системы с медицинским изделием «Радиочастотное устройство EVA». Цикл лечения всех женщин составил 4 радиоволновых воздействия с интервалом 14 дней. Время воздействия составило 22 мин (12 мин во влагалище и 10 мин на область вульвы) в режиме «синдром релаксации влагалища», температура 40–42°C, частота 1–1,3 МГц, влагалищная и наружная насадки. Пациентки, принявшие участие в исследовании, были разделены на 2 группы: средний возраст первой группы составил 30 ± 1 год (20-40 лет), средний возраст второй группы — 44 ± 1 год (41-50 лет). Перед проведением радиочастотного воздействия проводился сбор анамнеза, жалоб, общий и гинекологический осмотр пациенток. Каждая пациентка заполняла валидированные анкеты и опросники перед сеансом радиоволнового воздействия и после проведения курса из 4-х процедур — SF-36, FSFI, ICIQ-SF.

Результаты

1-я группа — $n = 22$ женщины в возрасте 20-40 лет (55 %)

При анализе результатов было выявлено улучшение сексуальной жизни пациенток после проведения 4-х процедур на 23,3 балла (FSFI Индекс женской сексуальной функции), снижение симптомов стрессового недержания мочи на 39,5 % (ICIQ-SF Международный индекс оценки удержания мочи). У всей группы пациенток отмечено улучшение качества жизни на 14,38 % (SF-36 Анкета оценки качества жизни).

2-я группа — $n = 18$ женщин в возрасте 41-50 лет (45 %).

При анализе результатов было выявлено улучшение сексуальной жизни пациенток после проведения 4-х процедур на 17,9 баллов (FSFI Индекс женской сексуальной функции), снижение симптомов стрессового недержания мочи на 41,6 % (ICIQ-SF Международный индекс оценки удержания мочи). Также у всей группы пациенток отмечено улучшение качества жизни на 8,89 % (SF-36 Анкета оценки качества жизни).

Сравнивая результаты исследования в двух возрастных группах, можно сделать вывод о том, что у женщин в возрасте 20–40 лет отмечается улучшение качества жизни на 5,49 % выше, чем у женщин 41–50 лет. Улучшение сексуальной жизни отмечается на 5,4 балла выше у женщин из первой возрастной группы, снижение симптомов стрессового недержания мочи легкой степени на 2,1 % выше у женщин из второй возрастной группы.

Выводы: проведенное нами исследование позволяет считать применение динамических квадриполярных частот при синдроме релаксации влагалища у женщин любого возраста эффективным методом лечения. Анализируя полученные результаты, можно сделать предварительный вывод о том, что у женщин в возрасте от 20 до 40 лет применение динамических квадриполярных частот более эффективно, чем у женщин в возрасте от 41 до 50 лет. Наблюдалось улучшение качества жизни пациенток, купирование симптомов СНМ легкой степени, снижение сексуального дискомфорта.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТМОРТАЛЬНЫХ ТРЕЩИН В ЗУБАХ

*И.Н. Барадуля, студент 2 курса лечебного факультета;
Р.Н. Барадуля, студент 2 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия.
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии
Кафедра патологической физиологии
Научные руководители: к.с-х.н., доцент С.А. Донсков,
д.м.н., доцент И.А. Дубровин*

Ключевые слова: шлифы зуба; эмаль; дентин; микротрещины.

Цель исследования заключалась в изучении морфологии дентальных трещин в постмортальном периоде для систематизации их по направлению и по причине возникновения.

Материалы и методы: предметом экспериментального исследования явились интактные нижние медиальные и латеральные резцы человека. Зубы были предварительно фиксированы в 10 % забуференном формалине в течение не менее 48 часов. В ходе работы были использованы: шлифовальный круг из нетканого абразивного материала, полировальные диски, лупа, световой микроскоп, камера для микроскопа «Levenhuk M35 Base» (максимальное разрешение 640×480). Шлифование проводилось до обнажения всех внутренних структур зуба (дентин, эмалево-дентинная граница, коронковая часть полости зуба и корневой канал). Зубы сошлифовывали поэтапно и симметрично с обеих боковых поверхностей. Для наиболее точного изучения микротрещин под микроскопом сошлифовывание осуществляли в одной плоскости. Окончательную обработку поверхности производили полировочными дисками с целью создания более гладкой поверхности и появления блеска для более четкой визуализации микротрещин. Проводили микроскопирование и фотографирование препаратов с последующим визуальным анализом.

Результаты. В исследованном материале выявлено образование множественных трещин в тканях зуба. Основным отличием выявленных трещин являлось различное их направление. Наиболее крупной являлась концентрическая трещина, расположенная между эмалью зуба и дентином. Это была одна трещина или несколько, переходящих одна в другую, сохраняющих общее концентрическое направление. Кроме того, в пределах эмали и дентина отмечены короткие трещины радиального направления.

В результате проведенного изучения микротрещин определено, что дентин и цемент в большей степени способны уменьшаться в объеме, по сравнению с эмалью. При этом создаются условия для отслоения эмали от дентина, в результате чего образуется микротрещина, направленная вдоль границы этих тканей. Кроме того, высыхание каждого слоя приводит к образованию микротрещин, имеющих радиальную

направленность. Все вышеперечисленные трещины появляются согласно физическим законам усыхания твердых тел, например, почвы в период засухи. Трещины, которые отличаются по направлению от вышеперечисленных, по нашему мнению, следует считать «патологическими», появившимися прижизненно. Их возникновение может быть связано с индивидуальными особенностями функционирования зубов, прижизненными механическими, термическими, химическими факторами и вредными привычками. К последним относятся травматические повреждения, злоупотребление зубочистками, бруксизм (скрежет зубами, чаще во время сна, вызванный спазмом жевательных мышц), аномалии прикуса, курение, злоупотребление алкоголем, нерациональная гигиена полости рта.

Выводы: в ходе эксперимента было установлено, что образование микротрещин может быть связано как с утратой влаги после удаления зуба, так и с наличием прижизненных патологических процессов. Данное исследование позволит создать алгоритм отличия естественных микротрещин, возникших в результате усыхания ткани, от «патологических» микротрещин, связанных с негативным воздействием прижизненных экзогенных факторов, таких как функциональная перегрузка, характер пищи, прижизненные травмы, метаболическая активность микробиоты, колебания кислотности в полости рта, вредные привычки (курение, слишком горячая еда и питье, др.), либо постмортальные изменения.

АНАЛИЗ СТЕПЕНИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОЛУЧЕННЫМИ ЗНАНИЯМИ И НАВЫКАМИ ТРУДОУСТРОЕННЫХ СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

*Д.С. Баранова, Д.А. Седова, В.А. Смирнова,
студенты 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: старший преподаватель О.А. Судакова*

Ключевые слова: анкетирование; выпускники; аптеки; удовлетворенность знаниями и навыками.

Цель исследования: анализ степени удовлетворенности полученными знаниями и навыками студентов фармацевтического факультета Тверского ГМУ, трудоустроенных в аптечные организации.

Материалы и методы: на основе самостоятельно разработанной анкеты проведен опрос 45 студентов фармацевтического факультета Тверского ГМУ

Результаты. Известно, что с 1 января 2023 г. вступил в силу приказ Минздрава от 01.11.2022 №715н, в соответствии с которым на должности среднего фармацевтического персонала после прохождения специального экзамена в аптечные организации разрешено принимать студентов не только пятого, но и четвертого курсов специалитета фармацевтического факультета. В связи с этим, было принято решение провести анкетирование работающих выпускников Тверского ГМУ с целью выявить потенциальные трудности, которые они испытывали при устройстве на работу и в процессе трудовой деятельности, а также оценить их удовлетворенность полученными знаниями и навыками.

В результате анализа анкет было установлено, что среди выпускников было 38 девушек и 7 юношей в возрасте от 21 до 30 лет, из которых на момент анкетирования в аптечных организациях г. Твери работали 71 % человек.

Мотивирующим фактором для трудоустройства 43 % студентов были финансовые трудности, для 40 % — получение нового опыта, 17 % — получение трудового стажа. При устройстве на работу 69 % студентов столкнулись с некоторыми трудностями. Большая часть (50 %) респондентов испытывали затруднения при общении с пациентами, 20 % — при фармацевтическом консультировании и информировании, 14 % — при работе с кассовым аппаратом, 7 % — при заполнении учетных журналов и других документов, 7 % отмечали сильное волнение. При этом 97 % выпускников считают комфортными сложившиеся отношения с трудовым коллективом.

На вопрос «Знания каких дисциплин больше всего пригодились на рабочем месте?» были получены следующие ответы: фармакология (33 %), управление и экономика фармации (25 %), фармакогнозия (17 %), фармацевтическая химия

(11 %), фармацевтическая технология (6 %), патологическая физиология (2 %), анатомия (2 %), психология (2 %), фитотерапия (1 %) и экономика (1 %).

Респонденты отметили значимость для них изучения нормативно-правовых документов (19 %), освоения навыков проведения экспертизы рецептов (13 %), консультирования (18 %), изготовления лекарственных форм (6 %), а также умения держать эмоции под контролем и снимать стресс (13 %). 25 % выпускников отметили, что большое значение для наработки практических навыков послужили учебные практики. Благодаря опыту работы в аптеке, 62 % студентов стало проще усваивать информацию в университете.

В результате анализа анкет также было установлено, что на момент анкетирования с профессией провизора ассоциируют себя 58 % выпускников, из них 36 % желают продолжать работать в аптеке и 22 % будут поступать в ординатуру по одной из фармацевтических специальностей. Не планируют работать по специальности 9 % выпускников, а оставшаяся часть студентов (33 %) затруднились ответить, как поступят после окончания вуза.

Выводы: анкетирование показало, что большая часть выпускников (71 %) имеет трудовой опыт в аптеке, в целом удовлетворены полученными знаниями и навыками и планируют работать по специальности после окончания вуза (58 %).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИАРЕИ НА ФОНЕ ЭПИДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*М. В. Баукин, М. В. Медведева, студенты 5 курса лечебного факультета;
М. С. Смирнова, 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: псевдомембранозный колит; антибиотико-ассоциированная диарея; антибиотикотерапия

Цель исследования: анализ сложного клинического случая антибиотико-ассоциированной диареи.

Материалы и методы: изучение клинических и анамнестических данных пациента с наблюдением в динамике за процессом обследования и лечения.

Результаты: женщина 42 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на частый жидкий стул 3–4 раза в день, выраженный метеоризм, отрыжку воздухом, небольшую тошноту, слабость и недомогание. Эпизоды послабления стула и связанных с этим абдоминальных болей в течение последних 2 лет, обследовалась и лечилась по поводу синдрома раздраженного кишечника. Указанные жалобы в течение 10 дней, лечилась домашними средствами (активированный уголь, мезим) без эффекта. В семье все здоровы, эпиданамнез не отягощен.

При активном расспросе удалось выяснить, что месяц назад пациентка обратилась к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры тела до 37,8 °С, сухой кашель, недомогание. ПЦР-тест на новую коронавирусную инфекцию положительный. В связи с легким течением инфекции больной был рекомендован домашний режим и противовирусные препараты. Однако, опасаясь тяжелого течения заболевания пациентка по своей инициативе начала прием азитромицина, по 500 мг в сутки, на протяжении 5 дней. Через 10 дней от начала заболевания самочувствие удовлетворительное, сохранялась небольшая слабость, ПЦР-тест на COVID-19 отрицательный.

При объективном осмотре: рост 164 см, вес 69 кг, ИМТ 25,65. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Язык влажный, обложен светлым налетом. Живот подвздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и вокруг пупка. Печень по краю реберной дуги, 9-8-7 см. Селезенка не увеличена.

Предварительный диагноз: синдром раздраженного кишечника с диареей, антибиотико-ассоциированная диарея?

Больной рекомендовано дообследование: кал на токсины *Clostridium difficile* А и В. Назначено лечение: диета, тримебутин, метронидазол, *Sacharomycetis boulardii* в стандартных дозировках.

Был получен положительный результат на токсин В Clostridium difficile. Диагноз изменен на псевдомембранозный колит, к лечению добавлен ванкомицин в стандартной дозировке. Через 2 недели состояние больной удовлетворительное, болей в животе нет, стул 1–2 раза в сутки, оформленный и полуоформленный, сохраняется умеренный метеоризм.

Через 3 недели от начала лечения больная обратилась с жалобами на усиление болей в животе, частые и болезненные на позывы к дефекации, до 15 раз в сутки, стул 2–4 раза в сутки, полуоформленный с резким запахом и каплями алой крови на фоне обострения хронического геморроя. Температура тела 37,2 °С.

Больной повторно назначен ванкомицин по 125 мг 4 раза в день после еды, с последующим снижением дозировки и общей продолжительностью лечения до 8 недель. На 5-й день приёма ванкомицина исчезли тенезмы, уменьшился метеоризм. На 12 сутки приёма ванкомицина болей и тенезмов нет, стул 1–2 раза в день. Аппетит нормализовался, больная прибавила в весе до своих прежних показателей. При наблюдении в течение 6 мес. признаков рецидивирования клостридиальной инфекции нет.

Выводы: представленный клинический случай отражает сложности в диагностике и лечении псевдомембранозного колита. Особенностью течения заболевания было его возникновение у больной с фоновым заболеванием, синдромом раздраженного кишечника, при этом сама пациентка не связывала ухудшение состояния с приемом антибиотиков, поскольку диарея началась через 15 дней после их отмены, а терапевт не был информирован о самовольном приеме пациенткой антибиотиков. Ранний рецидив и более тяжелое течение инфекции, которые отмечаются примерно у четверти больных с псевдомембранозным колитом, были купированы повторным назначением ванкомицина.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ И КОНТРАЦЕПТИВНАЯ КУЛЬТУРА

*С.О. Башлыкова, студентка 2 курса лечебного факультета; С.И. Данилов
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: репродуктивное здоровье; контрацепция; контрацептивная культура; современные средства контрацепции.

В условиях реальной угрозы депопуляции страны репродуктивное здоровье молодежи становится фактором национальной безопасности. В работе представлены результаты исследования контрацептивной культуры студентов медуниверситета, которая рассматривается как важный фактор репродуктивного здоровья студенческой молодежи.

Целью работы является эмпирическое исследование реального состояния контрацептивной культуры студентов медицинского университета как составляющей их репродуктивного здоровья и фактора планирования семьи.

Материалы и методы: в целях исследования была разработана авторская анкета, учитывающая опыт проведения аналогичных опросов, проводившихся в Тверском ГМУ в прошлые годы. В опросе приняли участие 298 студентов Тверского ГМУ 1–6 курсов.

Результаты и обсуждение. Знание методов контрацепции у студентов-медиков достигает 96,6 %. 89,9 % не видят в современной контрацепции опасности здоровью. Считают аборт убийством 6,6 % опрошенных. 84,3 % относятся с опасением к аборту как средству против нежелательной беременности: однозначно опасным для здоровья считают аборт 43,4 % студентов, опасным при определенных обстоятельствах — 40,9 %, однозначно безопасным — 12,6 %. При неожиданной беременности высказались категорично: за отказ рожать — 14 %, за рождение — 29,7 %; решение 54 % опрошенных будет ситуационным.

Вместе с тем практическая составляющая контрацептивной культуры студентов не совпадает с когнитивной. Это выражается в том, что практические предпочтения средств контрацепции смещены в сторону «традиционных» и «мужских» способов контрацепции — презервативов, прерванного полового акта, воздержания. Меньше всего используются средства контрацепции, связанные с хирургическим вмешательством (перевязка маточных труб, вазэктомия, стерилизация), а также гормональными имплантами, вагинальными кольцами, спермицидами и пластырями. Не стало нормой посещение специалистов: 20,2 % студенток не посещают гинеколога, 81,1 % студентов-юношей — андролога, остальные делают это нерегулярно.

У студентов достаточно широко распространены внебрачные половые отношения и свободное отношение к сексу: 70,4 % опрошенных студентов живут половой жизнью, при этом в браке состоят только 7,8 %. Лишь 29,3 % категорически отрицательно относятся к множественности половых связей. И если для 70,3 % студентов секс с необходимостью предполагает любовь, то для 29,7 % он возможен и без нее: 14,5 % допускают «дружеский секс», 7,8 % — регулярный секс «для здоровья», 7,4 % — по сиюминутному влечению в соответствующей обстановке.

О репродуктивных планах студентов говорят следующие результаты опроса: 56,9 % студентов однозначно хотели бы иметь детей, скорее «да» — 25,3 % (потенциальное родительство составляет 82,2 %). Вместе с тем однозначно не хотят иметь детей 7,1 % студентов, скорее нет — 10,7 % (в сумме 17,8 % студентов). Таким образом, практически 1 из 5 студентов живет с установкой на бездетность. Респонденты назвали обстоятельства, определяющие принятии решения о рождении ребенка, которые распределились в следующем порядке: 1) материальный достаток — 92,5 %; 2) жилищные условия — 84 %; 3) состояние здоровья — 80,6 %; 4) психологическая атмосфера в семье — 72,1 %; 5) любовь между мужчиной и женщиной — 71,4 %; 6) женитьба/замужество — 52 %; 7) интересы карьеры — 36,4 %; 8) экономическая стабильность — 35,4 %.

Выводы и заключение. Контрацептивная культура является важным фактором репродуктивного здоровья студенческой молодежи. Опрос свидетельствует, что студентам медицинского университета присущ достаточно высокий уровень сформированности когнитивной составляющей контрацептивной культуры: знаний современных методов контрацепции, преодоления «абортного менталитета», отношения к контрацепции как средству планирования семьи и снижения числа нежелательных беременностей и абортов.

Вместе с тем практическая составляющая контрацептивной культуры студентов не совпадает с когнитивной. Это выражается в том, что практические предпочтения средств контрацепции смещены в сторону презервативов, прерванного полового акта, воздержания. На практике девушки опасаются приема гормональных контрацептивов (КОК), ссылаясь на их вред для здоровья. Посещение специалистов (гинекологов, андрологов) не стало для студентов нормой. При этом отмечается высокая степень принятия добрачной сексуальности и сожителства.

Однако репродуктивное здоровье не сводится лишь к физической «плодовитости»: существует духовно-нравственный уровень репродуктивного здоровья, выражающийся в том, что люди разделяют ценности любви, семьи, детей и обладают установками на рождение детей. Но исследование показало, что велика доля студентов с установкой на бездетность и малодетность. Вопрос о деторождении увязывается, в первую очередь, с социально-экономическими, а не нравственно-психологическими факторами: такие «условия» деторождения, как любовь и брак, рассматриваются после достижения определенного уровня материальной обеспе-

ченности. При этом студентам свойственно либеральное отношение к моральным нормам, определяющим сексуальную жизнь человека, допускающее существенное расхождение сексуальной и семейно-репродуктивной сфер жизни. По нашему мнению, с состоянием репродуктивной ментальности связан значительный репродуктивно-демографический ресурс страны, но пока она «работает на понижение» при реализации потенциальной рождаемости.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ

Т.Ю. Белякова, Р.Р. Гасанова, В.В. Шевцова, студенты 6 курса педиатрического факультета

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

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель: д.м.н., профессор В.Н. Карташев

Ключевые слова: *пузырно-мочеточниковый рефлюкс; дети; мочевыводящая система.*

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) — это ретроградный заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточник и чашечно-лоханочную систему, обусловленный аномалией развития интрамурального отдела мочеточника (при первичном рефлюксе) или повышением внутрипузырного давления вследствие инфравезикальной обструкции или при нейрогенном мочевом пузыре (вторичный рефлюкс). Общая распространенность ПМР у детей оценивается примерно в 1 %. При ПМР часто наблюдаются осложнения и сопутствующие патологии мочевыводящей системы (МВС). К осложнениям относятся: пиелонефрит, дисфункция мочевого пузыря. К сопутствующим патологиям относятся: аномалии и пороки развития МВС (удвоенная почка, гидронефроз, подковообразная почка, киста почки) и цистит. Основной целью лечения ПМР является предотвращение нарушения функции почки путем восстановления функции уретерovesикального сегмента и ликвидации воспалительного процесса. При лечении ПМР используют консервативную терапию, эндоскопическую коррекцию такими препаратами, как коллаген, вурдекс, дам+, а также оперативные методы. Последние десятилетия в большинстве случаев коррекцию ПМР проводят трансуретральной эндоскопической пластикой устья мочеточника.

Цель исследования: выявить влияние сопутствующей патологии мочевой системы на выбор лечебной тактики у детей различного возраста с ПМР.

Материалы и методы: за период с 2017 по 2022 годы проведено исследование историй болезни 90 детей с ПМР I–IV степени (124 мочеточника), находившихся на лечении в урологическом отделении детской областной клинической больницы г. Твери, в возрасте от 0 до 17 лет, девочек — 57 (63 %) и мальчиков — 33 (37 %). В возрастной группе от 0 до 3 лет — 45 детей, от 4 до 7 лет — 30, от 8 до 11 лет — 8, от 12 до 17 лет — 7. Больным проводились следующие обследования: лабораторные исследования (n = 90), ультразвуковая диагностика (n = 90), экскреторная урография (n = 90), микционная цистография (n = 90), нефросцинтиграфия (n = 24). Диагностированы такие заболевания, как пиелонефрит — 54 (60 %), дисфункция мочевого пузыря (пузырно-зависимая форма) — 16 (17,7 %),

цистит — 6 (6,7 %), пороки и аномалии МВС (удвоенная почка, гидронефроз, киста почки, подковообразная почка) — 14 (15,6 %). При выборе лечебной тактики учитывались степень ПМР, а также возраст детей. При ПМР с обострением пиелонефрита первоначально купировался пиелонефрит, после чего проводилась коррекция рефлюкса. При рефлюксе и цистите первоначально проводилось лечение инфекции нижних мочевыводящих путей, затем, если рефлюкс сохранялся, проводилась его коррекция с помощью эндоскопической инъекции уроипланта. При дисфункции мочевого пузыря и ПМР сначала проводилось лечение дисфункции, затем при сохранении рефлюкса его коррекция. Симптомы нарушения функции мочевого пузыря подразумевают наличие расстройств накопления и/или опорожнения мочевого пузыря, наряду с этим могут быть сходные симптомы дисфункции толстой кишки. Но при нейрогенном мочевом пузыре, обусловленном нарушением иннервации тазовых органов, проводилась катетеризация и консервативное лечение по показаниям.

Результаты. Консервативное лечение было проведено у 18 пациентов (20 %), эндоскопическая коррекция — у 72 (80 %): коллагеном — у 45 больных (62,5 %), Вурдекс — 14 (19,5 %), Дам+ — 13 (18 %). Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса в значительном большинстве проводилась в возрастной группе от 0 до 3 лет — 38 детей, от 4 до 7 лет — 29 детей, при этом в возрастной группе от 8 до 11 лет — 3 ребенка, от 12 до 17 лет — 2 ребенка. Однократное введение препарата было проведено у 60 детей (83,3 %), двукратное введение потребовалось 10 пациентам (13,9 %), трехкратное — 2 (2,8 %).

Выводы: при наличии у ребенка с ПМР сопутствующей патологии лечение предполагает первоначально коррекцию патологии и затем купирование ПМР при его сохранении. Наличие у ребенка с ПМР цистита, дисфункции мочевого пузыря требует консервативного лечения сопутствующей патологии, которое может привести к ликвидации рефлюкса. ПМР у детей с нарушением функции тазовых органов предполагает совместное лечение с неврологом и нейрохирургом.

СВОЙСТВА МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

М.А. Бибикова, Л.Д. Жучкова, Е.А. Ковзович, студенты 3 курса педиатрического факультета; С.Р. Гусейнова, студентка 3 курса лечебного факультета

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

Кафедра патологической физиологии

Научные руководители: к.п.н., доцент А.В. Аксёнова, ассистент М.В.

Черноруцкий

Ключевые слова: хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ); деформация; осмотическая резистентность эритроцитов (ОРЭ).

Цель исследования: оценить свойства мембран эритроцитов — способность к деформации и осмотическую резистентность в условиях моделирования прерывистой алкогольной интоксикации.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе экспериментальной лаборатории кафедры патологической физиологии и вивария ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Эксперименты выполнены на крысах-самцах линии Wistar с массой тела 180–240г, возраст 3 месяца. Животные были разделены на группы в зависимости от длительности ХАИ: I и II ($n = 8$) — получали 25 % раствор этанола в дозе 3,5 г/кг 2 раза в сутки в режиме прерывистой алкогольной интоксикации с 4-дневным периодом введения этанола — 3 суток введение эквивалентных количеств воды, повтор циклов 4 и 8 раз (ПАИ^{25%-4}, ПАИ^{25%-8}); контрольная группа ($n = 8$) — получали стандартный водно-пищевой рацион. Для определения ОРЭ использовали метод оценки устойчивости эритроцитов в растворах хлорида натрия с различной концентрацией (от 1 % до 0,1 %) с гепаринизированной кровью животных. Способность эритроцитов к деформации определяли методом фильтрации. Для статистического анализа полученных данных использовали непараметрические методы в программе «Statistica 6.1».

Результаты. Полученные данные показали значимое снижение осмотической резистентности эритроцитов в экспериментальных группах по сравнению с контрольной ($p < 0,05$) независимо от временных параметров ХАИ. В контрольной группе начальные проявления гемолиза отмечались в 0,55 % растворе NaCl. В группах ПАИ^{25%-4} и ПАИ^{25%-8} первые признаки разрушения эритроцитов появляются уже в 0,65 % и 0,6 % растворах NaCl соответственно, а в 0,55 % растворе NaCl относительная доля разрушенных эритроцитов составила: $Me = 51,0 \%$ ($Q_1 = 50,0 \%$; $Q_2 = 52,5 \%$); $Me = 41,0 \%$ ($Q_1 = 40,0 \%$; $Q_2 = 42,5 \%$), что значимо выше ($p < 0,001$) показателей контрольной группы: $Me = 20,5 \%$ ($Q_1 = 19,5 \%$; $Q_2 = 22,5 \%$). Таким образом, степень гемолиза эритроцитов в условиях ПАИ^{25%-4}, ПАИ^{25%-8}

выше, чем в контрольной группе, что свидетельствует о снижении качественного состава эритроцитов.

Индекс деформации эритроцитов (ИДЭ) значимо выше ($p < 0,05$) в экспериментальных группах $Me = 1,55(Q_1 = 1,54; Q_2 = 1,6)$ по сравнению с контрольной $Me = 1,17(Q_1 = 1,13; Q_2 = 1,19)$, что указывает на выраженную ригидность мембран эритроцитов.

Выводы: нагрузка этанолом в режиме прерывистого употребления (экспериментальная модель наиболее распространенной формы употребления алкоголя в обществе) вызывает снижение ОРЭ, повышение ригидности мембран эритроцитов и ведёт к потере механической прочности, что способствуют их усиленному разрушению и развитию гемолитических синдромов.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЛЕКСИКИ В УСТНОЙ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧЕЙ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

*Ю.В. Бигина, студентка 6 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра иностранных и латинского языков
Научный руководитель: к.ф.н., доцент Н.Г. Гавриленко*

Ключевые слова: медицинский английский язык; медицинская лексика; термин; профессионализм; медицинский сленг; устная коммуникация.

Целью исследования является изучение особенностей использования разных видов специальной лексики в устной медицинской коммуникации на английском языке.

Материалы и методы: материалом для исследования являются 167 единиц (слов и словосочетаний), обозначающих понятия медицинской сферы, которые были получены путем сплошной выборки при просмотре англоязычного медицинского телесериала Gray's Anatomy (сезон 1). В корпусе примеров выделены термины, профессионализмы и медицинский сленг (МС), использование которых проанализировано в ситуациях «врач — врач», «врач — пациент».

Результаты. Медицинская лексика (МЦ) включает специальные и неспециальные названия, которые функционируют в научной, научно-популярной, учебной и иных сферах языка. МЦ является неоднородной по своему составу. Нерешенными остаются вопросы категоризации МЦ, вычленения различных ее типов. Дискуссию вызывает проблема дифференциации лексических единиц, используемых в нестандартной разговорной речи медицинских работников.

Для целей данного исследования мы вычленяем, с одной стороны, медицинские термины (МТ), т. е. языковые единицы, которые являются официальными наименованиями понятий медицинской сферы и имеют дефиницию. Среди них традиционные МТ, сконструированные из латинско-греческих терминоэлементов (hematochezia, afebrile, hemipelvectomy), и более новые термины, среди которых много ассоциативной медицинской терминологии, которая носит метафорический характер, что усиливает «картинку» при ее восприятии (harvest surgery — хирургическая операция, в процессе которой происходит забор донорских органов; brush biopsy — браш-биопсия, манипуляция, которую проводят с помощью специальной щетки-скарификатора). С другой стороны, мы выделяем широкий пласт нестандартной МЛ, а именно профессионализмы и МС. Профессионализмы — это слова и обороты, свойственные людям медицинской профессии и являющиеся полуофициальными названиями понятий данной профессии (spinal tap — люмбальная пункция; the code team — реанимационная бригада).

МТ могут быть достаточно длинными и сложными, поэтому в устной речи для более оперативного общения с коллегами они часто заменяются разного рода сокращениями и аббревиатурами для обозначения:

- 1) действий персонала: admin (administer) a drug, ID (identify) the appendix, prep (prepare) the patient;
- 2) заболеваний и клинических состояний: post-op (post-operative), v-fib (ventricular fibrillation), she's DNR (do not resuscitate);
- 3) исследований и препаратов: labs (laboratory tests), meds (medicines).

В ряде случаев можно отметить стяжение многословного термина до одного ключевого слова: a Whipple (вместо Whipple procedure); declare (вместо confirm and declare death of the patient). Наиболее часто подобная лексика используется в экстренных ситуациях (you get a 911; call respiratory for a ventilator).

Использование полупрофессиональных названий характерно для общения медицинского персонала с пациентами, когда возникает необходимость разъяснить понятие (bypass machine which pumps blood for your heart вместо cardiopulmonary bypass machine) или смягчить непростую ситуацию, сделав общение более доброжелательным (ticker вместо heart).

В отличие от профессионализмов, которые способствуют более быстрой и удобной коммуникации в рабочей обстановке и применяются, в том числе, и для общения с пациентами, МС ограничен ситуациями «для своих», может ставить целью утаить информацию от непрофессионалов, выразить эмоцию (не всегда этически корректную). МС используется в разных ситуациях:

- 1) для характеристики коллег и пациентов: a John Doe — пациент, имя которого неизвестно; 007 (oh-oh-seven) — врач, у которого умер первый пациент (по аналогии с агентом 007, имеющим лицензию на убийство); leftovers — пациенты, оставшиеся с прошлой смены (от leftovers — остатки);
- 2) для характеристики состояния пациента и процессов в организме пациента: code brown — пациент в фекальных массах (по аналогии с white (red, blue...) 9

МС обладает достаточно высокой степенью метафоризации и, вследствие этого, ярко выраженной экспрессивностью (there's a tag on his toe вместо dead).

Выводы: мы определили различные типы МЛ, используемой в устной речи медицинских работников. Выбор тех или иных лексических единиц зависит от ситуации общения (официальная / неофициальная), а также от состава участников конкретной ситуации. В отличие от медицинской терминологии, профессионализмы и МЛ менее стабильны, подвержены изменениям и не имеют четких профессиональных и социальных границ использования.

СТРУКТУРА ПИТАНИЯ: ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, СЕМЕЙНЫЕ ТРАДИЦИИ, ЗДОРОВЬЕ

*Ю.В. Бигина, С.И. Выжимова, студенты 6 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра поликлинической терапии

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

Ключевые слова: питание; пол; возраст; семейные традиции; здоровье.

Цель работы: изучить структуру питания с учетом гендерно-возрастных особенностей, семейных традиций и оценить их роль в здоровье человека.

Материалы и методы: с помощью мессенджера «WhatsApp» и сервиса «Google Формы» проведен онлайн-опрос 547 человек (мужчин — 30,5 %, женщин — 69,5 %; младше 20 лет — 51,2 %, 21–29 лет — 40,4 %, 30 лет и старше — 8,4 %). Оценивались: пол, возраст, частота употребления «полезных» (овощи, растительное масло, фрукты, крупы, мясо, кисломолочные продукты, хлеб, макаронные изделия, творог, ягоды, кефир, семечки/орехи и рыба) и «вредных» (сахар, кондитерские изделия, батон, шоколад, сыры, сливочное масло, колбасные изделия, сладкая газированная вода, соленья, чипсы, копчения, консервы и мороженое) продуктов питания, семейные традиции питания, индекс массы тела, уровни артериального давления (АД), уровни холестерина и наличие ишемической болезни сердца (ИБС).

Результаты. Из «полезных» продуктов питания ежедневно чаще всего употреблялись овощи, растительное масло, фрукты, крупы и мясо (56,4 % — 41,7 %), реже — кисломолочные продукты и хлеб (36,5 % и 33,9 %), еще реже — макаронные изделия, творог, ягоды, кефир, семечки/орехи и рыба (16,6 % — 7,5 %). Опрошенные в возрасте 30 лет и старше по сравнению с лицами до 20 лет и 20–29 лет ежедневно чаще употребляли хлеб (58,7 %; 32,5 % и 30,9 %; $p = 0,001$), овощи (73,9 %; 46,1 % и 33,3 %; $p = 0,007$), фрукты (60,9 %; 46,1 % и 33,3 %; $p = 0,000$), творог (28,3 %; 14,3 % и 13,6 %; $p = 0,035$), рыбу (10,9 %; 9,6 % и 3,6 %; $p = 0,049$), семечки/орехи (21,7 %; 10,4 % и 6,4 %; $p = 0,039$) и растительное масло (82,6 %; 43,2 % и 50,5 %; $p = 0,000$); лица моложе 20 лет — макаронные изделия (22,5 %; 10,5 % и 10,9 %; $p = 0,035$). Из «вредных» продуктов питания ежедневно чаще всего употреблялся сахар (49,1 %), гораздо реже — кондитерские изделия, батон, шоколад, сыры и сливочное масло (29,0 %, 27,4 %, 23,2 %, 24,8 % и 20,3 %), еще реже — колбасные изделия и сладкая газированная вода (13,0 % и 10,2 %) и меньше всего — соленья, чипсы, копчения, консервы и мороженое (4,9 %, 3,3 %, 2,6 %, 2,4 % и 2,4 %). Опрошенные в возрасте до 20 лет по сравнению с лицами 20–29 лет и 30 лет и старше ежедневно чаще употребляли батон (32,9 %; 21,4 % и 23,9 %; $p = 0,041$), мучную выпечку (30,4 %; 27,1 % и 16,8 %; $p = 0,025$) и сахар (54,6 %;

41,8 % и 52,2 %; $p = 0,002$), а в возрасте 30 лет и старше — сливочное масло (30,4 %; 22,9 % и 15,0 %; $p = 0,011$). Батон чаще употребляли мужчины, чем женщины (33,3 % и 24,7 %; $p = 0,035$), но это касалось возраста 20 лет и младше (40,7 % и 28,9 %; $p = 0,002$). Кисломолочные продукты, кроме кефира и творога, чаще употребляли женщины по сравнению с мужчинами (39,1 % и 29,6 %; $p = 0,038$), но это относилось к возрасту 20–29 лет (40,8 % и 25,8 %; $p = 0,028$). Мясо и колбасные изделия чаще употребляли мужчины, чем женщины (56,2 % и 42,8 %; $p = 0,005$; 20,4 % и 9,5 %; $p = 0,029$). По мясу это касалось возраста 20 — 29 лет (66,2 % и 39,5 %; $p = 0,005$), а по колбасным изделиям — меньше 20 лет (20,9 % и 9,6 %; $p = 0,049$) и 20 — 29 лет (19,4 % и 7,6 %; $p = 0,048$). Если в семьях колбасные изделия употреблялись часто, то по сравнению с их редким употреблением у студентов реже отмечались оптимальные уровни АД (36,4 % и 90,0 %; $p = 0,000$), у родителей чаще выявлялись избыточная масса тела/ожирение (56,3 % и 7,7 %; $p = 0,006$), реже отмечались оптимальные уровни АД (4,5 % и 27,3 %; $p = 0,045$), чаще была гиперхолестеринемия (29,2 % и 5,0 %; $p = 0,041$) и чаще выявлялась ИБС (20,8 % и 1,0 %; $p = 0,021$).

Выводы: в питании опрошенных выявлен существенный продуктовый дисбаланс: в лишь половине случаев «полезные» продукты питания (овощи, растительное масло, фрукты, крупы и мясо) употребляются ежедневно, остальные — реже; из «вредных» — половина опрошенных ежедневно употребляет сахар, в трети-пяти случаев — кондитерские изделия, батон, шоколад, сыры и сливочное масло, остальные продукты питания — реже. Продуктовые пристрастия определяются возрастом и полом: батоны чаще употребляют мужчины в возрасте 20 лет и младше; кисломолочные продукты — женщины в возрасте 20 — 29 лет; мясо — мужчины в возрасте 20 — 29 лет; колбасные изделия — мужчины в возрасте младше 20 лет и 20 — 29 лет. При частом употреблении в семьях колбасных изделий у студентов реже отмечаются оптимальные уровни АД, у родителей реже регистрируются оптимальные уровни АД и чаще выявляются избыточная масса тела/ожирение, гиперхолестеринемия и ИБС. Для улучшения структуры питания можно воспользоваться рассылкой презентаций о здоровом питании с помощью мессенджера «WhatsApp» на сотовый телефон пациента.

КОММУНИКАТИВНАЯ НАГРУЗКА ВОПРОСИТЕЛЬНЫХ ПРЕДЛОЖЕНИЙ В БЕСЕДЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

*В.О. Богданова, М.А. Кононова, студентки 2 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра иностранных и латинского языков

Научный руководитель: д.ф.н., доцент А.Ю. Соколова

Ключевые слова: коммуникация «врач-пациент»; типы вопросительных предложений; коммуникативная нагрузка.

Общение врача и пациента является важным компонентом процесса лечения. Основная задача врача состоит в сборе всей необходимой информации о проблеме пациента, в выяснении всех обстоятельств сложившейся ситуации и в предложении вариантов действий. Для решения этой задачи необходимо использовать определенные речевые средства, которые должны помочь врачу получить всю информацию и добиться желаемого от пациента. Одним из таких средств, которые и определяют эффективность взаимодействия, являются вопросы.

Цель исследования: провести анализ вопросительных предложений, используемых в диалогах «врач-пациент», определить их коммуникативную нагрузку и выявить наиболее частотные конструкции.

Материалом исследования послужили скрипты бесед врачей и пациентов, представленные в открытых источниках.

Методы исследования: в процессе исследования была проведена сплошная выборка вопросительных предложений, используемых врачом при беседе с пациентом. Вопросы были разделены на типы согласно их грамматической структуре, определена коммуникативная нагрузка каждого типа. Выделены наиболее и наименее частотные типы вопросов, выявлены возможные основания подобной закономерности.

Результаты. Исследование показало, что наиболее часто врач использует общий тип вопросов. Во врачебной лексике такие вопросы составляют около 39 % от основного числа представленных типов вопросов, например: Have you ever been in hospital? Are you still having your periods regularly? Кроме того, при коммуникации врача и пациента эти формы вопросов используются как просьба. Следовательно, врачи не ожидают ответов на эти вопросы, они ожидают действий. Количество подобных случаев составляет около 19 %: Would you like to get onto the couch and lie on your face?

Коммуникативная нагрузка общих вопросов заключается в наличии возможного предположения у врача. Врач неявно утверждает, что знает, что одно из двух альтернативных утверждений, несовместимых друг с другом, будет иметь место. Общие вопросы в целом не способствуют тому, чтобы пациент начал более подробный рассказ о том, что его волнует. Такие вопросы называются закрытыми.

Еще более не располагающими к продолжению беседы являются альтернативные вопросы (вопросы с ограниченным выбором). Этот тип вопросов используется очень редко. Их количество составляет 2 %. Такого рода вопросы требуют, чтобы собеседник ответил одним из ограниченного ряда вариантов: Is the temperature there all the time or does it come on at any particular time? Эти вопросы подразумевают, что у врача уже имеются достаточно точные представления о проблеме пациента, и он только уточняет отдельные моменты. Как показало исследование, такие вопросы используются только для оценки психологического (когнитивного) статуса пациента. С помощью общих вопросов врач пытается убедиться в правильности своих, уже имеющихся суждений/предположений или, в случае проведения каких-либо манипуляций, выполнения действий. Данный тип вопроса не предполагает развернутого ответа.

При отсутствии предположений для получения более подробной информации, что необходимо, например, для постановки диагноза, врач использует специальный тип вопросов, который составляет 36 % от общего числа вопросов. Коммуникативная нагрузка таких вопросов заключается в определении и конкретизации сведений врачом, которые ему необходимо знать о проблеме пациента: суть явления, причина, место, время. Специальные вопросы не подразумевают наличие неких предположений у врача о состоянии пациенте, имеется лишь базовая информация. При использовании данного типа вопроса врач подразумевает получения полной информации от пациента, при этом у пациента нет ограничений в выборе вариантов ответов.

В ситуациях уверенности врача в своих предположениях, желании убедить пациента или получить его согласие используются разделительные вопросы: You're sticking that hip out a little bit, aren't you? Как показала статистика в беседе врача и пациента такие вопросы используются редко — всего 4 %.

Выводы: выбор типа вопроса, как показало исследование, обусловлен конкретной ситуацией общения и целевыми установками.

Прежде всего, речь идет о наличии или отсутствии предположений (общий вопрос / специальный), уверенности или неуверенности врача в своих предположениях (общий, специальный вопрос / альтернативный), необходимости получить четкий однозначный ответ пациента или развернутый, не ограниченный по объему информации (общий, альтернативный вопрос / специальный вопрос), выражение просьбы.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КАТАЛЕПТИЧЕСКОГО ТРУПНОГО ОКОЧЕНЕНИЯ РЫБ

В.С. Богочанов, Д.А. Кириллова, Е.И. Нилова, студенты 3 курса лечебного факультета

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

Кафедра патологической физиологии

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

Ключевые слова: *каталептическое трупное окоченение; гистологические признаки.*

Цель исследования: изучить гистологические проявления каталептического трупного окоченения.

Материалы и методы: для экспериментального воспроизведения каталептического трупного окоченения взяты две живые рыбы (карпа) весом 900 г. и 950 г. Умерщвление рыб производилось с помощью декапитации (контроль) и путем инъекции 95 % спирта в головной мозг (опыт). Производился визуальный контроль за развитием трупного окоченения. По окончании эксперимента кусочки мышечной ткани взяты для гистологического исследования. Окраска микропрепаратов выполнялась гематоксилином и эозином.

Результаты. Контроль. Спустя несколько часов наблюдений трупное окоченение не развилось. При гистологическом исследовании выявлена прямая или слегка волнистая форма мышечных волокон. Отмечаются продольное расхождение и фибриллярное расщепление мышечных волокон, в части волокон обнаруживается усиление анизотропии и удлинение А-дисков. Количество сокращенных, «гофрированных» волокон, по ходу которых определяются небольшие колбовидные вздутия, было небольшим.

Опыт. Сразу после введения спирта (время: 13:14) рыба была помещена в водную среду. Мгновенно развились судороги, рот рыбы был открыт, дыхательные движения жабрами прекратились спустя 15 секунд. По прошествии 3 минут после введения (13:17) судороги все еще наблюдались, но были значительно ослаблены; судороги наблюдались в спинном, анальном и хвостовом плавнике, имели волнообразный характер, интервал 3–5 секунд. Спустя 7 минут после умерщвления (13:21) судорожные движения в спинном и анальном плавниках прекратились, в хвостовом плавнике продолжались, также имели волнообразный характер, интервал 3–5 секунд. Еще через 3 минуты (13:24) судороги в хвостовом плавнике прекратились. Через 4 минуты после полного прекращения волнообразных судорог (13:28) начало развиваться трупное окоченение по нисходящему типу, затронув сначала только мышцы головного отдела рыбы. По прошествии 6 минут (13:34) окоченение достигло верхней части туловища. Спустя полчаса (14:04) окоченение развилось по всему телу, подвижным остался только хвост рыбы. При

гистологическом исследовании в опытном материале выявлены преимущественно извитая форма поперечно-полосатых мышечных волокон. Отмечается большое количество сокращенных, «гофрированных» волокон, по ходу которых определяются колбовидные вздутия. Выявлено большое количество вставочных дисков, пересекающих волокно в виде волнистой или ступенчатой линии. Имелись расщепление вставочных дисков, контрактуры отдельных миофибрилл.

Выводы: установлено, что трупное окоченение у рыбы с моделированием кататонического трупного окоченения развивается по нисходящему типу (закон Нистена). Данная особенность заставляет иначе взглянуть на роль затрудненного оттока крови от нижних конечностей у человека, в развитии трупного окоченения по нисходящему типу. Выявлена достаточно специфичная гистологическая картина трупного окоченения, требующая систематизации диагностических признаков, позволяющих в перспективе осуществлять гистологическую диагностику стадии трупного окоченения.

**«Я ВСЁ ВРЕМЯ ХОЧУ ЛИШЬ ОДНОГО: НЕ ВРЕДИТЬ БОЛЬНОМУ»
(ПО ПОВЕСТИ В.В. ВЕРЕСАЕВА «ЗАПИСКИ ВРАЧА»)**

*Ф.Ф. Бокиходжаев, Ю.Д. Тё, студенты 1 курса лечебного факультета
Р.А. Ткачёва, к.ф.н., старший преподаватель кафедры русского языка
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра русского языка
Научный руководитель: к.ф.н., старший преподаватель Р.А. Ткачёва*

Ключевые слова: молодой врач; лечение больного; врачебная ошибка; приобретение практических навыков.

Цель исследования: на основе анализа отдельных эпизодов и образов повести В.В. Вересаева «Записки врача» показать, с какими проблемами и трудностями сталкивается выпускник медицинского вуза в начале своей самостоятельной профессиональной деятельности и какие пути решения этих проблем видит автор повести; отметить, что вопрос необходимости хорошего профессионального воспитания выпускника медицинского вуза остро стоял не только во времена В.В. Вересаева, но остается актуальным по сей день.

Материалы и методы: материалом исследования послужили эпизоды и образы повести В.В. Вересаева «Записки врача». Использовались методы наблюдения, лингвистического анализа, сравнительного анализа, описания.

Результаты. Главный герой повести В.В. Вересаева «Записки врача», выпускник медицинского вуза, только что получивший диплом врача, не чувствовал в себе готовности к самостоятельной врачебной практике, не имел надежной практической основы в лечении больного и со страхом сознавал, что полученные им в вузе знания «какие-то отрывочные, непроверенные» на практике и что он «не знает, как подступить к больному».

Он затруднялся в постановке диагноза своим больным: «кишечные колики» принимал за начинающийся перитонит; где был геморрой, открывал рак прямой кишки, и т.п.». При лечении больной дизентерией он не распознал начавшееся у нее крупозное воспаление легких, и только ее госпитализация и вмешательство опытного врача помогли избежать трагических последствий.

При отсутствии должной практики молодой врач не всегда мог правильно толковать рекомендации, которые находил в медицинских книгах, к которым он прибегал на первых порах. Так, «распознав» по медицинскому справочнику, что у его больного с тяжелой формой сыпного тифа «отёк горла», он готов был сделать ему трахеотомию, тогда как оказалось, что больному для облегчения дыхания достаточно было энергичного промывания ротовой полости и горла, что и провёл приглашённый им для консультации старый доктор.

После ряда неудач в самостоятельной клинической практике, а особенно после трагического исхода лечения ребенка с тяжелой формой скарлатины, юный доктора

окончательно осознал, что он обязан пройти практическое обучение под руководством старших наставников. О распространённости проблемы недостаточной практической подготовки выпускников медицинских вузов говорит тот факт, что в Петербурге, куда герой повести приехал набираться врачебного опыта, он столкнулся со многими молодыми врачами, которые бесплатно работали в больницах «только для приобретения того, что им должен был дать, но не дал университет».

Путь к приобретению необходимых практических навыков был для молодого врача очень непрост. Проходя через многочисленные тренировки на муляжах и трупах, преодолевая страхи, неудачи и отчаяние, а нередко и расписываясь в собственной беспомощности, он под руководством опытного наставника постигал секреты проведения различных операций. Всё пережитое, как и трагический исход ошибки в проведении им трахеотомии, закалило его, научило самообладанию и твёрдости в борьбе за жизнь и здоровье больного.

Выводы: проведя своего героя через череду просчётов и горьких ошибок, В.В. Вересаев в «Записках врача» показал, что выпускник медицинского вуза должен быть хорошо подготовлен к успешной самостоятельной врачебной деятельности. Его герой, ответственно и заинтересованно относившийся к лечению каждого своего больного, стремившийся к самосовершенствованию, интересен и близок современному читателю и своей самоотверженностью может служить ему примером.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ИНФАРКТ МИОКАРДА — АДЕНОКАРЦИНОМА ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ — ПНЕВМОМЕДИАСТИНУМ 616.27

А.Н. Борисова, А.В. Трусова, М.А. Куканова, студенты 6 курса лечебного факультета

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

Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней

Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.Н. Коричкина;

д.м.н., профессор О.Б. Поселюгина

Ключевые слова: инфаркт миокарда; аденокарцинома; пневмомедиастинум; одышка; абдоминальная боль.

Цель исследования: представить клинический случай редкой острой полиморбидной патологии у больного преклонного возраста.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ истории болезни больного С.А.Г., 80 лет. Пациент был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница».

Результаты. Пациент поступил в тяжелом состоянии с клиникой острого живота и острого инфаркта миокарда (ОИМ). В течение недели отмечал боли в животе, чувство нехватки воздуха, одышку. За медицинской помощью обратился, когда появились приступы удушья и интенсивные боли в брюшной полости. В приемном отделении ОКБ осмотрен кардиологом и хирургом. Диагноз при поступлении: Перфорация полого органа, разлитой перитонит. Пневмомедиастинум, сепсис, септический шок. Сопутствующий диагноз: ОИМ нижнебоковой локализации с подъемом ST, зубцом Q 2 типа. Гипертоническая болезнь III стадии. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Цирроз печени.

Обследование. ЭКГ: признаки ОИМ, фибрилляция предсердий. КТ: в правой плевральной области в парамедиастинальных отделах — свободный воздух. В брюшной полости свободная жидкость, патологический субстрат в супрачрезечном пространстве. Циркулярное утолщение стенок поперечно-ободочной кишки с признаками воспалительной реакции, контур печени бугристый, гипотрофия правой, левой и хвостатой долей.

Клинический анализ крови: лейкоцитоз — $10,62 \times 10^9$ /л, эритроциты — $5,2 \times 10^{12}$ /л, микроциты — 10,7 %, гемоглобин — 124 г/л, МСНС — 297 г/л, тромбоциты — 460×10^9 /л СОЭ — 3 мм/час. Тропонин I — 0,004 нг/мл. Общий белок — 62 г/л. ПТИ — 21,9 %, АЧТВ — 99,1 сек, фибриноген — 2,46 /л, МНО — 2,83 ед.

Через час наступил летальный исход. Патологоанатомический диагноз. Основное заболевание: Острый трансмуральный инфаркт миокарда (1 типа) задней стенки левого желудочка с распространением на межжелудочковую перегородку (очаг 8×6 см, срок давности более 1–2 суток). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий 4 стадия, 3 степени (сужение просвета правой венечной и ле-

вой до точечного, нестабильная с атероматозом и кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка правой венечной артерии, тромбоз правой венечной артерии). Осложнения основного диагноза: Острая сердечная недостаточность. Острое венозное полнокровие внутренних органов. Жидкое состояние крови. Сопутствующие заболевания: Низкодифференцированная аденокарцинома поперечно-ободочной кишки с прорастанием в брыжейку. Пневмомедиастинум. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 520 г, толщина стенки ЛЖ 2,1 см.). Крупноузловой цирроз печени.

В литературе не встретилось описания представленной сочетанной патологии. Сочетание абдоминальной формы ОИМ, рака поперечно-ободочной кишки с прорастанием в брыжейку и пневмомедиастинума представляет очень редкую патологию. Клиника этих заболеваний проявляется сильными болями в груди, ниже грудины, в животе, одышкой, что наблюдалось у нашего больного. Коронарный атеросклероз был доказан на секции, но представленные данные выходили за рамки ИБС: тропонин не повышен, а в крови выраженный тромбоцитоз, что часто наблюдается при паранеопластическом синдроме рака желудка, кишечника, почек и может проявляться гиперкоагуляционным синдромом. Отмечены признаки развития гипохромной анемии: концентрации гемоглобина до 124 г/л, снижение МСНС и увеличение микроцитов. Аденокарцинома — очень злокачественная форма рака, которая проросла брыжейку и привела к микроперфорации и пневмомедиастинуму. С другой стороны, пневмомедиастинум может возникнуть при повышении внутригрудного (кашель, чихание, рвота) или внутрибрюшного давления (дефекация), а также может предшествовать перфорации толстой кишки.

Выводы: сочетание трех неотложных состояний: инфаркта миокарда, пневмомедиастинума и пенетрации аденокарциномы поперечно-ободочной кишки — явилось тяжелой патологией для больного преклонного возраста и имело неблагоприятный прогноз, быстрая постановка диагноза не предотвратила летальный исход.

СВЯЗЬ ГИПОАЛЬБУМИНЕМИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ АЗОТИСТОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ОТЕКОВ В ДЕБЮТЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

*К.С. Букатов, А.А. Володина, А.С. Нечаева, студенты 6 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
ГБУЗ Тверской области «Детская городская клиническая больница №1»,
г. Тверь, Россия
Кафедра педиатрии педиатрического факультета
Научный руководитель: к.м.н., доцент А.Н. Шibaев*

Ключевые слова: отеки; нефротический синдром; азотистый обмен; дети; гипоальбуминемия; креатинин; холестерин; протеинурия.

Цель исследования: выявить зависимость между выраженностью протеинурии, содержанием креатинина, мочевины, холестерина, общего белка, альбумина сыворотки крови и выраженностью отеков в дебюте нефротического синдрома у детей.

Материалы и методы: отобраны медицинские карты 48 пациентов с «нефротическим синдромом» в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на лечении в нефрологическом отделении ГБУЗ ДГКБ №1 г. Твери в период с 2011 по 2021 годы с «нефротическим синдромом» различной этиологии. Из них было отобрано 12 пациентов с дебютом нефротического синдрома на основании соответствия клинических (отеки) и биохимических (выраженность протеинурии более 50 мг/кг в сутки, гипоальбуминемии менее 30 г/л и наличие гиперлипидемии) данных определению нефротического синдрома у детей. Для выполнения корреляционного анализа проведено ранжирование выраженности отеков по принципу:

- 0 баллов — нет отеков;
- 1 балл — наличие только периферических отеков;
- 2 балла — периферические отеки и полостные отеки, локализованные только в одной полости;
- 3 балла — периферические отеки и полостные отеки множественной локализации.

Статистический анализ результатов осуществлялся при помощи вычисления коэффициентов корреляции по Пирсону (при сравнении количественных признаков) и Спирмену (при сравнении качественных и количественных признаков).

Результаты. При анализе медицинской документации, имевшейся в распоряжении, критериям включения и исключения в исследование удовлетворяли медицинские карты 12 пациентов с дебютом нефротического синдрома, получавших лечение в отделении с 2011 по 2021 годы. Возраст детей составил 1–16 лет, из них было 10 мальчиков и 2 девочки (соотношение — 4,3 : 1,0). Средний возраст детей — 6,3 лет.

Клиническая выраженность отечного синдрома в дебюте заболевания сильно варьировала по локализации: веки, лицо, гидроторакс, поясница, мошонка, голени, стопы, асцит.

По результатам проведения корреляционного анализа установлено, что корреляция между суточной потерей белка (в пересчете на массу тела ребенка) и выраженностью отеков была положительная очень слабая: $r = 0,255$ ($P < 0,5$). Корреляция между суточной потерей белка (в пересчете на площадь поверхности тела) и выраженностью отеков также оказалась положительная очень слабая: $r = 0,22$ ($P < 0,5$).

Корреляция между содержанием общего белка сыворотки крови и выраженностью отеков была положительная средней силы: $r = 0,434$ ($P < 0,5$).

Корреляция между содержанием альбумина крови и выраженностью отеков была отрицательная очень слабая: $r = -0,089$ ($P > 0,5$).

Корреляция между содержанием креатинина сыворотки крови и выраженностью отеков отрицательная средней силы: $r = -0,355$ ($P < 0,5$).

Корреляция между содержанием мочевины сыворотки крови и выраженностью отеков отрицательная очень слабая: $r = -0,075$ ($P > 0,5$).

Корреляция между содержанием холестерина сыворотки крови и выраженностью отеков положительная средней силы: $r = 0,43$ ($P < 0,2$).

При сравнении выраженности протеинурии и гипопроteinемии корреляционные связи оказались слабыми, при этом коэффициент линейной корреляции Пирсона составил: при расчете выраженности суточной протеинурии на массу тела $r = 0,287$, а при расчете протеинурии на площадь поверхности тела $r = 0,224$.

Итак, по результатам корреляционного анализа можно утверждать, что существует прямая зависимость между содержанием общего белка сыворотки крови (но не протеинурии) и выраженностью отеков, а также обратно пропорциональная зависимость между содержанием креатинина сыворотки крови и выраженностью отеков в дебюте нефротического синдрома у детей. Результаты нашего исследования согласуются с данными литературы, посвященной этой проблеме. Полученные нами данные подтверждают сложность механизмов формирования отеков при нефротическом синдроме, в частности, влияние малоизученных механизмов, таких как нарушение внутривисцерального кровообращения, влияние ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, локальное выделение аутокоидов и усиленная реабсорбция белка.

Выводы: установлена средней силы прямо пропорциональная зависимость между содержанием общего белка сыворотки крови и выраженностью отеков и средней силы обратно пропорциональная зависимость между содержанием креатинина сыворотки крови и выраженностью отеков в дебюте нефротического синдрома у детей. Не выявлено достоверной прямо пропорциональной зависимости между выраженностью протеинурии и отечного синдрома.

Механизмы формирования отеков при нефротическом синдроме сложны и требуют дальнейшего изучения.

ДАОСИЗМ В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*М.Е. Булгакова, студентка 1 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия*

*Кафедра педагогики и гуманитарных дисциплин
Научный руководитель: к.ф.н., доцент И.В. Сатина*

Ключевые слова: даосизм; студенты медицинского вуза; осознание бытия.

Цель исследования: на основе полученных материалов проанализировать, возможно ли использование основных принципов даосизма в повседневной жизни студента медицинского университета.

Материалы и методы:

1. Аналитический метод.
2. Метод обобщения.

Результаты. Восточная мудрость не перестаёт захватывать умы философов. Её аллегории волнуют разум, а строфы заставляют переосмыслить свою жизнь. Прочтя строку, ты посчитаешь, что речь идёт о полёте бабочки, но на самом деле — о целой Вселенной и быстротечности человеческой жизни.

В нашей работе речь пойдет о мудреце, чьё существование и по сей день многие учёные отрицают — Лао-цзы, авторе книги «Дао дэ цзин», одной из путеводителей в мире даосизма и познания людьми этого мира через призму объединения с природой; а также — об авторе книги «Дао Винни-пуха» Бенджамине Хоффе, о том, кто умеет видеть, кто сумел понять.

Одной из констант даосизма является определение человеческого существа как «куска необработанного дерева». Смысл данного сравнения заключается в том, что все мы имеем свое личное «Я» глубоко в себе. Это «Я» есть наша внутренняя Вселенная, оно чисто и непорочно. Но что же делает наше чистое существо таким грязным в течение жизни? То, как мы живем и воспринимаем этот мир. Буддисты считают, что жизнь создана, чтобы в ней страдать, Лао цзы — чтобы ею наслаждаться.

Многие из нас, вставая рано и отдыхая мало, не в состоянии замечать, как красиво, к примеру, сегодня падают листья, или как свеж воздух на улице. Проблема обычного студента в том, что, думая только о проблемах насущных, он упускает Дао, он упускает свою жизнь. Но стоит только научиться видеть, захотеть, и тогда и птицы будут петь на удивление приятно, и жить будет легче и проще.

«Когда стараешься слишком сильно, ничего не получается» — пишет Б. Хофф. На самом деле, так оно и есть. Студент уверен, что если он не будет спать ночами, общаться с семьей и друзьями, а вместо этого постоянно учить, то из него, безусловно, выйдет хороший специалист. В жизни все иначе: выигрывает нашедший гармонию. Согласно Дао, жизнь — это тихий поток, в который можно влиться

только замерев. А по потоку плывут, вслушиваясь в неспешный шепот его волн, чтобы не упустить ни секунды из его песни.

Б. Хофф вводит интересное понятие Пути Пуха. Многие считают, что они хозяева своей судьбы. Но смысл в том, чтобы прислушаться к своему внутреннему пути. По отношению к студенту-медику это может быть преподнесено следующим образом: вы решили, что достаточно много знаете и умеете, вам хочется чего-то нового, вы пробуете, постепенно отодвигая учёбу на второй план. Здесь-то путь Пуха и оказывает на вас влияние: он по-своему возвращает к тому, с чего начинали и чем обязаны закончить.

Одним из принципов пути «У Вэй», с которым нас знакомит автор, является подчинение нашей жизни собственной интуиции и судьбе, без суеты и напряжений. Студенты забывают о существовании других жизненных сложностей. Ум студента, по мнению Чжуан-цзы, должен «течь, как вода и отражать как зеркало». Смысл в том, что нужно уметь распределять время на решение всех трудностей помимо учёбы и сохранять баланс. Проблемы не растворяются в суете, а решения находятся только в тишине, особенно в тишине душевной. «Это и значит идти путем Пуха. Никаких проблем. Ни суеты.» — Б. Хофф.

Одним из интересных сопоставлений в «Винни Пухе» с реальными личностями является Кролик. Кролик в человеческом облике — человек, постоянно «бегущий». Для него существует только ЦЕЛЬ. Цель — это то, на что Кролик будет тратить все свои ресурсы. Кролики-студенты — это вечно уставшие трудяги, которые учат ночи напролёт, а на выходных отсыпаются, потому что не могут распределить свое время и силы.

Так, автор нам приводит историю о том, как человек испугался своей тени и бежал от неё, пока не умер. Смысл таков: чем дольше вы будете изводить себя из-за собственных страхов, неуверенности в себе или желании выделяться, тем быстрее вы придёте в состояние, в котором не сделаете абсолютно ничего. Не будьте суетливыми Кроликами.

Однажды крошка Ру почти утонул в реке, все «кинулись его спасать». Но в чем заключалось их спасение? Одни кричали и метались туда-сюда, другие сидели на берегу и горько вздыхали. Лишь один Пух, не думая ни минуты, бросился ему на выручку. Пух, которого все считают мягкотелым, преодолел страх ради помощи другу. Винни Пух, несомненно, пример для подражания студентам-медикам. Врач — это человек, который немедленно идёт на помощь, он не станет делать «вид помощи», потому что знает, что это его долг — защитить и спасти.

Вывод: Винни Пух — персонаж, которого все считают глупым и неопытным. Но он делает все ради своих друзей. Всем нам есть чему поучиться у Пуха. Принципы Дао просты и ведут нас к умиротворению, и мы все можем их использовать в повседневной жизни.

СИСТЕМНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В СОЧЕТАНИИ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*М.Е. Бурова, О.В. Макарова, студенты 4 курса лечебного факультета;
О.Н. Бахарева, В.С. Косолапова, С.А. Бахарев
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; коронавирусная инфекция; летальный исход.

Цель исследования: изучить особенности системных нарушений летальных исходов больных ишемическим инсультом в сочетании с коронавирусной инфекцией.

Материал и методы исследования: проведен анализ 22 протоколов патологоанатомического исследования пациентов, умерших в 2019 году (1 группа) и 21 протоколов больных, умерших в 2021 году больных с ишемическим инсультом (ИИ) от осложнений, вызванных новой коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2 (2 группа).

У всех пациентов 2 группы установлен диагноз COVID-19, подтвержденный методами амплификации. В исследование включены случаи летального исхода, в которых новая коронавирусная инфекция (COVID-19) явилась основной причиной смерти. Во всех случаях осложнением основного заболевания была полисегментарная пневмония с тотальным/субтотальным поражением обоих легких.

При анализе случаев летальных исходов больных ИИ в доковидном периоде (1 группа) было выявлено, что средний возраст больных составил $71,5 \pm 1,3$ лет, а средний возраст ИИ в сочетании с коронавирусной инфекцией (2 группа) составил $70,1 \pm 2,2$ лет.

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 анализе данных КТ головного мозга больных ИИ выявлено, что в доковидный период доля дисциркуляторной энцефалопатии на фоне церебрального атеросклероза составила 19 (86 %), в ковидный период частота встречаемости дисциркуляторной энцефалопатии и церебрального атеросклероза снизилась и составила, соответственно, 17 (81 %) и 16 (76 %). При этом у 7 больных (31 %) 2 группы был выявлен полисинусит.

При анализе УЗИ брахиоцефальных артерий в доковидный период гемодинамически незначимые поражения (до 70 %) выявлены в 18 (82 %) случаях, значимые (более 70 %) — 4 (18 %), в ковидный период количество гемодинамичес-

ки незначимых поражений составило всего 16 (76 %), зато увеличилось количество гемодинамически значимых поражений — 5 (24 %).

Среди сопутствующих заболеваний, которые по сути являются патогенетическим обоснованием развития ишемического инсульта наиболее часто встречались заболевания сердца: в доковидном периоде артериальная гипертензия была выявлена у всех обследованных — 22 (100 %), системный атеросклероз — у 18 (82 %), фибрилляция предсердий — у 10 (45 %), ТЭЛА — у 3 (14 %), перикардит — у 1 (5 %). В ковидном периоде выросла доля больных с системным атеросклерозом — 19 (90 %), доля перикардита выросла незначительно и составила 2 (10 %), при этом значительно уменьшились доли артериальной гипертензии — 13 (62 %), фибрилляции предсердий — 5 (24 %), а ТЭЛА не была выявлена вовсе.

При анализе эхокардиографии пациентов доковидного периода оказалось, что частота ГЛЖ составляла 20 (91 %), его диастолическая дисфункция обнаружена в 13 (59 %) случаях, дилатация ЛП — 18 (82 %), атеросклероз аорты — 18 (82 %), посткапиллярная легочная гипертензия — 13 (59 %). Анализируя ковидный период, выявлено, что частота встречаемости ГЛЖ снизилась до 17 (81 %), равно как и его диастолическая дисфункция до 7 (33 %) и дилатация ЛП — до 14 (67 %), а атеросклероз аорты — до 11 (52 %).

Среди заболеваний эндокринной системы доковидного периода избыточная масса тела составила 11 (50 %), сахарный диабет — 10 (45 %), в ковидном периоде отмечено снижение избыточной массы тела до 8 (38 %), сахарного диабета до 3 (14 %).

Среди заболеваний легких у пациентов с ишемическим инсультом доковидного периода выявлено 9 (41 %) случаев пневмонии, из них 3 (14 %) — нижнедолевая пневмония, 3 (14 %) — двухсторонняя полисегментарная пневмония, 3 (14 %) — левосторонняя сегментарная пневмония. Также отмечалось обострение хронического бронхита у 4 (18 %) пациентов, плеврит — 1 (5 %), гидроторакс — 1 (5 %), смешанная эмфизема — 1 (5 %). При анализе частоты встречаемости сопутствующих заболеваний у пациентов с ишемическим инсультом в сочетании с коронавирусной инфекцией пневмония была выявлена в 21 (100 %) случае, из них 19 (90 %) — двухсторонняя полисегментарная пневмония, среднее поражение легких при которой составило 47 %, в 10 случаях (48 %) выявлен плевральный выпот и гидроторакс, в 5 случаях (24 %) — смешанная эмфизема.

Выводы: выявленная клиническая картина летальных исходов больных ИИ в сочетании с поражением ткани легких в условиях коронавирусной инфекции позволяет оценить системность и тяжесть нейротропного вирусного процесса, что необходимо учитывать при разработке диагностических стандартов больных ИИ в сочетании с коронавирусной инфекцией.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ РЕЖИМА ДНЯ НА ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К РАЗНЫМ БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОФИЛЯМ

*Е.Н. Вайдич, А.Д. Чалых, студенты 1 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра физической культуры
Научный руководитель: старший преподаватель Э.В. Буланова*

Ключевые слова: студенты; биологический профиль; режим дня.

Цель исследования: сравнить особенности изменения общего состояния и работоспособности студентов, относящихся к разным биологическим профилям, в зависимости от варианта организации режима дня.

Материалы и методы: нами разработан гугл-форма-опросник, включающий в себя тест Хорна-Остберга в модификации проф. С.И. Степановой на определение хронотипа, тест В.А. Доскина и Н.Н. Куиджи на определение индивидуального биологического профиля (БП) и полуформализованную анкету, состоящую из вопросов, связанных с образом жизни студента и влиянием режима дня на общее самочувствие, работоспособность и здоровье. В исследовании приняли участие студенты ТвГМУ в количестве 227 человек, средний возраст $18,6 \pm 3,1$ лет (154 девушки (67,8 %), 73 юноши (32,2 %)). Статистическая обработка данных проведена в программе Excel, достоверность различий установлена по непараметрическому критерию Фишера.

Результаты. На основании теста Хорна-Остберга все респонденты разделились на три хронотипа: «совы» — 43,1 %, «голуби» — 52,9 %, «жаворонки» — 4 %. Тест В.А. Доскина и Н.Н. Куиджи позволил разделить респондентов на пять БП: вечерний (В) — 4,4 % (Д — 5,2 %, Ю — 2,7 %), слабо вечерний (Вс) — 38,8 % (Д — 44,2 %, Ю — 27,4 %), атипичный (А) — 42,7 % (Д — 39,6 %, Ю — 49,3 %), слабо утренний (Ус) — 10,1 % (Д — 6,5 %, Ю — 17,8 %), утренний (У) — 4 % (Д — 4,5 %, Ю — 2,7 %). Незначительное расхождение между результатами тестов установлено у 10,1 % в отношении хронотипа «голуби». Тест В.А. Доскина и Н.Н. Куиджи позволил более точно определить у данных респондентов Ус и Вс БП. В связи с этим дальнейшее деление на группы сравнения осуществлено на основании теста В.А. Доскина и Н.Н. Куиджи. Установлено, что среди юношей чаще регистрируется атипичный БП ($p < 0,001$), среди девушек — слабо вечерний и атипичный ($p < 0,001$). Все респонденты (100 %) указали, что вариант организации режима дня по индивидуальным биологическим часам (ИБЧ) влияет на их общее состояние: 65,6 % — на сон ($p < 0,001$), 26 % — на работоспособность ($p = 0,006$), 16,7 % — на здоровье, 16,3 % — на все показатели, 14,1 % — на самочувствие, 7 % — на настроение. При сравнении БП установлено преобладание влияния режима дня на характер сна у У (77,8 %) и Вс

(69,3 %), на настроение у Ус (13 %), на здоровье и самочувствие у В (30 % и 30 %), на работоспособность у В (30 %) и Вс (29,5 %) ($p > 0,05$). В случае совпадения режима дня с ИБЧ большинство респондентов указывают на хорошее настроение 67,8 % ($p < 0,001$) и высокую работоспособность 57,7 % ($p < 0,001$). Однако при сравнении БП статистически значимое влияние на настроение установлено у В (90 %, $p = 0,014$), Ус (78,3 %, $p = 0,041$) и Вс (71,6 %, $p = 0,045$); на работоспособность у Ус (73,9 %, $p = 0,0075$) и Вс (64,8 %, $p = 0,007$); на продуктивность рабочего дня у В (50 %, $p < 0,05$), Вс (46,6 %, $p = 0,011$); на хорошее здоровье у В (40 %, $p = 0,021$). В случае несовпадения режима дня с ИБЧ студенты указали на: апатию и вялость (49,8 %, $p < 0,001$), низкую работоспособность (48,4 %, $p < 0,001$), плохое настроение (44,9 %, $p < 0,001$), состояние разбитости (38,3 %, $p = 0,015$). На плохое настроение чаще указывают У (66,7 %, $p = 0,0065$) и В (60 %, $p = 0,017$), состояние разбитости В (70 %, $p = 0,0025$), трудность в выполнении заданий В (40 %, $p = 0,047$). Ус отмечают раздражительность и трудность в общении с людьми (39,1 %, $p = 0,004$), У – состояние жестокости и равнодушия (22,2 %, $p = 0,016$). Во всех БП выявлены студенты, у которых несовпадение режима с ИБЧ приводит к заболеванию (10,0-18,2 %, $p > 0,05$), чаще на это указывают Вс. Все респонденты указали, что большее влияние на их здоровье оказывает недостаток сна (62,1 %, $p < 0,001$), отсутствие сна (44 %, $p < 0,001$), ранние подъёмы (35,7 %, $p = 0,006$), отсутствие отдыха (31,7 %, $p = 0,006$), неравномерный учебный день (20,7 %, $p < 0,01$), неравномерная учебная неделя (18,5 %, $p < 0,01$). При сравнении БП установлено, что у У помимо общих параметров чаще на здоровье оказывает влияние недостаток двигательной активности (44,4 %, $p < 0,001$), однообразная деятельность и вариант распределения нагрузки (22,2 %, $p = 0,005$), недостаток эстетической информации (22,2 %, $p = 0,016$); у В – недостаток отдыха (50 %, $p = 0,03$) и нарушение режима питания (40 %, $p = 0,031$); у Ус – неравномерная учебная нагрузка (13,04 %, $p < 0,05$); у Вс – ранние подъёмы (47,7 %, $p < 0,001$) и нарушение режима питания (22,7 %, $p = 0,049$); у А – недостаток эстетического отдыха (4,5 %, $p = 0,014$) и вариант распределения нагрузки (3,4 %, $p = 0,0075$). Установлено, что 39,6 % респондентов уже имеют хронические заболевания; чаще хронические заболевания регистрируются у В (60 %, $p = 0,017$) и реже у Ус (21,7 %, $p = 0,023$).

Выводы: такими образом, организации режима дня оказывает влияние на самочувствие и работоспособность всех студентов: у студентов утренних БП большему влиянию подвержено настроение, у студентов вечерних БП – здоровье, самочувствие и работоспособность; наиболее устойчивы к влиянию изменений режима дня студенты атипичного БП.

О ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДЕ ВИНТЕРА И ВЫСОКОГО ЗАДНЕГО ИНФАРКТА ПО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ В 12 ОТВЕДЕНИЯХ

*В.Л. Васенкова, А.Р. Гаврилова, студенты 5 курса лечебного факультета;
Н.С. Кузнецова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: ассистент Н.С. Кузнецова*

Ключевые слова: синдром де Винтера; высокий задний инфаркт миокарда; электрокардиограмма; окклюзия коронарных артерий.

Актуальность: высокий задний инфаркт миокарда (ИМ), возникающий при окклюзии огибающей ветви (ОВ) левой коронарной артерии, и синдром де Винтера, возникающий при окклюзии проксимальной трети передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, на электрокардиограмме (ЭКГ) проявляются депрессией сегмента ST в грудных отведениях, сочетающейся с положительным зубцом T. Надежных электрокардиографических критериев дифференциальной диагностики высокого заднего ИМ и синдрома де Винтера по ЭКГ в 12 отведениях на сегодняшний день нет.

Цель исследования: изучить возможность использования отношения амплитуд зубцов R и T в третьем грудном отведении для дифференциальной диагностики высокого заднего ИМ и синдрома де Винтера.

Материалы и методы: в исследование включено 28 больных, госпитализированных в кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Областная клиническая больница, г. Тверь» с диагнозом «острый коронарный синдром», у которых изменения на ЭКГ ограничивались депрессией сегмента ST с положительными зубцами T в грудных отведениях, а при коронарной ангиографии была выявлена тромботическая окклюзия ОВ или ПМЖВ левой коронарной артерии. У 8 пациентов с окклюзией проксимальной трети ПМЖВ был диагностирован синдром де Винтера, у 19 пациентов с окклюзией ОВ — высокий задний ИМ.

Статистический анализ включал в себя сравнение средних и выборочных долей учитываемых показателей в группах больных с синдромом де Винтера и задним ИМ, а также определение значений числовых переменных, позволяющих различать указанные состояния (ROC-анализ). Поскольку все учитываемые числовые переменные подчинялись нормальному распределению, для сравнения средних использовался t-критерий Стьюдента. При сравнении выборочных долей применялся точный двусторонний критерий Фишера.

Результаты. Больные с синдромом де Винтера и высоким задним ИМ был сопоставимы по возрасту ($62,1 \pm 9,4$ и $63,8 \pm 10,7$ года, $p = 0,6980$) и половому составу (мужчин 87,5 и 73,7 %, $p = 0,6334$), а также по распространенности артериальной гипертензии (100,0 и 73,7 %, $p = 0,2798$) и сахарного диабета (12,5 и 10,5 %, $p = 1,0000$).

Амплитуда зубца R в третьем грудном отведении у больных высоким задним ИМ была больше, чем у больных с синдромом де Винтера ($8,4 \pm 4,1$ против $4,1 \pm 2,5$ мм, $p = 0,0120$), а амплитуда зубца T в том же отведении — меньше ($3,9 \pm 1,6$ против $6,8 \pm 2,1$ мм, $p = 0,0008$). Вследствие этого среднее значение отношения R/T у больных задним ИМ в 3,1 раза превышало показатель больных с синдромом де Винтера ($2,36 \pm 1,31$ против $0,75 \pm 0,62$, $p = 0,0028$).

ROC-анализ показал наличие статистически значимой ($p < 0,0001$) и весьма сильной связи между значением отношения R/T и вероятностью высокого заднего ИМ: площадь под кривой ошибок (AUC) равна 0,911 (95 % ДИ от 0,737 до 0,986). Отношение R/T $> 1,2$ как критерий диагностики заднего ИМ обладает чувствительностью 89,5 % и специфичностью 87,5 % при отношении правдоподобия для положительного и отрицательного результата равном 7,16 и 0,12. Прогностическая значимость положительного результата теста равна 94,4 %, отрицательного — 77,8 %.

Выводы: для дифференциальной диагностики синдрома де Винтера и высокого заднего ИМ может быть использовано отношение амплитуд зубцов R и T в третьем грудном отведении. Если значение этого отношения превышает 1,2, то с вероятностью 94,4 % у пациента отмечается высокий задний инфаркт миокарда, в противном случае с вероятностью 77,8 % может быть диагностирован синдром де Винтера.

ВЫРАЖЕННОСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В СОЧЕТАНИИ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*С.С. Васильев, А.И. Флусова, студенты 4 курса лечебного факультета;
О.Н. 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; коронавирусная инфекция; неврологический статус.

Цель исследования: проанализировать отягощение неврологического статуса у больных с ишемическим инсультом в сочетании с коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы исследования: на базе амбулаторно-поликлинического отделения диагностического центра ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России произведен анализ выписных эпикризов 35 больных, перенесших в 2020 году ишемический инсульт в сочетании с коронавирусной инфекцией легкой и средней степени тяжести по данным КТ грудной клетки. Средний возраст больных составил $63 \pm 1,8$ лет. Проводили оценку среднего возраста, длительности лечения, типа ишемического инфаркта и вида кровоснабжения головного мозга. Анализировали количественную оценку парезов и определяли вид афазии. Степень выраженности неврологического дефицита оценивали по шкале NIHSS. Уровень повседневной активности оценивали по шкале Бартелла, способность к самообслуживанию — по шкале Рэнкин. Оценили данные инструментальных и лабораторных исследований. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ «Microsoft Excel 7.0».

Результаты. При оценке локализации очага инсульта было выявлено, что преобладали ОНМК в каротидном бассейне 33 (94 %) по отношению к вертебробазиллярному бассейну 2 (6 %), при этом мультиинфарктного поражения выявлено не было. Длительность стационарного лечения больных ИИ в сочетании с коронавирусной инфекцией составила $8,2 \pm 0,7$ дней.

Проанализировав выраженность двигательных нарушений, получили следующие данные: парез 4 балла выявлен у 15 (42,9 %) пациентов, 3 балла — у 10 (28,6 %) больных, 2 балла — у 4 (11,4 %) человек, с 1 балл — у 3 (8,6 %) исследуемых, парезы — у 2 (5,7 %).

При анализе речевых нарушений оказалось, что при опросе больных 9 (25,7 %) человек не смогли предъявить каких-либо жалоб на свое состояние в связи с наличием у них речевых нарушений. Таким образом, с моторной афазией отмечено 5 (14,3 %) человек, с сенсорной — 2 (5,7 %) больных, со смешанной — 2 (5,7 %) пациентов.

Оценка тяжести ИИ по шкале NIHSS составила $7,85 \pm 0,2$ балла, что соответствует лёгкому уровню. Уровень повседневной активности по шкале Бартелла — $41,06 \pm 0,2$, что говорит о выраженной зависимости в помощи. Уровень мобильности пациентов по шкале Ривермид составил $4,97 \pm 0,2$, что свидетельствует о том, что восстановление проводится или без госпитализации, или с кратковременным пребыванием в стационаре с продолжением реабилитации на амбулаторном звене. Шкала Рэнкина со значением $3,36 \pm 0,2$ говорит о легкой степени ограничения способности к самообслуживанию.

При анализе электрокардиограммы были выявлены 12 пациентов (34,3 %) с нарушением синусового ритма, 19 (54,3 %) пациентов с гипертрофией левого желудочка, 18 (51,4 %) больных с аритмией и 16 (45,7 %) исследуемых с другими патологиями.

Оценив лабораторные критерии больных, получили следующие усредненные данные в биохимическом анализе крови: на фоне нормальных показателей глюкозы $5,6 \pm 0,1$ ммоль/л, общего холестерина $4,7 \pm 0,2$ Мм, мочевины $8,8 \pm 0,3$ мМ, креатинина $127,2 \pm 29$ мкМ, АЛТ $30,0 \pm 1,6$ ед/л, АСТ $28,9 \pm 2,5$ ед/л, выявлены высокие уровни С-реактивного белка $19,5 \pm 3,1$ мг/л. Клинический анализ крови также не показал клинически значимых отклонений: эритроциты — $4,5 \pm 0,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин — $141,7 \pm 3,1$ г/л, лейкоциты $5,7 \pm 0,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты — $227,4 \pm 4,1 \times 10^9$ /л, СОЭ — $22,1 \pm 3,2$ мм/ч.

При проведении ультразвукового исследования сердца была замечена следующая картина: диастолическая дисфункция — у 18 (51,4 %) больных, окклюзия — у 2 (5,7 %) пациентов, склерозирование со значением до 50 % — у 3 (8,6 %) исследуемых, со значением более 50 % — у 7 (20 %) человек.

При оценке тяжести неврологического дефицита не выявлено прямой корреляции с характером и тяжестью поражения коронавирусной инфекцией по данным КТ грудной клетки.

Выводы: очевидно, что коронавирусная инфекция формирует новый тип ишемического инсульта, однако данные о большей тяжести больных ОНМК в сочетании с коронавирусной инфекцией, скорее всего, связаны не с тяжестью неврологического дефицита, а с тяжестью общесоматического состояния данной когорты больных, что необходимо учитывать при проведении активных реабилитационных мероприятий в раннем восстановительном периоде заболевания.

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЧИН УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

*В.С. Васильева, студентка 4 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е.В. Стрельников*

Ключевые слова: временные зубы; удаление; хронический периодонтит; физиологическая резорбция зубов.

Цель исследования: ретроспективно изучить структуру причин удаления временных зубов у детей по анализу медицинской документации.

Материалы и методы: были проанализированы 1059 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 0 до 18 лет за период 2018–2022 годов (5 лет) частной стоматологической клиники на предмет выявления фактов и причин удаления временных зубов.

Результаты. Из числа всех проанализированных карт в исследовании был учтен 381 случай удаления временных зубов. Выяснено, что удаление зубов по причине их физиологической резорбции проводилось в 35,43 % случаев. Соответственно, удаления, связанные с патологическими процессами, были выявлены в 64,57 % случаев. Наиболее частой причиной среди последних было обострение хронического апикального периодонтита — 40,95 % от общего числа удалений. Коренное прорезывание отмечено в 11,55 % случаев. На долю удалений по поводу хронического апикального периодонтита пришлось 11,55 %. Травма и патологическая резорбция явились причинами удаления зубов в 0,26 % случаев каждая.

Среди 381 удаления 177 (46,46 %) проводилось у мальчиков, а 204 (53,54 %) — у девочек. Имелись некоторые отличия между причинами удаления зубов у мальчиков и девочек. У мальчиков по поводу физиологической резорбции удаляли зубы в 24,18 %, в то время как у девочек — в 43,13 % (т.е. в 2 раза чаще). Удаления по поводу обострения хронического апикального периодонтита проводились примерно с равной частотой: у девочек — 35,07 %, а у мальчиков — 42,31 %. Чаще всего удалялись первые временные моляры — 38,32 %. Второе место по частоте экстракции заняли вторые временные моляры — 24,15 %. Третье — центральные временные резцы — 22,57 %. Четвертое — латеральные временные резцы (7,87 %). Пятое — временные клыки (5,51 %). Можно отметить и разницу в причинах удаления временных зубов. У первых и вторых моляров ведущей причиной был диагноз «обострение хронического апикального периодонтита». Его частота для этих зубов колебалась от 32,93 % до 75,68 %. А вот среди резцов и клыков превалировала физиологическая резорбция (от 40 % до 100 %).

Также важным моментом при удалении временных зубов является время их экстракции. Преждевременной (ранней) потерей временных зубов принято считать удаление за один или два года до физиологической смены или до периода активного рассасывания их корней. Преждевременная потеря временных зубов может определять формирование неправильного постоянного прикуса и приводить к дорогостоящему и сложному ортодонтическому и/или хирургическому лечению.

При удалении зубов с диагнозом «физиологическая резорбция» сроки в большинстве случаев либо совпадали со сроками прорезывания постоянных зубов, либо опережали их не более чем на шесть месяцев. А вот при наличии патологии экстракция моляров происходила в среднем за год и ранее до прорезывания. Особенно критична ситуация с первыми молярами нижней челюсти, экстракция которых проводилась в среднем на 1,5 года раньше теоретических сроков прорезывания постоянных премоляров.

Выводы: 1. Наиболее частыми причинами удаления временных зубов у детей являются обострение хронического апикального периодонтита и физиологическая резорбция корней.

2. У девочек временные зубы удаляются чаще, чем у мальчиков.
3. Чаще удаляются временные моляры по причине обострения хронического апикального периодонтита.
4. Как правило, временные моляры удаляются преждевременно, до срока их физиологической смены.

ВИЗУАЛЬНАЯ МЕТАФОРИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕКЛАМЕ

*Ф.Э. Вердиева, студентка 1 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра иностранных и латинского языков

Научный руководитель: старший преподаватель И.Ю. Курицына

Ключевые слова: реклама; иллюстрация; визуальная метафора; креолизованный текст; медицина.

Целью исследования является выявление особенностей использования визуальной метафоры в медицинской рекламе, рассмотрение и сравнение основных образов, используемых в рекламном плакате, влияния вербального и визуального компонентов в креолизованном тексте медицинской тематики.

Актуальность исследования обуславливается доминированием зрительного восприятия человеком явлений окружающего мира. Как известно, человек воспринимает 80 % поступающей информации посредством органов зрения. Визуализация стала одним из основных трендов современного развития средств массовой информации.

Материалом для исследования послужили билборды, суперсайты, ситилайты наружной рекламы, рекламные плакаты, взятые из средств массовой информации (СМИ) и интернет-порталов, предлагающих медицинские услуги и товары. В нашей работе мы рассматривали креолизованные тексты, рекламирующие медицинские услуги и лекарственные средства.

Методами исследования послужили: метод сплошной выборки, метод научного описания, а также контент-анализ, позволяющие всесторонне изучить особенности применения визуальной метафоризации в медицинской рекламе.

Результаты. Рекламный плакат состоит из нескольких элементов и представляет собой креолизованный текст, состоящий из двух частей, вербальной (языковой/речевой) и невербальной (принадлежащей к другим знаковым системам). Визуальная метафора в медицинской рекламе является невербальным знаковым компонентом. Рекламный текст выступает как вербальный компонент, являясь важным объектом, поскольку читатель понимает изображение после прочтения текстового элемента. При этом интерпрофессиональная медицинская терминология присутствует в рекламе, но с помощью иллюстраций становится понятнее для массового адресата.

Иллюстрацией можно считать все изображения, имеющие изобразительный характер. Иллюстрация оказывает влияние на аудиторию, создает достоверность рекламы, передавая идею эффективно и быстро. Устоявшиеся символы и знаки легко считываются и понятны для потребителей. Часто встречающимися невербальными знаками в медицинской рекламе являются визуальные метафоры,

олицетворяющие заботу (сердце, раскрытые ладони, листья дерева), а также изображения здоровых органов и частей тела (зубы — для стоматологических клиник, глаза — для офтальмологических и т. д.), человеческие фигуры (мужчины, женщины, дети — для семейных клиник, беременные женщины — для женских консультаций, мать с ребенком — для кабинета педиатра и т. д.). Но самым распространенным символом, традиционно используемым в логотипах государственных и частных медицинских организаций, является крест.

Визуальная метафора — это иллюстрированное скрытое сравнение, построенное на сходстве или контрасте различных явлений. Они часто присутствуют в рекламе как одно из риторических средств для продвижения медицинских услуг или товаров. Визуальная метафора для продавца (исполнителя услуг) является удобным средством доступного объяснения потребителю сущности и полезности продаваемой медицинской продукции и разъяснения медицинской терминологии. Продаваемый товар или услуга могут сравниваться с различными визуальными объектами, которые будут отражать внешний вид, функции или результат применения конкретной продукции.

В большинстве проанализированных нами рекламных плакатов можно наблюдать шокирующую метафору. Данный эффект достигается с помощью гибридной метафоры и использования нескольких видов метафоры в одном изображении. В примерах мы выявили применение гибридной, интегрированной метафоры и метафоры-сравнения. Анализ материала показал, что в рекламных плакатах медицинской рекламы используются мультимодальные метафоры с образами людей, животных, атрибутами одежды, а также фрукты и овощи.

Визуальная метафоризация в сфере медицины подчиняется таким особенностям и приемам, как значимость выбора цветовой гаммы, сбалансированная композиция в кадре, применение принципа гештальта, создание фокуса и визуального пути в контенте, составление грамотной типографической композиции, демонстрация медицинской работы «изнутри», создание ассоциативных рядов (сравнение с природными, социальными явлениями) и так далее. Кроме того, применяются такие методы визуальной метафоризации, как демонстрация различных жизненных ситуаций, персонажей (реальных или вымышленных, в том числе, играющих роль различных медицинских атрибутов, объектов), как негативных, так и позитивных, формирующих в сознании людей определенные причинно-следственные связи и убеждение в необходимости покупки медицинского товара.

Выводы: визуализация формирует особенный стиль медицинской рекламы. Иллюстрация — один из эффективных способов коммуникации в рекламе. Визуальные метафоры медицинской продукции эксплуатируют идеи, генерируемые человеческим сознанием, опираясь на индивидуальное мировоззрение. Доступное представление отличительных черт продукции или явлений, знакомых и понятных человеческому сознанию, позволяет проецировать их на медицинскую сферу

и помогает в интерпретации сложных медицинских понятий. Медицинская визуальная реклама использует такие методы воздействия на сознание покупателей, как внушение, убеждение и технология нейролингвистического программирования. Визуализация является неотъемлемой частью жизни, она помогает в передаче и усвоении информации и выполняет когнитивную функцию. Достижение эмоционального контакта при визуализации медицинской рекламной продукции позволяет проще, доступнее, последовательнее уяснить содержание медицинских профессиональных терминов, а также способствует продвижению медицинской продукции.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ШКОЛЬНИКОВ В ПРОЦЕССЕ ОТДЫХА, ОРГАНИЗОВАННОГО В ТЕЧЕНИЕ УРОКА РАЗНЫМИ СПОСОБАМИ

*А.А. Вершило, студент 1 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра физической культуры
Научный руководитель: старший преподаватель Э.В. Буланова*

Ключевые слова: когнитивные показатели; школьники; таблица Анфимова.

Цель исследования: проанализировать динамику когнитивных показателей младших школьников в процессе отдыха, организованного в течение урока разными способами.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 26 школьников, средний возраст — $9,5 \pm 0,5$ лет; от родителей участников получено информированное согласие. Группа наблюдения была поделена на две подгруппы (Пгр) по 13 человек: Пгр 1 и Пгр 2. В течение урока школьникам была предложена пауза для отдыха. Перед отдыхом всем участникам проведены тесты на оперативную память (зрительную (ОПз, условные единицы (усл. ед.)) — с помощью таблиц чисел; слуховую (ОПс, усл. ед. — с помощью таблиц слов) и на оценку когнитивных показателей: объёма памяти (ОбП — по общему количеству просмотренных знаков, усл. ед.); внимания (устойчивости внимания (ВНу — по количеству допущенных ошибок, усл. ед.), интенсивности внимания (ВНи = количество зачёркнутых знаков/ количество знаков, которые необходимо было зачеркнуть, усл. ед.), концентрации внимания (ВНк = ВНи · ОбП, усл. ед.), объёма зрительной информации (ОЗИ = $0,5936 \cdot ОбП$, бит), скорости переработки информации (СПИ = $(ОЗИ - 2,807 \cdot ВНу)/t$, бит/сек; t — время выполнения задания) — с помощью таблиц Анфимова; оценка общего самочувствия (с помощью шкалы ВАШ). Затем Пгр 1 в течение 5 минут занималась дыхательной гимнастикой, адаптированной для младшего школьного возраста. Отдых Пгр 2 не был специально организован. После отдыха проведено контрольное тестирование. Через неделю проведено аналогичное исследование с изменением варианта отдыха: Пгр 1 — неорганизованный отдых, Пгр 2 — дыхательная гимнастика. Статистическая обработка полученных данных проведена в программе Excel. Достоверность различий определена по критериям Стьюдента и Фишера. За статистически значимое принято значение при $p < 0,05$.

Результаты. Динамика показателей при первом исследовании:

Пгр 1 — увеличение количества школьников с хорошим самочувствием на 7,7 %, с плохим самочувствием — на 7,7 %; Пгр 2 — уменьшение количества школьников с хорошим самочувствием на 23,1 %, увеличение с плохим — на 7,7 % ($p > 0,05$). Пгр 1 — улучшение ОПз на $0,9 \pm 0,95$ усл. ед. и $0,77 \pm 0,9$ баллов; Пгр 2 —

ухудшение ОПз на $0,85 \pm 0,7$ усл. ед. и $1,2 \pm 0,7$ баллов ($p > 0,05$). Пгр 1 — улучшение ОПс на $0,23 \pm 0,6$ усл. ед. и $0,15 \pm 0,35$ баллов; Пгр 2 — ухудшение ОПс на $0,77 \pm 0,52$ усл. ед. и $0,31 \pm 0,35$ баллов ($p > 0,05$). Увеличение: ОбП (усл. ед.) — Пгр 1 на $14,85 \pm 16,6$, Пгр 2 на $5,46 \pm 19,3$; ВНу (усл. ед.) — Пгр 1 на $0,08 \pm 0,78$, Пгр 2 на $0,85 \pm 1,1$; ВНи (усл. ед.) — Пгр 1 на $0,04 \pm 0,03$, Пгр 2 на $0,02 \pm 0,04$; ВНк (усл. ед.) — Пгр 1 на $28,4 \pm 18,3$, Пгр 2 на $10,5 \pm 14,8$; ОЗИ (бит) — Пгр 1 на $8,81 \pm 9,9$, Пгр 2 на $3,24 \pm 11,4$; СПИ (бит/сек) — Пгр 1 на $0,072 \pm 0,08$, Пгр 2 на $0,007 \pm 0,09$ ($p > 0,05$). Установлено, что в процессе отдыха, организованного в форме дыхательной гимнастики, все тестируемые показатели в Пгр 1 улучшились, кроме устойчивости внимания и самочувствия. Отмечено незначительное увеличение количества допущенных школьниками ошибок при работе с таблицами Анфимова и незначительное увеличение количества школьников, которые оценили своё самочувствие как плохое. В Пгр 2 отмечено ухудшение оперативной памяти, устойчивости внимания, значительное увеличение количества школьников, чьё самочувствие в процессе отдыха ухудшилось ($30,8\%$ — $p < 0,05$); остальные когнитивные показатели улучшились незначительно, динамика показателей меньше, чем в Пгр 1.

Динамика показателей при втором исследовании:

Пгр 1 — результат субъективной оценки самочувствия без динамики, Пгр 2 — увеличение количества школьников с хорошим самочувствием на $15,4\%$ ($p > 0,05$). Пгр 1 — улучшение ОПз на $0,39 \pm 0,61$ усл. ед., но ухудшение по оценке в баллах на $0,31 \pm 0,69$ баллов; Пгр 2 — улучшение ОПз на $0,62 \pm 0,6$ усл. ед. и $0,92 \pm 0,69$ баллов ($p > 0,05$). Пгр 1 — ухудшение ОПс на $1,23 \pm 0,52$ усл. ед. и $0,62 \pm 0,17$ баллов; Пгр 2 — ухудшение ОПс на $0,3 \pm 0,43$ усл. ед., оценка в баллах без динамики ($p > 0,05$). Установлено, что в процессе отдыха, организованного в форме дыхательной гимнастики, у школьников Пгр 2 значительно улучшилось самочувствие, динамика когнитивных показателей положительная, но незначительная; слуховая оперативная память несколько ухудшилась. В Пгр 1 самочувствие без динамики, когнитивные показатели ухудшились.

Выводы: таким образом, в процессе проведённого исследования нами установлено, что введение паузы отдыха во время урока оказывает положительное воздействие на самочувствие школьников и их когнитивные показатели в том случае, если отдых организован в форме дыхательной гимнастики; неорганизованный вариант отдыха не оказывает достаточного положительного воздействия.

По результатам исследования нами разработаны рекомендации для учителей и родителей с описанием способов организации пауз отдыха во время учебного процесса.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ФИТИНОВОЙ КИСЛОТЫ В РИСЕ И ОТРУБЯХ

Г.Д. Воробьев¹, студент 4 курса лечебного факультета; Я.В. Андрианова²,
Е.В. Андрианова²

¹ — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

² — ФГБОУ ВО Тверской государственный университет, г. Тверь, Россия

Кафедра биохимии с курсом клинической лабораторной диагностики

Кафедра физической химии

Научные руководители: ассистент Е.В. Андрианова,

ассистент Я.В. Андрианова

Ключевые слова: фитиновая кислота; реактив Вэйда; фотометрический метод; инозитгексафосфорная кислота.

Цель исследования: разработать методику определения содержания фитиновой кислоты (инозитгексафосфорной кислоты) в рисе и отрубях и провести лабораторное исследование содержания в них фитиновой кислоты.

Материалы и методы: в рамках настоящей работы исследовано содержание фитиновой кислоты в продуктах (черный дикий рис «Healthy Grain», отруби кукурузные очищенные «СиБТар», отруби ржаные «ОГО», отруби пшеничные «Злаки Сибири») фотометрическим методом на спектрофотометре «СФ-2000»; был проведен анализ отечественных и зарубежных источников научной литературы для нахождения оптимальной методики.

Методика определения содержания фитиновой кислоты в рисе и отрубях: в работе использовали свежеприготовленный реактив Вэйда с концентрацией железа 0,5996 ммоль/л и экстракты, приготовленные из измельченных исследуемых образцов продуктов. Каждый образец предварительно взвешивали, отмеряли точную навеску, равную 5,000 г, измельчали до гомогенного состояния, помещали в 100 мл раствора соляной кислоты с концентрацией 2,4 % и оставляли в темноте на 24 часа при температуре (+4)–(+8) °С. Принцип метода основан на способности фитиновой кислоты связывать ион железа из комплексов железа с сульфосалициловой кислотой. Таким образом, реактив Вэйда, содержащий моносальцилат железа и имеющий красно-фиолетовую окраску при pH = 1,8–2,5, обесцвечивается при добавлении экстракта, содержащего фитиновую кислоту. Оптические плотности растворов измеряли в кюветах на 10 мм при длине волны 510 нм.

Результаты. В ходе проведенного исследования по результатам измерений проводилось построение графических зависимостей оптической плотности растворов от концентрации железа и определение содержания фитиновой кислоты в % в каждом исследуемом образце. В результате определена концентрация железа в пробе без фитиновой кислоты, содержащей реактив Вэйда и соляную кислоту с концентрацией 2,4 % в соотношении 4 : 1. Данная проба была принята за стандартную и ее концентрация использовалась при расчете содержания остаточного

железа в образцах с добавлением исследуемых экстрактов. Расчет содержания фитиновой кислоты проводили по формуле:

$$C(\text{ФК}), \% = \frac{(\text{Fe(III)}_{\text{н}} - \text{Fe(III)}_{\text{ост}}) \cdot 2,9547 \cdot V_{\text{к}} \cdot 100}{V_{\text{ал}} \cdot g} \%,$$

где Fe (III)_н — начальное количество железа (III), мг; Fe (III)_{ост} — непрореагировавшее количество железа (III), мг; 2,9547 — коэффициент пересчета ($M(\text{Fe}^{+3}) \text{ ФК} : \text{Ат.м.} 4 \text{ Fe}^{+3}$); $V_{\text{к}}$ — объем раствора 2,4 % HCl, взятый для экстракции фитиновой кислоты мл; $V_{\text{ал}}$ — аликвотный объем экстракта, мл; g — навеска сырья, 5000 мг.

Выводы: в процессе эксперимента был выявлен недостаток метода определения содержания фитиновой кислоты с использованием реактива Вэйда, т.к. комплекс железа с сульфосалициловой кислотой частично разрушается при резком понижении pH, поэтому необходимо контролировать кислотность среды на протяжении всего исследования. В связи с этим в ходе эксперимента разработана скорректированная методика определения содержания фитиновой кислоты в рисе и отрубях. В результате исследования содержание фитиновой кислоты в черном диком рисе фирмы «Healthy Gain» составило 0,61 %; в кукурузных очищенных отрубях фирмы «СиБТар» — 0,60 %; в ржаных отрубях фирмы «ОГО» — 0,38 %; в пшеничных отрубях фирмы «Злаки Сибири» — 0,63 %.

НЕОНАТАЛЬНАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ, ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ В КАТАМНЕЗЕ

*Г.Д. Воробьев, студент 4 курса лечебного факультета; Т.В. Сороковикова
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: *неонатальная желтуха; неврозоподобные нарушения; невроз навязчивых движений; спастический церебральный паралич.*

Цель исследования: определить зависимость между частотой развития неврологических осложнений у детей, перенёвших неонатальную гипербилирубинемию в анамнезе.

Материалы и методы: в рамках настоящего исследования был проведен анализ отечественных и зарубежных источников научной литературы за период с 2015 по 2022 гг., было проанализировано 56 амбулаторных карт, 44 выписки из стационара детей, перенесших затяжную неонатальную гипербилирубинемию с показателями общего билирубина выше 280 мкмоль/л.

Результаты. Анализ данных литературного обзора показал, что в большинстве случаев гипербилирубинемия имеет доброкачественное течение. По статистике, у 8-9 % детей возникает тяжелая гипербилирубинемия. При отсутствии своевременного лечения у тяжелых больных может развиваться ядерная желтуха, представляющая собой стойкое инвалидизирующее неврологическое состояние, характеризующееся двигательными нарушениями и нарушением высшей нервной деятельности. Статистическое исследование показало, что на данное состояние приходится 3,4 % госпитализаций новорожденных, при этом 21,4 % этих младенцев находятся в тяжелом состоянии, и по крайней мере 15 % из них имели летальный исход. В настоящее время нет достоверных данных, указывающих, при какой концентрации билирубин сыворотки крови становится нейротоксическим. Сообщалось о ядерной желтухе у младенцев при отсутствии заметно повышенных уровней билирубина в сыворотке крови.

На основании полученных данных из медицинской документации дети были разделены по уровню общего билирубина в сыворотке крови на следующие группы: 280–350 мкмоль/л первая группа — в количестве 60 детей, 350–400 мкмоль/л вторая группа — в количестве 38 детей и выше 400 мкмоль/л третья группа — 2 ребенка. По гендерному различию группа представлена 47 мальчиками и 53 девочками. По наличию изменений в неврологическом статусе в первой группе преобладали симптомы повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и мышечной гипотонии. Во второй группе значительное количество детей было с симптомом мышечной гипотонии. В третьей группе у детей были признаки синдрома

угнетения ЦНС. Был произведен анализ амбулаторных карт этих детей в возрасте 5 лет. Согласно результатам проведенного анализа, в первой группе отклонений в неврологическом статусе не имели 60 % детей, у 15 % был синдром дефицита внимания с гиперактивностью, 10 % были с речевыми нарушениями и 15 % имели невроз навязчивых движений. Во второй группе выявлены следующие данные: нормальный неврологический статус у 40 % детей, 35 % исследуемых имели речевые нарушения и у 25 % детей был диагностирован невроз навязчивых движений. В третьей группе у одного ребенка был выставлен спастический церебральный паралич, а у второго — синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

Выводы: в результате исследования была выявлена прямая зависимость между концентрацией общего билирубина в сыворотке крови у детей с неонатальной желтухой и частотой развития неврологических нарушений в анамнезе. При этом уровень общего билирубина 400 мкмоль/л и выше приводил к наиболее выраженному токсическому действию. Полученные результаты совпадают с данными ранее проводимых статистических исследований. Таким образом, неонатальная гипербилирубинемия является опасным состоянием, требующим проведения необходимых лечебных манипуляций.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ КРЫС ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДИЕТИЧЕСКИХ ДОБАВОК, БОГАТЫХ ФИТИНОВОЙ КИСЛОТОЙ

*Г.Д. Воробьев, студент 4 курса лечебного факультета; Н.Ю. Федорук, студентка 1 курса лечебного факультета; Ю.В. Козловская
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Ю.В. Козловская*

Ключевые слова: *фитиновая кислота; диетическое питание; морфология.*

Цель исследования: изучить влияние растительных пищевых добавок богатых фитиновой кислотой на морфологию и обмен веществ у крыс.

Материалы и методы исследования: в рамках данного исследования был проведен анализ отечественных и зарубежных источников научной литературы; проведен эксперимент на животных. Работа выполнена на 16 беспородных взрослых белых крысах массой 300–360 г. Первая группа – интактные особи ($n = 4$), вторая группа – молодые особи ($n = 4$), получавшие в течение четырех месяцев добавки, содержащие фитиновую кислоту в виде следующих продуктов: черный дикий рис «Healthy Gain», отруби кукурузные очищенные «СиБТар», отруби ржаные «ОГО», отруби пшеничные «Злаки Сибири», из расчета безопасных, доз, рекомендуемых ВОЗ. Третья группа – старые особи ($n = 4$) получали аналогичные добавки в таких же количествах. Кроме добавок животные 2 и 3 группы получали питание в виде комбикорма «рецепт ПК-120 – для содержания лабораторных животных (капуста белокочанная, свекла комовая, морковь посевная, яблоко Гренни Смит)». Животные 4 группы представлены молодыми особями ($n = 4$), получавшими диету, содержащую избыток фитиновой кислоты в сочетании с несбалансированным питанием. Кормление и водопой животных производились в соответствии с действующими нормами. Объем получаемых добавок рассчитывался исходя из массы животных и составил 25 г для опытных групп 2 и 3; 50 г – для опытной группы 4.

В опытных группах был проведен клинический и биохимический анализ крови по следующими показателям: глюкоза, холестерин, триглицериды, щелочная фосфатаза, кальций общий. Для гистологического исследования был проведен забор органов (почка, печень сердце, щитовидная железа, паразитовидные железы). Изготовление гистологических препаратов проводили по стандартной схеме: фиксация, обезвоживание, уплотнение, депарафинирование, окраска. Окрашивали микропрепараты гематоксилином и эозином. Изучение гистологических препаратов проводили с использованием светового микроскопа «OLYMPUS» MC-10 (USB-3.0).

Результаты. Общий анализ крови всех трех экспериментальных групп показал увеличение количества тромбоцитов: группа №2 — $640 \times 10^9/\text{л}$, группа №3 — $654 \times 10^9/\text{л}$, группа №4 — $760 \times 10^9/\text{л}$. У 50 % особей 4 группы наблюдалось снижение массы тела до 300–250 г и локальные участки алопеции. Биохимический анализ крови выявил гипергликемию, гиперхолестеринемию и гипертриглицеридемию у 80 % процентов особей всех трех опытных групп, а также снижение концентрации неорганического фосфора в сыворотке крови. При исследовании гистологического материала у 70 % особей в опытных группах №3 и №4 были обнаружены изменения в паренхиме почек, представленные стазом и сладж-синдромом. Полученные результаты коррелируют с данными исследователей из Института лабораторной медицины, которые доказали, что фитиновая кислота может быть гемостатическим агентом, который вырабатывается тромбоцитами при стимуляции ФЛС-активирующими агонистами для стимулирования агрегации тромбоцитов путем поддержки перекрестного связывания фибриногена и активированных тромбоцитов. При исследовании щитовидной железы было обнаружено увеличение объема фолликулярных клеток, изменение и увеличение вакуолей в коллоиде.

Вывод: использование диетических добавок в качестве альтернативной замены основным продуктам питания не только не оказывает заявленного положительного воздействия на организм, но и приводит к развитию метаболических нарушений.

ВЛИЯНИЕ КОНТАМИНАНТОВ СМОТРОВЫХ ПЕРЧАТОК НА РАЗВИТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Ю.В. Воробьева, Е.П. Кундасова, студенты 2 курса стоматологического факультета; У.Х. Зокирова, студентка 2 курса лечебного факультета; С.А. Донсков, А.В. Леонтьева
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии
Кафедра микробиологии и вирусологии с курсом иммунологии
Научные руководители: к. с.-х. н., доцент С.А. Донсков, к.б.н., старший преподаватель Е.Б. Ганина, ассистент А.В. Леонтьева

Ключевые слова: *смотровые перчатки; повреждение кожи; микробиота; Staphylococcus aureus; контаминанты.*

Цель исследования: изучить влияние контаминантов смотровых перчаток на развитие воспалительных явлений у экспериментальных животных.

Материалы и методы: проанализированы современные источники литературы и интернет-ресурсы по данному вопросу. Экспериментальная часть опыта осуществлялась в межкафедральной лаборатории и лаборатории фундаментальных морфологических исследований на базе Тверского ГМУ. Объектом исследования послужили нелинейные белые самцы крыс ($n = 10$) с массой тела 250–300 граммов в возрасте 10–12 месяцев, содержащиеся в виварии Тверского ГМУ. Экспериментальные животные находились в одинаковых условиях (освещение, температура, влажность, а также рацион питания). Уход за крысами, их содержание и питание осуществлялись в соответствии с требованиями «Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных».

Эксперимент состоял из двух этапов: 1 – получение содержимого перчаток, 2 – подкожное введение экспериментальным крысам культуры *Staphylococcus aureus*, изолированной из содержимого перчаток. «Перчаточный сок» получили при участии 12 студентов 2 курса лечебного факультета Тверского ГМУ. Для этого обучающиеся обрабатывали руки согласно МУ 3.5.1.3674-20 «Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи», на один час надевали смотровые нестерильные перчатки, затем перчатки снимали и производили забор содержимого перчаток. Исследуемый материал засеивали в чашки Петри с плотной питательной средой и инкубировали в термостате. Для идентификации выделенных культур изучали их морфологические, культуральные и биохимические свойства. Из выделенных и изученных штаммов выбрали один, характеризующийся наиболее широким спектром факторов патогенности, для дальнейшего использования в работе (*Staphylococcus aureus*, обладающий гемолитической и лецитиназной активностью). На втором этапе культуру золотистого стафилококка вводили подкожно подопытным крысам

в область передних и задних конечностей. Перед осуществлением инъекции крысам удаляли шерсть и обрабатывали поверхность кожи ватным тампоном, смоченным в 0,05 % водном растворе хлоргексидина биглюконата, затем в холку подкожно вводили 0,2 мл Домитора. Через 7–10 минут контрольным крысам подкожно в каждую лапу вводили по 0,2 мл физиологического раствора, а экспериментальным — по 0,2 мл культуры *Staphylococcus aureus* (концентрация $1,5 \times 10^9$ клеток/мл по McFarland), выделенного из содержимого перчаток. Выведение животных из эксперимента проводили с соблюдением всех деонтологических подходов. Из полученного аутопсийного материала изготавливали гистологические препараты и изучали под микроскопом Olympus CX21, фотографировали камерой МС-10 и описывали.

Результаты. Первое наблюдение проводили через 24 часа, далее — через 48 и 72 часа. У крыс контрольной группы после введения физиологического раствора при внешнем осмотре признаков воспалительного процесса обнаружено не было. Патологоанатомическое вскрытие и результат гистологического анализа также показали отсутствие воспаления. В экспериментальной группе (вводили культуру *Staphylococcus aureus* с гемолитической активностью) у всех крыс спустя сутки также была зафиксирована гиподинамия. На вторые сутки у четырёх животных появились покраснение и отёк конечностей в месте инъекции, что свидетельствует о воспалительной реакции. У пятой крысы наблюдалось покраснение в области левой передней и левой задней конечностей. На третьи сутки у четырёх опытных животных признаки воспаления усилились, а у второй крысы возникла сухая гангрена передней левой лапы (в дальнейшем произошла самоампутация). У пятой экспериментальной крысы сохранялось покраснение и появился небольшой отёк в области введения золотистого стафилококка. По данным гистологического анализа на микропрепаратах кожи, в области введения контоминанта, обнаружено полнокровие сосудов и инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами, лимфоцитами, макрофагами и плазмоцитами периваскулярных зон сосочкового и сетчатого слоёв дермы.

Выводы: наличие воспалительного процесса у крыс после подкожного введения культуры золотистого стафилококка, выделенного из содержимого перчаток, доказывает, что медицинские работники обязаны тщательно обрабатывать руки согласно протоколу перед тем как надеть перчатки. При нарушении целостности кожных покровов необходимо в кратчайшие сроки устранить повреждение и провести обеззараживание пораженного участка кожи.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЧИСТОТЫ РУК ПОСЛЕ КОМПЛЕКСА АНТИСЕПТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Ю.В. Воробьева, Е.П. Кундасова, студенты 2 курса стоматологического факультета; У.Х. Зокирова, студентка 2 курса лечебного факультета; А.В. Леонтьева, Е.Б. Ганина
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра микробиологии и вирусологии с курсом иммунологии
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии
Научные руководители: ассистент А.В. Леонтьева, к.б.н., старший преподаватель Е. Б. Ганина, к.с-х.н., доцент С.А. Донсков

Ключевые слова: микробиота; перчатки; смывы с кожи; распространённость; антисептика.

Цель исследования: сравнить микробиоту кожи рук до обработки, после комплексной антисептической (гигиенической) обработки и после использования медицинских перчаток.

Материалы и методы исследования: в эксперименте участвовали 12 обучающихся 2 курса лечебного факультета Тверского ГМУ. У каждого студента брали смывы 3 раза: до обработки рук, после комплексной гигиенической обработки и после одного часа ношения медицинских перчаток. Смывы с кожи рук проводились стерильным ватным тампоном с последующим посевом на плотные питательные среды (кровяной агар, среда М118, среда Сабуро) для проведения классического бактериологического метода. Комплексная гигиеническая обработка рук проводилась по СанПиН 2.1 3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» с использованием антисептического мыла «Абсолюсейф люкс» и спиртосодержащего дезинфицирующего средства «Ремедин антисептик люкс». Для эксперимента были использованы перчатки смотровые (диагностические) одноразовые нитриловые неопудренные нестерильные «Venovu».

Результаты. В ходе проведения первого этапа эксперимента были выделены следующие микроорганизмы и определено их количественное содержание: *Staphylococcus spp.* — в 91,66 % случаев (среднее количество 3,7 log КОЕ/мл), *Staphylococcus aureus* — в 50 % случаев (среднее количество 3,0 log КОЕ/мл), *Staphylococcus epidermidis* — в 33,33 % случаев (среднее количество 3,6 log КОЕ/мл), *Candida spp.* — в 41,66 % случаев (среднее количество 3,3 log КОЕ/мл), *Micrococcus spp.* — в 50 % случаев (среднее количество 2,9 log КОЕ/мл), *Enterococcus* — в 33,33 % случаев (среднее количество 3,1 log КОЕ/мл), *Staphylococcus spp.* с гемолитической активностью — в 33,33 % случаев (среднее количество 3,4 log КОЕ/мл).

После проведения гигиенической обработки рук во втором опыте были выделены следующие микроорганизмы и определено их количественное содержание:

Staphylococcus spp. — в 83,33 % случаев (среднее количество 2,2 log КОЕ/мл), *Staphylococcus aureus* — в 33,33 % случаев (среднее количество 3,0 log КОЕ/мл), *Staphylococcus epidermidis* — в 25 % случаев (среднее количество 2,6 log КОЕ/мл), *Candida spp.* — в 25 % случаев (среднее количество 3,0 log КОЕ/мл), *Micrococcus spp.* — в 16,66 % случаев (среднее количество 2,2 log КОЕ/мл), *Enterococcus* — в 16,66 % случаев (среднее количество 2,6 log КОЕ/мл), *Micrococcus spp.* с гемолитической активностью — в 8,33 % случаев (среднее количество 3,1 log КОЕ/мл), *Enterococcus* с гемолитической активностью — в 8,33 % случаев (среднее количество 2,6 log КОЕ/мл). После комплексной гигиенической обработки рук частота встречаемости бактерий осталась на достаточно высоком уровне, а количественное содержание почти всех выделенных видов микроорганизмов снизилось. Исключение составил золотистый стафилококк: его количество при снижении частоты встречаемости не изменилось. Помимо этого, были обнаружены изменения в спектре по сравнению с первым опытом: появились *Micrococcus spp.* и бактерии рода *Enterococcus*, обладающие гемолитической активностью, в то время как *Staphylococcus spp.* с гемолитической активностью, напротив, не высевался.

В третьем опыте после одного часа ношения нитриловых перчаток процент встречаемости почти всех микроорганизмов вырос. После использования перчаток высевались: *Staphylococcus spp.* — в 91,66 % случаев (среднее количество 2,5 log КОЕ/мл), *Staphylococcus aureus* — в 33,33 % случаев (среднее количество 2,6 log КОЕ/мл), *Staphylococcus epidermidis* — в 25 % случаев (среднее количество 3,1 log КОЕ/мл), *Candida spp.* — в 33,33 % случаев (среднее количество 1,6 log КОЕ/мл), *Micrococcus spp.* — в 25 % случаев (среднее количество 2,1 log КОЕ/мл), *Enterococcus* — в 25 % случаев (среднее количество 2,6 log КОЕ/мл), *Staphylococcus spp.* с гемолитической активностью — в 8,33 % случаев (среднее количество 1,9 log КОЕ/мл), *Candida alb.* — в 8,33 % случаев (среднее количество 5,6 log КОЕ/мл).

Вывод: таким образом, результаты нашего исследования показали, что гигиеническая обработка рук снижает процент встречаемости и количество микроорганизмов. В то же время количественный и качественный состав микробиоты рук человека претерпевает значительные изменения после ношения медицинских перчаток, надетых на руки после комплексной гигиенической обработки. Следовательно, ношение перчаток может создавать благоприятную среду для размножения условно-патогенных микроорганизмов, что должны учитывать медицинские работники, работающие в нитриловых перчатках во время приема пациентов, не пренебрегая требованием смены пары перчаток после каждого пациента.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ СОЛКОСЕРИЛА В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

*Д.В. Гаврилова, студентка 5 курса стоматологического факультета
ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского, Институт Медицинская академия
им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь, Россия
Кафедра стоматологии и ортодонтии
Научный руководитель: к. м. н., доцент В.М. Колесник*

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, местное лечение, солкосерил.

Эрозивные поражения слизистой оболочки полости рта ухудшают качество жизни и при длительном течении опасны возможностью малигнизации, поэтому повышение эффективности их лечения является одной из актуальных проблем современной стоматологии. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) представляет серьезную проблему в связи со сложностью его патогенеза и лечения, а также из-за высокой распространенности и склонности к рецидивированию. Болезненность элементов поражения доставляет неприятности больным, затрудняет прием пищи и уход за полостью рта. В арсенале стоматологов лишь ограниченный выбор безопасных препаратов для стимуляции процессов регенерации слизистой оболочки полости рта. Этим свойством обладают препараты на основе солкосерила, обладающие не только заживляющим, но противовоспалительным и обезболивающим действиями.

Цель исследования — сравнительная оценка с помощью цитологического исследования эффективности использования солкосерил-мази и солкосерил-содержащей дентальной адгезивной пасты при местном лечении ХРАС.

Материалы и методы: проведено сравнительное клиничко-лабораторное исследование при наблюдении за лечением 18 больных с ХРАС в возрасте от 27 до 57 лет. В основную группу, где использовалась солкосерил-содержащая дентальная адгезивная паста, вошло 10 пациентов. Контрольная группа, где использовалась солкосерил-мазь, включала 8 пациентов. Материал для цитологического исследования забирали путем соскоба с поверхности эрозий, наносили на предметное стекло, фиксировали смесью Никифорова и использовали окраску по Романовскому — Гимзе.

Результаты. Цитологическая картина в обеих группах до лечения отличалась однообразием и была представлена в основном нейтрофильными лейкоцитами с небольшим количеством неповрежденных нейтрофилов, свободных макрофагов и лимфоцитов. Обильная микрофлора состояла преимущественно из диплострептококков. Из эпителиальных клеток было обнаружено большое количество молодых и промежуточных и незначительное количество ороговевающих клеток. В основ-

ной группе наблюдалось значительное улучшение состояния и на 3–4 сутки от начала лечения процесс эпителизации афт завершался. Сопоставление клинической картины и результатов цитологического исследования в основной группе выявило прямую корреляционную зависимость. В период лечения у больных контрольной группы афты очистились от фибринозного налета, а их размеры сократились за счет начавшейся по периферии эпителизации. Показатели клеточного состава поверхностей афт свидетельствовали о снижении общего количества нейтрофилов, значительном уменьшении разрушенных элементов, усилении фагоцитоза, увеличении числа лимфоцитов и свободных макрофагов. В контрольной группе эпителизация афт у пациентов с ХРАС наступала на 5–6 сутки от начала лечения. Цитологические показатели в эти сроки соответствовали таковым в основной группе на 3–4 сутки от начала лечения.

Выводы: при использовании в местном лечении ХРАС препаратов на основе солкосерила, большей эффективностью обладает солкосерил-содержащая адгезивная дентальная паста, которая благодаря своей адгезивной и обезболивающей способности не только оказывает длительное воздействие на месте повреждения, но и, образуя защитную пленку на слизистой, предохраняет ее от различных раздражающих факторов, а также ускоряет заживление в среднем на двое суток.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ МЕТАФОРИЗАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ПОНИМАНИЯ И ВОСПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

*Гайбуллозода Озодахон, Пирназарова Лейли, студенты 4 курса лечебного факультета; В.Ю. Скаковский, Е.Ю. Бородина
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра русского языка*

Научные руководители: к.ф.н. В.Ю. Скаковский, к.ф.н. Е.Ю. Бородина

Ключевые слова: метафоризация; терминообразование; лекарственные инструкции; название препарата; описание препарата.

Целью исследования является попытка доказать, что приём метафоризации не только является одним из способов терминообразования, но и облегчает восприятие сложного термина и понимание его значения. Целесообразным в данном случае становится выявление и сопоставительное изучение метафор в описаниях медицинских препаратов и инструкциях по их применению.

Материалы и методы: материалом данной работы являются использованные в описании медицинских препаратов метафорические словосочетания в пределах одной сегментарной единицы, а также метафорические выражения, встречающиеся в рамках инструктивного микротекста. В данном случае употребление переносного значения синтаксической единицы доминантно упрощает созданный метафорический образ перед сотрудниками фармакологических учреждений и потребителями лекарственных препаратов, включённых в понятийное информационное пространство. В фармакологии приём метафоризации не только является одним из способов терминообразования, но и отражает специфику когнитивной функции языка, облегчает восприятие сложного термина и понимание его значения. Усиление экспрессивных свойств значения слова нецелесообразно в рамках узкой сферы деятельности, например, в клинических исследованиях; однако в ходе работы была отмечена закономерность использования метафоризации в фармакологии (лекарственной инструкции, названии или описании препарата), рассчитанной на массового потребителя. Также употребление метафор учитывалось при классификации лекарственных препаратов по группам.

Результаты

1. Выявление ломаных метафор в отдельных синтаксических единицах, словосочетаниях, когда действия и предметы логически не связаны между собой (отпускать по рецепту; применение лекарств, (сопровождающих заболевания) органов движения и др.).
2. Присутствие гиперболических метафор, преувеличивающих определенный признак (...влияет на состояние обмена веществ у людей, страдающих сахарным диабетом).

3. Использование последовательных (расширенных) метафор по принципу: лекарственный материал и его возможности (покрытие пленочной оболочкой; тормозит проводимость импульса).
4. Употребление ассоциативных метафор по свойствам восприятия через обонятельный орган (таблетки с характерным запахом).

Следующие метафоры наиболее востребованы при образовании терминов:

- мотивированные социально-опосредованными знаниями и навыками метафоры. Они содержат семантический элемент, который является связующим звеном между метафорическим и исходным значением. Мотивированные метафоры в фармакологии по большей части несут в себе информативную (когнитивную) функцию, которая основывается на образе, возникающем при употреблении фармакологической лексики: ингибиторы протонного насоса; избирательные спазмолитики; блокаторы «медленных» кальциевых каналов; желчегонные препараты; бета-адреноблокаторы; обратный захват серотонина;
- концептуальные метафоры.

Концептуальные метафоры в фармакологии несут в себе объяснительную функцию: они объясняют реципиенту, почему в перенос значения заложен компонент «борьбы» с возбудителями заболеваний. Интересно отметить, что концептуальная метафора, связанная с областью непредметных сущностей, в данном случае отражает сферу явлений и процессов общественной жизни (наличие приставок анти-, противо-): антиаритмические; антибактериальные; противорвотные; противовирусные; антидепрессанты; антиагреганты; противоаллергические; противовоспалительные и др. средства.

Выводы: а) метафорическая терминология в лекарственной инструкции может улучшать восприятие информации у пациента и предписания врача; б) результаты изучения описаний лекарств показали, что процесс метафоризации приводит к констатации побочных и токсичных действий препаратов; в) важную роль в образовании терминов играют мотивированные и концептуальные метафоры для упрощения восприятия со стороны пациента и работника в области медицины.

СПОСОБЫ ОБРАБОТКИ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Л.М. Ганина, ученица 10-3 класса МОУ «Тверской лицей»; Е.Б. Ганина, В.Г. Шестакова

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

Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии

Научные руководители: д.м.н., доцент В.Г. Шестакова,

к.б.н., старший преподаватель Е.Б. Ганина

Ключевые слова: *таксидермия; остеологические препараты; обработка кости; мягкие ткани; обезжиривание; отбеливание.*

Цель: изучить методы изготовления остеологических препаратов в сравнительном аспекте, выявить особенности каждого из них; экспериментально проверить некоторые из способов.

Материалы и методы: собраны, обобщены и проанализированы публикации и Интернет-ресурсы по данному вопросу. Материалом для изготовления препаратов послужили трупы кроликов, морских свинок и крыс из вивария Тверского ГМУ. Обработка костей проводилась нами в три этапа, которые могут быть выполнены различными методами или их комбинацией. Первый этап — удаление мягких тканей (мышечной, хрящевой, соединительной): путем варки, мацерации или с использованием жуков-кожеедов. Второй этап — обезжиривание: варка в обезжиривающем составе или мацерация в растворителе. Третий этап — отбеливание: с помощью варки или замачивания в отбеливающей жидкости, нанесение отбеливающего состава.

Результаты. Изготовлены черепа и скелеты кроликов, морских свинок и крыс, для удаления мягких тканей которых мы применяли два способа: варку и мацерацию.

Удаление мягких тканей с помощью варки: под действием высокой температуры белок сворачивается, после чего есть возможность удалять сразу большие части мышечной ткани, сухожилия. Но при данном способе обработки велика вероятность того, что жировая ткань проникнет глубоко в костную, что отразится на внешнем виде экспоната. Несмотря на последующие обезжиривание и отбеливание, спустя некоторое время после обработки, жир будет выделяться на поверхность, покрывая кость желтыми пятнами, маслянистыми на ощупь, имеющими неприятный запах. К недостаткам метода также относятся: возможные утери мелких костей, «запекание» крови на поверхности кости, неприятный запах, сопровождающий варку. Данный способ подходит только для обработки крупных костей, желательно на открытом воздухе.

Удаление тканей с помощью мацерации (удаление мягких тканей в процессе гниения в воде). Для обработки используют обыкновенную воду из крана. Жид-

кость из природных водоемов брать не рекомендуется, так как возможно заражение человека различными паразитами, для которых разлагающаяся плоть служит источником питания. При мацерации мягкие ткани удаляются не очень быстро. Недостатки: возможны различные повреждения, например, расхождение швов костей черепа, часто ломаются скуловые дуги у мелких грызунов.

Также существует способ удаления мягких тканей с помощью жуков-кожеедов. Данный метод обработки заключается в том, что человек удаляет крупные фрагменты тканей, а остальное съедают жуки. После очистки кости этими насекомыми таксидермист приступает к дальнейшей обработке, т.е. обезжириванию и отбеливанию. Однако у столь простого и быстрого метода очистки есть и свои минусы. Необходимо постоянно контролировать, чтобы жуки не испортили тонкие кости или не прогрызли отверстия там, где поврежден верхний (пластинчатый) слой костной ткани. Самые распространенные дефекты на костях после такого типа обработки — нарушение целостности носовых лабиринтов и склер. Следовательно, с помощью жуков можно очищать только большие и плотные кости, например, скота или крупной дичи.

На втором этапе мы проводили обезжиривание с помощью варки. Обезжиривание также можно осуществить несколькими способами. Первый из них — варка с применением обезжиривающего состава (смесь хозяйственного мыла и синтетического моющего средства), под воздействием которого жир выделяется из кости в течение нескольких часов. Однако при данном методе невозможно полностью «выкипятить» жир, поэтому далее необходимо снова обезжирить путем кратковременного замачивания в бензине или ацетоне. Второй способ — длительная мацерация в ацетоне или бензине без нагревания.

На третьем этапе осуществляли отбеливание. Данный этап проводят с целью осветления кости. Для этого используют различные вещества и способы: варят в аптечной 3 % перекиси водорода (мелкие и тонкие кости, например, птиц, некрупных грызунов); замачивают в концентрированной 37 % перекиси водорода (крупные кости) или в 3 % перекиси водорода. При варке в перекиси возможно разрушение костной ткани или повреждение ее верхнего слоя, тогда как замачивание в отбеливателе гарантирует бережную обработку. При наличии на кости следов крови или жира для отбеливания наносят крем-пероксид.

Заключение: выбор метода обработки костной ткани зависит от вида животного и типа костей. Учитывая плюсы и минусы способов, их можно сочетать для получения оптимального результата, то есть внешнего вида экспоната, который сохранит прижизненную структуру, включая совсем мелкие кости, и будет отличаться долговечностью и эстетичностью.

МОРФОЛОГИЯ АНОМАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫХ СУХОЖИЛЬНЫХ ХОРД СЕРДЦА

С.А. Гурдакова, Д.А. Григорян, Е.М. Шестакова, студенты 3 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: хорды сердца; аномалии; сравнительная морфология.

Цель исследования: изучить в доступной литературе информацию о морфологии аномально ориентированных сухожильных хорд сердца.

Материалы и методы: материал исследования — медицинская литература по указанной проблеме; использован метод анализа.

Результаты. К настоящему времени нет единой классификации аномально расположенных хорд. Одна из первых классификаций, предложенная Н.С. Lam, позволила выделить 3 типа аномально расположенных хорд: 1) соединяющие сосочковые мышцы; 2) отходящие от сосочковой мышцы к стенке желудочка; 3) располагающиеся между 2 стенками желудочка.

По гистологической структуре выделяют три варианта строения аномально расположенных хорд: 1) фиброзные; 2) фиброзно-мышечные (имеют мышечный компонент в составе, за счёт этого здесь обнаруживаются клетки проводящей системы сердца); 3) мышечные.

Установлено, что параметры диастолического наполнения левого желудочка в известной степени зависят от вариантов расположения хорды. Аномально расположенная хорда считается: 1) поперечной, если располагается в пределах одного отдела желудочка; 2) диагональной, если имеет точки прикрепления в соседних близлежащих отделах; 3) продольной, если хорда идёт от верхушки к базальному отделу; последние часто параллельны межжелудочковой перегородке.

Также существует деление аномально расположенных хорд на две группы, не приводящие к деформации полости левого желудочка и деформирующие его полость. К первой группе относятся: продольные, диагональные базально-срединные аномально расположенные хорды. Ко второй группе относятся: поперечные срединные, диагональные срединные, множественные аномально расположенные хорды (чаще располагаются на уровне медиального среза желудочка). Аномально расположенные хорды преимущественно располагаются между следующими отделами левого желудочка: задней сосочковой мышцей и стенкой левого желудочка или межжелудочковой перегородкой; передней сосочковой мышцей и межжелудочковой перегородкой; сосочковыми мышцами; стенкой левого желудочка и межжелудочковой перегородкой; стенками левого желудочка. Иногда аномаль-

но расположенные хорды прикрепляются в 3-х и более точках, образуя перепончатую структуру, в случае отхождения их от сосочковой мышцы, эти хорды подобны обычным сухожильным нитям. Только место прикрепления таких аномально расположенных хорд не створки атриовентрикулярного клапана, а стенка желудочка или другая сосочковая мышца.

По данным ЭхоКГ, в зависимости от особенностей строения и локализации, выделены 4 группы необычно расположенных хорд: 1) тонкие, высоко расположенные, хорды в полости левого желудочка, соединяющие заднюю сосочковую мышцу или мышечный слой задней стенки и базальные отделы межжелудочковой перегородки; 2) хорды, соединяющие среднюю треть межжелудочковой перегородки и заднюю стенку левого желудочка; 3) хорды, соединяющие среднюю треть межжелудочковой перегородки и заднюю стенку левого желудочка; 4) множественные хорды в полости левого и правого желудочков.

Сравнительная анатомия показывает, что хорды сердца встречаются у самых простейших хордовых, они присутствуют в сердце рыб, птиц, млекопитающих. В доступной нам литературе описана морфология хорд у собак. Строение сухожильных образований в желудочках сердца схоже у человека и собаки, что позволяет исключить влияние положения тела в пространстве. Число сухожильных хорд широко варьирует в сердце человека и собаки. У людей минимальное число хорд, отходящих от одной мышцы, равно 1, максимальное — 11, у собаки от сосочковых мышц отходит минимально 2 сухожильные нити, максимально — 7. У человека и у собаки сухожильные нити по своему ходу от сосочковой мышцы до створки клапана делятся. Поэтому количество хорд, отходящих от одной сосочковой мышцы, значительно меньше, чем прикрепляющихся к створкам. Добавочные хорды встречаются в желудочках сердца человека и собаки, причём чаще в левом желудочке. Различно прикрепление хорд в сердце: у собаки хорды, относящиеся к одной створке, идут от двух смежных сосочковых мышц, а у человека это не является постоянным. У собак, по данным литературы, в области верхушки левого желудочка отмечены поперечные хорды сердца.

Выводы: согласно данным научной литературы, хорды сердца встречаются у различных представителей животного мира. В связи с этим можно предположить, что аномалия их расположения является индивидуальным признаком конкретного организма и может быть вызвана наследственными причинами или связана с нарушениями при формировании плода. Данные закономерности нуждаются в дальнейшем изучении.

ОЦЕНКА ВТОРИЧНОЙ СИСТЕМНОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ УТЕЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

*И.А. Глущенко, студентка 6 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф
Научный руководитель: М.А. Петрушин*

Ключевые слова: капиллярная утечка; микроциркуляторная дисфункция; абдоминальный сепсис; синдром системной капиллярной утечки; полиорганная недостаточность.

Цель исследования: оценить частоту развития синдрома системной капиллярной утечки у пациентов с абдоминальным сепсисом и влияние на исход лечения.

Материалы и методы: ретроспективное одноцентровое исследование. Проведен анализ медицинской документации. Было проанализировано 50 карт пациентов, госпитализированных в отделение анестезиологии и реанимации Тверской областной клинической больницы с 2016 по 2023 годы с абдоминальным сепсисом. Причиной развития сепсиса явился распространенный перитонит при острых хирургических заболеваниях брюшной полости. Критерии включения: возраст старше 18 лет, диагностированная абдоминальная инфекция, наличие органной дисфункции, определенной по шкале SOFA 5 баллов и более, нахождение в ОРИТ более 3 суток. Критерии исключения: возраст пациентов до 18 лет и старше 80 лет, терминальные состояния. Диагностика и терапия проводилась в соответствии с принятыми рекомендациями, согласно концепции СЕПСИС-3. Были собраны и обобщены данные по 24 признакам, в том числе демографические признаки (пол и возраст), число койко-дней, проведенных в ОРИТ, критерий 28-дневной и 90-дневной смертности, лабораторные данные (уровень СРБ, альбумина, креатинина, лактата, рН артериальной крови, число тромбоцитов и значение ПТИ, подсчет индекса капиллярной утечки), суточный баланс жидкости, признак развития ОПП, оценка органной недостаточности по шкале SOFA. Проведен анализ взаимосвязи между степенью выраженности капиллярной утечки и исходом у пациентов с абдоминальным сепсисом. Первичный анализ данных сравнивал умерших и выживших пациентов по признакам, указанным ранее. Использовались методы описательной и аналитической статистики.

Результаты и обсуждение. Среди всех пациентов выборке (50 пациентов) в группе выживших оказались пациенты 15 (30 %), в группе умерших пациентов — 35 (70 %). В группе умерших в течении первых 28 дней умерло 29 пациентов (82,86 % от общего числа пациентов в группе умерших и 58 % от общего числа пациентов в выборке).

На исходном уровне между группами не было обнаружено существенных различий по критериям пола, возраста, длительности пребывания в отделении ОРИТ, оценкой по шкале SOFA в 1 сутки.

Индекс капиллярной утечки имел двухфазный характер. В 1 и 3 сутки пребывания в ОРИТ значение индекса капиллярной утечки в группах умерших и выживших было относительно одинаковым (в 1 сутки $-710,97+372,9$ против $554,22+273,74$ % среди умерших и выживших соответственно, $p = 0,109$, на 3 сутки $-660,09 + 459,65$ против $563,77 + 374,33$ % среди умерших и выживших соответственно, $p = 0,443$) Максимальный подъем наблюдался в группе умерших на 7 сутки ($819,05+533,2$ %), а максимальное падение наблюдалось в группе выживших на 7 сутки ($352,23+177,29$ %), $p < 0,001$.

Сепсис, одна из причин развития вторичной системной капиллярной утечки, является одной из наиболее частых патологий, с которыми сталкиваются врачи в отделениях реанимации и интенсивной терапии и одной из ведущих причин смертности. Воспалительное поражение микроциркуляторного русла при сепсисе, связанное с гиперцитокинемией, вызывает тяжелую эндотелиальную дисфункцию, капиллярную утечку и дистрибутивный шок. Дистресс регионарной ткани в результате микроциркуляторных нарушений лежит в основе критического состояния при сепсисе и септическом шоке. Существующая длительное время микроциркуляторная дисфункция может стать причиной развития полиорганной недостаточности и увеличить риск летального исхода. Понимание патогенетических звеньев развития синдрома капиллярной утечки оказывает влияние на правильность стратегии проводимой терапии путем обеспечения адекватной перфузии и оксигенации тканей. Микроциркуляторные изменения при сепсисе являются наиболее надежными прогностическими критериями исхода. В исследовании выявлено, что нарастание индекса капиллярной утечки к 7 суткам госпитализации в ОРИТ было независимым предиктором летального исхода ($p < 0,001$).

Выводы: мы выяснили, что у пациентов с абдоминальным сепсисом развивается вторичная капиллярная утечка, которая имеет тенденцию к возрастанию после 3 суток. Развитие синдрома капиллярной утечки у пациентов с абдоминальным сепсисом связано с высоким риском смертности. Наше исследование показало возможность использования динамики изменения индекса капиллярной утечки для прогнозирования исхода терапии у пациентов с абдоминальным сепсисом.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

*Н.Д. Годжаева, А.Р. Гиниятуллина, О.С. Летикова, студенты 6 курса педиатрического факультета; С.В. Назарова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра офтальмологии
Научный руководитель: к.м.н. С.В. Назарова*

Ключевые слова: *первичная открытоугольная глаукома; внутриглазное давление; хирургическое лечение.*

Актуальность: в настоящее время глаукома занимает лидирующую позицию в структуре необратимой слепоты и сопровождается трудностями в лечении пациентов. К сожалению, хирургический метод лечения, как наиболее эффективный, не всегда является успешным.

Целью нашего исследования — изучение современных и наиболее действенных методов хирургического лечения глаукомы, позволяющих нормализовать внутриглазное давление (ВГД), а также выявить причины, препятствующие гипотензивному эффекту антиглаукомных операций.

Материалы и методы: в ходе настоящего исследования было проанализировано 32 научные статьи в отечественных научных журналах, рекомендованных ВАК, 3 монографии, 5 учебных пособий по хирургическому лечению глаукомы, а также 10 статей из зарубежной медицинской литературы. Материал был изучен, проанализирован и по его результатам написан литературный обзор.

Результаты. Операции непроникающего типа, в частности микроинвазивная непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ), эффективны в лечении первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ), при этом интраоперационные и послеоперационные осложнения сведены к минимуму. Однако в отдаленном периоде гипотензивный эффект снижается. Основной причиной является избыточное и неконтролируемое рубцевание в созданных путях оттока — интрасклеральной полости и тоннелях. Имплантация биоразлагаемых антиглаукомных дренажей, таких как Ксенопласт из костного ксеноколлагена, гарантирует отсутствие опасных инфекционных агентов (к примеру, вирусов гепатита, ВИЧ). Он нетоксичен, демонстрирует низкую антигенность и устойчивость к тканевым протеазам. Его отличают высокая механическая прочность и легкость хирургических манипуляций. Пористая структура обеспечивает отличный контакт импланта и тканей глаза, предотвращая произвольные нежелательные перемещения материала в заданном пространстве. По результатам научных исследований успешной комбинацией является НГСЭ с имплантацией коллагенового дренажа Ксенопласт. Также нами были изучены микрошунты Ex-PRESS и Репер-НН. В результате исследования

«Сравнительный анализ применения шунта Ex-PRESS и полимерного микрошунта отечественного производства Репер-НН в хирургии первичной открытоугольной глаукомы» (Фабрикантов О.Л., Колпакова О.А., 2019) были проанализированы результаты лечения 74 пациентов (74 глаз) с ранее оперированной открытоугольной глаукомой. 48 больным первой группы имплантировали микрошунт Ex-PRESS («Alcon», США), 26 пациентам второй группы – полимерный микрошунт отечественного производства Репер-НН. Средний возраст составил $63,70 \pm 13,81$ года в первой группе и $70,55 \pm 8,67$ года во второй ($p > 0,05$). Все операции в обеих группах прошли без осложнений и сопровождались статистически значимым снижением ВГД.

Выводы: к эффективным операциям при ПОУГ, с минимальными интра- и послеоперационными осложнениями относится НГСЭ, однако в отдаленном периоде гипотензивный эффект снижается по причине рубцевания путей оттока. Возможно использование НГСЭ в комбинации с имплантацией коллагенового дренажа Ксенопласт для достижения нормального уровня ВГД. Пористая структура дренажа обеспечивает хорошую фиксацию и предотвращает одно из частых осложнений – смещение фильтрующего устройства. Эффективными и безопасными являются микрошунты Ex-PRESS и Репер-НН, они рекомендованы для широкого использования в клинической практике у пациентов с ПОУГ. Применение антиглаукомных дренажей снижает вероятность зарастания путей оттока внутриглазной жидкости соединительной тканью.

ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Ю.А. Голубева, Я.М. Лупехина, В.С. Саламатова, студенты 4 курса лечебного факультета; Т.В. Сороковицова

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

Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.В. Сороковицова

Ключевые слова: головная боль напряжения (ГБн); мигрень; дети.

Цель исследования: оценка особенности эмоционально-когнитивного состояния школьников при наличии у них головных болей напряжения и мигрени.

Материалы и методы: в исследование были включены 111 пациентов в возрасте от 7 до 17 лет, проживающих в г. Твери и Тверской области и находящихся под наблюдением врача невролога с диагнозом: головная боль напряжения, мигрень с аурой, мигрень без ауры. Оценивали наличие или отсутствие головной боли у родственников, частоту и время возникновения головной боли, её локализацию, интенсивность, а также длительность сна, нагрузки и успеваемость в школе, время, проведенное за гаджетами. Сбор данных анамнеза осуществлялся путем заполнения детьми с помощью родителей разработанной нами анкеты-опросника, которая включает данные о наличии головной боли, длительности заболевания и наличии изменений в когнитивной и эмоциональной сфере личности и по шкале М. Ковач. До проведения анкетирования от всех детей с 14 лет и их законных представителей было получено добровольное информированное согласие. Статистическая обработка данных, полученных в ходе исследования, осуществлялась с помощью программы Excel.

Результаты. По результатам анкетирования все подростки были поделены на 3 группы. 1 группа — 80 подростков, которые имеют в анамнезе головную боль напряжения, во 2 группа — 18 детей, имеющих в анамнезе мигрень, в 3 группа — 13 детей, имеющих в анамнезе как головную боль напряжения, так и мигрень.

Согласно результатам анкетирования, у 90 человек (81 %) в наследственном анамнезе отмечается наличие ГБн и мигрени.

У 12 человек (11 %) выявлена постоянная головная боль, у 39 человек (35 %) боль возникает не чаще 2 раз в неделю, у 45 человек (40 %) боль возникает более 3-х раз в неделю и у 15 человек (14 %) головная боль отмечается менее одного раза в неделю.

У 15 человек (14 %) из всех обследуемых головная боль возникает в утреннее время, у 18 человек (16 %) в дневное, у 39 человек (35 %) в вечернее, у 27 человек (24 %) утром и вечером и у 12 человек (11 %) головная боль в течение всего дня.

У 42 человек (35 %) головная боль наблюдается в области лба, висков, темени и затылка, у 33 (27 %) человек головная боль локализуется только в области лба, в области висков у 27 человек (22 %), в области темени у 10 человек (8 %) и в области затылка у 9 человек (8 %).

У 88 человек (80 %) приступ головной боли связан с нагрузками в школе и факультативными занятиями, у 15 человек (13 %) приступ связан с изменением погодных условий, у 8 человек (7 %) возникновение приступа головной боли связано с иными факторами.

У 75 человек (68 %) средний балл в школе более 4, а у 36 человек (32 %) средний балл менее 4.

Дети, имеющие в анамнезе мигрень и мигрень в сочетании с головной болью напряжения, проводят за гаджетами около 4 часов в день, а дети, имеющие в анамнезе головную боль напряжения, проводят за гаджетами в среднем 5 часов.

При проведении тестирования по шкале М. Ковач у 27 детей (24 %) депрессия не выявлена, у 30 человек (27 %) состояние легкой депрессии, у 12 человек (11 %) состояние маскированной депрессии, у 42 человек (38 %) наблюдаются показатели для углубленного изучения ребенка или подростка на предмет идентификации депрессивного заболевания.

Выводы: была выявлена статистически значимая зависимость появления головной боли напряжения и мигрени при наличии наследственного фактора, возникающих преимущественно в вечернее время суток в височной и лобной областях, связанных преимущественно с нагрузками в школе и факультативными занятиями, а также выявлена прямая взаимосвязь между наличием депрессивного состояния при головной боли напряжения и мигрени. Также установлено, что дети с головной болью напряжения проводят за гаджетами большее количество времени.

Проведённое исследование среди школьников показало чёткую взаимосвязь между первичными головными болями и изменениями в эмоционально-когнитивной сфере детей. А это диктует необходимость согласованной работы неврологов, психологов и педагогов.

МОТИВЫ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА К ПОСТУПЛЕНИЮ НА СПЕЦИАЛЬНОСТЬ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

*Е.И. Горбачева, А.С. Яремей, студентки 2 курса факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры ФГБОУ ВО Северный ГМУ Минздрава России, г. Архангельск, Россия
Кафедра педагогики и психологии
Научный руководитель: к.п.н., доцент О.А. Харькова*

Ключевые слова: мотив; выбор профессии; клиническая психология.

Целью данной работы явилось описание мотивов студентов 1 курса к поступлению на специальность «Клиническая психология».

Исследовательский вопрос: каковы мотивы поступления студентов 1 курса на специальность «Клиническая психология»?

Материалы и методы исследования: данное исследование является качественным. Выборка исследования была целевая, где участниками исследования выступили студенты факультета клинической психологии, 1 курса, женского пола (N = 4).

Методом сбора данных явилось однократное полуструктурированное интервью. Сбор данных осуществлялся на территории медицинского вуза. Запись беседы велась на диктофон с разрешения информантов.

Интервью проводилось в спокойной обстановке, в зале для тренингов кафедры психологии и педагогики. В среднем интервью занимало до 10 минут. В исследовании применялся качественный индуктивный контент-анализ. Использовалась программа OpenCode 4,02 для кодирования и категоризации единиц текста.

Аналитическая триангуляция служила стратегией валидации полученных данных. Яремей Анастасия Сергеевна являлась экспертом-аналитиком.

Результаты. Единицы текста интервью были переведены в печатный формат с последующей обработкой. Было получено 7 категорий, отвечающих на исследовательский вопрос.

В ходе анализа категорий, выявилось, что категория «Интерес» встречалась у информантов чаще остальных. Рассуждая об интересе, одни информанты отмечали, что им была интересна психология до поступления, это стало мотивом для выбора данной специальности (цитата «И» № 4: «Из всех моих увлечений и хобби я решила монетизировать именно увлечение психологией, я готова это превратить в работу. Тем более я человек, я живу в обществе, мне интересна психология, особенно когнитивная психология, нейропсихология, и клиническая психология позволяет как-то развиваться в этих направлениях»). Другие отмечали, что им интересно изучать человека, каждую личность, наблюдать за людьми. Информанты говорили о том, что им интересно изучать поведение человека, понять, как

работает человеческий мозг, и научиться разбираться в людях (цитата «И» № 2: «У меня достаточно разный спектр знакомств, поэтому каждый по-своему индивидуален, и мне стало интересно изучить каждую личность, изучать поведение людей, почему каждый человек поступает тем или иным образом»).

На втором месте по значимости была выделена категория «Популяризация психологии». Часто в своих интервью информанты говорили о том, что популяризация психологии сильно влияет на выбор профессии (цитата «И» № 1: «Сейчас все больше и больше людей освещают проблемы психологического здоровья... Мне кажется, популяризация сильно влияет на выбор профессии в целом»). Отмечалось, что профессия набирает популярность, так как спрос и актуальность на нее растет (цитата «И» № 4: «Популяризация психологии позитивно повлияла, она меня больше подталкивала, я видела, что актуальность растет и спрос тоже»). Основную роль в популяризации психологии играют СМИ, очень много информации демонстрируется на различных сайтах, которые посещают дети и подростки.

Следующая категория «Влияние родителей». Информанты отвечали, что родители поддерживают их в выборе профессии (цитата «И» № 4: «Родители меня поддерживали ... в решении поступать куда-то, развиваться в том, что я хочу»). Часто бывает так, что родственники связаны с медициной, поэтому это является еще одним из мотивов поступления на эту специальность (цитата «И» № 1: «У меня все родственники связаны с медициной, наверное, с этим связан выбор специальности»). Бывает так, что родители сами увлечены психологией и свое увлечение передают детям (цитата «И» № 4: «Мама могла повлиять, потому что она тоже увлекалась психологией. Когда я и мой брат были маленькими, она изучала детскую психологию и ходила на разные собрания, ей это было интересно»).

Категория «Желание помогать и спасать» во многом объясняет причины поступления информантов на факультет клинической психологии. Информанты говорили о том, что им приходилось спасать друзей и оказывать им психологическую поддержку (цитата «И» № 1: «Наверное, то, что я все время хочу кому-то помочь. Я спасатель по сути, потому что я уже говорила, что у моих друзей проблемы, приходилось их спасать, наверное, это и повлияло»).

Категория «Влияние учителей» показывает, какое влияние оказали на решение о поступлении информантов их школьные учителя. Информанты отмечали, что им повезло с учителями и что они привили им интерес к общению, взаимодействию с людьми, что является основной деятельностью психолога (цитата «И» № 2: «У нас была очень хорошая учительница по русскому, литературе. Мы с ней очень любили общаться про жизнь, про произведения ..., поэтому, может, да, моя учительница повлияла на это»).

Категория «Влияние школьных предметов». Для поступления на факультет клинической психологии необходимы такие предметы, как обществознание и биология. Интерес к данным дисциплинам привел к тому, что в процессе поиска вы-

бора будущей профессии подростки встретились с данной специальностью и рассмотрели ее как подходящую и соответствующую (цитата «И» № 3: «Я в школе очень любила обществознание, биология мне тоже нравилась, поэтому по тем же предметам и поступила»).

Дополнительно была выделена категория «Личностные качества, необходимые в профессиональной деятельности». Эти качества были представлены терпеливостью, впечатлительностью и любознательностью (цитата «И» № 2: «Наверное, моя впечатлительность повлияла на выбор специальности, я всегда была очень впечатлительным ребенком, любила наблюдать за людьми, за их поведением»).

Вывод: в ходе исследования был получен ответ на исследовательский вопрос: каковы мотивы поступления студентов 1 курса на специальность «Клиническая психология»? В результате было выявлено, что специальность «Клиническая психология» выбирают по таким причинам, как: интересно, популярно, повлияли родители, есть желание помогать и спасать, повлияли учителя, школьные предметы, а также наличие определенных личностных качеств, необходимых для данной профессиональной деятельности. Далее необходимо провести количественное исследование, которое помогло бы увидеть наиболее распространенные и часто встречающиеся мотивы выбора профессии клинический психолог.

КРАНИОМЕТРИЯ ПРИ ПРАВО- И ЛЕВОРУКОСТИ

Е.М. Горбачева, П.И. Сайфуллоева, студенты 3 курса педиатрического факультета

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

Кафедра патологической физиологии

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

Ключевые слова: *краниометрия; асимметрия черепа; признаки ведущей руки.*

Цель исследования: провести сравнительное исследование краниометрических показателей у право- и леворуких людей.

Материал и методы: объектом исследования явились 20 леворуких и 20 праворуких студентов. Степень отклонения ушного диаметра от фронтальной оси в горизонтальной плоскости определяли по величине смежных углов (α — передне-левый угол и β передне-правый угол), образованных пересечением ушного диаметра и сагиттальной оси. Направление сагиттальной оси определялось по точкам «назион» (n — nasion) и «инион» (i — inion), ушного диаметра — по точкам «порион» (po — roion). Применялся планиметрический четырехугольный шаблон. Величины углов рассчитывали в программе онлайн-треугольник.

Результаты. Остеометрический метод является одним из основных методов идентификации личности и позволяет установить пол, возраст, рост, индивидуальные особенности организма. К индивидуальным особенностям относятся асимметричное строение костей. Асимметрия костей отражает врожденные и приобретенные особенности человека. Наиболее информативным из остеометрических методов исследования является краниометрический. Основу данного метода составляет универсальная установка головы или черепа в трех взаимно перпендикулярных плоскостях (Франкфуртской (или глазнично-ушной) горизонтали, Франкфуртской вертикали (или плоскость ушной вертикали) и срединной сагиттальной плоскости (делит голову на правую и левую половины). Ранее проведенное исследование собственного материала показало, что проведение этих плоскостей с сохранением трех взаимно перпендикулярных направлений часто невозможно из-за асимметричного строения правой и левой половин черепа и связанного с этим отклонения ушного диаметра от фронтальной оси. Метрическим показателем такой асимметрии может служить степень отклонения ушного диаметра от фронтальной оси.

На первом этапе проведено измерение смежных углов (α — передне-левый угол и β передне-правый угол), образованных пересечением ушного диаметра и сагиттальной оси у 20 леворуких и 20 праворуких студентов. У праворуких лиц отмечено преобладание величины углов β (передне-правых углов). Напротив, у леворуких студентов выявлено преобладание величины углов α (передне-левых).

На втором этапе обе группы разделены на подгруппы по признаку пола. Установленные закономерности сохранились. Различия между всеми показателями оказались статистически достоверными ($p < 0,05$).

Таким образом, получены данные, противоречащие ожидаемым результатам, так как предполагалось преобладание угла на стороне противоположного ведущей руки полушария. Разрешить это противоречие позволили данные литературы, где указано, что ведущее полушарие имеет больший продольный размер, а подчиненное полушарие – больший поперечный размер. Следовательно, больший поперечный размер подчиненного полушария и объясняет большие размеры угла на стороне ведущей руки.

Выводы: в результате настоящего исследования выявлена неодинаковая асимметрия черепа у праворуких и леворуких студентов. Исследованный нами краниометрический признак несет на себе информацию о ведущей руке, является удобным, доступным и не требует специальной подготовки или аппаратуры. Метрическим показателем такой асимметрии может служить степень отклонения ушного диаметра от фронтальной оси.

ЗНАНИЯ ОСНОВ ПРОВЕДЕНИЯ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ

*В.А. Горнак, студентка 2 курса педиатрического факультета;
Е.В. Корончик, А.О. Новицкая
УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно,
Республика Беларусь
Кафедра поликлинической педиатрии
Научный руководитель: ассистент О.С. Мулярчик*

Ключевые слова: сердечно-легочная реанимация; первая помощь; непрямой массаж сердца.

Цель исследования: оценить знания основ проведения базовой сердечно-легочной реанимации среди учащихся старших классов.

Материалы и методы: было проведено добровольное анонимное анкетирование 110 учащихся 10–11 классов средних школ г. Гродно. Анкета была создана на основе базы сервиса Google-формы. Обработка полученных данных выполнена при помощи программ Microsoft Office Excel 2015 и STATISTIKA 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q).

Результаты. Среди респондентов 34,5 % лиц мужского пола, 65,5 % – женского пола. Установлено, что 66,4 % респондентов изучали основы первой помощи в учреждениях образования, 28,2 % никогда не посещали и не учились оказывать первую помощь, 2,7 % посещали курсы по оказанию первой помощи, 1,8 % изучали в автошколе, 0,9 % изучали самостоятельно.

На вопрос: «Смогли бы Вы оказать первую помощь пострадавшему?» – 39,1 % респондентов ответили, что не уверены в правильности ее оказания, но попытались бы помочь; 27,3 % считают, что смогли бы оказать первую помощь; 16,4 % – сами не стали бы оказывать первую помощь, но вызвали бы скорую медицинскую помощь; 11,8 % – самостоятельно ее оказывали; 4,5 % – не знают, как бы повели себя, 0,9 % – не стали бы ее оказывать. Среди тех, кто не стал бы оказывать первую помощь, установлено, что в 87,5 % случаев причиной является боязнь оказать ее неправильно и навредить, в 45,8 % – отсутствие знаний; в 29,1 % – чувство безразличия, в 12,5 % – боязнь заражения; в 8,3 % – боязнь дальнейших разбирательств, в 8,3 % – просто не хотят, в 4,2 % – надежда на других.

На вопрос: «Вы находитесь рядом с пострадавшим и видите, что он без сознания, на вопросы и внешние раздражители не реагирует. Каковы ваши дальнейшие действия?» – 60,9 % опрошенных начнут с проверки пульса у пострадавшего; 19,1 % – проверят дыхание; 14,5 % – не будут трогать пострадавшего до приезда скорой; 2,7 % – приступят к сердечно-легочной реанимации; 1,8 % – уложат пострадавшего на бок.

На вопрос: «Как проверить наличие дыхания у человека без сознания?» — 55,4 % респондентов ответили, что нужно поднести зеркальце ко рту пострадавшего; 21,8 % — нужно запрокинуть голову пострадавшего назад, удерживая лоб, приподнять подбородок, затем следить за движениями грудной клетки, считая до десяти; 11,8 % — просто следить за движениями грудной клетки пострадавшего в течении минуты; 9,1 % — не знают.

На вопрос: «Что делать с лежащим на земле человеком, который без сознания, но дышит, до приезда скорой?» — 25,5 % опрошенных не знают ответа; 20,9 % ответили не трогать до приезда скорой; 17,3 % — уложить на спину и приподнять ноги вверх; 14,5 % — уложить на спину, под голову подложить валик; 9,1 % — уложить на бок, на согнутую и подведенную под щеку руку и согнув ногу в коленном суставе; 6,4 % — уложить на спину и выпрямить ноги; 4,5 % ответили: уложить на спину, голову запрокинуть назад.

На вопрос: «Как уложить пострадавшего для проведения сердечно-легочной реанимации?» — 59,1 % опрошенных ответили, что необходимо уложить на жесткую поверхность, 28,2 % не знают ответа, 12,1 % — необходимо уложить на что-то мягкое.

На вопрос: «С чего начинается сердечно-легочная реанимация?» — 47,5 % респондентов не знают ответа; 23,6 % — с 30 надавливаний, затем 2 вдоха; 10,9 % — с 15 надавливаний, затем 2 вдоха; 10 % — с 2 вдохов, затем 30 надавливаний; 4,5 % — с 2 вдохов, затем 15 надавливаний; 1,8 % — с 5 вдохов, затем 30 надавливаний; 0,9 % — 5 надавливаний, затем 1 вдох.

На вопрос: «Куда накладывать руки при проведении непрямого массажа сердца?» — 40,9 % опрошенных не знают ответа; 34,5 % — на нижнюю треть грудины; 11,8 % — слева от грудины; 7,3 % — зависит от возраста пострадавшего; 4,5 % — справа от грудины.

На вопрос: «С какой частотой необходимо проводить надавливания на грудную клетку при проведении непрямого массажа сердца?» — 32,7 % респондентов не знают ответа; 30 % — с частотой 60–80 нажатий в минуту; 20 % — 100–120 в минуту; 12,7 % ответили, что зависит от возраста; 3,6 % — 30–150 нажатий в минуту.

Выводы: таким образом, несмотря на то, что большинство учащихся изучали основы проведения базовой сердечно-легочной реанимации на занятиях по оказанию первой помощи, были выявлены недостаточные знания в вопросах соблюдения личной безопасности, правильного порядка действий при осмотре пострадавшего, оценки дыхания, техники проведения сердечно-легочной реанимации, что говорит о необходимости постоянного обучения учащихся основам проведения базовой сердечно-легочной реанимации и отработки практических навыков на современном симуляционном оборудовании.

СПЕКТР ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЁГКИХ С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

*А.В. Горохова, студентка 6 курса медицинского института; Е.Л. Лямина
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, Россия*

*Кафедра инфекционных болезней с курсами эпидемиологии, фтизиатрии,
дерматовенерологии*

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Лямина

Ключевые слова: *туберкулёз лёгких; широкая лекарственная устойчивость; диагностика туберкулёза.*

Цель исследования: изучить основные методы диагностики широкой лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (ШЛУ МБТ), спектр лекарственной устойчивости возбудителя у больных туберкулезом лёгких с ШЛУ МБТ за 2019–2021 годы.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 27 историй болезни больных, зарегистрированных по V режиму химиотерапии в ГКУЗ Республики Мордовия «Республиканский противотуберкулезный диспансер» (РПТД) за 2019–2021 годы. Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) регистрировалась при наличии устойчивости МБТ к изониазиду, рифампицину, фторхинолону и аминогликозиду/полипептиду одновременно, независимо от наличия устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам. Выявление лекарственной устойчивости МБТ осуществлялось такими методами, как технология Биочип, БАКТЕК, посев на плотные питательные среды.

Результаты. В исследуемые годы на стационарном лечении в РПТД находилось 16 мужчин (59,3 %) и 11 женщин (40,7 %). Основное количество пациентов было в возрасте 31–40 лет – 9 (33,3 %) и 41–50 лет – 11 (40,7 %).

Чаще всего у больных с ШЛУ туберкулёзом регистрировались диссеминированный – 11 человек (40,7 %) и инфильтративный туберкулез лёгких – 7 (25,9 %). Осложненное течение специфического процесса отмечено у 6 человек (22,2 %). Фаза распада выявлена у 17 больных (62,96 %). Бактериовыделение зарегистрировано у 20 (74,1 %) больных с ШЛУ туберкулезом.

ШЛУ-туберкулёз был установлен при обнаружении устойчивых МБТ в мокроте у 22 больных (59,3 %), в послеоперационном материале у 3 (11,1 %), а также по наличию контакта с больными ШЛУ туберкулёзом у 2 пациентов (11,1 %).

ШЛУ МБТ установлена методом биочипов у 2 (7,4 %) больных, с помощью технологии БАКТЕК – у 15 (55,6 %), методом посева на твердые питательные среды – у 6 (22,2 %). Только молекулярно-генетическим методом (Биочип) лекарственная устойчивость МБТ выявлена у 2 (7,4 %) больных. Подтверждение лекарственной устойчивости культуральными методами (БАКТЕК, посев на твердые питательные среды) отмечено у 20 (74,1 %) больных.

ШЛУ МБТ регистрировалась к различной комбинации и количеству химиопрепаратов: к 4 препаратам — 11,1 %, к 5 — 14,8 %, к 6 — 22,2 %, к 7 — 11,1 %, к 8 — 11,1 %, к 9 — 11,1 %, к 10 — 7,4 %, к 11 — 7,4 %.

Спектр ЛУ МБТ к различным противотуберкулёзным препаратам выглядел следующим образом: к изониазиду — 96,3 %, к рифампицину — 96,3 %, к капреомицину — 33,3 %, к канамицину — 70,4 %, к амикацину — 18,5 %, к стрептомицину — 29,6 %, к этионамиду — 11,1 %, к офлоксацину — 62,96 %, к моксифлоксацину — 29,6 %, к циклосерину — 7,4 %, к пиразинамиду — 37,03 %, к аминосалициловой кислоте — 25,9 %.

Выводы:

1. Значительно чаще ШЛУ туберкулезом болели мужчины, диссеминированный и инфильтративный туберкулез преобладал в структуре клинических форм туберкулёза лёгких.
2. ШЛУ туберкулёз был установлен при обнаружении устойчивых МБТ молекулярно-генетическими и культуральными методами при исследовании мокроты, послеоперационного материала, а также по наличию контакта с больными ШЛУ туберкулёзом.
3. ШЛУ МБТ регистрировалась к большому количеству противотуберкулёзных препаратов: от 4 до 11.
4. В спектр ШЛУ МБТ входили наиболее часто комбинации из 5 и 6 химиопрепаратов с включением изониазида, рифампицина, офлоксацина, канамицина, капреомицина, пиразинамида.

АКТУАЛЬНОСТЬ КЛЯТВЫ ГИППОКРАТА СРЕДИ СТУДЕНТОВ

*А.А. Гричанюк, студентка 1 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж,
Россия*

*Кафедра педагогики и гуманитарных дисциплин
Научный руководитель: к.ф.н., доцент И.В. Сатина*

Ключевые слова: клятва Гиппократова; врач; студенты.

Цель исследования: существует множество терминов, которые могут охарактеризовать человека. Ежедневно от нас ждут соответствующего поведения, приписанного различными стереотипами, которые уже успели потерять свою актуальность. Такие стереотипы охватывают все сферы деятельности. Ярким примером является область медицины и ее знаменитая клятва Гиппократова. На протяжении долгого времени клятва предоставляет собой собирательный образ «идеального врача», который делает все во благо нуждающимся. Но так ли это?

Актуальность: ежедневно в медицинских учреждениях слышна избитая фраза: «Вы же давали клятву Гиппократова», при этом ни один врач ее не давал. Издавна принято описывать деятельность врачей нравственной клятвой, чем-то загадочным и абстрактным. Да, безусловно, клятва Гиппократова содержит аспекты, которые до сих пор используют врачи, но они уже не имеют той юридической силы и популярности. Большинство врачей, трудящихся в больницах, стационарах и других медицинских учреждениях, не давали как клятву Гиппократова, так и ее современные аналоги.

В настоящее время у клятвы мало сторонников и много противников. Несмотря на то, что клятва Гиппократова не раз переписывалась за вековую историю человечества, множество стран ее не признают, а множество врачей отказываются ее давать, аргументируя это тем, что в современной реальности она противоречит принципам помощи.

Во всех медицинских заведениях обучение проходит как на бесплатной, так и на договорной основе. Преподаватели, в числе которых практикующие врачи, передают знания не только представителям медицинских династий, но и студентам, чьи семьи не связаны с медициной; кроме того, обучение проводится в основном не безвозмездно. Однако, как предполагает клятва, «наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому».

Представители стран первого мира, таких как Бельгия, Канада, Австралия, поддерживают эвтаназию, что противоречит еще одному пункту: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла».

Отказ на содействие в искусственном прерывании беременности — «точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария» — считается абсурдным в XXI веке и не предусматривает возникшие в ходе беременности осложнения, которые могут нести угрозу жизни как для новорожденного, так и для матери. Клятва Гиппократова же полностью исключает медицинское вмешательство со стороны врачей.

При этом понятие врачебной тайны и «воздержание от причинения всякого вреда» легли в основу медицинской деонтологии. Хотя законодательство Соединенных Штатов Америки приняло решение о запрете в оказании медицинской помощи представителям террористических группировок, данное действие прекословит основам клятвы. И это только часть аспектов клятвы Гиппократова, которые были пересмотрены.

В настоящее время мало кто знает историю клятвы Гиппократова, еще меньше людей не знают, что ее не дают выпускники медицинских высших учебных заведений несколько веков.

В дореволюционной России студенты подписывали «факультетское обещание», в советскую эпоху факультативное обещание сменилось на «Присягу врача Советского Союза», которую узаконили только лишь в 1971 году. Относительно недавно, в 1994 году, после распада СССР, присяга сменилась на «Клятву Российского врача», а спустя 5 лет — на «Клятву врача России», и только в 2011 году ее внесли статью федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Таким образом, только в нашей стране неоднократно происходило реформирование клятвы Гиппократова.

Материалы и методы: были опрошены студенты Воронежского медицинского университета, проживающие на территориях Российской Федерации, ближнего и дальнего зарубежья. Было выявлено, что большая часть обучающихся не интересуется данной темой и опирается на уже существующие стереотипы.

Результаты: таким образом, 60 % студентов планируют давать клятву Гиппократова (ее современный аналог), 40 % предпочли воздержаться от данной возможности, при этом 10 % относятся к ней нейтрально; что касается остальных, то их отношение негативное, при этом часть опрашиваемых объясняла свою позицию, опираясь на религию, приводя в качестве аргумента слова из Евангелия, где говорится, что клятва считается грехом. Но 50 % респондентов считают, что данная процедура является неотъемлемой частью профессионального становления врача.

Вывод: полученные результаты показали, что для студентов важен сам процесс, в котором они приносят клятву, пусть и не в первоначальном виде. Если рассматривать данный вопрос, опираясь на чувства студента, то можно сделать вывод, что это своеобразное посвящение в мир медицины. Ведь сам процесс принесения клятвы является логическим завершением пути обучения студента-медика и открывает перед ним двери в мир, где он будет делать то, для чего учился столько лет, — помогать людям.

ВЛИЯНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НА УРОВЕНЬ СТРЕССА, ТРЕВОЖНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

*П.Ю. Гришкова, студентка 5 курса Института общественного здоровья и профилактической медицины; К.В. Шульц, А.С. Казызаева, О.В. Жукова
ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ Минздрава России, Россия, Барнаул
Кафедра гигиены и основ экологии
Научный руководитель: старший преподаватель К.В. Шульц,
к.б.н., доцент А.С. Казызаева*

Ключевые слова: рацион питания; эмоциональное выгорание; хронический стресс.

Введение. По данным ВОЗ, каждый второй человек в мире испытывал хотя бы единожды эмоциональное выгорание — физические, психические и поведенческие проблемы, связанные с продолжительной работой в условиях стресса. Как правило, эмоциональное выгорание происходит у людей, сферы деятельности которых подразумевают общение с людьми и эмоциональную нагрузку, однотипность действий.

Цель исследования: оценка влияния рационального питания на уровень стресса, тревожности, эмоционального выгорания среди жителей Алтайского края.

Материалы и методы: было проведено анкетирование 80 жителей Алтайского края в возрасте 18–25 лет с целью оценки анализа пищевого рациона для нивелирования признаков выгорания.

Результаты. Проблема эмоционального выгорания актуальна в Алтайском крае, т.е. половина жителей Алтайского края признались, что постоянно испытывают стресс на работе. 41 % опрошенных ответили, что сталкиваются с этим только изредка. Никогда не испытывали стресс на работе лишь 9 % сотрудников. 61 % респондентов назвали причиной стресса на работе эмоциональное выгорание. Чаще всего об этом говорили работники сферы «Искусство, развлечения, массмедиа». При этом 29 % граждан эмоционально сложно переносят стрессовые ситуации. 22 % опрошенных испытывают стресс из-за работы со сложными проектами. На это в большинстве случаев ссылались IT-специалисты. 20 % работников заявили, что нервничают из-за ошибок. На это чаще остальных указывали маркетологи. 13 % отметили, что стресс у них вызывают отношения с коллегами или начальством. Среди них больше всего медиков и фармацевтов. Первые признаки эмоционального выгорания — нарушение сна и утомляемость, снижение концентрации внимания — заметил у себя 41 % работающих жителей края. Кроме того, 14 % уверены, что эмоционально выгорают уже не в первый раз, только 21 % опрошенных жителей региона признался, что никогда не замечал у себя признаков эмоционального выгорания из-за работы.

Выводы: результаты опроса показали, что 16 % людей корректируют свой рацион. Из них 7 % добавляют цитрусовые (лимон, грейпфрут, апельсин), 3 % белую рыбу (треска, минтай), 10 % овощи (белокачанная капуста, фасоль, горошек зеленый, картофель, редис, перец болгарский, томаты, салат, шпинат, красный острый перец, морковь), 6 % орехи (миндаль, пекан, кешью), 8 % молочную продукцию со сниженным содержанием жиров и постное мясо, 11 % употребляют больше воды. 10 % опрошенных исключили из рациона мучное, 5 % уменьшили сахар до 10 чайных ложек, 8 % ограничили потребление запеченных и жареных продуктов, 9 % алкоголь. Через три недели был проведен повторный опрос. Опрошенные, которые внесли положительные изменения в свой рацион, почувствовали улучшение в психоэмоциональном и физическом плане. Общими изменениями являются появление прежней работоспособности, улучшение качества и количества сна, уменьшение раздражительности, злости, плаксивости, упадка сил и безразличия. 7 % добавивших в рацион цитрусы отметили улучшение качества кожи, сокращение количества воспалений и сухости. Эти изменения обуславливаются высоким содержанием в цитрусовых таких витаминов, как А, С, Е, РР, В1, В2, D, которые положительно влияют на кожу. 10 %, включивших в рацион овощи, заметили улучшение работы кишечника, снижение веса и хорошее настроение. Положительная динамика объясняется тем, что зелёные овощи являются источником водорастворимых витаминов С, Р, В9 (фолиевой кислоты), а также жирорастворимых витаминов п-А (каротина), Е и К.

Корректировка питания помогает в борьбе с эмоциональным выгоранием.

ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ У СТУДЕНТОВ ТВЕРСКОГО ГМУ

*В.С. Гуляев, студент 2 курса лечебного факультета; Е.Х. Хайдарова, студентка 2 курса лечебного факультета; В.В. Буланов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В.В. Буланов*

Ключевые слова: самоактуализация; профессиональная самореализация; пирамида потребностей Маслоу; психическое здоровье.

Цель исследования: оценить, насколько удовлетворена потребность в самоактуализации у студентов ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Материалы и методы: анонимное тестирование студентов разных курсов Тверского государственного медицинского университета через Google Forms. Для исследования мы использовали пирамиду потребностей человека, предложенную А. Маслоу, тест А. Маслоу «Определение ведущей потребности» и опрос, по которому были проанализированы причины неудовлетворения потребности в самоактуализации. Статистическая обработка результатов осуществлялась нами с помощью программы Microsoft Excel. В данном тестировании приняли участие 117 студентов.

Результаты. Согласно результатам проведённого тестирования по методике А. Маслоу «Определение ведущей потребности», потребность в самореализации у респондентов на низком уровне (21 балл), в безопасности, социальной самореализации и в личностном самоутверждении на среднем уровне (20, 15 и 19 баллов соответственно).

Проведя анализ опроса, в котором выяснили причину неудовлетворения потребности в самоактуализации, мы выяснили, что 3 % респондентов не устраивает месторасположение медицинского университета, у 19 % конфликт с преподавателями, 19 % не устраивает расписание (в частности очные лекции и занятия по субботам), 25 % жалуются на недостаток оборудования: технического, научного и др., 5 % недостаточно практики в больницах и 3 % не удовлетворяет стипендия в небольших размерах.

Вывод: хотя все студенты Тверского ГМУ осознанно подавали документы в медицинский вуз с целью заниматься врачебной деятельностью, но в силу перечисленных выше недостатков многие из них могут передумать и отказаться от всей профессиональной самореализации в качестве врача. А если учесть, что в здравоохранении Тверского региона наблюдается дефицит молодых врачей, то есть все основания констатировать наличие проблемы профессиональной самореализации студентов Тверского ГМУ. Решение этой проблемы должно быть комплексным и, в первую очередь, должно предполагать решение трёх задач: устранения недостатка современ-

ного оборудования, используемого в учебном процессе, нормализации отношений студентов с преподавателями, оптимизации учебного расписания студентов. Эти задачи можно и нужно начать решать уже сейчас. Для оптимального распределения финансовых средств ТвГМУ при устранении недостатка оборудования можно регулярно организовывать конкурсы кружков СНО с премированием победителей. Ради нормализации отношений студентов с преподавателями можно в дополнение к Этическому кодексу студента ввести взаимосвязанный с ним Этический кодекс преподавателя. Оптимизации учебного расписания студентов можно достичь, если более интенсивно использовать возможности электронных образовательных систем Moodle и Teams, для перевода части аудиторных занятий на дистанционную форму. Успешное решение потребует пересмотра финансовой, воспитательной и учебной составляющей работы руководства Тверского ГМУ.

Есть все основания считать актуальной проблему профессиональной самореализации студентов Тверского ГМУ, выделить в ней финансовую, воспитательную и учебную составляющие. Для её решения необходимо деятельное участие руководства Тверского ГМУ.

ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

*К.А. Гумашян, А.А. Селимханова, А.С. Шацкая, 6 курс, лечебный факультет;
Т.Е. Джулай*

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

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.Е. Джулай

Ключевые слова: *кишечник; СРК; патогенная флора, микробиота; дивертикулярная болезнь.*

Цель исследования: выяснить частоту встречаемости, характер и степень выраженности бактериальной контаминации кишечника у пациентов с невоспалительными заболеваниями кишечника: синдромом раздраженного кишечника (СРК) и дивертикулярной болезнью ободочной кишки (ДБ) вне дивертикулита.

Материал и методы: обследовано 22 (26,2 %) мужчины и 62 (74 %) женщины с невоспалительными заболеваниями кишечника в возрасте 18–76 лет (средний возраст 47 лет), в том числе 73 (86,9 %) пациента с СРК, 11 (13,1 %) — с неосложненной ДБ. Поводом для обращения служили абдоминальные боли и признаки кишечной диспепсии. Всем им проведено микробиологическое исследование кала на дисбактериоз. Для уточнения патологии органов брюшной полости проводились ЭГДС, УЗИ или КТ брюшной полости.

Результаты. Клиническая картина была неспецифической и определялась как поражением толстого кишечника, так и сопутствующей патологией органов пищеварения. Пациенты обращались с жалобами на боли и дискомфорт в подреберьях (22 человека — 26, 2 %), эпигастрии (12 — 14,3 %), по ходу кишечника (18 — 21,4 %), в околопупочной зоне (8 — 9,5 %) и внизу живота (6 — 7,1 %). Диспепсия была представлена метеоризмом (44 случая — 52,4 %), тошнотой (11 — 13,1 %), горечью во рту (16 — 19 %), изжогой (13 — 15,5 %), бурлением в животе (16 — 19 %), императивными позывами к дефекации (7 — 8,3 %), запорами (15 — 17, 9 %) и диареей (34 — 40,5 %).

Данные физикального исследования также были неспецифичными: у 66 (78,6 %) пациентов выявлен налет на языке разной степени выраженности. Пальпация живота обнаружила болезненность в подреберьях у 22 (26,2 %) пациентов, по ходу толстого кишечника — у 18 (21,4 %) и около пупка — у 5 (6 %).

Анализ сопутствующей патологии органов пищеварения показал высокую частоту заболеваний панкреатобилиарной и эзофагогастроудоденальной зон. Так, разные варианты хронического гастрита и ГЭРБ имели место у 11 (13 %) пациентов, гастродуоденит выявлен в 22 (16,6 %) случаях, явления дуоденогастрального рефлюкса и рефлюкс-гастрит — у 15 (17,8 %), диафрагмальные грыжи имели ме-

сто в 2 (2,3 %) случаях, недостаточность кардии — в 13 (15,4 %). Эрозивно-язвенные поражения желудка и ДПК отмечены у 10 (11,9 %) пациентов.

Более чем у половины обратившихся была обнаружена и патология желчевыводящей системы. Так, дисфункция желчевыводящих путей отмечалось у 39 (46,4 %) пациентов, аномалии формы желчного пузыря — у 13 (15,4 %), хронический бескаменный холецистит — у 20 (23,8 %), желчнокаменная болезнь на разных стадиях своего развития — у 13 (15,4 %), полипы желчного пузыря — у 6 (7,1 %). Еще двум пациентам в прошлом проведена холецистэктомия.

По данным визуализирующих исследований брюшной полости, по частоте выявления преобладали признаки поражения панкреатобилиарной зоны: липоматоз поджелудочной железы в 25 (29,7 %) случаев, жировой гепатоз — в 15 (17,8 %), кистозные образования печени — в 6 (7,1 %).

Отклонений в показателях клинического и биохимического анализов крови не обнаружено. Копрологический тест в большинстве случаев определял наличие неперевариваемой клетчатки (9 случаев — 10,7 %), внеклеточного крахмала и йодофильной флоры (по 5 случаев — 6 %), свидетельствуя о нарушении процессов кишечного этапа метаболизма.

Микробиологическое исследование кала выявило рост разнообразной патогенной и условно-патогенной флоры, в том числе аэробных и анаэробных грамположительных бактерий, таких как *St. Aureus* в 9 (10,7 %) случаях, представители рода *Clostridium* в 4 (5,3 %) случаев.

Среди представителей грамотрицательной флоры обнаружены *Klebsiella pneumoniae* у 14 (16,6 %) пациентов и *Klebsiella oxytoca* у 7 (8,3 %), факультативных анаэробов рода *Enterobacter* — у 19 (32,9 %), рода *Citrobacter* — у 7 (8,3 %), дрожжеподобных грибов рода *Candida* — у 10 (11,9 %). В единичных случаях отмечался рост протей, актинобактерий.

Изменения состава индигенной флоры кишечника чаще проявлялись снижением числа лактобактерий (у 26 пациентов — 30,9 %), бифидобактерий (у 21 — 25 %), энтерококков (у 9 — 10,7 %) и *E. coli* (у 14 — 16,5 %) с нормальной ферментативной активностью.

Выводы: у пациентов с СРК и ДБ вне дивертикулита в кишечном содержимом с высокой частотой выявляется патогенная и условно-патогенная флора с преобладанием грамотрицательных видов — клебсиелл, энтеробактера, цитробактера и грибов рода *Candida*. Более чем в половине случаев имеет место снижение количественных параметров лактобацилл, бифидобактерий и типичной *E. coli*. Невоспалительные заболевания кишечника, сопровождающиеся нарушениями состава микрофлоры, протекают с неспецифической клинической картиной, сочетающей явления кишечной диспепсии с преобладанием диареи и абдоминальные боли. В этих случаях высока представленность коморбидной патологии гепато-панкреато-билиарной и эзофагогастроуденальной систем, видоизменяющих картину болезни.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЛУХОВЫХ АППАРАТОВ: С ДРЕВНОСТИ ДО НАШИХ ДНЕЙ

А.А. Гусейнова, А.Н. Сополькова, студенты 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: *слуховой аппарат; история создания слухового аппарата; резонатор; угольный слуховой аппарат; ламповый слуховой аппарат; транзисторный слуховой аппарат; цифровой слуховой аппарат.*

Необратимое нарушение слуха существенно ухудшает качество жизни пациентов, являясь причиной развития когнитивных, социальных и психологических нарушений. В связи с этим испокон веков человек искал различные способы улучшения слуха с помощью технических средств.

Цель исследования: изучить историю создания и совершенствования слуховых аппаратов.

Материалы и методы: поиск, изучение и анализ научной медицинской и исторической литературы, а также медицинских информационных ресурсов в сети Интернет.

Результаты. Первые попытки применения различных способов преодоления снижения слуха относятся к далекому прошлому. На древнеегипетских фресках изображены люди, которые держат за ухом сложенную лодочкой ладонь или специальные трубки. Коррекция слуха прошла долгий путь и неразрывно связана с прогрессом в технике и электротехнике. До появления электрических устройств люди пользовались рожками. Узкий конец рожка вставлялся в ушную раковину, а широкий собирал звуки с относительно большой площади. Следующий этап развития слухопротезирования неразрывно связан с достижениями и открытиями ученых конца XIX века — Александра Грэхема Белла и Томаса Эдисона. Белл изобрел телефон и с помощью угольного микрофона и батареи смог усилить звук в нем. Эдисон создал угольный передатчик, который мог переводить звуки в электрические сигналы, передаваемые по проводам, а на «выходе» обратно преобразуемые в звук. Это стало основой создания первых электронных слуховых аппаратов. Ламповый слуховой аппарат был запатентован в 1920 году, в качестве преобразователя в нем использовался телефонный микрофон, звук усиливался с помощью электронных ламп и поступал в наушник. Вес первых устройств достигал 3 кг. Изобретение в 1947 г. первого биполярного транзистора дало мощный толчок для развития слуховых аппаратов. Главными преимуществами транзисторных моделей перед ламповыми стали: гораздо меньший размер, потребление меньшего количества энергии, сниженная степень нагрева, более четкий звук. Цифро-

вые аппараты, которые мы используем по сей день, появились в 90-х годах XX века. Они обладают лучшим качеством звука и приспособляемостью к окружающей обстановке, способны самостоятельно регулировать звук без использования отдельного элемента управления. Современные цифровые аппараты отличаются компактными размерами, полностью настраиваются под индивидуальные потребности, используют несколько цифровых каналов обработки сигнала, создают объемный звук, полностью защищены от влаги и пыли, имеют системы подавления посторонних шумов и адаптивные системы направленных микрофонов, а также возможность выбирать различные варианты программ, рассчитаны на разные степени потери слуха. В последнее время широкую популярность получили компьютерные программы, позволяющие создать слуховой аппарат на базе персонального компьютера, планшета или смартфона. В качестве аппаратной части в них используются обычный микрофон и наушники, а высокопроизводительный микропроцессор осуществляет цифровую обработку звука по заданному алгоритму. Приложения самостоятельно настраиваются под индивидуальные особенности слуха пользователя на основании процедуры тестирования слуха. Приложение не является полноценной заменой цифрового устройства, используемая в нем процедура тестирования слуха не заменяет медицинской аудиометрии у специалиста и не является основанием для постановки диагноза.

Вывод: развитие слухопротезирования представляет собой сложный и трудоемкий процесс — от использования примитивных подручных средств и простых механических устройств до создания современных высокотехнологичных систем. Современные слуховые аппараты не только усиливают звуки, но и осуществляют функции шумоподавления, направленности, подавления обратной акустической связи и адаптации к смене акустических ситуаций, просты в использовании, обеспечивают высокий комфорт ношения.

МИКРОБИОЦЕНОЗ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННО-ЗАВИСИМЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

А.А. Гусейнова, А.Н. Сополькова, студенты 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: *IgE-независимый аллергический ринит; инфекционно-зависимый аллергический ринит; микробиоценоз полости носа.*

Персистенция клинических симптомов аллергического ринита (АР) и частые рецидивы заболевания могут быть обусловлены нарушением микробного пейзажа слизистой оболочки полости носа, представители бактериального сообщества которого выступают антигенами в развитии не IgE-опосредованных реакций гиперчувствительности замедленного типа, обуславливая тем самым недостаточный эффект традиционной противоаллергической терапии.

Цель исследования: изучить особенности микробного пейзажа слизистой оболочки полости носа у больных инфекционно-зависимым аллергическим ринитом.

Материалы и методы: в исследование включались пациенты старше 18 лет, страдающие инфекционно-зависимым аллергическим ринитом (ИЗАР). Диагноз устанавливался на основании аллергологического анамнеза, характера клинических симптомов и результатов специфического аллергологического обследования. Критериями включения пациентов в исследование являлись: наличие АР с персистирующими симптомами ринита (заложенность носа, чихание, зуд, ринорея) средней тяжести и тяжёлого течения, отсутствие аллерген-специфических IgE в сыворотке крови, нарушенный микробный пейзаж слизистой оболочки полости носа, повышенное содержание эозинофилов в назальном секрете, повышенная концентрация катионного протеина эозинофилов в сыворотке крови.

Результаты. В основу работы положены результаты обследования 96 больных в возрасте от 18 до 68 лет (57 (59,4 %) женщин и 39 (40,6 %) мужчин). Определено, что для ИЗАР характерен низкий уровень микробного разнообразия. Общая бактериальная нагрузка и обилие типов бактерий остаются постоянными, в то время как относительное количество отдельных видов бактерий изменяется. Бактерии рода *Staphylococcus* являлись преобладающей флорой у подавляющего числа пациентов (74 %). Отмечено увеличение количества коагулазопозитивных штаммов *S. aureus* (28,1 %; lg средней бактериальной обсемененности 8,3) и коагулазонегативных стафилококков: *S. epidermidis* (19,8 %; lg средней бактериальной обсемененности 7,9) и *S. hemolyticus* (27 %; lg средней бактериальной обсемененности 9,1). Зачастую микроорганизмы формировали поликомпонентные ассоциации. Наиболее часто 2-х — у

40 % (например, *S. aureus*, *S. epidermidis*) и 3-х компонентные — у 13 % (например, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*, *S. hominis*), монокультуры стафилококков выделены в 32 % случаев. Увеличение численности бактерий рода *Enterococcus* (14,6 %; lg средней бактериальной обсемененности 1,7) отражает сложившуюся картину дисбактериоза, акцентирует его значимость в инициации аллергической патологии дыхательных путей. Проявлением дисбактериоза также может служить увеличение количественного состава не свойственной данному биотопу грамотрицательной микрофлоры, обладающей выраженной сенсibiliзирующей активностью: семейства *Enterobacteriaceae* (25 %; lg средней бактериальной обсемененности 4,2) и рода *Neisseria* (13,5 %; lg бактериальной средней обсемененности 6,8). Существенных отличий в качественном составе микрофлоры полости носа у мужчин и женщин основной и контрольной групп не выявлено.

Вывод: результаты бактериологического исследования мазков со слизистой оболочки полости носа у больных ИЗАР свидетельствуют о наличии выраженного дисбиоза с преобладанием грамположительной кокковой флоры, преимущественно микроорганизмов рода *Staphylococcus*, а также наличия бактерий *Enterobacteriaceae* spp. и *Neisseria* spp., несвойственных данному биотопу и обладающих выраженной сенсibiliзирующей активностью.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗДЕЛИЙ С МИКРОСФЕРАМИ ПРИ РЕГЕНЕРАЦИИ ОЖГОВЫХ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА КРЫСАХ

*У.В. Гусина, В.Н. Захарова, В.В. Патрошкина, И.К. Солдатов,
студенты 2 курса лечебного факультета; А.О. Буглак
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 А.О. Буглак*

Ключевые слова: ожоговая рана; репарация; изделия с микросферами; струп; грануляционная ткань; ангиогенез.

Цель исследования: изучение влияния изделий с микросферами на скорость и характер репарации термической ожоговой раны.

Материалы и методы: исследование проводилось на самцах беспородных белых крыс в возрасте 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-дневного карантина.

Животным контрольной и опытной групп на предварительно подготовленную дорсальную поверхность тела наносились термические ожоги общей площадью 225 мм² при помощи специального паяльника. В качестве наркоза применялся «Золетил-100» (8,0 мг/кг).

Крыс разделили на 2 группы, контрольную и опытную, по 6 животных в каждой. Крысы из опытной группы в постоперационный период содержались на изделиях, наполненных микросферами, а крысы из контрольной группы — на изделиях без микросфер. Данное изделие представляет собой сшитые между собой чехлы, наполненные стеклянными микросферами из аморфного диоксида кремния. Микросферы представляют собой сыпучий порошок, который состоит из полых сферических частиц. Физические свойства этого наполнителя схожи с таковыми у жидкости (обладает текучестью), поэтому он способен легко изменять свою форму. Стеклянные микросферы инертны по отношению к влаге и запахам, не создают условий для жизни и размножения клещей и насекомых. Чехлы изделия также обладают водоотталкивающими свойствами.

Забор биоптатов у экспериментальных животных осуществлялся на 7, 14, 21 сутки. 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 обезвоживали в батарее спиртов и изготавливали парафиновые блоки. Делали парафиновые срезы толщиной 5–6 мкм. Последующую окраску проводили гематоксилином и эозином. Гистологические препараты изучали под микроскопом на увеличении x100 и x400, фотографировали и описывали.

Результаты. По данным планиметрического измерения площади ожоговых ран проводившегося в течение 21 суток эксперимента установлено, что у крыс, находившихся в постоперационном периоде на изделиях с микросферами, процессы регенерации термических ожоговых ран проходили интенсивнее, по сравнению с процессами регенерации у животных контрольной группы.

Измерение площади ожоговой раны проводилась ежедневно. На 7 сутки величина ожоговой раны у контрольной группы составляла около 225 мм², а у опытной — 196 мм², сохранялся струп, а по краям раны был отмечен интенсивный рост волос. На 14 сутки экспериментального исследования площадь раны у контрольной группы сократилась до 210 мм², струп значительно подсох, по краям раны отходил от поверхности кожи. Волосы неравномерно прорастали по краям раны из-под струпа. У животных опытной группы площадь ожоговой раны была значительно меньше по сравнению с контролем — 154 мм². Волосы росли по всей поверхности раны и достигли высоты 2 мм, что свидетельствует о том, что под струпом произошла почти полная эпителизация дефекта.

На 21 сутки высота нового волосяного покрова у крыс опытной группы — 5 мм, тогда как в контроле только 3 мм. Площадь ожоговых ран опытной группы составляла в среднем 56 мм², а у контрольной группы — 72 мм², однако эти данные получены при измерении струпа и при его удалении, в опытной группе отмечена полная эпителизация, а в контроле оставался небольшой дефект в центре раны.

У крыс контрольной группы заживление термической ожоговой раны происходило с длительным сохранением струпа, поздней эпителизацией и выраженным воспалительным процессом, что привело к торможению созревания соединительной ткани. Воспалительные процессы превалировали над репаративными, грануляционная ткань длительно оставалась незрелой. У крыс опытной группы наблюдалось достаточно быстрое созревание грануляционной ткани с формированием соединительной ткани. Отмечалась более интенсивная пролиферация эпителиального слоя и быстрая десквамация струпа.

Выводы: процессы регенерации термических ожоговых ран у животных опытной группы по скорости и характеру отличаются от крыс контрольной группы, находившихся в послеоперационном периоде на изделиях, не имеющих в своем составе микросферы. Это можно объяснить свойствами микросфер, которые оказывают непосредственное влияние на микроциркуляцию и ангиогенез в зоне повреждения. Новообразующиеся микрососуды служат источником клеточных элементов, восполняющих регенерационный гистион, и поддерживают пролиферативный потенциал в зоне заживления.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОЛЬНЫМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I И II СТАДИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЕЁ ЛЕЧЕНИИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

*А.В. Гущина, А.В. Бузинова, П.Б. Тарутаев, студенты 6 курса лечебного факультета; Н.П. Кириленко, Н.Н. Ильина
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра поликлинической терапии
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии, фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии
Научные руководители: д.м.н, доцент Н.П. Кириленко, канд. фарм. наук Н. Н. Ильина*

Ключевые слова: фармакоэпидемиология; фармакоэкономика; гипертоническая болезнь; лекарственные средства.

Цель исследования: провести анализ фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических аспектов использования антигипертензивных препаратов (АГП) больными гипертонической болезнью I и II стадий (ГБ) при её лечении в домашних условиях.

Материалы и методы: исследовано 105 больных ГБ из 1289 онлайн-опрошенных. Оценивалась частота использования 6 групп АГП, их стоимость и ее условное разделение финансовых затрат внутри каждой группы АГП на низкую стоимость (НС), среднюю (СС) и высокую (ВС). Использовался поперечный метод эпидемиологических исследований.

Результаты. В домашних условиях каждый пятый больной ГБ не принимал АГП. Чаще всего они использовали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ; 36,2 %), реже — бета-блокаторы (ББ; 20,0 %), диуретики (17,1 %) и антагонисты рецепторов ангиотензина-II (АРА-II; 13,3 %), еще реже — фиксированные комбинации (6,7 %) и АГП центрального генеза (3,8 %) и редко — блокаторы кальциевых каналов (БКК; 1,9 %). Из группы иАПФ пациенты принимали 6 препаратов. Чаще всего (44,4 %) они использовали препарат НС Эналаприл (3,3 руб./сутки; р/с). Однако в сочетании с кратностью приема и стоимостью целесообразней принимать Лизиноприл (6,1 р/с), но его принимали только 11,1 % больных. Из группы АРА-II пациенты принимали 6 препаратов: в 42,9 % случаев — СС Лористу (6,0 р/с); НС — Лозартан (21,5 %; 4,3 р/с) и Лозап (7,1 %; 4,3 р/с); ВС — Гипосарт (14,1 р/с), Вальсакор (9,0 р/с) и Телсартан (13,5 р/с) — менее трети больных. Из группы ББ больные чаще использовали Бисопролол (42,9 %), который является препаратом НС (2,8 р/с), затем — Конкор (23,8 %; 6,2 р/с), реже — Локрен (9,5 %; 34,0 р/с); Метопролол (9,5 %; 3,4 — 6,8 р/с) и Анаприлин (9,5 %; 3,9 р/с) и редко — Небиволол (4,8 %; 18,1 р/с). Из группы мочегонных средств пациенты принимали 4 препарата, а именно показанные им препараты с НС Ин-

дапамид (55,6 %; 2,5 р/с) и Индап (5,6 %; 3,4 р/с), и не показанные им препараты Верошпирон (33,2 %) НС (5,0 р/с), и в 13,3 % случаев дорогостоящий препарат Торасемид (13,3 р/с). Из группы БКК пациенты принимали только Амлодипин (2,4 р/с). Из группы фиксированных доз АГП больные использовали не показанные им препараты – НС Лозартан плюс (42,8 %; 6,2 р/с) и СС Лористу Н (28,6 %; 10,7 р/с), реже принимали показанные им препараты с ВС Лортенза (14,4 %; 19,2 р/с) и Эгипрес (14,3 %; 28,1 р/с). Из группы АГП центрального генеза пациенты принимали препарат с ВС Допегит (50,0 %; 25,3 р/с) и с НС Моксонидин (50,0 %; 5,8 р/с).

Выводы: в домашних условиях каждый пятый больной ГБ не принимает АГП. Чаще всего больные принимают иАПФ, реже – ББ, диуретики и БРА-II, еще реже – фиксированные комбинации АГП и центрального генеза и редко – БКК. Из группы иАПФ больные использовали 6 препаратов (Эналаприл, Капотен, Каптоприл, Лизиноприл, Энап и Перинева): почти половина – препарат НС Эналаприл, тогда как целесообразней придерживаться однократного приема Лизиноприла, однако им пользуется каждый десятый пациент. Из группы АРА-II больные принимают 6 препаратов: половина – Лористу (СС) и по трети Лозартан и Лозап (НС) и Гипосарт, Вальсакор и Телсартан (ВС). Из группы ББ больные используют 6 препаратов: половина – Бисопролол (НС); препарат СС Конкор – четверть пациентов; препараты ВС Локрен и Небиволол – каждый шестой пациент; каждый пятый использует устаревшие препараты (Метопролол и Анаприлин). Из группы мочегонных средств больные принимают 4 препарата: половина – Индапамид и Индап (НС); половина – Верошпирон и Торасемид, которые им не показаны. Из группы БКК больные пользуются только Амлодипином. Из группы фиксированных доз АГП больные принимают 4 препарата: половина – Лозартан плюс (НС, но содержит гидрохлортиазид); четверть – препараты ВС (Лортенза и Эгипрес), в которых наилучшее сочетание АГП. Из группы АГП центрального генеза больные пользуются Моксинидином и Допегитом (не актуальны при лечении ГБ). По результатам фармакоэпидемиологического и фармакоэкономического анализа установлено, что в использовании больными ГБ АГП в домашних условиях имеются значительные проблемы, устранение которых повысит эффективность антигипертензивной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СКЛАДОК ПАЛЬЦЕВ РУК ПРИ МАЦЕРАЦИИ

*С.Д. Давыдов, Д.Д. Лямин, студенты 3 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра патологической физиологии

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

Ключевые слова: мацерация; складки пальцев; морфология.

Цель исследования: изучить информацию о проблеме формирования складок пальцев рук при мацерации и сопоставить литературные данные с результатами собственных наблюдений.

Материалы и методы: изучена доступная литература. Проведено экспериментальное исследование у живых лиц (первая группа наблюдения, $n = 10$) с длительным погружением пальцев рук в теплую воду. Предварительно определялся тип дактилоскопического рисунка. Во второй группе наблюдения эксперимент проводился с трупным материалом: пальцы рук ($n = 5$) и ног ($n = 5$) погружались в теплую воду на 1 день, 7 и 14 дней. Складки пальцев фотографировались. Из трупного материала готовились гистологические препараты с окраской гематоксилин-эозином.

Результаты. Проанализирована научная литература, посвященная действию водной среды на ткани человека, в которой сформировано представление, что расположение складок на пальцах везде и всегда идентично: одиночные каналы расходятся от подушечек и не пересекаются (Чангизи М. , 1930). Связано это с защитным механизмом, позволяющим улучшать сцепление пальцев, так как давление, оказываемое пальцем на поверхность, прилагается в основном подушечкой, морщинки играют роль водоотводов. Сообщается также, что складки на основательно намокших пальцах рук не формируются, если нервы в пальцах перерезаны (Чангизи М. , 1930). Следовательно, складки пальцев не должны формироваться у трупа, находящегося в водной среде. Си Чэнь (1971) считает, что пальцы сморщиваются просто из-за сужения сосудов в горячей воде. Тем не менее это не объясняет, почему складки появляются и в холодной воде и почему складки не возникают на пальцах с неработающими нервами (Цзинь-Хуа Се, 1998). Также установлено, что при длительном действии воды на кожу мертвого человека формируется набухание эпидермиса (банная рука) с последующим его отхождением (перчатки смерти). Таким образом, имеется противоречие, заключающееся в возможности образования складок на пальцах мертвого тела и невозможности их образования у живого человека с перерезанными нервами.

В нашем исследовании установлен неодинаковый морфологический рисунок складок пальцев рук в первой группе наблюдения. Наиболее часто складки располагались в виде многочисленных колец увеличивающегося диаметра с центром,

расположенным в центральной части дактилоскопического рисунка. Различия в формировании рисунков данного типа касались образования колец в виде неправильной формы окружностей, как правило, удлинённых в направлении продольной оси пальцев, а также в фрагментации кольцевидных складок разной степени выраженности. Другим вариантом строения складок являлось образование рисунка в виде множественных разнонаправленных возвышений, напоминающих вид извилин головного мозга, без какой-либо закономерности рисунка. Исследование складок на трупном материале выявили аналогичные изменения. В гистологической картине отмечено выраженное набухание эпидермиса и дермы, отслоение базального слоя кожи и шиповатого, имевшего ограниченный характер, так как имелись многочисленные небольшие очажки, спаивающие эти два слоя, несмотря на разрыхление подлежащей дермы. Соответственно указанным очажкам отмечалось уплотнение и западение эпидермиса. Данные участки соответствовали бороздам, расположенным между складками на пальцах. Увеличение продолжительности мацерации увеличивало степень разрыхления всех слоев кожи.

Выводы: в нашем исследовании не было выявлено однотипной картины складок на пальцах кожи при мацерации. Мацерация пальцев трупа показывает возможное отсутствие влияния иннервации на этот процесс, либо требует проведение дальнейших исследований. Гистологическая картина мацерированной кожи объясняет причины образования складок и западений между ними.

КОМОРБИДНОСТЬ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В РАЗВИТИИ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА

*А.Ю. Дёмина, М.А. Адыгёзал, 6 курс, лечебный факультет; Т.Е. Джулай
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.Е. Джулай

Ключевые слова: билиарный тракт; диарея; коморбидность.

Цель исследования: оценить коморбидность патологии органов пищеварения у пациентов с билиарной патологией, протекающей с синдромом диареи.

Материалы и методы: проведен анализ 75 амбулаторных карт пациентов с заболеваниями билиарного тракта (дисфункция желчевыводящих путей, хронический некалькулезный холецистит и ЖКБ на разных стадиях своего формирования), уточненными при проведении ультразвукового исследования, магнитно-резонансной или компьютерной томографии. Критерием включения их в исследование явилось наличие диареи. Все пациенты обратились в медицинское учреждение за консультацией гастроэнтеролога в течение календарного года. В их числе 58 (78 %) женщин, 17 (22 %) мужчин в возрасте от 19 до 81 года (средний возраст 44,3 года).

Диагностика диареи осуществлялась в соответствии с Римскими критериями 4-го пересмотра с числом дефекаций не менее 3-х в сутки и оценкой стула, соответствующего типам 6 и 7 по Бристольской шкале.

Результаты. Патологические состояния билиарного тракта в 33,3 % случаев были представлены дисфункцией желчевыводящих путей, в 6,0 % — хроническим некалькулезным холециститом, в 35,4 % — ЖКБ на разных стадиях (в том числе 26 % с билиарным сладжем), в 25,3 % — постхолецистэктомическим синдромом.

Анализ жалоб при обращении к гастроэнтерологу показал наличие диареи у 56 % пациентов, чередование диареи и запоров — у 44 %, абдоминальные боли различной локализации (в правом подреберье — у 42,6 %, в эпигастрии — у 37,4 %, по ходу кишечника — у 4 %, в обоих подреберьях опоясывающего характера — у 2,1 %). Дискомфорт при дефекации испытывали 4 % пациентов. Среди диспепсических жалоб преобладали горечь (41,7 %), изжога (36 %), метеоризм (34,6 %), тошнота (25,3 %), несколько реже отмечались отрыжка воздухом (13,2 %), кислая регургитация (6,7 %), снижение аппетита, неприятный привкус и сухость во рту (по 5,3 %).

Кожные покровы и слизистые имели обычную окраску и влажность в 93,5 % случаев, в единичных наблюдениях отмечена субиктеричность кожи и склер. Осмотр языка в абсолютном большинстве случаев (85,3 %) выявил налет разной степени выраженности. Пальпаторная болезненность живота одновременно в эпигастрии и правом подреберье имела место у 33,7 %, реже (13,8 % наблюдений) выявлена только в эпигастрии. Болезненность по ходу кишечника определялась

преимущественно в подвздошной области (у 10,7 % пациентов), в околопупочной области и левом подреберье (по 2,9 %). В трети случаев пальпация живота во всех его отделах была безболезненной.

Лабораторные тесты не имели отклонений от нормы, только у 5,3 % пациентов был повышен общий билирубин.

Среди сопутствующей патологии эзофагогастродуоденальной зоны выявлены различные формы хронического гастрита у 30,7 % пациентов, хронического гастродуоденита — у 18,7 %, рефлюкс-эзофагита на фоне недостаточности кардии и диафрагмальной грыжи — у 21,3 %, дуоденогастральный рефлюкс, выявленный в процессе эндоскопического исследования, имел место у 9,3 % пациентов.

По данным КТ и УЗИ органов брюшной полости у 44,3 % обследованных диагностирован хронический холецистит, в 16,0 % случаях имели место признаки липоматоза поджелудочной железы, а в 17,3 % — жирового гепатоза. При этом в 13,3 % наблюдений выявлена аномалия формы желчного пузыря, в 10,8 % — мелкие (диаметром 2–4 мм) пристеночные полиповидные образования желчного пузыря. Также регистрировались единичные кисты и гемангиомы печени.

В числе иной патологии у 9,3 % обратившихся пациентов диагностирован синдром раздраженного кишечника, а также патология почек — правосторонний нефроптоз и нефролитиаз (по 2,7 %).

Выводы: у пациентов с патологическими состояниями билиарного тракта нередким симптомом является диарея или чередование диареи и запоров. При этом высока также частота воспалительных заболеваний эзофагогастродуоденальной зоны — хронического гастрита, гастродуоденита и рефлюкс-эзофагита, а также жирового гепатоза и липоматоза поджелудочной железы. Диарейный синдром по своим характеристикам в большей степени ассоциирован с этими коморбидными сочетаниями, формирующими билиарную недостаточность пищеварения, и имеет черты хологенной диареи.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

*А.А. Денищик, студентка 4 курса лечебного факультета
УО Гродненский ГМУ, г. Гродно, Республика Беларусь
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель: к. м. н., доцент Г.И. Заборовский*

Ключевые слова: преждевременные роды; осложнения беременности; кесарево сечение.

Цель исследования: выявить особенности течения беременности и родов, начавшихся преждевременно, и определить значимость осложнений во время беременности в наступлении преждевременных родов (ПР).

Материалы и методы: для исследования отобраны 73 истории родов женщин в возрасте от 18 до 38 лет, родоразрешенных на сроках гестации от 24 до 36 недель в наблюдательных и родильных отделениях учреждений здравоохранения г. Гродно. Обработка данных была осуществлена с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel.

Результаты. Средний возраст женщин с ПР составил $26,9 \pm 1,0$ год. Тем не менее 30,1 % беременных были старше 30 лет. У 2,7 % возрастных первородящих женщин беременность закончилась антенатальной гибелью плода.

Процентное отношение повторнородящих женщин в исследуемой группе составило 54,8 %. При этом у 41,1 % беременных акушерский анамнез был отягощен по поводу неблагоприятных исходов предыдущих беременностей: самопроизвольного либо медицинского аборта до 12 недель, замершей беременности. В анамнезе у 5,5 % женщин был зарегистрирован случай предыдущих ПР.

У 19,1 % пациенток течение беременности сопровождалось острыми респираторными вирусными инфекциями, у 4,1 % наблюдалось обострение хронического пиелонефрита. При этом у 52,9 % беременных из числа тех, кто перенес острое инфекционное заболевание во время беременности, родились дети с внутриутробной инфекцией.

У 6,8 % женщин зарегистрирована угроза прерывания беременности. Выявлены единичные случаи медицинской, пищевой аллергии, обострения герпес-вирусной инфекции, отеков.

Гестационная анемия легкой степени тяжести зафиксирована у 13,7 % женщин. Причиной данной патологии в 2,7 % случаев явились маточные кровотечения. У 1,3 % пациенток развился гестационный сахарный диабет.

У 26,1 % женщин по данным УЗИ были выявлены признаки фето-плацентарной недостаточности (ФПН): компенсированной (6,8 %), субкомпенсированной (13,7 %) и декомпенсированной формы (5,5 %), вызванной обвитием пуповины

вокруг шеи плода. При этом одна из женщин с декомпенсированной формой ФПН была курящей. Среди других осложнений — гестоз (15,1 %), гипотрофия 1–3 степени тяжести (13,7 %), гипоксия плода (10,9 %), маловодие (9,6 %), многоводие (5,6 %) и единичные случаи преэклампсии, плацентита, прогрессирующей преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, предлежания плаценты и антенатальной гибели плода. Вышеперечисленные осложнения явились причиной ПР 23,3 % пациенток.

У 76,7 % женщин причиной раннего наступления родов послужило преждевременное излитие околоплодных вод. При этом у 5,5 % пациенток наблюдался длительный безводный период (более 14 часов).

К моменту наступления родов гестационный срок 41,1 % женщин составлял от 34 до 36 нед, 53,4 % — от 28 до 30 нед, 5,5 % — от 24 до 28 нед.

Большинству пациенток (52,1 %) было проведено кесарево сечение исходя из следующих показаний: отягощенный акушерский анамнез, критическое состояние плода, многоплодная беременность, тазовое предлежание плода, слабость родовой деятельности и другие осложнения. При применении метода кесарева сечения в 26,3 % случаев имел место благоприятный перинатальный исход, состояние новорожденного оценивалось как удовлетворительное, не было выявлено асфиксии, нарушений церебрального статуса ребенка.

В ходе естественных родов зафиксировано 8,2 % случаев разрыва промежности. В послеродовом периоде у 2,7 % женщин, рожавших естественным путем, выявлен геморрой, у 1,3 % нагноились швы раны перинеальной области.

Выводы: в развитии ПР большую роль играет наличие инфекционного фактора во время беременности. Женщины, у которых беременность осложнена плацентарной недостаточностью, анемией, мало- либо многоводием, имеют большой риск наступления ПР. Предпочтительным при ПР методом родоразрешения является кесарево сечение в силу его благоприятного действия на перинатальные исходы.

ДЕТЕРМИНОЛОГИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Т.Ф. Джафаров, Н.А. Маилян, студенты 1 курса стоматологического факультета

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

Кафедра иностранных и латинского языков

Научный руководитель: старший преподаватель И.Ю. Курицына

Ключевые слова: *медицинские термины; детерминологизация; дискурс; русский язык.*

Целью исследования является выявление особенностей функционирования детерминологизированных медицинских терминов в общепринятом языке, стилистических возможностей и области употребления, а также частотности использования терминов различных подсистем медицины (анатомической/клинической номенклатур) в общественно-политическом дискурсе.

Актуальность: в последнее время для специальных единиц подъязыка медицины характерен процесс детерминологизации, когда научные термины утрачивают специализированное значение и входят в состав общеупотребительной лексики. Функционирование медицинской терминологии получило широкое распространение в устной и письменной неспециальной речи. На наш взгляд, это связано с возросшим интересом общества к медицине, здоровью, большим количеством медицинской информации в Интернете, СМИ.

Материалом для исследования послужили общеупотребительные лексические единицы, имеющие в своем составе анатомические и клинические термины. Метод контент-анализа позволил определить области функционирования детерминологизированных медицинских терминов в общеупотребительной лексике и рассмотреть новые коннотации лексем. Исследование проведено на примерах словоупотребления медицинских терминов в различных текстах общелитературного языка. Источниками исследования явились научно-популярные издания, СМИ, разговорная речь. Дефиниция медицинского термина приведена из атласа Международной анатомической номенклатуры.

Результаты. Детерминологизация — это утрата термином конститутивных свойств в связи с выходом за пределы терминологической системы и превращением в общеупотребительное слово. Детерминологизация вызывается двумя причинами: экстралингвистической (развитием науки, техники, возрастанием их роли в жизни общества, широкой пропагандой научных знаний) и внутрilingвистической, порождаемой системными изменениями языка. Детерминологизированные медицинские термины определенных групп переходят в просторечие путем метафорического употребления.

В ходе проведенного исследования было изучено 75 детерминологизированных медицинских терминов, которые были зафиксированы в общеупотребитель-

ной лексике различных сфер функционирования русского языка. Самыми частотными (53 номинации) оказались медицинские термины клинической подсистемы, обозначающие болезни и патологические состояния. Область употребления таких терминов — политический дискурс. Особенностью является употребление их в переносном значении, к примеру, «хилый организм Европы», «нравственная гигиена», «подагра нравственного мира», «вирус недоверия», «бациллы национализма» и т.д. Процесс детерминологизации повлек за собой потерю термином научной точности, обновление его семантической функции, раскрытие его стилистического потенциала. Термины анатоми-гистологической номенклатуры (22 номинации) при детерминологизации сохраняли свое терминологическое значение либо приобретали оттеночную коннотацию. Данные термины зафиксированы в названиях книг, например, «Царство костей» Джеймс Роллинс, названиях статей технической направленности: «Кости из углепластика», «Анатомия машины», «Мускулы из углепластика».

Проведенное исследование показывает функциональность использования медицинских терминов не только в одной замкнутой терминосистеме, но и в общеразговорном языке. Медицинские термины — это обычные слова со свойственными им характеристиками, которые проявляются во внутритерминологических и общезыковых парадигматических и синтагматических отношениях. В тех случаях, когда они выступают в узкопрофессиональном употреблении, их общезыковые черты, такие как многозначность, образность, экспрессивность, свойство вступать в синонимические, антонимические, омонимические отношения, скрыты. Выйдя за пределы узкопрофессионального употребления, эти слова ведут себя, как все остальные лексические единицы языка, реализуя свои скрытые свойства, актуализируя их в условиях неспециального употребления. Активность включения медицинских терминов в разговорную и художественную речь подтверждает значительную потребность языка в образовании и употреблении медицинских терминов, а в лингвистическом плане служит доказательством выхода значительной части медицинских терминов за пределы узкопрофессионального употребления и превращения их в общеупотребительные средства языка.

Выводы: медицинские термины активно употребляются в языке, функционируют в разных областях профессионального и непрофессионального общения, используются в разнообразных жанрах письменного и устного литературного языка. Все это позволяет говорить о медицинской терминологии как о большом резерве пополнения лексики современного русского языка не только номинативными, но и экспрессивно-образными лексическими единицами.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ЖИТЕЛЕЙ Г. ТВЕРИ

*Д. А. Догару, студентка 3 курса лечебного факультета; Н. В. Аполлонова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра безопасности жизнедеятельности
Научный руководитель: ассистент Н. В. Аполлонова*

Ключевые слова: микробиота; Тверь; дисбактериоз кишечника.

Согласно статистическим данным, распространенность в Российской Федерации дисбактериоза кишечника у населения составляет около 95 %. Дисбактериоз — клинико-лабораторный синдром, связанный с изменением качественного и/или количественного состава микробиоты кишечника, характеризующийся патологическим изменением состава нормальной флоры, что способствует нарушению функционирования кишечника с возможным последующим развитием метаболических и иммунологических нарушений, а также желудочно-кишечных расстройств. Дисбиоз может быть и причиной, и следствием патологии ЖКТ, но в любом случае это состояние подлежит диагностике и коррекции.

Цель исследования: определить наличие факторов риска развития дисбактериоза кишечника у жителей города Твери.

Материалы и методы: проведение анкетирования жителей г. Твери в возрасте от 18 до 40 лет, проведение статистической обработки данных, изучение и анализ данных отечественной и зарубежной литературы.

Результаты: Для определения вероятности возникновения дисбактериоза у жителей г. Твери было проведено анкетирование, в котором приняло участие 164 человека. Возраст опрошенных составил: 18–25 лет — 80,9 %, 26–32 года — 10,1 % и 33–40 лет — 9 %. В процессе анкетирования были заданы вопросы о наличии факторов риска, повышающих вероятность возникновения дисбактериоза. Выявлено, что избыточный вес встречался у 17,2 % среди опрошенных, 42 % опрошенных использовали антибиотики и/или антациды в течение последнего года, регулярно употребляют крепкие алкогольные напитки — 50 % опрошенных, курят — 33,3 %. В тоже время, 73,8 % респондентов употребляют кисломолочные продукты, 81,4 % — свежие овощи и фрукты. При ответе на вопросы о наличии диспептических симптомов: 31,7 % отмечали проблемы со стулом, 37,2 % — изжогу и метеоризм, 60,2 % — наличие кожных высыпаний.

Выводы: по результатам опроса выявлено, что у жителей г. Твери имеются факторы риска возникновения дисбактериоза кишечника. Поэтому важно учитывать, что поддержание нормальной микробиоты возможно только при хорошем физиологическом состоянии организма и сбалансированном питании. Для поддержания качественного состава микробиоты кишечника и уменьшения вероятности

возникновения дисбактериоза необходимо вести здоровый образ жизни (отказ от курения и употребления алкогольных напитков), правильно и регулярно питаться (употреблять каждый день свежие овощи и фрукты, кисломолочные продукты), не допускать бесконтрольный прием антибиотиков и других лекарственных препаратов, влияющих на состав микробиоты кишечника (антациды, слабительные средства и т.п.) без консультации со специалистами.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГА И ЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

*Д.Н. Долганова, студентка 2 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
Научный руководитель: д. ф. н., доцент В.В. Буланов*

Ключевые слова: этическая проблема; ятрогения; эмпатия; деонтология; врачебный имидж; профессиональное выгорание.

Цель исследования: оценить, как этические проблемы влияют на профессиональное здоровье стоматолога, а затем предложить комплексное решение по снижению их негативного воздействия

Материал и методы: анализ исследований по этическим причинам эмоционального выгорания врачей-стоматологов: примеры из практики стоматологов, анализ и синтез, классификация теоретического материала, абстрагирование.

Результаты. В результате исследования было установлено, что этическая проблема в данном случае представляет собой неверный моральный выбор какого-либо человека, иными словами, предпочтение им негативного отношения к целостной совокупности норм и правил поведения людей, принятой в соответствующем обществе, что осложняет выполнение этим стоматологом своих профессиональных обязанностей. Было выделено пять групп этических проблем и в результате их анализа мы пришли к выводу, что эмоциональное выгорание, к сожалению, очень распространено среди специалистов различных областей, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми, в том числе и у стоматологов. Оно проявляется в чувстве истощения, безразличия, в негативном самовосприятии, в циничном и равнодушном отношении к пациентам.

Нами предложено комплексное решение, способное противодействовать тенденции ухудшения профессионального здоровья стоматологов. Решение сформировано тремя составляющими. *Первая* — полноценный отдых, перестройка жизни таким образом, чтобы врач имел возможность уделять достаточно времени семье, друзьям, личным интересам и хобби, также рекомендуется повышать стрессоустойчивость посредством развития техники психорелаксации.

Вторая — всем сотрудникам стоматологического учреждения надо неукоснительно соблюдать следующие правила медицинской этики: проявлять одинаково уважительное отношение ко всем пациентам, избегать осуждения действий (бездействия) пациента, своих коллег, должностных лиц. Следует исключить грубое, нетактичное, неприличное отношение к пациентам, их родственникам, коллегам, не допускать шуточного обращения с пациентами и практиковать внимательное, доброе, уважительное отношение к ним.

Третья — самим пациентам стоит честно рассказывать все симптомы заболевания, подробно описывать жалобы, уважать личные границы медицинского сотрудника, быть вежливым. Необходимо вовремя приходить на прием, предупреждать об аллергии и предыдущих побочных действиях от терапии, сообщать врачу, какие препараты принимаются в настоящее время и какие препараты принимать прекратили. Если врач оставил контакты для связи, нужно уважать его время и не отвлекать понапрасну в выходные и ночью, за исключением экстренных ситуаций, в сообщениях же следует писать кратко и по делу.

Выводы: в настоящее время существует тенденция ухудшения профессионального здоровья стоматологов, их выгорания. Однако в наших силах умалить влияние на него этических проблем, если как сам врач, так и его пациенты станут придерживаться выведенных нами правил. Таким образом, врачи будут иметь силы и желание качественно лечить своих пациентов, а те, в свою очередь, сотрудничая с врачом, будут удовлетворены и процессом, и результатами лечения.

ВОЗРАСТ, ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ПРИОБРЕТЕННОЙ МУЛЬТИ- И КОМОРБИДНОСТИ В ОНЛАЙН-ПОПУЛЯЦИИ

*В.В. Долженкова, И.Г. Евпалова, студенты 6 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра поликлинической терапии

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

Ключевые слова: *возраст; ожирение; коморбидность; онлайн-популяция.*

Цель исследования: исследовать влияние возраста, избыточной массы тела и ожирения как факторов риска приобретенной терапевтической мульти- и коморбидности в онлайн-популяции.

Материалы и методы: с помощью мессенджера «WhatsApp» и сервиса «Google Формы» опрошено 1820 человек (мужчин — 34,1 %, женщин — 65,9 %; 20–29 лет — 54,4 %, 30–49 лет — 28,2 %, 50–59 лет — 10,4 % и 60 лет и старше — 7,4 %. Оценивались: пол, возраст, индекс массы тела, гипертоническая болезнь (ГБ), стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда (ПИМ), нарушения сердечного ритма (НСР), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), хронический бронхит (ХБ), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма (БА), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), язвенная болезнь (ЯБ), цирроз печени (ЦП), ревматоидный артрит (РА) и подагра.

Результаты. В онлайн-популяции чаще всего выявлялся повышенный ИТМ (27,7 %), затем — ГБ (13,8 %) и ожирение (13,6 %), реже — НСР (9,2 %) и ГЭРБ (8,6 %), еще реже — ХБ (6,6 %) и ЯБ (6,4 %), редко — ЦВЗ (4,8 %), БА (4,4 %), ХСН (3,9 %) и стенокардия (3,6 %) и еще реже — РА (2,7 %), ХОБЛ (2,0 %), ПИМ (1,9 %) и ЦП (0,9). С увеличением возраста нарастала частота регистрации ожирения (6,7 %; 13,6 %; 30,9 %; 27,3 %; $p = 0,000$ и 4,6 %; 9,3 %; 38,1 %; 39,6 %; $p = 0,000$), ГБ (2,2 %; 12,6 %; 41,8 %; и 64,2 %; $p = 0,000$), стенокардии (0,6 %; 1,2 %; 10,6 % и 29,9 %; $p = 0,000$), ПИМ (0,5 %; 0,4 %; 4,8 % и 13,4 %; $p = 0,000$), НСР (5,2 %; 9,3 %; 15,3 % и 29,1 %; $p = 0,000$), ХСН (0,6 %; 1,6 %; 10,6 % и 27,6 %; $p = 0,000$) и ЦВЗ (1,6 %; 3,5 %; 11,1 % и 23,9 %; $p = 0,000$). С увеличением ИМТ росла выявляемость ГБ (5,1 %; 4,7 %; 19,0 %; 39,5 %; 40,0 % и 66,7 %; $p = 0,000$), стенокардия (8,9 %; 6,7 %; 9,1 %; 17,4 %; 20,0 % и 33,3 %; $p = 0,000$), НСР (1,3 %; 1,3 %; 5,9 %; 11,3 %; 12,5 % и 4,8 %; $p = 0,000$), ХСН (1,3 %; 1,5 %; 4,4 %; 12,8 %; 12,5 % и 19,0 %; $p = 0,000$), ПИМ (1,3 %; 0,6 %; 2,8 %; 4,6 %; 7,5 % и 4,8 %; $p = 0,000$) и ЦВЗ (3,8 %; 2,9 %; 5,7 %; 10,8 %; 10,0 % и 9,5 %; $p = 0,000$). С ростом количества вариантов сочетаний сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) уменьшалась частота их регистрации: ГБ и стенокардия — 3,3 %; ГБ, стенокардия и НСР — 1,8 %; ГБ, стенокардия, НСР и ХСН — 1,6 %; ГБ, стенокардия, НСР, ХСН

и ПИМ — 0,8 %; ГБ, стенокардия, НСР, ХСН, ПИМ и ЦВЗ — 0,7 %; $p = 0,000$). С увеличением ИМТ росла выявляемость сочетаний от двух до пяти вариантов ССЗ ($p = 0,000-0,041$), тогда как при наличии всех шести заболеваний такового не было ($p = 0,099$). С увеличением возраста нарастала частота регистрации ХБ (3,6 %; 7,8 %; 10,6 % и 18,7 %; $p = 0,000$), ХОБЛ (0,9 %; 1,8 %; 4,2 % и 6,7 %; $p = 0,000$) и практически не изменялась частота регистрации БА (4,5 %; 4,1 %; 5,3 % и 3,7 %; $p = 0,888$). С увеличением ИМТ нарастала выявляемость БА (3,8 %; 4,5 %; 5,9 %; 7,2 %; 0,0 % и 4,8 %; $p = 0,033$), тогда как частота регистрации ХБ (6,3 %; 4,5 %; 7,9 %; 11,3 %; 20,0 % и 4,8 %; $p = 0,110$) и ХОБЛ (1,3 %; 3,1 %; 5,9 %; 7,2 %; 0,0 % и 4,4 %; $p = 0,188$) практически оставалась неизменной. Наиболее часто встречалось сочетание ХБ и ХОБЛ (1,3 %), затем — ХБ и БА (1,1 %), реже — ХОБЛ и БА (0,6 %) и еще реже — сочетание всех трех заболеваний (0,5 %). Установлена связь между мультиморбдностью ХБ и БА в зависимости от ИМТ (1,3 %; 0,9 %; 1,0 %; 4,1 %; 0,0 % и 0,0 %; $p = 0,018$). Таковой не выявлено между мультиморбдностью ХБ и ХОБЛ (1,3 %; 0,7 %; 2,2 %; 2,6 %; 0,0 и 0,0 %; $p = 0,135$), а также между мультиморбдностью ХБ, ХОБЛ и БА (1,3 %; 0,7 %; 1,0 %; 1,5 %; 0,0 % и 0,0 %; $p = 0,214$) в зависимости от ИМТ. С увеличением возраста нарастала выявляемость ГЭРБ (6,9 %; 10,7 %; 10,6 % и 9,7 %; $p = 0,047$), ЯБ (4,6 %; 7,0 %; 7,9 % и 14,9 %; $p = 0,000$) и практически не менялась частота регистрация ЦП (0,7 %; 0,6 %; 2,1 % и 1,5 %; $p = 0,142$). Нет связи между увеличением ИМТ и частотой регистрации ГЭРБ (12,7 %; 7,6 %; 8,3 %; 11,8 %; 5,0 % и 19,4 %; $p = 0,110$), ЯБ (6,3 %; 5,1 %; 7,9 %; 5,0 % и 4,8 %; $p = 0,139$) и ЦП (2,5 %; 1,3 %; 1,8 %; 3,1 %; 5,0 % и 0,0 %; $p = 0,259$) и между мультиморбдностью ГЭРБ, ЯБ и ЦП в зависимости от ИМТ (1,3 %; 0,2 %; 0,4 %; 1,0 %; 0,0 % и 0,0 %; $p = 0,462$). С увеличением возраста и ИМТ нарастала частота регистрации РА (0,7 %; 2,3 %; 6,9 %; 13,4 % и 1,3 %; 1,4 %; 2,8 %; 6,7 %; 10,0 % и 14,3 %; все $p = 0,000$) и подагры (1,9 %; 0,7 %; 1,9 %; 5,3 % и 1,3 %; 0,9 %; 2,0 %; 6,2 %; 2,5 % и 9,5 %; все $p = 0,000$). Нет связи между мультиморбдностью РА и подагры в зависимости от ИМТ (1,3 %; 0,2 %; 0,4 %; 1,5 %; 0,0 % и 0,0 %; $p = 0,159$).

Выводы: в онлайн-популяции с увеличением возраста и ИМТ растет выявляемость заболеваний сердечно-сосудистой системы, пищеварительной системы, органов дыхания и суставов. Следует проводить коррекцию избыточной массы тела и ожирения с целью профилактики мульти- и коморбидности заболеваний внутренних органов.

УРОВЕНЬ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ У СТУДЕНТОВ ТВЕРСКОГО ГМУ

А.С. Домрачева, С.К. Зиньковская, студенты 5 курса педиатрического 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: личностная тревожность; психологические защиты; адаптация; студенты.

Цель исследования: исследование показателей уровня личностной тревожности и механизмов психологических защит у студентов Тверского ГМУ.

Материалы и методы: исследование проводилось в период 2022–2023 учебного года на среди студентов 1–6 курсов ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России. Объем исследовательской выборки составил 93 человека. Средний возраст исследуемых $20,6 \pm 2,6$ лет ($18,8 \pm 1,6$ лет и $21,8 \pm 1,2$ лет у младших и у старших курсов, соответственно). Для определения преобладающего механизма психологической защиты использовался тест-опросник «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Г. Конте, 1979). Уровень личностной тревожности измерялся с помощью Шкалы тревоги Спилбергера — Ханина в модификации Ю. Л. Ханина (1976).

Результаты. Анализ результатов оценки уровня личностной тревожности среди всех респондентов показал наличие высокого уровня тревожности у 57 % студентов и составил $57,5 \pm 6,7$ баллов. Средний уровень тревожности был выявлен у 36,6 % респондентов и составил $39,2 \pm 5,1$ баллов. Меньше всего оказалось лиц с низким уровнем тревожности — 6,4 % со средним баллом $26,2 \pm 2,7$. При этом высокий уровень личностной тревожности у студентов младших курсов был выявлен в 50 % случаев ($58,95 \pm 1,5$ баллов), а в группе старших курсов в 62 % ($56,45 \pm 1,25$ баллов) случаев. Средний уровень личностной тревожности выявлен у 42,5 % ($37,65 \pm 1,35$ баллов) и 32 % ($41 \pm 1,2$ балл) опрошенных, соответственно.

У студентов со средним уровнем личностной тревожности среди преобладающих механизмов психологической защиты превалировало отрицание, в то время как у лиц с высоким уровнем личностной тревожности — регрессия ($38,41 \pm 2,55$ и $45,19 \pm 2,57$, $p < 0,001$). В группе студентов младших курсов с высоким уровнем личностной тревожности достоверно ($p < 0,05$) преобладали регрессия ($49,35 \pm 3,29$), компенсация ($43,1 \pm 4,83$) и проекция ($41,65 \pm 4,33$). У старшекурсников с высоким уровнем тревожности наиболее выраженными защитными механизмами явились проекция ($42,19 \pm 3,75$), регрессия ($41,42 \pm 3,77$), рационализация ($39,45 \pm 3,28$). Достоверные различия при сравнительном изучении респондентов с высокой личностной тревожностью получены по представленности

защитных механизмов регрессии и отрицания ($p < 0,05$), средние показатели которых значимо выше у студентов младших курсов ($49,35 \pm 3,29$ и $37,1 \pm 4,9$) по сравнению со старшекурсниками ($41,42 \pm 3,77$ и $24,55 \pm 3,31$) соответственно. При анализе показателя регрессии у всей выборки выявлены достоверные ($p < 0,001$) различия между студентами с высоким ($45,19 \pm 2,57$) и средним уровнем личностной тревожности ($31,5 \pm 2,74$). У всех респондентов вне зависимости от выраженности личностной тревожности на последнем месте по уровню выраженности защитных механизмов были такие, как гиперкомпенсация ($18,79 \pm 2,72$) и замещение ($16,18 \pm 1,92$). Следует отметить, что при большой вариабельности уровней различных психологических защит общая напряженность всех защит имела нормативные значения ($33,74 \pm 1,16$).

Выводы: таким образом, в исследуемой выборке в наибольшем количестве представлены респонденты с высоким и средним уровнем личностной тревожности.

Для студентов с высоким уровнем тревожности более характерно использование защитного механизма регрессии, при котором человек бессознательно прибегает к более ранним и менее зрелым образцам поведения, которые кажутся ему гарантирующими защиту и безопасность, когда тревожащих стимулов не было, что находит свое выражение в инфантильности, прокрастинации, и, как следствие, в усилении тревоги. Коррекция выявленных дезадаптивных когнитивно-поведенческих паттернов требует разработки и внедрения комплексных программ сопровождения и помощи в адаптации студентов ТвГМУ с учетом их личностных особенностей (лекции соответствующей тематики, специально организованные практические занятия, тренинги).

ОБЗОР МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ДИСФУНКЦИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Е.В. Дорофеев¹, М.А. Анашкина¹, студенты 5 курса стоматологического факультета; О.С. Маскалёва²

¹ – Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь

*² — ГУЗ «Гомельская центральная городская стоматологическая поликлиника» филиал № 3 (детское отделение), г. Гомель, Республика Беларусь
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии с курсом ФПК и ПК
Научный руководитель: к.м.н., доцент С.А. Кабанова*

Ключевые слова: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава; диагностика; МРТ; ТРГ.

Диагностика дисфункций височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) крайне затруднительна, особенно у стоматологов с небольшим опытом работы, так как клиническая картина заболевания смазана, есть сложности в проведении дифференциальной диагностики, боль может долго не проявляться, а нарушения усугубляются. В современной стоматологии имеется множество методов обследования и нет четкой схемы диагностики патологии ВНЧС, в результате чего возникают ошибки в постановке диагноза.

Цель исследования: изучить современные литературные данные о методах диагностики, используемых в стоматологии для выявления на ранних стадиях дисфункции ВНЧС.

Материал и методы: на основании анализа 63 отечественных и зарубежных литературных источников за последние годы проведена оценка современных методов диагностики дисфункций ВНЧС.

Результаты. Диагностика дисфункции ВНЧС сложна. Для стоматологов разработан и используется алгоритм обследования пациентов на базе сокращенного («Гамбургского») обследования ВНЧС. Диагностические признаки анализируются с помощью анкеты, по результатам которой можно предварительно разделить пациентов на группы «здоров», «болен» и «группа риска». При объективном обследовании необходимыми для установления диагноза дисфункции ВНЧС являются его пальпация и аускультация, однако известно, что врачи-стоматологи не всегда используют эти методы. При анализе медицинских документов обследования военнослужащих в Санкт-Петербурге (2016) А. К. Иорданишвили и А. А. Сериков выявили, что пальпация мышц при парафункциях проводилась в 90,91 % случаев, а аускультация ВНЧС — в 57,57 %. Часто развитию дисфункции ВНЧС способствуют врожденные или приобретенные асимметрии лицевого скелета. Диагностика такой патологии проводится при помощи телерентгенографии (ТРГ) в прямой и боковых проекциях. Так, А.В. Московский с соавт. (2015) при обследовании

довании пациентов, имеющих признаки ранних симптомов дисфункции, но не предъявляющих жалоб на боль в области ВНЧС, пришли к выводу, что у 72 % обследованных, по данным ТРГ в прямой проекции, отмечалась асимметрия лицевого скелета, связанная с зубочелюстными аномалиями. Р. Славичек (2008) предложил для ранней диагностики дисфункций ВНЧС регистрацию суставного пути относительно шарнирной оси. Сущность методики заключается в том, что регистрируются и обрабатываются показатели движений нижней челюсти в трехмерном пространстве с учетом времени, затраченного на перемещение. При помощи математического анализа преобразовываются данные, проводится программирование любого типа артикуляторов для точной имитации движений нижней челюсти. В данный момент метод используется для проведения электронной кондилографии. Результаты оценки траектории позволяют определить патологию и вовремя начать лечение. П. Е. Доусон (2016) предлагает фиксировать зубной ряд на восковых пластинах для того, чтобы определять окклюзионные нарушения, в результате которых произошла дисфункция ВНЧС, и при помощи реставраций, коронок, ортодонтического лечения улучшать жизнь пациента. Е. Н. Жулев с соавт. (2015) для ранней диагностики начальных симптомов дисфункции ВНЧС разработали компьютерную систему определения вероятности развития дисфункции ВНЧС и жевательных мышц. В программе регистрируются результаты обследования пациентов, инфракрасной термографии ВНЧС и жевательных мышц, электромиографии (ЭМГ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ультразвукового исследования (УЗ). МРТ — «золотой стандарт» при визуализации мягкотканых структур, т.к. ВНЧС является мягкотканым органом. Многие авторы сделали вывод, что немаловажную роль в нарушениях функции сустава и гипертонуса жевательных мышц играет психогенная природа, а именно хронический эмоциональный стресс. По данным S.F. Kothari et al. (2017), у 96,6 % пациентов с дисфункцией ВНЧС имеются один или несколько признаков психосоциального дистресса.

Выводы: методы диагностики дисфункции ВНЧС постоянно совершенствуются. Для качественного лечения больных необходимо выявить патологию на ранней стадии с помощью проведения полного обследования современными методами диагностики и при взаимодействии со специалистами других направлений.

АССИМИЛЯЦИЯ КАК ПРИЧИНА НЕПОЛНОГО ПОНИМАНИЯ ИНОСТРАННЫМИ КУРСАНТАМИ ЗНАЧЕНИЙ АНГЛОЯЗЫЧНЫХ ЗАИМСТВОВАНИЙ

*Н. Дуб, курсант 2 курса специального факультета;
Военная академия воздушно-космической обороны
им. Маршала Советского Союза Г.К. Жукова, г. Тверь, Россия
Кафедра русского языка
Научный руководитель: преподаватель Е.Э. Кравчук*

Ключевые слова: заимствование; англицизм; ассимиляция; язык-рецептор; язык-донор.

На занятиях по русскому языку как иностранному в условиях ограниченного времени преподаватель, как правило, уделяет внимание разбору общеупотребительных слов, а не анализу лексики, отображающей тенденции развития современной русской культуры. Однако грамотное употребление слов, связанных с возникновением и распространением новых музыкальных, театральных, литературных и других веяний в искусстве России, дает возможность людям, приехавшим из-за границы, вести беседы на разные темы с русскоговорящим населением и позволяет быстрее социализироваться в российском обществе.

В работе мы рассмотрим англицизмы, появившиеся в русском языке в последние два десятилетия, и проанализируем, как трансформируются их значения и какие возникают проблемы у иностранных курсантов при интерпретации англоязычных заимствований.

Нами рассматривается понятие англицизмов в узком и широком значениях, а также этапы процесса заимствования. Исходя из узкого понимания термина, англицизмами называют «слова исконной английской лексики».

Сторонники широкого подхода относят к категории англицизмов слова из американского, австралийского, индийского и других вариантов английского языка. Англицизмом в таком случае считается лексическое заимствование, источником которого является язык, а не языковой ареал с его национальными или этническими особенностями.

Материалы и методы: в ходе проведения научной работы мы опирались на труды И.В. Горбуновой, по словам которой на первой стадии слово вводится в другой язык в виде транспланта. На втором этапе происходит трансформация англоязычного вкрапления в транслитерированное или транскрибированное заимствование. На третьем этапе заимствование подвергается грамматической и лексико-семантической ассимиляции, закрепляясь в языке и становясь полноправным элементом системы.

С.В. Мухин называет в качестве ещё одной характеристики семантической ассимиляции изменение сочетаемости заимствуемой единицы. В числе признаков

семантической ассимиляции исследователь отмечает вхождение заимствования в определенное семантическое поле и установление с другими языковыми единицами системных отношений.

Наряду с фонетической, графической, грамматической и семантической С.В. Мухин отдельно выделяет морфологическую ассимиляцию, которая заключается в перестройке морфемной структуры слова. Морфологически сложное заимствованное слово при переходе в принимающий язык подвергается опрощению и воспринимается в этом языке как простое и непроемное.

Результаты. Как мы видим, процесс заимствования описывается лингвистами по-разному. Однако большинство исследователей сходится во мнении, что одним из завершающих этапов освоения заимствованного слова в языке-рецепторе является семантическая ассимиляция.

Выводы: вследствие семантической ассимиляции происходит расхождение значений слов в принимающем языке и языке-доноре. Это приводит к появлению вопросов у обучающихся о том, как и почему трансформировалось значение англицизма. О разнице значений двух англицизмов могут говорить и их грамматические характеристики. Пройдя графическую и грамматическую ассимиляцию, слова могут трансформироваться, приобрести признаки, свойственные словам принимающего языка. Непонимание англицизмов ведет к употреблению их в неправильных контекстах и грамматических формах, что может нарушить коммуникацию.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

*Н.С. Евдокимов, студент 6 курса лечебного факультета;
Е.В. Плигина, Е.В. Семелева
ФГБОУ ВО МГУ им. Н. П. Огарёва, г. Саранск, Россия
Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения
Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель Е.В. Плигина*

Ключевые слова: COVID-19; эпидемиологическая ситуация; заболеваемость; Республика Мордовия.

В настоящий момент мир переживает пандемию нового вирусного заболевания COVID-19, обусловленного обнаруженным в декабре 2019 г. новым штаммом коронавируса SARS-CoV-2. Активная мутация вируса и появление новых штаммов, экономическое бремя инфекции и некоторые социальные факторы способствуют увеличению числа неблагоприятных клинических исходов. В связи с этим анализ эпидемиологической ситуации представляется весьма актуальным и значимым для оптимального планирования ресурсов медицинских организаций, оказывающих помощь пациентам с коронавирусной болезнью.

Цель исследования: анализ эпидемиологической особенности новой коронавирусной инфекции COVID-19 в Республике Мордовия за период 2020-2021 г.г. и прогнозирование ее распространения.

Материал и методы: в данной работе использованы статистические данные Мордовиястат (территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Мордовия) за период наблюдения.

Результаты. За 2021 г. в Республике Мордовия зарегистрировано 26895 случаев заболевших коронавирусной инфекцией, что на 13406 пациентов больше, чем в 2020 г. (2020 г. — 13 489 чел.). Прирост показателя заболеваемости в 2021 г. по сравнению с 2020 г. составил — 49,8 %. Число случаев заболевших детей коронавирусной инфекцией уменьшилось на 7,6 % и составило в 2021 г. 928 случаев (2020 г. — 1004 случая). Наиболее часто в 2020 г. COVID-19 регистрировали у лиц возрастных групп 50–64 года и 30–49 лет — 35,6 % и 34,2 % соответственно. Значительный удельный вес имели пациенты в возрасте 65 лет и старше — 19,6 %. Пациенты 18–29 лет составили 10,6 % от общей численности лиц, заболевших COVID-19. В 2021 г. высокий удельный вес возрастной группы 50–64 года и 30–49 лет — 32,5 % и 30,1 % соответственно. Удельный вес возрастной группы 18–29 лет также был высоким — 23,8 %. Пациенты в возрасте 65 лет и старше составили 13,7 %. Возрастная структура заболевших COVID-19 детей в 2020 г. характеризовалась превалированием пациентов в возрасте 7–14 лет (44,3 %) и в возрасте 15–17 лет (29,7 %). В 2021 г. значительный удельный вес имели пациенты в возрасте 15–17 лет и 7–14 лет — 42 % и 38 % соответственно. Остальные группы

пациентов в возрастной структуре заболевших COVID-19 имели значительно меньший удельный вес. Среди заболевших COVID-19 в 2020 г. преобладали женщины, чей удельный вес составил 60,9 %, тогда как мужчин — 39,1 %. В 2021 году возрастная структура всех заболевших COVID-19 характеризуется преобладанием женщин — 54,2 %, тогда как мужчины заболевали в 45,8 % случаев. Установлено, что заболеваемость COVID-19 превалирует среди рабочих (удельный вес заболевших в 2021 г. уменьшился на 3,3 % и составил 35,1 %). Уровень заболеваемости COVID-19 среди пенсионеров увеличился на 3,4 % с 27 % в 2020 г., до 30,4 % в 2021 г. Значительный процент заболевших приходится на контингент «другие», который представлен другими сферами деятельности, а именно бизнесом, образованием, наукой, торговлей, производством, транспортом, безработными и др. (удельный вес заболевших в 2021 г. увеличился на 12,9 % и составил 26,7 %). В медицинских организациях среди работающих удельный вес заболевших уменьшился на 5,7 % и составил в 2021 г. 3 %. За анализируемый период заболеваемость COVID-19 среди учащихся снизилась на 4,1 % и составила 26,7 %. В структуре клинических проявлений преобладают ОРВИ. Так, удельный вес заболевших увеличился на 20,8 % и составил в 2021 г. 57,9 %. На бессимптомные формы приходилось в 2020 г. 28,8 %, имеется тенденция к снижению на 7,4 %. Бессимптомные формы представляют наибольшую эпидемиологическую опасность, особенно в семейных очагах. Доля внебольничных пневмоний уменьшилась на 14 % и составила в 2021 г. 20,7 %. За анализируемый период отмечается рост показателя смертности от новой коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19, на 350 человек (с 1433 до 1783 человек или с 182,6 на 100 тыс. населения до 230,3 на 100 тыс. населения). Коллективный иммунитет по Республике Мордовия в 2021 г. составил 62,6 % (по РФ — 57,8 %).

Выводы: таким образом, в эпоху COVID-19 медицинскому сообществу необходимо адаптировать стратегию и тактику, применять новые технологии и активно взаимодействовать с пациентами и населением.

ПРОБЛЕМА ДЕГРАДАЦИИ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА И ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

*А.Н. Ежина, В.Д. Лютоева, студенты 2 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

*Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В.В. Буланов*

Ключевые слова: деградация; последний человек; цифровая революция; социальная сеть; психологическое здоровье.

Цель исследования: оценить, как закономерности деградации современного человека проявляются в зависимости от пребывания в социальных сетях, и предложить решение по смягчению данной проблемы.

Материал и методы: философские труды Ф.И. Гиренка, Ф. Ницше и Э. Фромма, статистические данные; анализ и синтез, классификация теоретического материала, абстрагирование.

Результаты. В результате исследования было установлено, что пророчество Ф. Ницше о возможном приближении эпохи «последнего человека» в XX — начале XXI века приблизилось к своей реализации, так как сейчас идёт масштабный процесс деградации современного человека, негативно сказывающийся на его психологическом здоровье. Об этом свидетельствует то, что в начале XXI века для большинства людей привычным является девальвация моральных и нравственных ценностей, упрощение жизни, вплоть до тотальной автоматизации.

Выводы: если исходить из утверждения Ф. Ницше, что «последний человек» — тупик эволюции, и учесть размышления Э. Фромма и Ф.И. Гиренка о тенденциях эволюции современных людей, то становится очевидным, что мы все стремительно приближаемся к этому тупику, все более впадая в личностную деградацию. При личностной деградации человека в его деятельности всё упрощается и автоматизируется. Можно выделить три аспекта личностной деградации человека — духовный, нравственный и психический. Личностная деградация человека в современном обществе уже стала глобальной проблемой. Причиной тому стала победа цифровой революции, которая привела к зависимости многих людей от желания пребывать в социальных сетях. Есть все основания приравнять желание постоянно находиться в социальных сетях к игровой или даже наркотической зависимости. Такая зависимость вредна для психологического здоровья, особенно подростков и инфантильных молодых людей, так как ради своего самовыражения, привлечения внимания к своей

личности они легко впадают в зависимость от чуждого мнения, так как постоянно стремятся к одобрению своих действий со стороны. Также постоянное пребывание в социальных сетях может вызвать социальное угнетение пользова-

телей, ведь оно заставляет соответствовать общепринятому стандарту, сравнивать себя с другими и как следствие может спровоцировать психический кризис.

Длительное пребывание подростка или молодого человека в социальной сети во многом вызвано его неумением полноценно общаться, причем как со сверстниками, так и с представителями старшего поколения.

Помочь предотвратить дальнейшую деградацию современного человека в России могут меры государства по активизации и пропаганде деятельности культурно-досуговых учреждений. Примером такого учреждения является КДУ, функционирующее на базе тверского Дворца культуры «Пролетарка». Ведь виды его деятельности разнообразны и нацелены на создание условий для формирования и удовлетворения культурных запросов и духовных потребностей, для реализации творческого потенциала людей.

Деградация личности человека из пророчества Ф. Ницше теперь, после победы цифровой революции, стала актуальной проблемой. Для предотвращения дальнейшей личностной деградации современного человека необходимо противодействовать зависимости от пребывания в социальных сетях. В России этому можно содействовать посредством принятия государством мер по активизации и пропаганде деятельности культурно-досуговых учреждений.

ОТРАЖЕНИЕ ЖИЗНИ И БЫТА АНТИЧНОСТИ В АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

А.В. Ерпылев, З.Б. Гусейнов, студенты 1 курса стоматологического факультета

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

Кафедра иностранных и латинского языков

Научный руководитель: старший преподаватель И.Ю. Курицына

Ключевые слова: анатомическая терминология; визуальная метафоризация; предметы быта; номинация элементов; этнография; антропонимизация.

Цель исследования: рассмотрение сходства предметов быта с анатомическими наименованиями, изучение и классификация семантических полей, лежащих в основе формирования анатомического термина.

Актуальность: основой тенденций метафорического образования терминов в сфере медицины является антропонимизация — наименование анатомических структур и образований общеупотребительными словами, связанными с человеком, с различными областями его жизни. Медицинские термины красочны, образны, поэтичны, многие из них имеют интересную историю появления.

Материалы и методы исследования: при выполнении данной работы использовались методы сопоставительного, этимологического, концептуального анализа на материале сформированного лексического минимума, являющегося общим для студентов лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов. Источником материала послужили данные «Атласа анатомии человека» Р. Д. Синельникова, Я. Р. Синельникова (1989). Метод анализа визуального материала позволил более детально находить сходства объектов.

Результаты. Исследуемая группа медицинских терминов-метафор является многочисленной. Большинство из них были созданы античными греческими и римскими анатомами, которые для названия структур использовали описательный метод. Основой создания подобных определений в анатомии служил принцип аналогии, принцип сходства анатомического образования с предметами окружающего мира, природой, ландшафтом, животным и растительным миром. Особую группу анатомических терминов представляют этнографические номинации. Это могли быть предметы быта, жилище, орудия труда, музыкальные инструменты, одежда, деревья и др. Анатомическим структурам присваивали названия, которые были внешне похожими на объекты живой или неживой природы.

Фундаментальным свойством анатомической терминологии, в отличие от других подсистем медицины, является статическое отображение исследуемых объектов. Это обусловлено тем, что изначально анатомия изучала тело мертвого человека (труп, органы, отдельные их части). Динамическая составляющая, присущая живому организму, оставалась на «периферии» познания. Вследствие этого особенностью

номинации в анатомии является выделение преимущественно статических признаков, сопоставленных с анатомическим строением человека: положением, размером, формой, цветом, пропорциями анатомических образований и их составных частей.

В процессе исследования были выделены основные источники образования анатомических терминов-метафор:

Семантическое поле артефактов, которое является наиболее продуктивным и детально разработанным:

Орудия труда и предметы быта: молоточек, наковальня, серп мозжечка, лимфатический сосуд, надколенная чашечка.

Одежда и её детали: жировая ткань, плечевой пояс, подкожная сумка, суставной карман, межносовой шов.

Строения и их элементы: ворота печени, преддверие рта, купол перикарда, позвоночный столб, костный лабиринт, водопровод канальца улитки.

Оружие и снаряжение, названия элементов конской сбруи и старинного снаряжения: турецкое седло, стремечной нерв, уздечка нижней губы, птичья шпора.

Геометрические фигуры: сонный треугольник, артериальный конус, пирамида продолговатого мозга, венозный синусоид, кубовидная кость, ромбовидный мозг, шаровидная полость, трапециевидная мышца, эллипсоидный сустав.

Музыкальные инструменты и их признаки: барабанная струна, вокальная губа.

Семантическое поле элементов ландшафта: слуховое поле, запирающий канал, устье полой вены, лицевой холмик, ямка вертлужной впадины. Среди них преобладают названия естественных компонентов ландшафта, что может свидетельствовать о концептуализации человеческого организма как естественного объекта, на формирование которого сам человек не может оказать решающего влияния.

Семантическое поле элементов флоры, так называемые флористические метафоры, в числе которых функционируют все основные части растения, отражающие стадии его развития: корень лёгкого, ветвь аорты, кора почки, луковица глаза, яремный ствол, зародышевый листок, утробный плод. Подобный “комплексный” перенос позволяет говорить о концептуализации человеческого организма как части природы, биосистемы.

Семантическое поле частей тела животных, так называемые зооморфные метафоры: крыло сошника, хвост поджелудочной железы, копчиковый рог, петушиный гребень, носовая раковина, затылочная чешуя.

Выводы: в исследовании была осуществлена попытка найти логическое обоснование анатомических терминов, в которых отражена этимология античного мира, связанная с бытом и жизнью. Проведенное исследование доказывает существование лингвистических параллелей между разными языками мира, подтверждает неопределимую важность и неизмеримую роль латинского языка. Результаты работы могут быть применены в профессиональной подготовке специалистов-медиков различного профиля, в решении вопроса преодоления трудностей при изучении анатомической терминологии.

КОСТЬ, ОТКРЫТАЯ ВЕЛИКИМ ПОЭТОМ И.В. ГЁТЕ

*Г.Д. Ефременко, студент 1 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра иностранных и латинского языков
Научный руководитель: к.ф.н., доцент Е.В. Виноградова*

Ключевые слова: предчелюстная кость; резцовая кость; И.В. Гёте; Ч. Дарвин; эволюционное учение.

Цель исследования: доказать ценность вклада И.В. Гёте в область естественных наук.

Материалы и методы: результаты получены в рамках сопоставительного анализа исследованной литературы.

Результаты. Март 1784 года ознаменован невероятным событием: великий поэт Иоганн Вольфганг Гете совершил значимое открытие в области анатомии — описал у человека предчелюстную кость. Предчелюстная кость (или premaxilla) является парной маленькой черепной костью, расположенной на самом конце верхней челюсти большинства животных, зачастую на ней также находятся зубы. Эта кость является эмбриональной, у взрослых людей не встречается. Кость, открытую великим поэтом, мы можем с лёгкостью найти у себя — ориентиром служат четыре верхних резца, которые прикреплены именно к предчелюстной кости Гёте (с этим связано официальное название кости, которое дали впоследствии — «резцовая кость»). Сложно в это поверить, но анатомы до Гете действительно не заметили данную кость, хотя она была у них под носом и имела достаточно крупные размеры (2–3 см). Увлечение анатомией для Гете не было случайным. Занимая очень высокий чиновнический пост при дворе Карла-Августа, герцога Саксен-Веймарского и Эйзенахского, И. В. Гете среди многочисленных своих обязанностей отвечал и за университет в Йене, всемирно известный научный центр Европы тех времен. «Учителем» в анатомии для И.В. Гете стал Юстус Христиан Лодер — лейб-медик императора Александра I, который преподавал в Йенском университете многие медицинские науки, в том числе и анатомию. Преподавание анатомии Гете началось в 1781 году, а уже через 3 года одаренный ученик вносит весомый вклад в область анатомических знаний. Иоганн Вольфганг Гете 27 марта 1784 года пишет проникнутое экзальтацией письмо своему близкому другу и знаменитому философу Иоганну Гердеру, в котором делится своим радостным открытием: «Я должен самым срочным образом сообщить тебе о счастье, выпавшем на мою долю. Я нашел не золото или серебро, а то, что доставляет мне невыразимую радость — межчелюстную кость у человека! Я сравнивал с Лодером человеческие и животные черепа, напал на след, и вот она передо мною». Однако стоит заметить, что открытие Гёте заключается не в том, что он обнаружил новую кость, которая

была скрыта пеленой незнания от других, а в том, что он смог доказать ее самостоятельность, ведь анатомы расценивали предчелюстную кость как элемент большой верхнечелюстной кости. Колоссальное значение данное открытие представляет для биологии: многие учёные считают, что именно оно дало мощный импульс развитию эволюционной теории Ч. Дарвина. У животных, в сравнении с человеком, предчелюстная кость отделена от верхней челюсти, что являлось, по мнению анатомов, доказательством «особой природы» человека, обособляющим его от мира животных. Принцип мироздания представлялся иным для Гёте, и он считал, что все сотворено по общему плану, каждая «деталь» «первичного костного (остеологический) типа» имеется как у животных, так и у человека. Подтверждение этому отражалось в наблюдениях: при сравнении скелетов разных млекопитающих и человека, для любой кости животного находили аналогичную и у человека, отличавшуюся по размерам и форме. Их аналогичность акцентировала единый принцип построения скелета, и противоречило ему только отсутствие межчелюстной кости у человека. Изучив внимательно черепа животных и человека, заметив их развитие у разных эмбрионов, в том числе и человека, Гете смог доказать самостоятельность кости: в процессе эмбриогенеза у людей происходит срастание ее с верхней челюстью. Интересно заметить, что на базе данных сравнений было построено дарвиновское эволюционное древо, на котором одни виды животных превращались в другие, а приматы — предки человека. Иное объяснение данного многообразия форм было у Гёте: метаморфозы — «превращения первичного типа в разных животных», в том числе в обезьяну и в человека, однако великий поэт даже не мог предполагать, что некий вид приматов превратится однажды в *Homo sapiens*, а также, что один вид животных может превращаться в другой вид. У Ч. Дарвина это является важнейшим аспектом эволюции, который обеспечивает появление новых видов — однако это все еще остаётся только гипотезой.

Выводы: И.В. Гете, будучи гениальным поэтом, внес вклад в развитие эволюционного учения.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА КРЫС В РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

*Л.Д. Жучкова, М.А. Бибикова, Е.А. Ковзович, студенты 3 курса педиатрического факультета; Р.С. Сосновский, студент 3 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра патологической физиологии
Научные руководители: к.п.н., доцент А.В. Аксёнова, ассистент М.В. Черноруцкий*

Ключевые слова: хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ); неврологический статус; мышечный тонус.

Цель исследования: изучить влияние различных режимов употребления алкоголя на мышечный тонус и неврологический статус крыс.

Материалы и методы: в зависимости от режима хронической алкогольной интоксикации животные были разделены на несколько групп: I (n = 8) — получали 10 % раствор этанола в качестве единственного источника жидкости в свободном доступе в течение 30 дней (ХАИ^{10%} — 30); II (n = 8) — получали 25 % раствор этанола в дозе 3,5 г/кг 2 раза в сутки в режиме прерывистой алкогольной интоксикации с 4-дневным периодом введения этанола — 3 суток введение эквивалентных количеств воды, 4 повтора циклов 4 (ПАИ — 4^{25%}); III (n = 8) — ежедневное принудительное употребление 40 % раствора этанола в дозе 2,5 г/кг 30 дней (ХАИ^{40%} — 30); IV контрольная группа (n = 10) — получали стандартный водно-пищевой рацион.

Для исследования мышечного тонуса и двигательного компонента поведения использовали тест подтягивания на горизонтальной перекладине. Крыс подвешивали передними лапами на проволоку, натянутую на высоте 20-30 см от поверхности стола. Крысы с ненарушенным мышечным тонусом быстро подтягиваются и удерживаются на перекладине всеми четырьмя лапами. Невыполнение этого рефлекса животными свидетельствует о нарушении мышечного тонуса и неврологическом дефиците.

С целью оценки тяжести неврологической симптоматики на 30-е сутки эксперимента была использована шкала тяжести неврологической симптоматики (Modified Neurological Severity Scores, (mNSS), Chen J. et al., 2001). На основании суммы баллов, набранных в каждом тесте, делали заключение о степени неврологического дефицита: 1–6 баллов соответствуют лёгкому, 7–12 — умеренному, 13–18 — тяжёлому неврологическому дефициту.

Результаты. Животные всех экспериментальных групп, независимо от режима ХАИ, не могли быстро подтянуться и удержаться на перекладине всеми четырь-

мя лапами. Невыполнение этого рефлекса животными свидетельствует о неврологическом дефиците и нарушении мышечного тонуса.

Значения показателей по шкале mNSS, набранных животными экспериментальных групп, соответствуют границам легкого неврологического дефицита $Me = 4,0$ ($Q_1 = 3,0$; $Q_2 = 6,0$) и статистически значимо превышают показатели контрольной группы на 3,0–4,0 балла ($p < 0,05$). Между группами значимых различий не обнаружено. Независимо от параметров режима алкогольной интоксикации во всех экспериментальных группах было обнаружено нарушение мышечного тонуса и признаки атаксической формы неврологического дефицита в виде соскальзывания и падения животных с горизонтальной балки в течение первых 40 секунд наблюдения.

Выводы: полученные нами данные позволяют заключить, что при пагубном употреблении алкоголя развитие повреждающих эффектов этанола зависит от дозы, концентрации и объема потребляемой этанолсодержащей жидкости. При этом клинические проявления неврологических расстройств (миастения, неврологический дефицит) могут появляться уже в начальной стадии заболевания, что обусловлено активацией катаболизма и деструкцией белковых структур.

ТЕРМИНЫ-МИФОЛОГИЗМЫ В ПОДЪЯЗЫКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

*С.О. Забелин, студент 1 курса лечебного факультета,
А.А. Кузнецова, В.С. Косолапова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра русского языка
Научный руководитель: В.С. Косолапова*

Ключевые слова: *клиническая психология; термины-эпонимы; термины-мифологизмы.*

Цель исследования: выявление специфики номинации патологических состояний в подъязыке клинической психологии.

Материалы и методы: использовались методы сплошной выборки, анализа дефиниций терминов, этимологического анализа терминов, представленных в учебниках и учебных пособиях по клинической психологии, словарях терминов клинической психологии.

Результаты. Наличие терминов-мифологизмов — эпонимических терминов, имеющих в своем составе мифологическое имя или мифологизированное прецедентное имя из литературного источника, — обусловлено спецификой клинической психологии как науки. Были проанализированы эпонимические термины с мифологическим и/или мифологизированным именем — апеллятивный компонент симптом/синдром/комплекс + оним в генитиве (синдром Мюнхаузена, синдром Диогена, комплекс Дианы, синдром Золушки, синдром Агасфера, синдром Мидаса, симптом Плюшкина, комплекс Иокасты, комплекс Терсита и др.). Особенность данных терминов-эпонимов состоит в том, что в их основе лежит мифологическая концептуализация действительности: патологическое состояние определяется через связанный с определенным культурно-историческим периодом метатекст, онимы, использованные в рассматриваемой группе специальной лексики, являются прецедентными, но их актуализация зависит от уровня фоновых знаний, а также от социокультурной идентичности личности. Анализ научной литературы по проблеме показал, что выделяют следующие группы терминов, классифицированных на основе источников номинации, которые отличаются яркими категориальными признаками: имена героев литературных произведений, имеющих мультикультурный характер (например, синдромы Пиноккио (гелотофобия), Алисы в Стране Чудес; Манилова); имена исторических личностей (например, синдромы Наполеона (синдром коротышки), Дон Жуана (сексоголизм), Ван Гога); имена фольклорных героев (например, синдромы Петрушки (счастливой куклы, или Ангельмана), Колобка, проклятия Ундины (центральный гиповентиляционный синдром, или синдром внезапной детской смерти); имена мифологических героев (например, синдромы Мидаса, Эризихтона, Ио.); имена героев библейских легенд

(синдром Лазаря); имена героев кинематографа (синдром Хатико). Для того чтобы выбрать название для нового патологического состояния, необходимо учитывать требования номенклатуры, способность имени нести определенную информацию, распространенность в обществе знания, связанного с данным именем, а также определенную роль играют и личные предпочтения исследователя. Чем точнее термин способен идентифицировать заболевание, чем больше он интегрирован в медицинский дискурс, тем эффективнее будет его функционирование, поскольку одно и то же заболевание может иметь разные названия. Например, синдром Диогена (распространенность этого синдрома в мире составляет около 3 %), который проявляется в патологическом накопительстве, пренебрежении пациентов к себе, апатии, эмоциональной лабильности и отсутствии стыда, в психиатрической практике также называют синдромом Плюшкина, синдромом старческого убожества и социальным распадом. Разные названия данного синдрома обусловлены тем, какой признак проявляется в названии и какая ассоциативная цепочка возникает у выбирающего этим субъекта. Как ономастические концепты, имена собственные, представленные в терминах подъязыка клинической психологии, содержат обязательный набор характерных черт, которые определяют принадлежность данной личности к соответствующей категории, однако широкое ассоциативное поле и возможности неоднозначной интерпретации представляют некую сложность в определении способа номинации симптомов клинического состояния в имени, поэтому при образовании терминов используется метонимический перенос на модель поведения, внешность (только на конкретный признак, а не на образ в целом: синдром Стендаля, синдромы Дон Жуана, Ван Гога, синдромы Арлекина, Пиквика), или метафорический перенос, при котором внимание акцентируется на образе в целом, а не отдельной его части; сюжет, связанный с героем, обозначает состояние больного (синдромы Хатико, Мартина Идена).

Выводы: таким образом, термины-мифологизмы в подъязыке клинической психологии ассоциативны, а ономастический компонент в их структуре на основе метонимической или метафорической концептуализации способствует описанию клинического состояния.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЁЛОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ОНКОПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

З.З. Закирова, Н.Р. Гильмутдинова, студенты 5 курса педиатрического факультета;

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Кафедра внутренних болезней

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Л.Ю. Пальмова

Ключевые слова: *тромбоцитопения; хронический гепатит С; цирроз печени; рак легкого.*

Цель исследования: описать клинический случай развития вторичной тромбоцитопении, тяжёлой степени у онкопациента с циррозом печени в исходе ХГВС.

Материалы и методы: пациент С., 63 года, поступил в терапевтическое отделение ГАУЗ ЦГКБ №18 с жалобами на геморрагические высыпания на нижних и верхних конечностях, лице, языке, слизистой полости рта, которые ранее не отмечал. Кровянистые выделения из полости носа и кровоизлияния во рту. Заболел остро 30.10.2022 г., когда появились кровянистые выделения из полости носа и кровоизлияния во рту. За медицинской помощью не обращался. Вышеперечисленные жалобы пациент связывал с перенесенным ОРВИ, самостоятельно принимал перорально ацикловир, мазь ацикловир, но эффекта от лечения не отмечал. 01.11.2022 г. отмечается ухудшение состояния пациента, когда впервые появились геморрагические высыпания на нижних и верхних конечностях, лице, языке, и слизистой полости рта. 01.11.2022 г. самостоятельно обратился в приемное отделение РКИБ, где инфекционная этиология заболевания не подтвердилась. 02.11.2022 г. пациент был доставлен в терапевтическое отделение ГАУЗ ЦГКБ №18.

Объективно: состояние средней степени тяжести за счет геморрагического синдрома. На нижних и верхних конечностях, лице, на языке и слизистой полости рта отмечаются геморрагические высыпания по типу пурпуры и петехий. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. ЧДД = 18 в мин. ЧСС = 88 уд. в мин., АД = 130/80 мм.рт.ст. Пальпаторно печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Предварительный диагноз: «Вторичная тромбоцитопения, вследствие ХВГС с исходом в цирроз печени. Состояние после резекции верхней доли правого легкого в 2020 г. По данным лабораторных исследований: ОАК (эритроциты $(3,98 \times 10 \times 10^{12}/л)$, тромбоциты $(3 \times 10^9/л)$, лимфоциты $(18,6 \times 10^9/л)$). Коагулограмма (снижение ПТВ (14,4 с). Кал на скрытую кровь (положительный результат). Д-димер (1,790 мг/л), фибриноген (1,09 г/л). БАК (глюкоза (8,61 ммоль/л), пр. билирубин (5,46 ммоль/л). УЗИ ОБП (признаки спленомегалии, портальной гипертензии), АТ к тромбоцитам IgG (обнаружены). Рентген ОГК (в правом легком не визуализиру-

ется верхняя доля (вследствие резекции верхней доли правого легкого в 2020 г.). Поставлен клинический диагноз: «Вторичная тромбоцитопения, тяжелой степени тяжести. Цирроз печени в исходе ХВГС. Класс «С» по Чайлд-Пью. Синдром портальной гипертензии. Состояние после резекции верхней доли правого легкого в 2020 г. Назначено лечение: этамзилат по 2 таб. 3 раза в день + транексамовая кислота 1000 мг 2 раз в день в/в; введение тромбомассы: концентрат тромбоцитов размороженный 400 мл.

В гемодинамике пациента с 05.11.2022 г. наблюдается ухудшение состояния, обусловленное возникновением однократной рвоты и черного стула. По результатам ФГДС исследования (желудочно-кишечное кровотечение из ВРВ пищевода). Проведена операция по остановке кровотечения. Находился с 05.11. по 08.11.2022 г. в хирургическом отделении. Лечение: Транексам в/в 500 мг 2 р/д, Тромбомасса в/в капельно, викасол 2,0 % в/м).

Результаты: С учетом клинико-anamnestических данных, факторов риска: (ХВГС с противовирусной терапией, онкопатология (верхней доли правого легкого), вирусная инфекция в октябре); объективных данных: (выраженные геморрагические элементы — больше на нижних конечностях и слизистых); диагностических данных (выраженная ТП (тромбоциты 3×10^9 /л), снижено ПТВ, подсчет Т4 по Фолио 1×10^9 /л, развитие постгеморрагической анемии тяжелой степени, фибриноген — 1,09 г/л). По УЗИ ОБП (портальная гипертензия, спленомегалия). ФГДС (ЖКК из ВРВ пищевода) поставлен заключительный диагноз: «Вторичная тромбоцитопения тяжелой степени тяжести. Цирроз печени в исходе ХВГС, класс «С» по Чайлд-Пью. Синдром портальной гипертензии. ЖКК из ВРВ пищевода. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени тяжести.

Выводы: синдром ТП является одним из гематологических проявлений далеко зашедшей стадии хронического заболевания печени, что является особенно важным с клинической точки зрения у пациентов с циррозом печени в исходе ХВГС (у таких пациентов ТП диагностируется в 64–76 % случаев). У значительной части пациентов при проведении противовирусной терапии (комбинация интерферонов и рибавирина), несмотря на их высокую эффективность, возникают нежелательные явления в виде вторичных ТП. Также нельзя исключать этиологию вторичной ТП вследствие применения цитостатиков и радиационной терапии при онкозаболеваниях. Все вышеперечисленное и могло стать причиной вторичной ТП тяжелой степени и геморрагического синдрома у данного пациента.

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА СНА НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА

*С.Г. Ибрагимов, студент 2 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра физиологии с курсом теории и практики сестринского дела
Научный руководитель: ст. преподаватель Е.Д. Миловидова*

Ключевые слова: качество сна; тревожность; самочувствие; зрительно моторные реакции; когнитивные функции; студенты.

Цель исследования: изучить влияние качества сна на особенности показателей сенсомоторных свойств центральной нервной системы (ЦНС) и психофизиологического состояния у юношей 1 курса стоматологического факультета медицинского вуза.

Материалы и методы: исследование проводили с обучающимися первого курса стоматологического факультета Тверского ГМУ Минздрава России. В обследовании приняли участие 49 юношей 18–20 лет в апреле 2022 г. с 09:00 до 12:00 часов.

Для исследования нами были использованы: методика оценки текущего психического состояния по методике САН (самочувствие-активность-настроение), опросник тревожности (Ч. Д. Спилберг) и анкета балльной оценки субъективных характеристик сна (Я. И. Левин).

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 оценить под-вижность, скорость и темп протекания функций («активность»), силу, здоровье, утомление («самочувствие»), а также характеристики эмоционального состояния («настроение»).

Шкала тревожности, предложенная Ч. Д. Спилбергом 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).

Показатели простой и сложной зрительно-моторных реакций (ПЗМР, СЗМР) характеризуют состояние нервных процессов организма и его индивидуально-типологические особенности и рассматриваются как интегральные показатели функционального состояния центральной нервной системы. Оценка зрительно-моторных реакций является нейрофизиологическим индикатором нейродинамических свойств нервной системы, общего уровня работоспособности и активности центральной нервной системы.

Параметры ПЗМР и СЗМР характеризуют нейродинамические процессы в ЦНС, а именно возбудимость коркового отдела зрительного анализатора, скорость проведения возбуждения по рефлекторной дуге до эффектора включительно. Время от начала подачи сигнала до ответной реакции организма затрачивается на проведение и обработку информации в высших отделах мозга и поэтому служит показателем функционального состояния центральной нервной системы.

Результаты. Нами были выделены две группы: 1 контрольная – качество сна соответствует норме ($n = 19$, $N = 22$ и более баллов) и 2 опытная – низкое качество сна ($n = 30$, $N = 22$ и более баллов). Установлено, что качество сна у 63 % обследуемых не соответствует норме.

По результатам исследования самооценки текущего состояния по опроснику САН выявили, что у юношей второй группы средние значения характеристик «самочувствие» и «активность» значительно ниже, чем в первой группе, $p = 0,0003$ и $p = 0,0213$ соответственно. Данный факт свидетельствует о влиянии качества сна на такие показатели как подвижность, скорость и темп протекания функций, силу, здоровье и утомление.

При оценке показателей шкалы тревожности Спилберга – Ханина установлен средний уровень как личностной, так и ситуативной тревожности обследуемых. При этом значения этих показателей у юношей с нормальным уровнем сна значительно ниже, чем у юношей с низким качеством ($p = 0,038$), что можно расценивать как тенденцию к снижению устойчивости субъекта к стрессовым факторам.

По результатам оценки зрительно-моторных реакций концентрация внимания студентов и среднее время реакции находится в пределах нормы вне зависимости от качества сна обследуемых. Однако данные показатели имеют тенденцию к росту в контрольной группе обследуемых юношей.

Выводы: качество сна является важным показателем здорового протекания психофизиологических процессов, а также уравнивает нейродинамические процессы в ЦНС. Ухудшение качества сна отрицательно влияет на самочувствие и активность студентов, что, в свою очередь, оказывает негативное влияние на эмоциональную сферу личности студента, а также на показатели ситуативной тревожности, что ведет к снижению устойчивости к стрессовым факторам.

ВЛИЯНИЕ ЛЕСНЫХ ПОЖАРОВ НА СОСТОЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

*П.И. Ибрагимова, Д.Н. Кожевникова, студентки 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра безопасности жизнедеятельности

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

Ключевые слова: лесные пожары; факторы пожаров; сердечно-сосудистая система; дыхательная система.

Цель исследования: изучить влияние лесных пожаров на состояние атмосферного воздуха и здоровье человека.

Материалы и методы: исследованию подлежали статистические данные Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС) о лесных пожарах за 2019–2021 гг. [<https://mchs.gov.ru/deyatelnost/itogi-deyatelnosti-mchs-rossii/2021-god>]. Применялись методы исследования: экспертная оценка, сравнительно-сопоставительный анализ, интерпретация и обобщение научных данных.

Результаты. При изучении статистических данных МЧС о лесных пожарах за 2019–2021 годы было выявлено, что в 2021 году количество пожаров по сравнению с 2019 годом в Российской Федерации уменьшилось — 11,5 млн. га и 16,4 млн. га соответственно. Однако масштаб охвата пожарами территории Российской Федерации остается значительным. Они оказывают существенное влияние на качество жизни и состояние здоровья людей, которые проживают рядом с местами возгорания. Согласно исследованиям, в период лесных пожаров обращаемость за скорой медицинской помощью может возрастать в 3–4 раза, а смертность — до 10–13 раз.

По данным современных научных литературных источников обобщены данные о влиянии поражающих факторов лесных пожаров на здоровье человека:

1. Пламя и искры горящих частиц приводят к возгоранию одежды. Это является основной причиной травматизма (ожогов) и гибели людей.
2. Высокая температура окружающей среды представляет угрозу здоровью людей, которые могут получить ожоги.
3. В результате пожаров выделяется более 175 токсичных продуктов горения (основными из которых являются угарный газ и взвешенные вещества), что приводит к отравлению людей.
4. В результате задымления у пожарных и жителей, проживающих в зоне задымления, возникает паника из-за потери видимости, дезориентации в пространстве.
5. Понижение концентрации кислорода в зоне тушения пожара.

6. В первую очередь продукты горения влияют на сердечно-сосудистую и дыхательную системы человека.

Влияние пожаров на дыхательную систему. В состав дыма входят опасные вещества — окись углерода, аммиак, фенол, азотная, азотистая и серная кислоты, смола. Эти вещества вызывают раздражение и воспаление слизистых оболочек глаз, носа и гортани. Смог может стать причиной одышки, затруднения и остановки дыхания, тахикардии, кашля у вполне здорового человека. Дым от пожаров вызывает воспаление носа и гортани (аллергический ринит, першение в горле), снижение иммунитета, воздействуя на организм через слизистые оболочки и кожу. Острое воздействие дыма приводит к гипоксии, раздражению дыхательных путей, затруднению дыхания. Отсроченное воздействие обусловлено мутагенными и канцерогенными эффектами.

Влияние пожаров на сердечно-сосудистую систему. Термохимическая травма при острых отравлениях угарным газом усиливает проявления вегетативного дисбаланса со стороны нервной системы, который наряду с гипоксией приводит к выраженным изменениям сердечно-сосудистой системы: развитию коронарной ишемии, острых расстройств ритма и проводимости сердца, изменениям фазы реполяризации ЭКГ. В отдельных случаях эти нарушения заканчиваются инфарктом миокарда.

Выявлено влияние загрязнения воздуха дымом на следующие состояния:

- преждевременная смертность;
- развитие / обострение ишемической болезни сердца;
- паралич сердца, а также ишемический инсульт;
- заболевания сосудов и нарушения сердечной деятельности (аритмии).

Вывод: таким образом, лесные пожары являются значимым фактором риска для жизни и здоровья людей, занятых их тушением и попавших в зону распространения огня, дыма, а также других их поражающих факторов. Анализ научных медицинских данных свидетельствует, что в наибольшей степени поражающие факторы лесных пожаров воздействуют на дыхательную и сердечно-сосудистую системы человека.

МОТИВАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ БАРИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*К.А. Иванова, О.А. Маркова студенты 4 курс лечебного факультета;
А.А. Виноградова, В.Н. Силаев, О.Н. 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: ожирение, бариатрическое лечение; метаболические нарушения; лишний вес.

Цель исследования: оценить мотивацию больных ожирением с наличием сопутствующей патологии к проведению бариатрического лечения

Материалы и методы: на базе хирургического отделения платной помощи диагностического центра ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России обследовано 23 пациента с запланированной бариатрической операцией, у которых груз сопутствующей патологии значительно повлиял на качество жизни, средний возраст составил $48,2 \pm 2,9$ лет. Анализ результатов лабораторного контроля проводили на основании анализа крови клинического, биохимического, липидо- и коагулограммы, анализа мочи общего. Оценка роста-весовых соотношений проводилась на основании расчета индекса Кетле.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась методом вариационной статистики и корреляционного анализа с помощью пакета программ «Microsoft Excel».

Результаты. В группе пациентов с ожирением, направленных на бариатрическое лечение, выявлено преобладание женщин — 17 (74 %) над мужчинами — 7 (26 %). Уровень индекса Кетле составил $43,145 \pm 1,3$ кг/м². У 12 (52 %) пациентов — ожирение 3 степени, у оставшихся 11 (48 %) — ожирение 2 степени.

Причины избыточного веса данной группы: 12 (52 %) пациентов страдают ожирением длительное время; 3 (13 %) пациента столкнулись с этим после стрессовых ситуаций; 2 (9 %) пациента в течение всей жизни страдают ожирением; 2 (9 %) пациента начали набирать вес после родов; 2 (9 %) пациента после приема гормональной терапии; 1 (4 %) пациент после травмы, на фоне изменения двигательного режима. В попытках снижения веса 20 (87 %) человек прибегали к диетам, 16 (70 %) пациентов пытались похудеть с помощью физических нагрузок, 8 (35 %) пациентов с применением медикаментозной терапии. 10 (44 %) пациентам удавалось снизить вес до 20 кг, 7 (30 %) пациентам на 20 кг и больше, а 3 (13 %) пациентам менее 10 кг. Но результаты похудения не удавалось удерживать, случался рецидив с+.

Из кардиальных жалоб чаще всего встречается периодически учащенное сердцебиение (19 (83 %) пациентов); из ортопедических жалоб — у большей части пациентов (16 (70 %) человек) — боли в крупных суставах н/к при движениях;

У 16 (70 %) пациентов наблюдается повышение АД: у 1 (4 %) пациента оно достигает 200/130; у 3 (13 %) — 180/122; у 2 (8,7 %) — 170/100. У 8 (35 %) пациентов была отмечена жалоба на потливость, у 6 (26 %) — на сухость во рту, жажду.

Жалоба на избыточный вес, невозможность его снижения, наличие жирового фартука ПБС отмечалась у всей группы пациентов — 23 (100 %) человека. Нарушение пищевого поведения по типу булимии — у 19 (83 %) человек.

Из неврологических жалоб у 21 (91 %) пациента — эпизодические головные боли, у 17 (74 %) пациентов — жалобы на болевые ощущения по ходу позвоночника распространенного характера.

Из других жалоб можно выделить одышку при физической нагрузке (17 (74 %) пациентов), сильный храп (14 (61 %) пациентов).

Со стороны эндокринной системы у пациентов данной группы выявлены следующие заболевания: гипотиреоз — 2 (9 %) пациента, эутериоидный зоб — 2 (9 %) пациента, СД 2 типа — 1 (4 %) пациент, инсулинорезистентность — 3 (13 %) пациента. Среди группы 6 (26 %) пациентов имеют СД 2 типа, у 12 (52 %) пациентов — ожирение 3 степени, у оставшихся 11 (48 %) — ожирение 2 степени. У 13 пациентов (57 %) из 23 — гиперхолестеринемия, дислипидемия. У 20 (87 %) пациентов — диагноз АГ, ГБ. У 5 (22 %) пациентов — АГ 1 ст., у 13 (57 %) пациентов — АГ 2 ст., у 2 (9 %) пациентов — транзиторная АГ.

Выводы: таким образом, причиной обращения пациентов к бариатрическому лечению явился не только выраженный косметический дефект, но и большой груз тяжелых соматических заболеваний, которые значительно ухудшают качество жизни пациентов.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ, НАПРАВЛЕННЫХ НА БАРИАТРИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*К.А. Иванова, О.А. Маркова студенты 4 курс лечебного факультета;
В.Н. Силаев, О.Н. Бахарева, С.Н. Токарева
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: мотивация; ожирение; бариатрическое лечение; дислипидемия.

Цель исследования — изучить особенности клинико-метаболических нарушений больных ожирением, направленных на бариатрическое лечение.

Материалы и методы. На базе хирургического отделения платной помощи диагностического центра ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России обследовано 23 пациента с запланированной бариатрической операцией, у которых главным мотивом к проведению оперативного лечения явился косметический дефект. Средний возраст больных составил $37,3 \pm 2,5$ лет. Анализ результатов лабораторного контроля проводили на основании анализа крови клинического, биохимического, липидо- и коагулограммы, анализа мочи общего. Оценка роста-весовых соотношений проводилась на основании расчета индекса Кетле.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась методом вариационной статистики и корреляционного анализа с помощью пакета программ «Microsoft Excel».

Результаты. Среди больных с ожирением, направленных на бариатрическое лечение, выявлено значимое преобладание женщин (93 %) над мужчинами (7 %). Средний показатель индекса Кетле составил $38,81 \pm 3,5$ кг/м². У преобладающего большинства женщин выявлено ожирение 2 степени — 10 (67 %), у 3 (20 %) человек — ожирение 3 степени, у 2 (13 %) — ожирение 1 степени.

Среди причин избыточного веса наиболее часто выявлялось, что 5 (22 %) женщин столкнулись с выраженным увеличением веса вплоть до ожирения после родов; у 5 (22 %) ожирение началось с пубертата; на протяжении всей жизни или на протяжении длительного времени ожирение наблюдается (со школы) у 4 (17 %); у 1 (4 %) ожирение началось после резекция придатков с удалением маточных труб.

В попытках снижения веса вся группа прибегала к диетам (100 %); 14 (61 %) прибегали к физическим нагрузкам; 3 (13 %) пациентов дополнительно использовали медикаментозную терапию, также 3 (13 %) пациентом удалось снизить вес на более чем 30 кг, другим 3 (13 %) более 10 кг, и еще 3 (13 %) на 10 кг и менее. Но результаты снижения веса не удавалось удерживать, и случался рецидив заболевания.

Из кардиальных жалоб чаще всего встречается периодически учащенное сердцебиение у 1 (4,3 %) человека; одышка при физической нагрузке у 14 (61 %) пациентов, сильный храп у 2 (9 %) пациентов. У 100 % пациентов наблюдается нормальное АД со средним значением $125,2 \pm 3,3/70,2 \pm 1,6$ мм рт. ст.

Из ортопедических жалоб почти у половины пациентов, 10 человек (47 %), зарегистрированы боли в крупных суставах нижних конечностей при движениях.

Жалобы на избыточный вес, невозможность его снижения, наличие жирового фартука, нарушение пищевого поведения в форме булимии выявлено у всей группы пациентов – 23 (100 %) человека.

Из неврологических жалоб у 10 (43 %) пациента выявлялись эпизодические головные боли, также у 10 (43 %) пациентов жалобы на болевые ощущения по ходу позвоночника распространенного характера.

Со стороны эндокринной системы у 7 (30 %) человек встречалась недостаточность витамина D, гиперхолестеринемия у 3 (13 %) человек, дислипидемия встречалась у 9 (39 %) человек. Инсулинорезистентность встречалась у 2 (9 %) человек. Среди других эндокринных нарушений встречались такие нарушения, как дефицит фолиевой к-ты, у 1 (4 %), многоузловой зоб – у 1 (4 %), эутиреоз – у 1 (4 %), нарушение толерантности к глюкозе – у 1 (4 %), гирсутизм – у 1 (4 %).

Среди гинекологических патологий у 2 (9 %) были нарушения менструального цикла, а также встречался эндометриоз у 1 (4 %), миома матки – у 1 (4 %), лекарственный климакс – у 1 (4 %), эрозия шейки матки – у 1 (4 %).

Вывод: таким образом, наличие ожирения является не только косметическим дефектом женщин молодого возраста, но и носителем серьезных метаболических нарушений, которые могут приводить к угрожающим жизни метаболическим и системным осложнениям. Вследствие чего для данной категории больных необходима вторичная профилактика, в том числе в сочетании с превентивной бариатрической хирургией.

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*С.Т. Илхомжонова, М.М. Норкулов, С.И. Эшмирзаева студенты 1 курса
стоматологического факультета*

Самаркандский ГМУ, г. Самарканд, Узбекистан

Кафедра внутренних болезней №3

Научный руководитель: PhD У.С. Пулатов

Ключевые слова: *анемия; СКФ; креатинин; КРС.*

Введение. У больных ХБП 2–4 стадий недиабетической этиологии ГЛЖ диагностирована в 37,3 % случаев. Наряду с традиционными факторами риска развития сердечно-сосудистых осложнений (возраст, женский пол, артериальная гипертония, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, гиперхолестеринемия) имели значение факторы, связанные с нарушением почечных функций (анемия, СКФ, креатинин, нарушения фосфорно-кальциевого обмена). По мере прогрессирования ХБП частота развития концентрической и эксцентрической моделей ГЛЖ возрастала.

Цель исследования. Высокая частота поражения сердечно-сосудистой системы, сопряженная с нарушением почечных функций, позволила к настоящему времени сформулировать концепцию «кардиоренального синдрома» (КРС). В зависимости от того, какой орган поражается первично, сердце или почки, выделяют 5 типов КРС.

Известно, что повышение массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) сердца приводит к развитию систолической и диастолической дисфункции, аритмии, внезапной смерти. У больных с нарушением почечных функций эти осложнения возникают часто, однако механизмы, лежащие в основе сердечно-сосудистых нарушений у данного контингента, требуют уточнения, особенно на стадии, не требующей лечения диализом.

В этой связи целью нашего исследования было изучение распространенности и факторов риска развития КРС у больных с первичным хроническим поражением почек (КРС 4 типа) и у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2) (КРС 5 типа).

Материал и методы: В наше исследование были включены 172 больных с ХБП. Первую группу составили 83 больных 2–4 ст. ХБП недиабетической этиологии. Средний возраст 46 ± 15 лет, 51 % мужчин и 49 % женщин. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) составляла 37,2 мл/мин (95 % доверительный интервал 33,9–41,4), уровень креатинина сыворотки крови — 2,9 мг/дл (2,6–3,2). Во вторую группу вошли 89 больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) и 1–2 стадиями ХБП (40 % мужчин и 60 % женщин) и альбуминурией, средний возраст $57,3 \pm 7,1$ лет. Длительность СД2 в среднем составила $10,4 \pm 7,1$ лет. Всем больным

проводили общеклиническое обследование и эхо-кардиографию сердца. Оценивали воздействие общепопуляционных и связанных с почечной недостаточностью факторов риска на развитие ГЛЖ.

Результаты исследования. У больных ХБП 2–4 стадий недиабетической этиологии ГЛЖ диагностирована в 37,3 % случаев. Наряду с традиционными факторами риска развития сердечно-сосудистых осложнений (возраст, женский пол, артериальная гипертония, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, гиперхолестеринемия) имели значение факторы, связанные с нарушением почечных функций (анемия, СКФ, креатинин, нарушения фосфорно-кальциевого обмена). По мере прогрессирования ХБП частота развития концентрической и эксцентрической моделей ГЛЖ возрастала.

У больных СД2 ГЛЖ была диагностирована в 36 % случаев. Повышение индекса массы миокарда коррелировало с уровнем мочевого кислоты, гликированного гемоглобина, ожирением, а также с наличием альбуминурии. Установлена взаимосвязь диабетической нефропатии с процессами ремоделирования миокарда левого желудочка и наличием сердечно-сосудистых катастроф в анамнезе.

Выводы: развитие КРС отмечается уже на додиализных стадиях у больных ХБП и СД и связано как с традиционными, так и с «почечными» факторами риска.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СТУДЕНТАМ С НИЗКИМИ КОММУНИКАТИВНЫМИ И ОРГАНИЗАТОРСКИМИ СПОСОБНОСТЯМИ

*М.А. Кадуцкая, студент 6 курса лечебного факультета;
Е.С. Дядин, студент 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент И.В. Прощенко*

Ключевые слова: *психологическая помощь; организаторские способности; коммуникативные способности; тревожные расстройства; депрессивные расстройства.*

Цель исследования: оказание психологической помощи студентам и ординаторам ФГБОУ ВО Тверского ГМУ с низкими коммуникативными и организаторскими способностями, а также профилактика депрессивных и тревожных расстройств.

Материалы и методы: психологическая помощь студентам оказывается в рамках психопрофилактического тренинга «Быть счастливым — это просто! (5 шагов к счастливой жизни)». Перед началом тренинга и после его завершения каждый участник проходит тестирование с использованием следующих методик: экспресс-диагностика невроза Хека-Хесса (ВFB), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), тест-опросник «Коммуникативные и организаторские склонности» (КОС-1) В. В. Синявского, В. А. Федорошина, Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест).

Тренинг включает в себя 5 занятий, которые проводятся в виде групповой терапии по 8–10 человек. Каждое занятие предполагает выполнение домашнего задания в течение всего времени до следующего занятия.

Первое занятие «Первые шаги к свободе!» посвящено знакомству группы, установке правил, которые соблюдаются во время всех занятий, а также внедрению техник, направленных на сплочение группы. Кроме того, целью первого занятия является введение понятий об иррациональных установках, которые прорабатываются с помощью методик когнитивно-поведенческой терапии на протяжении всего тренинга, а также изучение некоторых методов релаксации из телесно-ориентированной терапии.

Второе занятие «В свободном теле-свободный дух!» направлено на работу с мышечными зажимами, где применяются техники телесно-ориентированной терапии и некоторые упражнения из цигуна. Данные практики позволяют путем снятия мышечных зажимов избавиться от негативных эмоций, благодаря чему люди чувствуют себя более уверенно и свободно.

Целью третьего занятия «Общаться — легко!» является знакомство с ораторским искусством, работа со своим голосом и дикцией, что способствует развитию коммуникативных, организаторских способностей и лидерских качеств.

Четвертое занятие «Без страха к начинанию!» сосредоточено на планировании. На нем устанавливаются цели на ближайшее время, составляется план по их достижению, а также используются техники арт-терапии для визуализации своих желаний, что даёт людям возможность понять свои истинные цели и осознать ответственность за свою жизнь.

Пятое занятие «Творческий вечер» является завершающим. Ребята делятся своими талантами, таким образом повышая свои коммуникативные навыки и самооценку.

Кроме того, по окончании тренинга раз в месяц проводятся открытые группы поддержки, куда могут прийти участники прошедших тренингов, чтобы поделиться своими успехами и получить помощь в кризисные моменты своей жизни.

Результаты. На данном этапе психопрофилактический тренинг прошли 14 студентов и ординаторов разных курсов и факультетов ФГБОУ ВО Тверского ГМУ.

Предварительные результаты были неутешительными: клиническая депрессия была выявлена у 5 (35,7 %) человек, субклиническая — у 1 (7 %) человека, тогда как норма только у 8 (57 %) участников тренинга, также у всех участников (100 %) был выявлен высокий уровень невротизации. Результаты опросника КОС-1 коррелировали с HADS — чем ниже был уровень коммуникативных способностей, тем сильнее проявлялись симптомы депрессии. Кроме того, была выявлена прямая взаимосвязь между коммуникативными и организаторскими способностями.

После прохождения тренинга были получены следующие результаты: уровень невротизации у 10 участников (71,4 %) снизился до нормальных значений, депрессивная симптоматика наблюдалась только у 2 студентов (14,2 %). Мы также отметили увеличение коммуникативных и организаторских способностей у всех участников тренинга. Однако среди участников тренинга вырос уровень тревоги (64,2 %), что было вполне ожидаемо, так как тренинг привёл к значимым переменам в жизни, которые неизбежно сопровождаются повышенной тревогой.

Выводы: таким образом, данные результаты свидетельствуют о том, что психосоциальный тренинг «Быть счастливым — это просто! (5 шагов к счастливой жизни)» привел к положительным результатам. Снижение уровня невротизации и депрессивной симптоматики, а также улучшение настроения и коммуникативных навыков участников тренинга свидетельствуют о том, что программа была полезной для их психического здоровья и социальной адаптации.

Выводы: в целом, проведенный тренинг показал, что регулярная практика психологических упражнений и развитие навыков саморегуляции могут помочь улучшить психическое здоровье и качество жизни, справиться со стрессом и повседневными вызовами.

ВЛИЯНИЕ ФИЛОСОФИИ ПЛАТОНА НА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*В.В. Казаков, студент 1 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия*

*Кафедра педагогики и гуманитарных дисциплин
Научный руководитель: к.ф.н., доцент И.В. Сатина*

Ключевые слова: Платон; идеализм; философия; мировоззрение.

Цель исследования: установить влияние философских идей Платона на жизнь студентов медицинского института.

Материалы и методы: создание анкеты, опрос студентов, сбор информации из различных источников.

Платон — знаменитый древнегреческий мыслитель, ученик Сократа, создатель системы объективного идеализма. Сутью философии этого человека было суждение о том, что основой мира являются не материальные вещи, а идеальные. Согласно Платону идеи являются тем, что связывает все материальные вещи во вселенной, придает им общность. Понимание философии этого мыслителя очень важно для студентов медицинских вузов в первую очередь для того, чтобы научиться подвергать все идеи и полученные знания некоторой здоровой доле сомнения для вычленения истины и развития ее в новые идеи, которые дадут начало великим открытиям. Вторым не менее важным стимулом для изучения философских трудов Платона является исследование собственного разума в поисках ответа на вечные вопросы о понимании слова «красота». Это поможет студентам узнать, что же привлекло их в выбранном жизненном пути и развиться морально. Третьим важным фактором является необходимость врачей в ведении диалогов с пациентами и коллегами, что, несомненно, является важным аспектом в работе и вне нее.

Результаты. В результате исследования было опрошено 100 студентов Воронежского государственного медицинского университета, которые обучаются по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Фармация», «Сестринское дело». Целью опроса было узнать, что учащиеся знают о философии Платона и разделяют ли они идеи древнегреческого мыслителя. По результатам опроса было выявлено, что почти все обучающиеся (98 %) знают, кто такой Платон, при этом только половина (54 %) знают об основных вехах его жизни и его идеях. Практически все опрошенные слышали о его труде «Миф о пещере» или читали его (96 %), однако некоторые (13 %) заявляют, что не понимают смысл текста и воспринимают его буквально.

Среди тех, кто был знаком с текстом, мнения по поводу смысла произведения разделились. Так, некоторые (3 %) считают, что «Миф о пещере» является аллегорией на государственный строй, который не утратил своей актуальности по

сей день, другие (20 %) считают произведение своеобразной автобиографией Платона, третья группа (30 %) думает, что произведение Платона порицает человеческую глупость и однобокий взгляд на мир. Последняя группа (30 %) говорит о том, что «Миф о пещере» является неким пособием, которое учит правильно видеть красоту и подвергать все свои знания сомнениям, дабы стать человеком, чей разум будет возвышаться над другими.

Для удобства понимания отношения людей к философским истинам Платона все они были условно разделены на 3 части: 1) понимание красоты; 2) отношение к обществу и социализации; 3) получение новых знаний.

Более половины всех опрошенных (75 %) задумываются над красотой окружающего мира и красотой (эстетической составляющей и вовлечением в процесс) своей профессии и пытаются анализировать ее, в то время как оставшаяся часть (25 %) созерцает красоту природы и предметов, не задумываясь над ее назначением.

В вопросе общения и социализации мнения опрошенных разделились на несколько основных направлений. Первая группа (27 %) считает, что коммуникация в общении с пациентом совсем не важна, ведь гораздо важнее хорошо выполненная работа. Второе направление опрошенных (33 %) склоняется к тому, что общение в профессии врача является наиболее важным, по большей части даже больше необходимым, чем знания и практические умения специалиста. Большая часть (40 %) опрошенных ставят умение врача коммуницировать с пациентом на один уровень с его профессиональными навыками и знаниями.

В процессе получения знаний и практических навыков студенты медицинского института предпочитают использовать самые разные подходы. Так, меньшая часть (8 %) слушает объяснение преподавателя на лекциях и практических занятиях и успешно воспроизводит их на коллоквиумах. Вторая группа (82 %) студентов готовится к занятиям дома по записям, сделанным на лекциях и учебникам, рекомендованным преподавателем, однако не старается искать дополнительную информацию, так как процесс обучения является для них достаточно сложным. Оставшаяся часть (10 %) студентов ищет дополнительную информацию в различных источниках, потому что обучение для них очень интересно. Им хочется знать больше для того, чтобы стать действительно высококлассными специалистами.

Выводы: подводя итоги, можем наблюдать, что большинство студентов знакомы с идеями Платона и успешно интегрируют их в свою повседневную жизнь. Это говорит о том, что идеи великого мыслителя актуальны до сих пор и вероятнее всего будут актуальны еще в течение долгого времени.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДИ ДЖОРДЖИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А.В. Калачнюк, А.В. Семенова, студенты 4 курса педиатрического факультета; Т.В. Сороковицова

ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.В. Сороковицова

Ключевые слова: синдром Ди Джорджи; синдром делеции 22-й хромосомы; левосторонний гемипарез.

Цель исследования: изучение клинического случая больного с синдромом Ди Георга (Ди Джорджи).

Материалы и методы: был произведен анализ амбулаторной карты и истории болезни пациента, находившегося в неврологическом стационаре.

Результаты. Пациент М., 6 лет находился в Центре детской неврологии и медицинской реабилитации города Твери. Поступил с жалобами на отсутствие активной речи, ограничение подвижности левых конечностей, частые респираторные заболевания. Из анамнеза жизни известно: ребёнок от второй беременности, первых самопроизвольных родов в 39 недель. Масса при рождении 2420, длина — 48 см, оценка по Апгар 9/9 баллов. Из анамнеза заболевания: с рождения наблюдалась задержка статико-моторного развития, регулярно наблюдается неврологом, проходил стационарное лечение, в 7 месяцев был прооперирован по поводу врожденного порока сердца (стеноз легочной артерии, тетрада Фалло). В 1 год прошел обследование в Санкт-Петербурге, было проведено МРТ головного мозга, выставлен диагноз: «Органическое поражение головного мозга: врожденный порок развития — полимикрогирия. Аплазия полости прозрачной перегородки. Ретроцеребеллярная киста. Левосторонний гемипарез. Задержка статико-моторного и психо-речевого развития». В возрасте 5 лет на основании клинической картины и лабораторных исследований был выявлен иммунодефицит. Неврологический статус: при поступлении — в сфере черепной инновации: лицо симметричное, повышение глоточного рефлекса, гипертонус мышц языка. Мышечный тонус слева повышен по пирамидному типу. Сухожильные рефлексы повышены в левых конечностях. Походка по спастическому типу, ходит самостоятельно. Отмечается умеренная динамичная атаксия. Положительный хамстринг — синдром слева. Трицепс — синдром слева, динамическая контрактура левого лучезапястного и левого голеностопного суставов. Высшие психические функции: у мальчика отсутствуют вербальный контакт, обращенную речь на бытовом уровне понимает. Алалия моторная. Эмоционально лабилен. Гигиенические навыки сформированы.

Лабораторные и инструментальные исследования. Клинический анализ крови и мочи — без патологии. В анализе спектра органических кислот мочи методом газовой хроматографии обнаружено повышение 2-гидроксиизобутирата, 3-гидроксибутирата, метилмалоновой и субериновой кислот. ЭКГ: у пациента выявлена полная блокада правой ножки пучка Гиса. ЭЭГ: типичных форм эпилептической активности в настоящий момент не зарегистрировано.

МРТ в динамике: в 6 лет полимикрогирия, аплазия прозрачной перегородки.

Зрительные вызванные потенциалы (ЗВП): умеренное нарушение зрительной афферентации на центральном уровне с двух сторон.

На доплере брахиоцефальных сосудов: значимых нарушений не обнаружено. Заключение молекулярно-цитогенетического исследования: имеется микроделеция участка 22 хромосомы с позиции 18930236 до позиции 21109226. Число генов в области дисбаланса: 82. Проведено лечение: витамины, метаболические препараты, лечебная физкультура, транскраниальная микрополяризация головного мозга, занятия с логопедом, психологом. После терапии наблюдается положительная динамика. Обследование и лечение проведено в полном объеме. Мальчик выписывается с улучшением, самочувствие ребенка удовлетворительное, паттерн движений прежний, тонус мышц улучшился, стал спокойнее.

Выводы: на основании клинической картины, результатов нейровизуализации, генетического исследования был выставлен диагноз: Спастический церебральный паралич: левосторонний гемипарез, первый уровень двигательного дефицита GMFCS. Органическое поражение головного мозга: полимикрогирия. Аплазия прозрачной перегородки. Ретроцеребеллярная киста. Синдром Ди Джорджи. Необходимо тесное взаимодействие между врачами неврологами, реабилитологами, а также педагогами: логопедами, дефектологами, психологами для правильного вектора лечения и реабилитации детей с синдромом Ди Джорджи.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО

*Н.Е. Камалова¹, студентка 5 курса педиатрического факультета;
О.Б. Федерякина²*

¹ — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

*² — ГБУЗ Тверской области «Детская городская клиническая больница №1»,
г. Тверь, Россия*

Кафедра педиатрии педиатрического факультета

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Б. Федерякина

Ключевые слова: *неонатальный тромбоз; тромбофилия; новорожденный.*

Неонатальный тромбоз — это тромботический синдром, развивающийся в период новорожденности или в утробе матери и характеризующийся формированием внутри сосудов сгустков, которые препятствуют свободному потоку крови по кровеносной системе. Неонатальный тромбоз встречается у 2,4–7 % новорожденных, среди которых более 50 % являются недоношенными. Согласно результатам исследования (А.В. Байрашевская, О.В. Кытько) в большинстве случаев это венозные тромбозы, а на долю артериальных тромбозов приходится только 5,18 %. Тромбозы, возникающие в неонатальном периоде, имеют большое значение для педиатрической практики, так как могут приводить к детской инвалидности или даже смерти пациентов.

Цель исследования: продемонстрировать особенности ведения и исхода у новорожденного с тромбозом брюшной аорты, почечных артерий и магистральных сосудов нижних конечностей.

Материалы и методы: проанализирован клинический случай новорожденного с врожденным артериальным тромбозом брюшной аорты, нижних конечностей и почечных артерий.

Результаты. Ребенок Б. родился от I беременности в срок. Беременность протекала с угрозой прерывания в 1и 2 семестрах, кольпитом, отеками и умеренной преэклампсией в 3 триместре на фоне артериальной гипертензии. Вакуум-экстракция плода. Оценка по Апгар 9/9 баллов, к груди приложен в родильном зале. Масса тела при рождении — 3100 г, длина тела — 50 см. Состояние с рождения расценивалось как удовлетворительное, проведен скрининг; ребенок вакцинирован; на 3-и сутки выписан из роддома. Со слов матери, с рождения у ребёнка отмечался стонущий характер крика. Кормился грудью, сосал медленно. Сохранялась желтушность кожных покровов. На 9 сутки мать отметила нарастающую вялость ребёнка, снижение массы тела (визуально — контроль веса не проводился). В возрасте 10 суток жизни самостоятельно обратились в детскую поликлинику, после осмотра ребёнок направлен в ДГКБ№1 г. Твери в сопровождении бригады

СМП с диагнозом: дефицит массы тела, желтуха неизвестной этиологии. По тяжести состояния госпитализировался в ОАР. При поступлении масса тела — 2200 г (-900 г), ребенок вялый, обезвожен, кожные покровы субиктеричные, бледность кожи на нижних конечностях и резкое снижение пульсации на бедренных артериях и артериях тыла правой стопы. Гемодинамика стабильная. Диурез достаточный. На следующие сутки появился и стал нарастать выраженный локальный цианоз на нижних конечностях — стопах, более выраженный справа, появилась интенсивная фиолетовая окраска. Выше уровня цианоза сохранялась бледность кожных покровов. Пульсация на нижних конечностях не прослеживалась. В анализе крови была выявлена выраженная гипернатриемия (182 ммоль/л), азотемия, удлинение АЧТВ. Проведенная КТ грудной клетки — данных за ВПС — коарктацию аорты не обнаружено. КТ картина органов брюшной полости соответствовала тромбозу брюшной аорты на уровне отхождения почечных артерий. Тромбоз правой и левой почечной артерии. Ишемия левой почки. Бедренные артерии контрастировались справа: до проксимальной трети бедра, слева — до дистальной трети бедра (за счет коллатерального кровоснабжения). Ребенку был выставлен диагноз: тромбоз брюшного отдела аорты, артериальный тромбоз нижних конечностей, тромбоз правой и левой почечной артерии. Ишемия левой почки. Была проведена телемедицинская консультация, и ребенку начали проводить тромболитическую терапию согласно протоколу препаратом Актелизе на 10 сутки жизни. На следующее утро ребенок был транспортирован в перинатальный центр Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. В день поступления было проведено дополнительное обследование и срочная тромбэктомия брюшной аорты. В отделениях перинатального центра он находился 3,5 месяца. Перенес судороги на фоне метаболических нарушений, остановку сердца с успешным восстановлением сердечной деятельности, напряженный пневмоторакс, операции некротомии правой стопы и 4–5 пальцев левой стопы. Проведенное генетическое исследование обнаружило тромбофилию, обусловленную ассоциацией генов (MTHFR, MTRR, F13A1, ITGA2, PAI-1). В настоящее время ребенок находится дома, в развитии не отстает, специального лечения не получает. В дальнейшем планируется протезирование правой стопы.

Выводы: представленное клиническое наблюдение демонстрирует своевременную диагностику тяжелого артериального тромбоза брюшной аорты и магистральных сосудов нижних конечностей, ишемии почек у новорожденного ребенка. Проявление заболевания в первые дни после рождения (8–10 день) дает основание предполагать его внутриутробное происхождение. Подтверждает данное предположение и результат молекулярно-генетического исследования. Только высокотехнологическая помощь ангиохирургов в учреждении третьего уровня позволили спасти жизнь ребенку.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕКОТОРЫХ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПОД ВЛИЯНИЕМ АРОМАТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

И.Н. Кахлерова, М.М. Магомедова, студенты 3 курса педиатрического факультета

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

Кафедра физиологии с курсом теории и практики сестринского дела

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

Ключевые слова: психофизиологические процессы; эфирное масло апельсина; эфирное масло мяты.

Цель исследования: изучение особенностей некоторых психофизиологических процессов у студентов второго курса под влиянием ароматических веществ.

Материалы и методы: в обследовании участвовали 32 студента мужского пола второго курса Тверского медицинского университета. Предварительно студентами было дано добровольное письменное согласие на предстоящее тестирование, они были опрошены о склонности к аллергическим реакциям. Обследование проведено с помощью компьютерного комплекса для психофизиологического тестирования «НС-психотест» (ООО «Нейрософт», г. Иваново) и включало самооценку текущего психического состояния по методике самочувствие-активность-настроение, восьмицветовой тест Люшера, диагностику параметров внимания методиками «Оценка внимания» и «Числовой квадрат». Тестирование выполнено до и после вдыхания растительных ароматических веществ — эфирных масел апельсина и мяты с помощью ароматической лампы в течение 10 мин. Для статистического анализа полученных данных использовали программу «Statistica 6.1». Сравнение групп и анализ связей между показателями осуществляли непараметрическими методами. За критический уровень значимости различий принято значение $p \leq 0,05$.

Результаты. Уровень самочувствия [$Me = 4,90 (Q_1 = 4,10; Q_3 = 5,60)$], активности ($Me = 4,30 (Q_1 = 3,60; Q_3 = 5,20)$) и настроения ($Me = 5,40 (Q_1 = 4,30; Q_3 = 5,80)$) у студентов в исходном состоянии находился в диапазоне средних и высоких значений. Это указывает на умеренное и благоприятное состояние, положительно влияющее на психологический процесс развития личности, а соответственно на адекватное поведение в социуме. Вдыхание паров масла апельсина способствовало значимому улучшению состояния обследуемых по данным параметрам ($p \leq 0,05$). При использовании мяты значимо улучшались только самочувствие и активность. На изменение настроения данный аромат влияния не оказывал ($p = 0,51$). Ситуативное психическое состояние обследуемых в случае использования эфирных масел как апельсина, так и мяты не изменялось. Студенты демонст-

рировали средний уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, что позволяет справляться со своими обязанностями в пределах средних сложившихся требований. В привычной обстановке обследуемый переходит от работы к отдыху и обратно, от одного вида деятельности к другому без существенных затруднений. Для сохранения работоспособности данным студентам требуется относительно четкое субъективное разделение времени работы и отдыха. По результатам зрительно-моторной реакции, концентрация внимания находилась на среднем уровне в течение всего обследования, что говорит о сосредоточенности на выполнении задания. О высокой устойчивости внимания свидетельствует и малое количество ошибок. Результаты оценки внимания и цветового теста Люшера свидетельствуют о незначительно сниженной работоспособности обследуемых (значения на нижней границе нормы). В случае использования ароматических веществ значимых изменений концентрации, устойчивости внимания и работоспособности нами не наблюдалось. При выполнении теста «Числовой квадрат» студенты демонстрировали средний уровень распределения и переключения внимания. Об этом же свидетельствовало количество правильных ответов. Вдыхание паров эфирного масла апельсина в нашем исследовании не оказывало влияния на данные показатели. Однако статистически значимо уменьшалось число совершаемых ошибок ($p = 0,017$), и с заданием студенты справлялись быстрее ($p = 0,0002$). После вдыхания запаха мяты уровень распределения и переключения внимания статистически значимо возрастал за счет снижения числа лиц со средним уровнем данного показателя ($p = 0,012$), о чем свидетельствует увеличение числа правильных ответов ($p = 0,018$). Также уменьшалось количество ошибок ($p = 0,0003$) и время выполнения теста ($p = 0,0002$).

Выводы: рассматриваемые в работе некоторые психофизиологические процессы у студентов указывают на умеренный уровень их психического состояния, который позволяет справляться со своими обязанностями в пределах средних сложившихся требований. При этом требуется относительно четкое субъективное разделение времени работы и отдыха. Незначительные изменения психических процессов под влиянием ароматов апельсина и мяты, возможно, обусловлены недостаточным временем их воздействия.

ЗАИКАНИЕ У ДЕТЕЙ

А.А. Качмазова, В.В. Седунов, студенты 4 курса педиатрического факультета; Т.В. Сороковицова

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

Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.В. Сороковицова

Ключевые слова: *неврозоподобное заикание; невротический логоневроз; наследственность.*

Логоневроз — это междисциплинарная проблема, требующая совместной работы неврологов, психологов и логопедов. Задачей неврологов является поиск этиологических факторов развития заболевания, путей профилактики и реабилитации пациентов. Понимание возможных причин логоневроза позволяет провести раннюю диагностику и определить правильный вектор лечения.

Цель работы — провести анализ амбулаторных карт и оценить распространённость неврозоподобного заикания и невротического логоневроза среди пациентов детского возраста.

Материалы и методы: было проанализировано 45 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 2 до 17 лет (27 мальчиков и 18 девочек), проходивших обследование на базе медицинского центра г. Твери. В ходе исследования были рассмотрены следующие параметры: возраст, пол пациентов, характер появления заиканий (на высоте эмоций, постоянно), сопутствующие логоневрозу движения, наличие органической патологии центральной нервной системы, заикание у кровных родственников 1–2 колена. Статистическая обработка проводилась при помощи программы «Microsoft Excel». Средние величины представлены в формате медианы и интерквартильного размаха (25-й и 75-й перцентили).

Результаты. Медиана возраста пациентов — 4 года [3;6]. По половому составу: мальчики — 60 % (27 чел.), девочки — 40 % (18 чел.) Пациенты были разделены на две большие группы в соответствии с их диагнозом. Неврозоподобное заикание (заикание, появившееся на фоне церебрально-органической резидуальной недостаточности; нет связи с психотравмирующей ситуацией) было выявлено у 31 % (14 чел.), в 43 % (6 чел.) случаев заболевание имелось у кровных родственников. По степени тяжести неврозоподобного заикания пациенты были разделены на 3 группы: легкая степень (заикание наблюдается только в возбужденном состоянии, при стремлении быстро высказаться, отсутствуют сопутствующие движения) — 21,4 % (3 чел.), средняя степень (иногда заикаются в обычной обстановке, на высоте эмоций заикания усиливаются, отсутствуют сопутствующие движения) — 64,3 % (9 чел.), тяжелая степень (постоянные заикания в покое и возбужденном состоянии, имеются сопутствующие движения: запрокидывание или

наклон головы, закрывание глаз, непроизвольный топот, переступание с ноги на ногу) — 14,3 % (2 чел.) Невротический логоневроз (заикание, развившееся под влиянием психологической травмы; родитель или ребенок могли четко сказать, с какого момента ребенок начал заикаться) встречался у 69 % (31 чел.) У кровных родственников заикание в данной группе пациентов не встречалось. По степени тяжести выделены следующие группы пациентов: легкая степень — 35,5 % (11 чел.), средняя степень — 61,3 % (19 чел.), тяжелая степень — 3,2 % (1 чел.)

Выводы: медиана возраста пациентов с заиканием связан с тем, что 2–6 лет — это период интенсивного формирования речевой функции, а также этап активной социализации детей. Заикание чаще встречалось у мальчиков, поскольку формирование речевых моторных функций у девочек происходит в более короткий срок и их артикуляционные механизмы более устойчивы к действию факторов окружающей среды. В выборке невротический логоневроз встречался чаще неврозоподобных заиканий. Это, возможно, связано с эмоциональной лабильностью детей и ранней вовлеченностью в цифровое пространство. Подчеркнута роль наследственного фактора в формировании неврозоподобного заикания.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИРИДОИДОВ В ТРАВЕ ОЧАНКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ

*М.А. Кизан, Д.А. Некрасов, студенты 4 курса фармацевтического факультета
ФГБОУ ВО Смоленский ГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Россия*

Кафедра управления и экономики фармации

Научные руководители: к.б.н., доцент К.А. Стрелычева, д.фарм.н., доцент

А.В. Крикова, к.б.н., ст. преп. Е. О. Маркова

Ключевые слова: очанка лекарственная; трава очанки лекарственной, лекарственное растительное сырье очанки лекарственной; аукубин; иридоиды; количественное определение; раны; ранозаживляющий эффект.

Цель исследования: провести количественный анализ содержания иридоидов в пересчете на аукубин в лекарственном растительном сырье очанки лекарственной, применяемого для заживления ран и обладающего противомикробными свойствами.

Материалы и методы: для изготовления 40 % и 10 % экстракта из очанки лекарственной нам понадобилось: лекарственное растительное сырье очанки лекарственной; спирт 96 %; вода очищенная. Оборудование: термоустойчивая цилиндрическая колба объемом 250 мл; мерный цилиндр объемом 50 мл; обратный холодильник марки ХШ-1-400-29/32-14/23; плита фирмы Saturn; фотометр фотоэлектрический марки КФК-3-01-«ЗОМЗ».

Иридоиды из лекарственного растительного сырья очанки лекарственной экстрагировали 10 % и 40 % спиртом в течение 30 минут с использованием обратного холодильника. После остывания фильтровали и доводили спиртом до метки. Также на выход иридоидов влияет и длина травы очанки лекарственной, оптимальный размер составляет 11 мм. Для количественного определения добавляли к 1 мл испытуемого раствора реактив Тримм-Хилла и уксусную кислоту 50 % (2 : 1 : 5). Полученный раствор нагревали на водяной бане в течение 15 минут. Охлаждали. В качестве первого раствора сравнения использовали смесь 2 мл спирта этилового 10 %, 5 мл уксусной кислоты 50 % и 1 мл реактива Тримм-Хилла, нагревали на электрической плитке в течение 15 минут. Охлаждали. В качестве второго раствора сравнения использовали смесь спирта этилового 40 % 2 мл, 5 мл уксусной кислоты 50 % и 1 мл реактива Тримм-Хилла, нагревали на электрической плитке в течение 15 минут. Важным условием является то, чтобы реактив Тримм-Хилла был свежеприготовленным. Определяем оптическую плотность на фотометре КФК-3-01-«ЗОМЗ» при длине волны 590 нм (желтый светофильтр) в кювете толщиной 5 мм.

Результаты. Значение оптической плотности при длине волны 590 нм 10 % экстракта травы очанки лекарственной составило $0,035 \pm 0,002$. Значение оптичес-

кой плотность при длине волны 590 нм 40 % экстракта травы очанки лекарственной — $0,049 \pm 0,002$. Содержание иридоидов в пересчете на аукубин определяли по калибровочному графику, согласно которому содержание иридоидов в 10 % извлечении составило 23 мкг/мл; в 40 % — 33 мкг/мл. Содержание суммы иридоидов в пересчете на аукубин в процентах определяли по формуле:

$$X = \frac{c \times 25 \times 10_0}{m \times 100 \times 100_0} ,$$

где С — содержание суммы иридоидов в пересчете на аукубин, найденное по калибровочному графику, мкг/мл; 25 — объём раствора из ЛРС; m — навеска сырья, г;

$$X(10 \%) = \frac{23 \times 25 \times 10_0}{1 \times 1000 \times 100_0} = 0,057\% \quad X(40 \%) = \frac{33 \times 25 \times 10_0}{0,5 \times 1000 \times 100_0} = 0,165\%$$

Согласно количественному определению содержания иридоидов в пересчёте на аукубин, больше содержится в 40 % извлечении (0,165 %).

Выводы: в ходе проведения научно-исследовательской работы было изучено лекарственное растительное сырьё травы очанки лекарственной. Установлено, что на данное ЛРС на сегодняшний день отсутствует нормативная документация. Проведено количественное определение иридоидов и определено, что большее содержание иридоидов, по нашим результатам исследования, содержится в 40 % экстракте травы очанки лекарственной (0,165 %).

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ КРЫС В РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

*Е.А. Ковзович, Л.Д. Жучкова, М.А. Бибилова, студенты 3 курса педиатрического факультета, Н.С. Сарри, студент 3 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра патологической физиологии
Научные руководители: к.п.н., доцент А.В. Аксёнова,
ассистент М.В. Черноруцкий*

Ключевые слова: хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ); двигательная активность; исследовательская активность; когнитивные функции.

Цель исследования: изучить влияние различных режимов употребления алкоголя на поведенческую активность и когнитивные функции крыс.

Материалы и методы: в зависимости от режима ХАИ животные разделены на 3 группы: I ($n = 8$) — в качестве единственного источника жидкости получали 10 % раствор этанола в свободном доступе 30 дней (ХАИ^{10%} — 30); II ($n = 8$) — ежедневное принудительное употребление 25 % раствора этанола в дозе 3,5 г/кг 2 раза в сутки в режиме прерывистой алкогольной интоксикации (ПАИ) с 4-дневным периодом введения этанола — 3 суток введение эквивалентных количеств воды, 4 повтора циклов (ПАИ — 4^{25%}); III ($n = 8$) — ежедневное принудительное употребление 40 % раствора этанола в дозе 2,5 г/кг 30 дней (ХАИ^{40%} — 30); контрольная группа ($n = 8$) — получали стандартный водно-пищевой рацион.

Базовые этологические показатели поведения животных исследовали в тесте «Открытое поле»: двигательную активность (ДА) — количество пересеченных квадратов и вертикальных стоек, исследовательскую активность (ИА) — количество заглядываний в отверстия-норки, эмоциональный компонент поведенческой активности (количество фекальных болюсов) и показатель психологического комфорта животных — частоту груминга.

Для изучения когнитивных функций грызунов использовали тест «Экстраполяционное избавление» (способность найти путь избавления из острой стресс-ситуации). Установка состоит из 2 цилиндров: внешнего непрозрачного и внутреннего прозрачного. Внешняя ёмкость заполняется водой, в неё на 2,5–3 см погружается внутренний цилиндр. Крысу аккуратно помещают в воду, во внутренний прозрачный цилиндр хвостом вниз. Сразу после подныривания животное вынимают из воды.

Результаты. Результаты тестирования в «Открытом поле» показали, что показатели ДА и ИА животных всех экспериментальных групп значимо ниже показателей средних значений контрольной группы ($p < 0,05$).

Уровень ДА в группе ХАИ¹⁰%-30 (Me = 64(Q₁ = 62; Q₂ = 66)) значимо ниже, чем у животных групп ПАИ — 4²⁵% и ХАИ⁴⁰%-30 (Me = 98(Q₁ = 96; Q₂ = 101)), (Me = 76(Q₁ = 74; Q₂ = 79)) (p < 0,05). Аналогичные данные получены относительно ИА: (ХАИ¹⁰%-30: Me = 12(Q₁ = 9; Q₂ = 15); ПАИ — 4²⁵%: Me = 22(Q₁ = 21; Q₂ = 2); ХАИ⁴⁰%-30: Me = 20(Q₁ = 18,5; Q₂ = 21,5) (p < 0,05). При этом значения показателей ИА животных групп ПАИ — 4²⁵% и ХАИ⁴⁰%-30 не имеют достоверных различий. Различия среди экспериментальных групп по частоте груминга значимы. Частота груминга достоверно выше в группах ПАИ — 4²⁵% и ХАИ⁴⁰%-30: Me = 4,5(Q₁ = 13,5; Q₂ = 5,0) и Me = 6,5(Q₁ = 6,0; Q₂ = 7,0) соответственно, чем у животных группы ХАИ¹⁰%-30 (Me = 1,5(Q₁ = 1; Q₂ = 2,5) (p < 0,05). Значимых различий по количеству фекальных болюсов между контрольной группой и животными в условиях ПАИ — 4²⁵% и ХАИ⁴⁰%-30 не обнаружено. Однако у животных группы ХАИ¹⁰%-30 количество фекальных болюсов значимо ниже показателей групп ПАИ — 4²⁵% и ХАИ⁴⁰%-30.

Исследования когнитивных способностей экспериментальных животных в тесте «Экстраполяционного избавления» показали, что через месяц систематического употребления алкоголя группа животных ХАИ⁴⁰%-30 оказалась неспособна найти путь избавления из острой стресс-ситуации, в то время как животные групп ХАИ¹⁰%-30, ПАИ²⁵%-4 нашли путь решения задачи (показатели значений латентного периода подныривания в секундах: Me = 66,5(Q₁ = 46,0; Q₂ = 74,0).

Выводы: наше исследование показало, что влияние этанола на эмоционально-поведенческую реактивность проявляется угнетением общей возбудимости в виде снижения двигательной и исследовательской активности, уровня тревожности животных независимо от режима хронической алкогольной интоксикации. Выраженное снижение когнитивных способностей выявлено в условиях ХАИ⁴⁰%-30.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОГИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

*Ш.Т. Кодиров, студент 5 курса медицинского факультета, М.С. Гончарова
ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан
Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора
М.Г. Гулямова
Научный руководитель: старший преподаватель З.Х. Нисанбаева*

Ключевые слова: артериальная гипертония; тревога; пожилой возраст; госпитальная шкала тревоги; HADS.

Цель исследования: оценка уровня тревоги у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертонией с учетом степени выраженности стрессовой нагрузки. Так как картина при гипертонических изменениях в отличие от атеросклеротических отличается симптомами тревоги и страха, данные симптомы могут наблюдаться на любой стадии течения патологии при артериальной гипертонии: как после многолетнего течения, так и на начальном этапе.

Начальный этап болезни характеризуется повышенной утомляемостью, раздражительностью, головной болью, головокружениями, тяжестью и чувством давления в голове, болями в области сердца. Настроение становится тревожным, сон — поверхностным.

После многолетнего же течения появляются дополнительные симптомы в виде фобического синдрома и тревожно-депрессивного состояния.

Материал и методы: был обследован 41 человек с выраженной артериальной гипертонией пожилого возраста. Средний возраст пациентов $63,4 \pm 3,2$ года. Критериями включения явилась констатация тревожной симптоматики на основании оценочной госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Проводился общий подсчет баллов в соответствии с критериями оценки: 0-7 — отсутствие симптоматики, 8-10 — субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия. Из исследования исключались пациенты с деменцией, алкоголизмом, наркоманией в анамнезе, тяжелыми соматическими расстройствами. Были применены клинико-амнестический и клинико-психопатологический методы исследования.

Результаты. По результатам исследования было определено, что у 14,6 % ($n = 6$) — симптоматика отсутствовала, у 56 % ($n = 23$) — субклинически выраженная симптоматика, у 29,4 % ($n = 12$) — клинически выраженная симптоматика. Как причинно-следственная связь преобладал негативный эффект воздействия, связанный с психическими травмами: заболевания больного, изменение в состоянии здоровья членов семьи, смерть близких людей, финансовые проблемы, возможное возникновение угрозы внешних и локальных конфликтов (боялись насилия,

ограбления, избиения и т.д.), а также переживания из-за сообщений мировых средств массовой информации о нестабильности современного мира.

Выводы: вопросы оказания психиатрической помощи людям пожилого возраста приобретает особое значение в связи с ростом численности пожилых людей. Существует тесная связь между старением и заболеваниями, но это не отождествляет их, а лишь создает предпосылки для их развития. Хотя психические расстройства пожилых имеют некоторые специфические черты, в общем и целом они не отличаются существенно от наблюдаемых тревожных расстройств у более молодых людей. Однако хроническая тревога ставит пожилых пациентов с артериальной гипертонией в особое положение — ухудшает качество жизни, усложняет реабилитацию и социальную адаптацию, оказывает существенное влияние на дальнейшее течение сопутствующих патологий. Помимо этого, поддержка данной когорты пациентов требует финансовых и материальных затрат для оказания лечебных и реабилитационных мероприятий. Данный вид патологий необходимо определять для дальнейшей ее коррекции и осуществления превентивных мер.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. МИНСКА

*А.А. Кожемякина, А.М. Сивец, студенты 5 курса педиатрического факультета; Н.В. Галькевич, А.А. Астапов
УО Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь
Кафедра детских инфекционных болезней
Научные руководители: к.м.н., доцент Н.В. Галькевич,
к.м.н., доцент А.А. Астапов*

Ключевые слова: *энтеровирус; инфекция; дети; менингоэнцефалит.*

Энтеровирус относится к распространенным возбудителям инфекционных заболеваний человека, а также является частым возбудителем серозного менингита. Энтеровирусная инфекция (ЭВИ) характеризуется высокой контагиозностью, возникновением вспышек заболеваемости и отсутствием средств специфической профилактики.

Цель исследования: изучение особенностей клиники, диагностики и исходов энтеровирусных менингитов/энцефалитов у детей до 5 лет в г. Минске.

Материалы и методы: проведено ретроспективное когортное исследование 19 пациентов в возрасте до 5 лет, госпитализированных в Городскую детскую инфекционную клиническую больницу г. Минска (ГДИКБ) с неврологическими симптомами на фоне ЭВИ, а также с другими проявлениями этой инфекции. В течение 2017–2019 гг. в ГДИКБ г. Минска поступило 19 пациентов в возрасте до 5 лет с поражением ЦНС энтеровирусной этиологии. Средний возраст составил $44,8 \pm 3,0$ мес. Возраст госпитализированных варьировал от 6 месяцев до 4 лет, при этом дети в возрасте 4-х лет составили 52,6 %, а дети 3-х лет — 31,6 %. Оценка гендерного состава показала превалирование мальчиков — 15 человек (79 %), а девочек в 3,75 раз меньше — 4 человека (21 %).

У всех пациентов проводились ОАК, биохимический анализ крови с определением СРБ. В спинномозговой жидкости оценивался плеоцитоз, содержание белка и глюкозы. Уточнение этиологии проведено методом ПЦР ликвора у 15 пациентов, у 6-ПЦР мазка из носоглотки на энтеровирус. IgM ЭВИ в крови методом ИФА определяли у 16 пациентов, у 9 — методом ИФА ликвора.

Результаты. Больше всего детей (89,5 %) поступило в летне-осенний период: летом 12 детей (63,1 %), осенью 5 (26,3 %), зимой и весной по 1 ребенку (по 5,3 %).

Продромальный период составил $3,1 \pm 0,5$ (1–9 дней) дней с симптомами ОРИ. Температура повышалась в 100 % случаев, составила $38,3 \pm 0,6$ С, сохранялась в течение трех дней ($2,8 \pm 0,5$), максимально — до 9 дней.

Также отмечались следующие симптомы: рвота у 14 человек (73,7 %), сыпь у 6 человек (31,6 %), везикулярный фарингит у 5 детей (26,3 %), миалгия у 3 (15,8 %),

головная боль у 3 (15,8 %), очаговая симптоматика у 3 (15,8 %), судороги у 2 (10,5 %). Среди очаговых симптомов у 2 пациентов присутствовала мозжечковая атаксия, у 1 — тремор верхних конечностей. Судороги были представлены у 1 (5 %) человека генерализованными тонико-клоническими, у 1 (5 %) — тоническими. У 26,3 % больных менингеальные симптомы не определялись, а у 21,0 % были сомнительными. Чаще всего определялась ригидность мышц затылка (47,3 %).

При поступлении в ОАК у 7 пациентов (36,8 %) наблюдался лейкоцитоз ($11,8-21,6 \times 10^9/\text{л}$). Только у 1 ребенка (5,3 %) была отмечена лейкопения. СОЭ ускорилась у 11 детей (57,9 %), максимально до $38 (15,3 \pm 2,1)$ мм/ч. СРБ при поступлении был повышен в 7 случаях (36,84 %) и составил $8,84 \pm 3,03$ мг/л (0,1 — 39).

У 18 из 19 включенных в исследование пациентов была выполнена люмбальная пункция. В 16 случаях (88,8 %) ликвор был бесцветным, в 2 (11,2 %) случаях окрашенным. Содержание белка и глюкозы в пределах нормы, уровень белка составил $0,22 \pm 0,15$ г/л (0,13–1,35), глюкозы — $3,4 \pm 0,5$ ммоль/л. Наиболее изменяемым критерием оказался плеоцитоз (от 10 до 489 клеток/мкл), который наблюдался в 17 (94,4 %) случаях и составил $75,2 \pm 63,3$ клетки/мкл (14–489). В 14 (82,35 %) ликворограммах преобладали нейтрофилы, в 3 (17,65 %) лимфоциты.

РНК энтеровируса была выделена из ликвора в 7 (46,67 %) случаях из 15, из носоглотки в 4 (66,67 %) случаях из 6. В сыворотке крови были выявлены положительные IgM у 9 (56,25 %) из 16 пациентов, в ликворе — у 4 (44,4 %) из 9.

Средняя длительность лечения составила $10,84 \pm 0,65$ дней. Большинство детей (89 %) были выписаны с улучшением, остальные (11 %) — с выздоровлением.

Выводы: на основании проведенного исследования отмечена характерная эпидемиологическая особенность ЭВИ — летне-осенняя сезонность. Среди пациентов с поражением нервной системы энтеровирусной природы преобладали мальчики (79 %). В клинической картине выявлены разнообразные формы энтеровирусной инфекции: экзантема, везикулярный фарингит, симптомы энцефалита (головная боль, лихорадка, судороги). Менингит был у половины госпитализированных (52,7 %) с типичными менингеальными симптомами, а у 21 % пациентов — с сомнительными симптомами. Показатели ОАК не имели характерных особенностей. Ликвор соответствовал менингеальной реакции с плеоцитозом, а нейтрофильный сдвиг в ликворе характерен для изменений в первые дни болезни. Этиологическое подтверждение осуществлено разными методами, но в силу технических причин было возможным не во всех случаях.

АНАЛИЗ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НА ПРИМЕРЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ

*Н.Ю. Козлов, Е.А. Белова, В. С. Приходько, студенты 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России,
г. Красноярск, Россия
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель: д.м.н., профессор К.А. Виноградов*

Ключевые слова: оценка уровня знаний; неотложная помощь; уровень подготовки студентов; эффективность преподавания; анкетирование.

Цель исследования: проверить первоначальную гипотезу о том, что по мере обучения в медицинском университете студенты учатся правильно оказывать неотложную помощь и лучше ориентироваться в ситуациях, требующих этой помощи, кроме того, оценить корреляцию факультета обучающихся с уровнем подготовки к оказанию неотложной помощи.

Материалы и методы: совместно с преподавателями кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии, военно-полевой хирургии, а также специалистами в области реанимации и интенсивной терапии, акушерства и гинекологии и работниками скорой медицинской помощи нами была составлена уникальная анкета, состоящая из четырех частей, включающая вопросы по правилам оказания экстренной и неотложной помощи в стандартных и часто встречаемых ситуациях.

В анкетировании приняли участие 529 человек из каждой группы нашего университета. Случайным образом было выбрано до 4 человек: 347 студентов лечебного факультета, 122 — педиатрического, 35 — стоматологического, 16 — медико-психолого-фармацевтического и 14 последипломного образования.

Была оценена правильность ответов и проведена оценка эффективности преподавания практических навыков неотложной помощи в зависимости от специализации и уровня образования студентов. Достоверность различий оценивали с использованием непараметрического анализа Chi-square. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Статистический анализ выполнялся с помощью программного пакета IBM® SPSS® Statistics.

Результаты. По результатам анкетирования было выявлено, что успешнее всех с вопросами анкеты справились студенты лечебного факультета, хуже всех — обучающиеся Фармацевтического колледжа. В зависимости от длительности обучения лучше всего с ответами справились студенты 6-го курса (среди них правильно ответили 52,9 % опрошенных), а хуже всего — студенты 2-го и 4-го курсов (среди них правильно ответили 13,9 % и 12,3 % опрошенных соответственно). Здесь

мы можем наглядно отследить, что повышение качества знаний напрямую связано с продолжительностью обучения. В то же время низкие результаты 2-го и 4-го курсов на фоне успеха 1-го, 3-го, 5-го и 6-го курсов мы можем связать с периодом дистанционного образования у 2-го и 4-го курсов в это время. Другие причины нам еще предстоит выяснить.

Выводы: полученные данные не подтверждают нашу целевую гипотезу и заставляют задуматься о причинах. Уровень знаний не зависит напрямую от курса, значит связан не только с процессом и качеством обучения. На данном этапе мы можем предположить, что результаты могут быть связаны с вовлеченностью и заинтересованностью студентов медицинского университета в получении заданий на определенном этапе жизни, а также с периодом дистанционного обучения. На первом курсе многие студенты имеют сильную мотивацию к обучению, а также еще обладают остаточными знаниями о неотложной помощи, полученными на уроках по основам безопасности жизнедеятельности. На втором курсе наступает эмоциональный упадок от большой загруженности на учебе и многочисленных экзаменов, что сказывается на снижении качества ответов. На третьем курсе начинаются дисциплины, включающие в себя повторение и углубленное изучение навыков неотложной помощи, и уровень знаний вновь повышается. На четвертом курсе многие студенты начинают работать и в меньшей степени уделяют внимание учебе, нежели ранее, что снова отрицательно сказывается на их уровне знаний. На пятом и шестом курсах обучающиеся начинают постепенно готовиться к государственной итоговой аттестации, сдаче практических навыков на аккредитации и будущей работе. Дистанционные лекции, отсутствие доступа к реальным пациентам, чек-листы вместо практических навыков формируют неблагоприятный прогноз для развития уровня медицинского образования.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

*В.А. Козлова, В.В. Науменко, М.А. Чухарева, Б.Н. Марьянн, студенты 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: хронические заболевания печени; поликлиническая помощь.

Цель исследования: анализ распространенности хронических заболеваний печени (ХЗП) среди пациентов первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: методом случайной выборки отбирались амбулаторные карты пациентов различных поликлиник г. Твери. Выполнялась выкопировка данных амбулаторных карт в подготовленные гугл-формы с соблюдением требований защиты персональных данных (без указания сведений, позволяющих идентифицировать конкретного пациента). Данные были конвертированы в таблицу Excel, статистическая обработка данных проводилась в этой же программе.

Результаты. В исследование включены данные анализа 243 амбулаторных карт. Среди пациентов было 72 (29,6 %) мужчины и 171 (70,4 %) женщина, возраст от 24 до 91 года, средний возраст $62,2 \pm 1,12$ года.

У 112 (46,1 %) пациентов род занятий не указан, 72 (29,6 %) были пенсионерами.

В картах 209 (86,0 %) пациентов рост и вес не указан, из остальных 34 у 4 (11,8 %) индекс массы тела соответствовал норме, 14 (41,2 %) — избыточной массе тела, еще 16 (47,1 %) — ожирению 1-2 степени.

Уровень холестерина определен у 214 (88,1 %) больных, колебался от 3,4 до 10,12 ммоль/л, среднее значение $5,5 \pm 0,21$ ммоль/л. Лиц с холестерином, превышающим 5,0 ммоль/л, было 132 (61,7 %) человека.

Сахар крови определен у 241 (99,2 %) пациентов. Значения находились в интервале от 4,0 до 17,3 ммоль/л, среднее значение $6,6 \pm 0,18$ ммоль/л. Повышенные значения гликемии натощак выявлены у 83 (34,4 %) больных.

Уровень трансаминаз определен у 226 (93,0 %) обследованных, повышение АСТ в пределах от 1,1 до 3,1 верхних границ нормы отмечено у 21 (9,3 %) больного, а АЛТ от 1,1 до 5,0 верхних границ нормы — у 33 (14,6 %) пациентов. Гипербилирубинемия выявлена у 7 (2,9 %) пациентов, высокие значения щелочной фосфатазы — у 13 (5,3 %) обследованных.

Из нозологических форм преобладала артериальная гипертония, выявленная у 94 (38,7 %) пациентов, и сахарный диабет, который диагностирован у 76 (31,3 %) больных. Реже диагностировались гипотиреоз — 53 (21,8 %) случаев, ожирение у 43 (17,7 %) пациентов, желчнокаменная болезнь у 18 (7,4 %), фибрилляция пред-

сердий у 7 (5,9 %) больных. Патология печени диагностирована только у 31 (12,8 %) обследованных, что противоречит данным литературы. На первом месте по частоте, у 19 (7,8 %) больных, был жировой гепатоз, у 5 (2,1 %) — алкогольная болезнь печени, у 4 (1,6 %) — хронический гепатит неясной этиологии, у 2 (0,8 %) — лекарственный гепатит, а у одного пациента (0,4 %) — вирусный гепатит С.

Злоупотребление алкоголем отмечено у 7 (2,9 %) пациентов, умеренное употребление — у 10 (4,1 %). В подавляющем большинстве алкогольного анамнеза в амбулаторных картах представлено не было. Аналогично данные о курении не были представлены в медицинской документации у 221 (90,9 %) обследованных, у 9 (3,7 %) указано на курение.

В амбулаторных картах 44 (18,1 %) больных отмечен прием гепатотоксичных препаратов (химиотерапия, цитостатики, амиодарон, аллопуринол).

У 9 (3,7 %) больных выявлены маркеры вирусных гепатитов В и С.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводилось 122 (50,2 %) больным, а эзофагогастродуоденоскопия — 54 (22,2 %). По данным ультразвукового исследования, из обследованных больных выявлена гепатомегалия у 37 (30,3 %) пациентов, диффузные изменения в печени у 120 (98,4 %), холецистолитиаз — у 15 (12,3 %) человек, асцит — у 6 (4,9 %) обследованных, из них у одного (0,8 %) — с признаками портальной гипертензии.

Гепатопротекторы назначались 18 (7,4 %) пациентам: 9 (3,7 %) человек получали препараты урсодезоксихолевой кислоты, 5 (2,1 %) — эссенциальные фосфолипиды в комбинации с глицирризиновой кислотой, 3 (1,2 %) — адеметионин, 2 (0,8 %) — токоферол (в комбинации с урсодезоксихолевой кислотой), 1 (0,4 %) больной — препараты расторопши.

Выводы: анализ данных амбулаторных карт свидетельствует о гиподиагностике заболеваний печени в первичном звене здравоохранения. В медицинской документации крайне скудно отражены такие факторы риска поражения печени как ожирение, употребление алкоголя. При очевидно измененных данных ультразвукового исследования, биохимических признаках цитолиза и холестаза, патология печени диагностируется недостаточно, лечение назначается редко.

ВАРИАНТЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

А. А. Козятинская, М. М. Тимина, студенты 5 курса педиатрического факультета; Е. А. Соловьёва, студент 3 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: ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА); УЗИ брюшной полости; дисплазия соединительной ткани (ДСТ).

Актуальность: в настоящее время доказано, что у больных ЮРА с ДСТ имеет место более высокая активность воспалительного процесса, чаще выявляются рентгенологические изменения в суставах, высока предрасположенность к более раннему развитию дегенеративных изменений. Поэтому у детей с данной патологией особенно важно выявить наиболее часто встречающиеся варианты дисплазий для предотвращения развития хронических заболеваний в более старшем возрасте. Несмотря на современные методы диагностики и лечения, хронические заболевания ЖКТ остаются одной из ведущих проблем у детей с ЮРА, в связи с чем и была сформулирована цель данного исследования.

Цель исследования: выявить наиболее часто встречающиеся варианты дисплазии соединительной ткани органов брюшной полости у детей с ЮРА с помощью ультразвукового метода диагностики.

Материалы и методы: объектом исследования стали 26 детей (основная группа): 14 мальчиков и 12 девочек, в возрасте от 1 года 9 месяцев до 16 лет с установленным диагнозом ЮРА и длительностью заболевания от 1 месяца до 8 лет. Группу контроля составили 26 пациентов: 15 мальчиков и 11 девочек, в возрасте от 2 до 16 лет с диагнозом «Вегетососудистая дистония». Все пациенты проходили обследование и лечение в ГБУЗ ДОКБ г. Твери в 2019-2021 году. Всем детям основной и контрольной групп было выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости после предварительной стандартной подготовки к исследованию. Полученные данные подвергнуты статистическому анализу.

Результаты: после интерпретации протоколов ультразвукового сканирования органов брюшной полости у детей с ЮРА были выявлены следующие проявления дисплазии со стороны желудочно-кишечного тракта: дуоденогастральный рефлюкс у 8 человек ($p < 0,05$), перегиб желчного пузыря у 11 человек ($p < 0,05$), гастроэзофагиальный рефлюкс у 2 человек ($p < 0,05$), колоноптоз у 2 человек ($p > 0,05$), долихосигма у 3 человек ($p > 0,05$). В контрольной группе данные изменения распределились следующим образом: дуоденогастральный рефлюкс у 2

человека, перегиб желчного пузыря у 2 человек, гастроэзофагиальный рефлюкс у 2 человек, колоноптоз у 1 человека, долихосигма у 3 человек. Анализируя полученные результаты, следует, что ведущими изменениями со стороны ЖКТ у детей с ЮРА являются дуоденогастральный рефлюкс, гастроэзофагеальный рефлюкс и перегиб желчного пузыря, что совпадает с результатами исследований других авторов. В настоящее время установлено, что данные изменения являются нарушением структуры соединительной ткани и приводят к расстройству гомеостаза, который способствует развитию морфофункциональных нарушений со стороны висцеральных и локомоторных органов.

Выводы: наиболее часто встречающимися вариантами дисплазии соединительной ткани органов брюшной полости у детей с ЮРА, выявленными с помощью ультразвукового метода диагностики, являются: перегиб желчного пузыря, гастроэзофагиальный и дуоденогастральный рефлюксы и выявляются достоверно чаще, чем в контрольной группе. Данное обстоятельство диктует необходимость назначения детям с ЮРА УЗИ органов брюшной полости с последующей консультацией гастроэнтеролога.

ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИЙ И ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНАХ Г. ТВЕРИ

Ю.А. Колосова, Д.В. Кузнецов, А.А. Егорова, студенты 3 курса лечебного факультета

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

Кафедра гигиены и экологии

Научный руководитель: старший преподаватель Е.В. Алеева

Ключевые слова: жёсткость воды; сульфаты; хлориды; показатели.

Цель исследования — провести анализ качества проб воды из водопроводной сети по районам города Твери на соответствие СанПиНу 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества» и сделать выводы на основании полученных данных.

Материалы и методы: было проведено исследование качества 40 проб водопроводной питьевой воды в Заволжском, Центральном, Московском и Пролетарском районах г. Твери. Была произведена оценка воды по таким показателям, как запах, вкус, общая жесткость, содержание хлоридов и сульфатов. Пробы воды были отобраны из водопроводной сети жилых домов в разных районах г. Твери. Отбор проб воды и её исследование проводилось в рамках СНО кафедры гигиены и экологии в соответствии с методическими материалами кафедры.

Результаты. В результате исследования воды по органолептическим показателям мы установили, что все пробы не имели выраженного запаха и вкуса. Эти показатели не превышали допустимые нормы при 20 и 60 градусах и составили от 1 до 2 баллов. Также питьевая вода была исследована по таким химическим показателям, как общая жёсткость, содержание хлоридов и сульфатов. В результате исследования было установлено превышение ПДК общей жёсткости питьевой воды в пробах водопроводной воды из Центрального района (15 мг-экв./л, при нормативном значении не более 7 мг-экв./л), Заволжского района (9 мг-экв./л), Пролетарского района (8 мг-экв./л). В пробе воды из Московского района превышения ПДК общей жёсткости не установлено (7 мг-экв./л). Доказано, что жесткая вода негативно влияет на организм. Высокая жесткость ухудшает органолептические свойства питьевой воды, придавая ей горьковатый вкус, и оказывает отрицательное действие на органы пищеварения. Соли кальция и магния, соединяясь с животными белками, которые мы получаем из пищи, оседают на стенках пищевода, желудка, кишечника, осложняя их перистальтику, вызывая дисбактериоз, нарушают выработку ферментов. Постоянное употребление воды с повышенной жесткостью приводит к снижению моторики желудка. Продолжительное использование жесткой воды приводит к возникновению заболеваний суставов (артритов, полиартритов), образованию камней в почках и желчных путях.

В исследованных пробах питьевой воды содержание хлоридов во всех районах г. Твери соответствовало гигиеническим нормативам (не более 350 мг/л). Содержание сульфатов также находилось в пределах ПДК по всем районам (не превышает 500 мг/л). Вода с повышенным содержанием хлоридов приводит к поражению слизистых оболочек. После употребления такой воды нарушаются водно-солевой баланс и работа пищеварительного тракта, появляются отеки и склонность к заболеваниям мочеполовой системы. Избыток солей приводит к изменениям в кровеносных сосудах, перегружает работу сердца и почек, повышает артериальное давление и может заметно усугубить течение сердечно-сосудистых заболеваний. Повышенное содержания хлоридов и сульфатов в питьевой воде может приводить к новообразованиям мочеполовой системы организма. Сульфатные соли понижают органолептические показатели питьевой воды (вкус, цвет, запах), и вода имеет ярко-выраженный соленый привкус. Переизбыток сульфатных соединений оказывает раздражающее действие на слизистую пищевода и желудочно-кишечного тракта, влияет на желудочную секрецию, нарушает процессы пищеварения, препятствует всасыванию питательных веществ из пищи и вызывает расстройства кишечника.

Выводы: в результате нашего исследования было выявлено, что питьевая вода по органолептическим показателям (запах, вкус) и химическому составу (сульфаты, хлориды) соответствует гигиеническим нормативам СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества». Показатели общей жёсткости водопроводной воды Центрального, Заволжского и Пролетарского районов не соответствуют гигиеническим нормативам. В пробе воды Московского района превышения ПДК общей жёсткости не установлено.

В качестве профилактики негативного воздействия повышенной жесткости воды на организм человека мы можем порекомендовать дополнительную очистку водопроводной воды с помощью фильтров.

ПОЛУЧЕНИЕ И ИССЛЕДОВАНИЕ ВОДОРАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ МЕТОКСАЛЕНА

Л.А. Конищева, А.Ю. Известкина, студенты 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.фарм.н., ассистент Н.Н. Ильина

Ключевые слова: метоксален; гидроксипропил- β -циклодекстрин; вителиго; метод дифференциальной сканирующей калориметрии; метод ядерного магнитного резонанса; УФ — спектрофотометрия.

Цель исследования: разработка технологии получения водорастворимой формы метоксалена.

Материалы и методы: в качестве объекта исследования был выбран метоксален, включенный в водорастворимый комплекс с гидроксипропил- β -циклодекстрином (ГП- β -ЦД). Для получения комплекса с молекулярным соотношением 1 : 2 взяли 0,1 г метоксалена и 1,2723 г ГП- β -ЦД. В мерную колбу объемом 10 мл поместили точную навеску субстанции метоксалена 0,1 г и ГП- β -ЦД 1,2723 г. Добавили около 5 мл этилового спирта и поместили колбу на магнитную мешалку на 40 минут. По истечении времени для наилучшего растворения добавили 10 мл спирта и снова установили на мешалку на 12 часов. После растворения полученный комплекс фильтровали через предварительно взвешенный мембранный фильтр с размером пор 0,22 мкм и удаляли органический растворитель на роторном испарителе. Фильтр сушили, взвешивали и оценивали количество вещества, не растворившегося в растворителе. Полученный продукт использовали как основу всех последующих исследований. Далее изучили структуры комплекса включения методом ядерного магнитного резонанса (ЯМР) ^{13}C за счет установления мольного соотношения метоксалена к ГП- β -ЦД. По полученным спектрам ЯМР ^{13}C было подтверждена подлинность метоксалена и ГП- β -ЦД. Также был проведен анализ смеси методом дифференциальной сканирующей калориметрии, в результате которого были получены термограммы. Исследования термограмм ДСК полученных соединений проводили методами порошковой рентгеновской дифракции, дифференциальной сканирующей калориметрии (ДСК). Термограммы ДСК получали в диапазоне температур 50–330 °С на дифференциальных сканирующих калориметрах. В комплексе на диапазоне от 22 до 120 °С наблюдается испарение воды и растворителя. Отсутствие пика (149,6 °С) свидетельствует о включении метоксалена в комплекс. В диапазоне от 200 °С до 245 °С наблюдается разрушение образца. Следующим этапом стало определение количественного содержания метоксалена методом УФ-спектрометрии и установление растворимости полученного комплекса в воде, хлороформе и диметилсульфоксиде (ДМСО).

Результаты. В результате экспериментов было установлено, что комплекс включающий метоксален с ГП-β-ЦД получен методом сорастворения. При помощи термограмм подтверждено включение метоксалена в водорастворимый комплекс. Методом УФ-спектрофотометрии определили количественное содержания метоксалена в комплексе, которое составляет 2,3 %. Также при исследовании на растворимость комплекса было установлено, что полученный комплекс легко растворим в воде и в хлороформе, растворим в ДМСО.

Выводы: на основании вышеизложенного можно сделать вывод о возможности получения жидкой лекарственной формы метоксалена в комплексе с гидроксипропил-β-циклодекстрином, что улучшит эффективность лечения дерматологических заболеваний, в том числе витилиго. При включении молекулы вещества во внутреннюю поверхность ГП-β-ЦД изменяются свойства включаемого вещества, в том числе растворимость и светостойкость. ГП-β-ЦД стабилизирует активные компоненты и снижает летучесть молекул, благодаря чему происходит управляемое высвобождение активных компонентов или лекарств. Для того, чтобы увеличить содержание действующего вещества в комплексе, предположительно следует провести исследования с другим соотношением компонентов, либо заменить ГП-β-ЦД на другой циклодекстрин, например, α-циклодекстрин.

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ НА РЕГУЛЯРНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

*Е.А. Конопако, А.М. Форсова, Х.С. Шавоева, студенты 5 курса,
педиатрического факультета*

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

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: ассистент Ю.А. Богомолова

Ключевые слова: тревога; беспокойность; стресс; регулярность менструального цикла.

Цель исследования: изучить влияние уровня тревожности на регулярность менструального цикла у молодых женщин.

Материалы и методы: нами был разработан опросник, состоявший из 16 вопросов (возраст; рост; вес; возраст начала менструаций; продолжительность менструального цикла; длительность менструации; объем менструальной кровопотери; регулярность менструального цикла; задержки менструаций; симптомы, связанные с менструацией; интенсивность болей во время менструации; эффективность анальгетиков; наличие заболевания репродуктивной системы; влияние стресса и эмоциональных факторов на менструальный цикл). Уровень тревожности оценивался по краткой версии шкалы депрессии, тревоги и стресса (Depression Anxiety and Stress Scale, DASS-21). Проведено онлайн-анкетирование 110 женщин. Возраст опрошенных варьировал от 18 лет до 35 лет и в среднем (медиана) равнялся 21,0 [20,0; 22,0] году. У 29 (26,4 %) женщин был нерегулярный менструальный цикл. При статистической обработке данных производилось сравнение выборочных долей.

Результаты. Беспокойство о ситуациях, в которых женщины могут запаниковать и выставить себя в неприглядном свете является самым частым показателем тревожности как у женщин с регулярным менструальным циклом — 72,8 %, так и с нерегулярным — 69,0 %. При этом максимальный балл по краткой версии шкалы DASS-21 с данным симптомом преобладает у женщин с нерегулярным циклом — 37,9 %, чем с регулярным — 19,8 %. Следующим показателем стоит чувство вот-вот начавшейся паники и составляет 67,9 % у женщин с регулярным циклом и 65,5 % — с нерегулярным менструальным циклом. Однако стоит обратить внимание на то, что максимальный балл в данном показателе все же преобладает у группы с нерегулярным циклом и составляет 27,6 % (с регулярным циклом — 11,1 %). Это показывает, что у женщин с нерегулярным менструальным циклом уровень максимальной паники и тревоги в 2 раза выше. Также по данным анкетирования можно отметить: ощущение сухости во рту чаще наблюдается у женщин с нерегулярным циклом — 65,5 %, в то время как с регулярным — 42,0 %. По ре-

зультатам статистического исследования, можно говорить о том, что проблемы с сердцебиением при отсутствии физической нагрузки (учащенное или неровное сердцебиение) у женщин как с регулярным, так и с нерегулярным циклом находятся приблизительно на одном уровне — 48,2 % и 48,3 % соответственно. Но в то же время максимальный балл по шкале DASS-21 дают женщины с нерегулярным циклом — 27,6 %, по сравнению с женщинами с регулярным циклом — 7,4 %. По сумме баллов шкалы DASS-21 нормальный уровень беспокойства (тревожности) чаще наблюдается у женщин с регулярным циклом: 63,7 % против 48,3 %. Также по сумме баллов сильное и чрезвычайно сильное беспокойство (15 и более баллов) женщины с нерегулярным циклом испытывают 2,2 раза чаще: 13,8 % против 6,2 %. Большинство женщин в обеих группах отмечают влияние стресса на менструальный цикл: 82,7 % и 89,7 % соответственно в группах с регулярным и нерегулярным циклом. Самым частым проявлением влияния стресса на цикл является задержка менструаций, на что указали 45,7 % женщин с регулярным циклом и 62,1 % женщин с нерегулярным циклом.

Выводы: сильное и чрезмерно сильное беспокойство женщины с нерегулярным менструальным циклом испытывают в 2,2 раза чаще, чем женщины с регулярным циклом. Нормальный же уровень беспокойства (тревожности) в 1,3 раза чаще отмечается у женщин с регулярным циклом.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ — СПАСТИЧЕСКАЯ ТЕТРАПЛЕГИЯ — КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Е.А. Конопако, Д.М. Щигорцов, А.М. Форсова студенты 5 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: монохориальная биамниотическая двойня; спастический тетрапарез; корковая атрофия; детский церебральный паралич.

Цель исследования: изучить причины и последствия спастического тетрапареза, полученного в результате гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы на основе изученного клинического случая.

Материалы и методы: ретроспективный анализ истории болезни; данные исследований 2020–2022 годов. Пациентка А., 2 года. Перинатальный анамнез отягощен: 9–10 недель угроза прерывания, 11–12 недель анемия а! степени, мать — носитель ЦМВ (доказано ПЦР). Девочка является второй из монохориальной биамниотической двойни, при этом родилась в большем весе (2840 г), чем первая (2400 г). ИФА IgG (кровь) к ЦМВ 1,9 К. Первая девочка полностью здорова: нет отставания ни в физическом, ни в нервно-психическом развитии. Во время родов произошел выход мекония в амниотическую жидкость второго плода — оценка по шкале Апгар — 5/7 баллов — асфиксия средней степени тяжести, мекониальная аспирация, что привело к синдрому угнетения и дыхательной недостаточности, интубации трахеи в родильном зале, переводу на ИВЛ — 1-е сутки, в дальнейшем — врожденная двусторонняя пневмония, синдром мышечной гипотонии, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС а! степени. Была выписана на 9-е сутки без неврологических нарушений. До 2,5 месяцев мать не замечала изменений в состоянии и поведении второго ребенка по сравнению с первым.

Результаты. В 2,5 месяца у второго ребенка начались приступы в виде девиации глаз вправо, адверсии головы вправо, тонического напряжения в руках, флексорный компонент сериями, до 8 раз в сутки, длительностью до 1 минуты, задержка моторного, психического и речевого развития. Ребенку была назначена вальпроевая кислота, на фоне терапии приступов не отмечалось. Однако после перенесенной ветряной оспы приступы возобновились. Неврологом было назначено повышение дозы вальпроевой кислоты. На фоне терапии отмечались побочные симптомы — тромбоцитопения — снижение тромбоцитов до 8 тыс., проводилось переливание тромбоцитарной массы. Были назначены фенобарбитал и постепенная отмена вальпроевой кислоты. В октябре 2021 года ребенку по результатам обследования

выставлен диагноз: детский церебральный паралич, спастический тетрапарез. Микроцефалия. Структурная фокальная эпилепсия, серийные инфантильные спазмы. Задержка психического и речевого развития. Проведены следующие обследования: 1) зрительные вызванные потенциалы: с обеих сторон проведение зрительной афферентации на кору замедлено, амплитуда пика P100 снижена; 2) видео-ЭЭГ мониторинг: в бодрствовании и во сне зарегистрировано продолженное региональное дельта-замедление, в структуре замедления — региональная эпилептиформная активность в виде сгруппированных и одиночных острых волн; 3) МРТ головного мозга: картина диффузных, глиозно-атрофических изменений вещества больших полушарий, вторичного расширения наружных и внутренних ликворных пространств (ликвородинамика без признаков обструкции): атрофии мозолистого тела; 4) КТ: признаки атрофии затылочных долей. Выраженное уменьшение в объеме всех долей большого мозга, наиболее затылочных за счет атрофии. В феврале 2022 года повторное обследование, при котором по сравнению с ЭЭГ от 2021 года отмечалась отрицательная динамика в виде усиления эпилептиформной активности с формированием паттерна «модифицированной гипсаритмии». На данный момент ребенок состоит под наблюдением врачей, также назначена противосудорожная терапия — фенobarбитал, реабилитационное лечение.

Выводы: представленный случай показывает, что, несмотря на перинатальный анамнез, носительство матери ЦМВ (доказано ПЦР), многоплодную беременность, большой вес при рождении, вторая девочка из монохориальной биамниотической двойни получила осложнения, которые в дальнейшем привели к серьезным последствиям (спастический тетрапарез, картина диффузных глиозно-атрофических изменений вещества больших полушарий, атрофия мозолистого тела — неблагоприятный прогноз), в то время как первая девочка из двойни полностью здорова, развивается согласно нормам физического и нервно-психического развития. У второго ребенка произошла мекониальная аспирация, перевод на ИВЛ — 1-е сутки, врожденная двусторонняя пневмония, что и явилось фактором гипоксического генеза, определившим дальнейшее формирование поражения ЦНС, сформулированного как ДЦП.

ИЗУЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ СТРУКТУРЫ ДЕНТИНА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ПРОТРАВЛИВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ОРТОФОСФОРНОЙ КИСЛОТЫ

В.В. Корнилова, Ю.А. Пастухов, А.К. Хаитов, студенты 5 курса стоматологического факультета

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

Кафедра пародонтологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор В.А. Румянцев

Ключевые слова: *дентин; ортофосфорная кислота; гибридный слой.*

Актуальность: в настоящее время качественную реставрацию в клинике терапевтической стоматологии практически невозможно выполнить, не прибегая к помощи современных композиционных пломбировочных материалов. Работа с этим классом материалов невозможна без использования адгезивных систем, включающих в себя кислотную протравку, праймер и бонд в различных комбинациях.

Цель исследования: изучение феномена корональной миграции органических веществ и микроорганизмов из дентинных канальцев по осмотическому градиенту под воздействием гелей для протравливания дентина.

Материал и методы: в исследование были включены пациенты с диагнозом К02.1 Кариес дентина, поражение зубов которых соответствовало по глубине среднему или глубокому кариесу. Пациенты проходили лечение в рамках студенческого стоматологического приёма на кафедре пародонтологии в стоматологической поликлинике ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Всего было проведено лечение 30 зубов. Проводили механическую обработку полостей алмазными и твердосплавными борами. После завершения механической обработки наносили кариес-индикатор (Caries Marker, VOCO) – участки, окрашенные препаратом, также иссекали до достижения плотного, светлого дентина. Выбор кариес-индикатора был обусловлен его химическим составом, а именно красителем «кислый фуксин», являющимся основным компонентом препарата. Он способен соединяться с денатурированным коллагеном и другими белковыми молекулами. На данном этапе проводили фоторегистрацию результатов. Затем осуществляли тотальное протравливание эмали и дентина с применением геля 37 % ортофосфорной кислоты (Травекс, Омега-Дент). Затем полость повторно окрашивалась кариес-индикатором. Результаты фиксировали с помощью фотооборудования. Интенсивность окрашивания оценивали визуально, с помощью специализированной типографской шкалы для розового цвета, интенсивность окрашивания оценивали в баллах. Статистическую обработку данных проводили с помощью бесплатного программного пакета Jamovi. Значимость различий в окрашивании дентина до и после протравки оценивали с помощью критерия Вилкоксона для связанных групп.

Результаты исследования. Согласно критерию Шапиро-Уилка, данные в обеих группах были распределены ненормально ($p < 0,05$). До протравки насыщенность цвета дентина после нанесения и удаления кариес маркера составляла 1 [0, 1] балл. Окрашивание, проведенное после протравливания, дало иной результат — насыщенность цвета в используемой нами системе счисления составила 2 [1, 4] балла. Различия между данными связанными группами были статистически значимы ($p < 0,001$).

Выводы: в ходе исследования была подтверждена рабочая гипотеза о том, что применение высококонцентрированных протравочных гелей способствует осмотическому дисбалансу в капиллярной системе дентина и «подъёму» на поверхность сформированной полости дополнительных органических субстратов. Эти субстраты, в свою очередь, окрашиваются кариес-маркером. Высвобождение коллагенолитических ферментов –внеклеточных матриксных металлопротеиназ и цистеиновых катепсинов — приводит к гидролизу органической матрицы дентина и деградации гибридного слоя, являющегося ключевым фактором связи между композитной реставрацией и собственными тканями зуба. Дальнейшее осмысление обнаруженного феномена позволит продвинуться в разработке новых методик и технологий профилактики рецидивирующего кариеса зубов, а также модернизировать существующие протоколы лечения.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ОБРАЗ ЖИЗНИ МОЛОДОГО ЧЕЛОВЕКА

*А.В. Котьякина, студентка 1 курса педиатрического факультета;
В.А. Алексеева, Н.Т. Тангриев студенты 2 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра физической культуры
Научный руководитель: старший преподаватель Э.В. Буланова*

Ключевые слова: образ жизни; заболеваемость; учащиеся.

Цель исследования: проанализировать степень влияния хронического заболевания на образ жизни учащегося.

Материалы и методы: проведено анонимное анкетирование студентов 1–2 курсов Тверского ГМУ ($n = 358$, средний возраст — $18,6 \pm 2,0$), имеющих на момент опроса хроническое заболевание. Статистическая обработка полученных данных проведена в программе Excel, статистическая значимость различий определена по критерию Фишера.

Результаты. Среди опрошенных студентов 71,4 % указали на то, что до заболевания им было известно о наличии хронического заболевания у их родственников ($p < 0,001$). На момент опроса у респондентов были установлены следующие группы заболеваний: патология органов зрения (ОЗ) — у 39,5 %, патология опорно-двигательного аппарата (ОДА) — у 37 %, болезни органов дыхания (ОД) — у 29,1 %, болезни ЖКТ — у 18,4 %, болезни ССС — у 18,1 %, болезни нервной системы — у 11,2 %, болезни МПС — у 8,4 %, болезни эндокринной системы — у 4,6 %, болезни крови — у 4,6 %, болезни уха — у 1,5 %, болезни кожи — у 1,3 %, психические расстройства — у 0,5 %, хронические инфекционные заболевания — у 0,2 %, новообразования — у 0,2 %. То есть, наиболее часто у студентов регистрируется патология ОЗ, ОДА, ОД и ЖКТ ($p < 0,001$). На первом месте по частоте выявляемости миопия (37,4 %), на втором — сколиоз и плоскостопие (по 14,8 %), на третьем — хронический гастрит (13,1 %), на четвертом — хронический тонзиллит (12,8 %), на пятом — бронхиальная астма (9,1 %) ($p < 0,001$). В среднем на одного студента приходится $2,0 \pm 1,2$ заболевания. Студенты указали время начала своего заболевания: с рождения — 9,2 %, с 1 года — 1,1 %, с 2–3 лет — 5,6 %, с 4–5 лет — 7 %, с 6 лет — 2,2 %, с 7–9 — 14 %, с 10–12 — 21,2 %, с 13–15 — 24,3 %, с 16–17 — 10,6 %, с 18–19 — 4,5 %, с 20 — 0,3 %. То есть основной период начала заболевания пришёлся у респондентов на 10–15 лет (45,5 %) ($p < 0,001$). 18,2 % респондентов отметили, что развитие хронического заболевания повлияло на их успеваемость во время обучения в школе ($p < 0,001$): 52,3 % — успеваемость стала неравномерной, 49,2 % — успеваемость ухудшилась, 3,1 % — стало тяжело читать материал с доски, 1,5 % — увеличилось количество пропусков занятий. 54,2 %

студентов указали, что развитие хронического заболевания повлияло на образ их жизни ($p = 0,011$): 34,5 % указали, что качество их жизни ухудшилось, 31,4 % — жизнь стала неравномерной, 13,4 % — жизнь стала непредсказуемой, 11,9 % указали, что качество их жизни улучшилось, 5,8 % — образ жизни изменился, 1 % — пришлось уменьшить силовые нагрузки, 1 % — невозможность принимать любые исходные положения тела, 1 % — появилось внимательное отношение со стороны окружающих, 0,5 % — пришлось забросить хобби, 0,5 % — стали беспокоить панические атаки, 0,5 % — жизнь стала очень размеренной, 0,5 % — пришлось много времени уделять профилактике, 0,5 % — пришлось отказаться от вредных привычек. То есть только 13,5 % студентов указали, что развитие заболевания привело к видимым положительным сдвигам в образе жизни ($p < 0,001$). 4,5 % респондентов отметили, что в связи с развитием хронического заболевания у них изменились отношения со сверстниками ($p < 0,001$): 56,2 % указали на проявление негатива со стороны сверстников, 18,8 % — на самостоятельное стремление ограничить общение со сверстниками в связи с отсутствием физических и эмоциональных сил, 12,5 % — на использование сверстниками обидных прозвищ, 0,5 % — на предвзятое отношение, 0,5 % — на появление чувства неполноценности при общении со сверстниками. 2 % опрошенных указали на изменение характера отношений с родственниками ($p < 0,001$): у 57,1 % отношения улучшились (42,9 % — заболевание сблизило, 14,3 % — родственники стали больше помогать), у 42,9 % — ухудшились (28,6 % — негатив со стороны родственников, 14,3 % — родственники жаловались, что респондент стал более навязчивым) ($p > 0,05$). У 42,5 % респондентов произошло обострение их заболевания в период сдачи ЕГЭ ($p < 0,001$). 65,1 % опрошенных указали, что вынуждены были начать принимать лекарственные препараты, 42,1 % — обратиться за помощью к врачу, 35,5 % — самостоятельно лечиться дома, 23 % — изменить режим дня, 13,2 % — изменить режим питания, 9,2 % — пройти курс лечения в стационаре, 0,7 % — отложить сдачу ЕГЭ. Обострение хронического заболевания в период сдачи ЕГЭ 90,2 % студентов во-первых связывают с психоэмоциональным напряжением, 62,5 % — указали на недостаток сна, 52 % — на нарушение общего режима, 40,1 % — на нарушение режима сна, 3,3 % — на резко возросшую нагрузку по учёбе, 2,6 % — на депрессивное состояние, 2,6 % — указали, что период сдачи ЕГЭ совпадает с периодом цветения аллергенных растений, 2,6 % — на высокую нагрузку на аппарат зрения, 1,3 % — на недостаток отдыха.

Выводы: таким образом, нами установлено, что у большинства студентов развитие хронического заболевания оказало негативное влияние на качество жизни, создало трудности в процессе обучения; изменение отношений с окружающими произошло у небольшого числа респондентов.

ВЛИЯНИЕ УДАЛЕННОСТИ ОТ ДОКБ НА ОТСРОЧКУ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ

*А. С. Коцюба, С. Е. Россихин, студенты 5 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра педиатрии педиатрического факультета
Научный руководитель: д.м.н., зав. кафедрой И. С. Долгополов*

Ключевые слова: отсрочка диагноза; Тверь; лейкоз.

Острый лейкоз — наиболее частая злокачественная патология у детей с частотой развития около 55–62 заболевших на 1 млн. населения до 18 лет. Ранняя диагностика острых лейкозов заболеваний у детей затруднена ввиду неспецифичности первичных симптомов, которые часто скрываются под «масками» других заболеваний. Особенно эта проблема актуальна для городов с населением до 100 тыс. человек, где случай острого детского лейкоза диагностируется 1 раз в 2–5 лет и отсутствует онкологическая настороженность среди врачей поликлинического звена.

Цель исследования: по данным историй болезней изучить, как удаленность от учреждения здравоохранения III уровня влияет на отсрочку диагностики острых лейкозов у детей.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 26 пациентов, госпитализированных в отделение онкогематологии ДОКБ Тверской области в период с 2018 по 2022 гг. с диагнозами: острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ, С91.0), острый миелобластный лейкоз (ОМЛ, С92.0) и неуточненный вариант острого лейкоза (НВОЛ, С95.0). Оценена отсрочка постановки диагноза в зависимости от региона проживания в Твери и Тверской области и его удаленности от ДОКБ.

Результаты. В анализ включено 21 пациент (80,8 %) с ОЛЛ) 2 пациента (7,7 %) с ОМЛ и 3 пациента (11,5 %) с НВОЛ. Средний возраст пациентов составил 52 мес. (4,3 года). Тромбоцитопения и анемия на момент диагноза обнаруживались у 61,5 % и 73 % соответственно. Лейкоцитоз $> 20 \times 10^9/\text{л}$ наблюдался у 50 %, лейкопения $< 3,5 \times 10^9/\text{л}$ у 15 % пациентов. При этом у 100 % пациентов даже с нормальным уровнем лейкоцитов в крови в периферической крови определялись бласты от 2 до 95 %.

По месту проживания пациенты распределились равномерно — по 13 (50 %) детей с острым лейкозом в Тверской области и г. Тверь при равном соотношении полов (6 мальчиков и 7 девочек) соответственно. Средний возраст в г. Тверь составляет 27,6 месяцев, а в области 75,3 месяцев ($p = 0,1$).

Из 13 больных острым лейкозом из г. Твери ОЛЛ, С91.0 диагностирован у 11 (84,6 %) человек ОМЛ, С92.0 у 1 (7,7 %) человека и НВОЛ, С95.0 у 1 (7,7 %) че-

ловека. Из 13 больных острым лейкозом из Тверской области ОЛЛ, С91.0 диагностирован у 9 (69,2 %) человек ОМЛ, С92.0 у 1 (7,7 %) человека и ЛНЭ, С95.0 у 3 (23,1 %) человека.

Отсрочка диагноза < 2 недель наблюдалась в 13 (50 %) случаях, 2–4 недели — в 6 (23 %), ≥4–≤ 8 нед. — 4 (15,5 %) и > 8 недель — в 3 (11,5 %) случаев. При сравнительном анализе отсрочка диагноза среди пациентов, проживающих в г. Тверь и Тверской области, < 2 недель отмечена в 5 (38,4 %) против 9 (69,2 %) случаях, 2–4 недели — в 5 (38,4 %) против 1 (7,8 %), ≥4–≤ 8 нед. — в 1 (7,8 %) против и 1 (7,8 %) и > 8 недель — в 2 (15,4 %) против 2 (15,4 %) случаях соответственно ($p = 0,37$).

Заболеваемость ОЛ у детей на 100 тыс. населения в г. Тверь составила 4,1 ($n = 6$, все ОЛЛ) в Заволжском районе, 4,0 ($n = 5$, 2-ОЛЛ, 1-ОМЛ и 1 НВОЛ) в Пролетарском районе, 2,4 ($n = 3$, все ОЛЛ) в Московском районе. Ни одного ребенка до 18 лет, заболевшего за этот период ОЛ не было выявлено в Центральном районе. В зависимости от района проживания отсрочка диагноза составила > 2 нед. 3 (50 %) в Заволжском районе, 4 (100 %) в Пролетарском. Все пациенты с ОЛ ($n = 3$) в Московском районе были диагностированы в срок ≤2 нед.

Не отмечено достоверного влияния удаленности места проживания от детского учреждения 3 уровня, оказывающего специализированную помощь (ГБУЗ «ДОКБ»), на время постановки диагноза. При удалении < 50 км отсрочка диагноза < 2 нед., 2–4 нед., ≥4–≤ 8 нед., > 8 нед. наблюдалась в 36 %, 36 %, 21 % и 7 % соответственно. При удалении ≥50–≤ 100 км диагноз был поставлен в период 2–4 недели в 100 % случаев. Отсрочка диагноза при проживании пациентов > 100 км менее 2 нед., 2–4 нед., ≥4–≤ 8 нед., > 8 нед. наблюдалась в 30 %, 30 %, 20 % и 20 % соответственно ($p = 0,78$).

Выводы:

1. Клинико-лабораторные характеристики ОЛ у детей не отличаются между пациентами в зависимости от проживания в г. Твери и Тверской области.
2. Удаленность от ДОКБ г. Твери не влияет на скорость постановки диагноза ОЛ у детей,
3. Стандартизованная частота заболеваемости ОЛ у детей в г. Твери не различается достоверно между районами города, кроме Центрального района. Нулевая заболеваемость в Центральном районе может быть объяснена низкой долей детского населения, проживающего в центре города.
4. В г. Твери наименьшая (< 2 недель) отсрочка диагноза наблюдается в Заволжском и Московском районах города, а наибольшая — в Пролетарском, что требует дальнейшего наблюдения с целью набора большей группы пациентов для определения закономерностей характера данного распределения.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

*А.С. Коцюба, С.Е. Россихин, студенты 5 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра педиатрии педиатрического факультета
Научный руководитель: д.м.н., зав. кафедрой И.С. Долгополов*

Ключевые слова: острый лейкоз; злокачественные заболевания; дети.

Острые лейкозы (ОЛ) на сегодняшний день занимают первое место среди злокачественных новообразований детского возраста. Среди ОЛ острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) составляет 80 % среди детей от 2 до 5 лет, острый миелобластный лейкоз (ОМЛ) составляет около 20 % с разбросом до 1 года и после 10–12 лет.

Клиническая картина ОЛ обусловлена степенью инфильтрации костного мозга бластными клетками и экстрамедуллярным распространением процесса. На начальном этапе заболевания (предлейкозный период) могут отмечаться неспецифические симптомы: подъем температуры тела, снижение аппетита, нарастающая слабость, повышенная утомляемость, вялость. При исследовании периферической крови могут быть выявлены анемия, гранулоцитопения, тромбоцитопения и появление бластов в периферической крови и костном мозге с их морфологическим, иммуногистохимическим, молекулярно-генетическим исследованием.

Диагноз ОЛ устанавливается на основании клинической картины, анамнеза заболевания, результатов объективного и дополнительных методов исследования при наличии в костно-мозговом пунктате более 20 % бластов с «провалом» созревания гранулоцитов.

Цель исследования: изучить клинико-диагностические особенности течения острого лейкоза у детей Тверской области.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 26 пациентов — мальчиков 12 (46 %), девочек 14 (54 %), госпитализированных в отделение гематологии ГБУЗ «Детской областной клинической больницы» г. Твери в период с 2018 по 2022 гг. с диагнозами острый миелоидный лейкоз (ОМЛ, n = 2, 8 %), острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ, n = 21, 81 %) и острый лейкоз неутонченного клеточного типа (ОЛНК, n = 3, 11 %). В возрасте от 2 месяцев до 16 лет, средний возраст пациентов составил 52 мес. (2–196 мес.).

В процессе работы нами были изучены анамнестические, гематологические и биохимические показатели крови. Среди гематологических исследований были выделены показатели гемограммы: количество лейкоцитов (WBC), эритроцитов (RBC), уровень гемоглобина (HGB), тромбоциты (PLT), лейкоцитарная формула с определением бластных форм лимфоцитов.

Спектр биохимических показателей сыворотки крови включал: общий билирубин, аланинаминотрансферазу (АЛТ), аспартатаминотрансферазу (АСТ), С-реактивный белок (СРБ), лактатдегидрогеназу (ЛДГ).

Среди анамнестических данных нами выделены лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, геморрагический, инфекционный синдром.

Статистическую обработку материала проведена с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что чаще всего у пациентов выявляется лейкоцитоз ($> 20 \times 10^9/\text{л}$, 50 % случаев). Лейкопения ($< 3,5 \times 10^9/\text{л}$) наблюдается у 15 % пациентов, и у 35 % пациентов лейкоциты колеблются в пределах возрастной нормы. Однако у 100 % пациентов с ОЛ ($n = 26$) в периферической крови обнаруживаются бласты от 2 % до 95 %.

Тромбоцитопения на момент диагноза выявляется у 61,5 % пациентов, в 50 % случаев речь идет о I степени, в 37,5 % — II степени и в 12,5 % — III степени.

Анемия была диагностирована у 73 % пациентов. I степень — у 21 %; 2 степень — у 32 %; 3 степень — у 47 % (из них $\text{Hb} < 60 \text{ г/л}$ у 21 %).

В биохимических анализах крови у 27 % был повышен уровень трансаминаз (АЛТ/АСТ > 2 степени) и у 15 % повышен уровень ЛДГ.

Лимфопролиферативный синдром (лимфоаденопатия и гепатоспленомегалия обнаруживались в 54 % и 58 % соответственно). У 12 % имелся геморрагический и у 15 % инфекционный синдром.

Ни у одного пациента не наблюдалось костных болей. Поражение ЦНС было зафиксировано у 1 ребенка (4 %). Поражения яичек ни у одного из 12 мальчиков не отмечено.

Выводы: исследование ОЛ у детей Тверской области, по данным ДОКБ г. Твери, показало полное соответствие по клинко-диагностическим особенностям протекания заболевания между полученными и международными данными. Среди ОЛ, кроме ОЛЛ, которые составили 81 %, и ОМЛ, которые составили 8 %, была обнаружена часть лейкозов, которые классифицировались как «неуточненные». Такой низкий показатель ОМЛ по сравнению с международными данными (где заболеваемость составляет 20 % от общей доли ОЛ) и большое количество недифференцированных лейкозов, может быть объяснено слабостью диагностической базы ДОКБ, отсутствием возможности проведения проточной флоуцитометрии и широкого спектра иммуногистохимических и генетических исследований, без которых часть лейкозов на первом этапе классифицируется как «неуточненные» (12 %).

Низкое количество зафиксированных осложнений ОЛ может быть связано со своевременностью постановки диагноза и эффективностью проводимой терапии.

ИЗМЕНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ МИЛДРОНАТА В УСЛОВИЯХ СТРЕСС-СИНДРОМА У КРЫС

*Д.В. Кравченко, С.Ю. Гуреев, К.С. Сведенюк, А.М. Шевченко, студенты 3 курса
лечебного факультета*

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

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель: ассистент Ю.С. Минина

Ключевые слова: стресс; милдронат (МНН: мельдоний); эритроциты; лейкоциты; лимфоциты; нейтрофилы; моноциты; тромбоциты.

Цель исследования: изучить влияние милдроната (МНН: мельдоний) на основные гематологические показатели: эритроциты, лейкоциты с лейкоцитарной формулой, тромбоциты — у крыс в условиях стресса.

Материалы и методы: в исследовании были задействованы 15 крыс, разделенных на 3 группы: 1-я — контрольная; 2-я — крысы, подвергшиеся экспериментальному стрессу; 3-я — крысы, подвергшиеся экспериментальному стрессу с одновременными инъекциями препарата в дозе 0,1мл (10 мг/кг). Экспериментальный стресс воспроизводился путем погружения в холодную воду (Дубровина, Савостьянова, 2003; Эдеева 2007), топлением, изоляцией в отдельной клетке по одной крысе (Подковкин, Иванов 2009).

Результаты. Эритроциты (млн в мкл) у 5 крыс из 1-й группы: 7,36; 7,12; 7,88; 7,22; 7,48. Среднее значение — 7,41. Стандартное отклонение — 0,35.

У 2-й группы: 7,41; 7,36; 7,62; 7,5; 7,46. Среднее значение — 7,47. Стандартное отклонение — 0,09.

У 3-й группы: 7,69; 7,77; 7,83; 7,79; 7,85. Среднее значение — 7,79. Стандартное отклонение — 0,06.

Лейкоциты (тыс в мкл) у 5 крыс из 1-ой группы: 5,3; 5,5; 4,9; 5,0; 4,8. Среднее значение — 4,8. Стандартное отклонение — 0,62.

2-й группы: 3,3; 3,1; 3,0; 2,8; 3,0. Среднее значение — 3,04. Стандартное отклонение — 0,13.

У 3-й группы: 5,1; 5,3; 4,9; 4,8; 5,0. Среднее значение — 5,02. Стандартное отклонение 0,15.

Лимфоциты (в % от значения лейкоцитов) у 5 крыс из 1-й группы: 68,4; 65,9; 70,4; 59,5; 63,7. Среднее значение — 65,58. Стандартное отклонение — 3,79.

У 2-й группы: 90,3; 85,1; 81,4; 83,4; 86,5. Среднее значение — 85,34. Стандартное отклонение — 3,01.

У 3-й группы: 76,7; 75,4; 80,0; 74,6; 73,9. Среднее значение — 76,12. Стандартное отклонение — 2,15.

Нейтрофилы (в % от значения лейкоцитов) у 5 крыс из 1-й группы: 21,0; 32,4; 15,5; 21,4; 18,7. Среднее значение — 21,62. Стандартное отклонение — 5,74.

У 2-й группы: 7,3; 5,1; 5,9; 6,5; 7,9. Среднее значение — 6,54. Стандартное отклонение — 0,99.

У 3-й группы: 11,0; 13,0; 14,2; 12,4; 13,1. Среднее значение — 12,74. Стандартное отклонение — 1,05.

Моноциты (в % от значения лейкоцитов) у 5 крыс из 1-ой группы: 8,1; 7,5; 9,0; 8,5; 7,8. Среднее значение: 8,18. Стандартное отклонение: 0,53.

У 2-й группы: 8,9; 7,1; 6,5; 7,9; 8,0. Среднее значение — 7,68. Стандартное отклонение — 0,82.

У 3-й группы: 12,3; 11,4; 10,8; 10,5; 11,1. Среднее значение — 11,22. Стандартное отклонение — 1,91.

Тромбоциты (тыс. в мкл) у 5 крыс из 1-й группы: 675; 668; 640; 653; 630. Среднее значение — 653,2. Стандартное отклонение — 13,37.

У 2-й группы: 636; 645; 631; 652; 647. Среднее значение — 642,2. Стандартное отклонение — 7,63.

У 3-й группы: 650; 636; 648; 670; 641. Среднее значение — 649. Стандартное отклонение — 11,42.

Выводы: при анализе результатов гематологического исследования выявлены следующие закономерности: при сравнении опытных групп с контрольной по показателям эритроцитов и тромбоцитов статистически значимых различий не выявлено. Эритроциты: Т критерий при сравнении 1-й и 2-й группы — 0,668, Т критерий при сравнении 1-й и 3-й группы — 0,024; тромбоциты: Т критерий при сравнении 1-й и 2-й группы — 0,687, Т критерий при сравнении 1-й и 3-й группы — 0,024.

Отличия были выявлены в системе лейкоцитов:

1. Лейкоцитоз у крыс, не получавших инъекции мельдония: Т критерий при сравнении 1-й и 2-й группы: 9,158 ($p < 0,01$), Т критерий при сравнении 1-й и 3-й группы: 0,622.
2. Лимфоцитоз у крыс, не получавших инъекции мельдония: Т критерий при сравнении 1-й и 2-й группы: 3,762 ($p < 0,01$), Т критерий при сравнении 1-й и 3-й группы: 0,001.
3. Нейтропения у крыс, не получавших инъекции мельдония: Т критерий при сравнении 1-й и 2-й группы: 5,2 ($p < 0,01$), Т критерий при сравнении 1-й и 3-й группы: 0,015.

В результате анализа данных был сделан вывод, что мельдоний имеет выраженное «антистрессорное» действие на организм: анализы крови крыс, получавших мельдоний, мало отличаются от анализов крыс контрольной группы, не подвергавшихся экспериментальному стрессу.

ВЕЙПИНГ — БЕЗОПАСНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА? РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ ТВЕРСКОГО ГМУ

*А.С. Крошкина, В.А. Катунина, Л.Е. Плотникова, студенты 2 курса стоматологического факультета; Е.Б. Ганина
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии
Кафедра основ общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины
Научные руководители: к.б.н., старший преподаватель Е.Б. Ганина,
д.м.н., профессор А.Г. Иванов*

Ключевые слова: вейп; электронные сигареты; никотин; курение; эпителий легких; EVALI; здоровый образ жизни.

Актуальность: ежегодно в мире погибает более 6 миллионов человек, а в РФ более 200 тысяч от заболеваний, основным этиологическим фактором развития которых является курение. Первоначально электронные сигареты должны были играть роль безопасной альтернативы никотинсодержащим сигаретам и избавлять от никотиновой зависимости. Многочисленные исследования учёных разных стран мира свидетельствуют об обратном. Одним из серьёзных негативных действий вейпинга является повреждение мерцательного эпителия воздухоносных путей со всеми вытекающими последствиями.

Цель исследования — оценить распространённость вейпинга среди студентов Тверского ГМУ и его влияние на их здоровье.

Материалы и методы: изучены современные научные публикации и интернет-ресурсы по данному вопросу; на платформе Google forms проведён анонимный опрос студентов Тверского ГМУ с последующим анализом полученных результатов. В исследовании принял участие 151 обучающийся 1–6 курсов стоматологического, лечебного, педиатрического и фармацевтического факультетов.

Результаты. Опрос студентов Тверского ГМУ показал, что подавляющее большинство респондентов (74,8 %) употребляет электронные сигареты. Из них 45,7 % используют вейп 1–5 раз в сутки, 9,9 % — 1–5 раз в неделю, 9,9 % — 1–5 раз в месяц, оставшаяся часть употребляет крайне редко.

В ходе исследования были выявлены основные причины курения электронных сигарет студентами, а именно: снятие общей напряжённости и стресса (59,6 %), повышение авторитета среди сверстников и попытка привлечь внимание сверстников (16,5 %), любимое занятие, приносящее удовольствие (7,9 %), что свидетельствует о высокой частоте употребления вейпов обучающимися Тверского ГМУ.

Большая часть населения мало информирована о вреде вейпинга и убеждена в безвредности вейпов. Так, 92,1 % опрошенных студентов медицинского вуза считает курение электронных сигарет безопасным.

Однако несмотря на кажущуюся безопасность вейпинга, они оказывают существенное отрицательное влияние на жизненно важные системы организма человека — дыхательную (97,4 %) и сердечно-сосудистую (90,1 %). Причин для этого несколько. Исследования учёных показали, что воздействия паров электронных сигарет ведёт к снижению жизнеспособности клеток эпителия бронхов человека, которое сопровождается увеличением проницаемости клеточных мембран. Гистологические исследования продемонстрировали следующие нарушения эпителиального пласта воздухоносных путей: атрофию, дискератоз и даже апоптоз клеток эпителия. Дело в том, что жидкости для вейпов содержат компоненты, которые при высоких температурах распадаются на токсичные соединения, такие как формальдегид и ацетальдегид. Они содержатся в сигаретном дыме и провоцируют развитие бронхолёгочных заболеваний вследствие ослабления барьерных функций мерцательного эпителия, клетки которого повреждаются составляющими аэрозоля. Воздействие акролеина (образуется при нагревании пропиленгликоля и глицерина в «электронных жидкостях») вызывает поражение нейтрофильных лейкоцитов, гиперсекрецию слизи и повреждение лёгочной ткани, приводящие к развитию хронической обструктивной болезни лёгких. Существует даже специальное понятие — EVALI — повреждение легких, ассоциированное с курением электронных сигарет, от e-cigarette or vaping product use-associated lung injury.

Согласно проведённому анкетированию, 54,3 % опрошенных отмечало ухудшение самочувствия после курения электронных сигарет как со стороны дыхательной системы, так и ментальной сферы. Зафиксированы следующие дыхательные нарушения: появление кашля (31,1 %), затруднение дыхания (27,2 %), появление одышки (26,5 %), изменение голоса (11,3 %). К ментальным расстройствам, обнаруженным среди опрошенных, относятся: депривации и инверсии сна (17,9 %), нервозность (17,2 %), апатичность (13,2 %), субдепрессивное состояние (10,6 %).

Выводы: согласно проведённому опросу, подавляющее большинство респондентов убеждено, что электронные сигареты менее вредны, чем обычные, что это здоровая альтернатива никотина. Полученные результаты говорят о низкой осведомлённости среди студентов о том, насколько опасен вейпинг. В связи с этим необходимо формировать здоровый образ жизни и проводить санитарно-просветительскую работу среди подростков и молодежи о вреде курения электронных сигарет, разъясняя их негативное влияние на организм человека, в СМИ и образовательных учреждениях различного уровня от школы до вуза.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МНЕМОНИКИ В АНГЛОЯЗЫЧНОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА

*С.А. Кудрявцева, Ю.Р. Ругаева, студентки 2 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра иностранных и латинского языков
Научный руководитель: д.ф.н., доцент А.Ю. Соколова*

Ключевые слова: английский язык медицинского общения; мнемоника; сбор анамнеза.

Цель исследования: собрать, изучить и проанализировать англоязычные мнемоники, связанные с процессом сбора анамнеза, классифицировать их по этапам процесса сбора анамнеза.

Материалы и методы: методом сплошной выборки из англоязычных аутентичных пособий были отобраны мнемоники, связанные с процессом сбора анамнеза. Проведена их классификация и приведен перевод на русский язык. Выделены наиболее эффективные приемы.

Результаты. Мнемоника (специальный приём, облегчающий запоминание информации путём образования ассоциативных связей) широко используется в медицине. Одним из важнейших этапов процесса постановки диагноза и лечения является сбор анамнеза. Процедура сбора анамнеза является достаточно сложным многоступенчатым процессом. В англоязычной практике для облегчения запоминания всех этапов сбора анамнеза используются различные мнемонические техники. Было выявлено и проанализировано более 20 мнемоник.

Для запоминания и соблюдения общей структуры приема пациента: используется мнемоника CHAPS-FRAP (Chief complaint, History of Present Illness, Allergies, Past medical history, Social history, Familial history, Review of other symptoms, Assessments, Plan). Общую схему сбора анамнеза наглядно демонстрирует мнемоника CHAMPS (Complaint, History of presenting complaint, Allergies, Medications, Past medical history, Social history).

Далее все найденные мнемоники можно классифицировать по следующим этапам процесса сбора анамнеза.

1. Жалобы пациента.

Цель этого этапа — выявить основные жалобы пациента, заставить его рассказать о том, что с ним произошло и происходит. В данной ситуации можно воспользоваться мнемоникой — ICE (Ideas, Concerns, Expectations).

Врач всегда задает пациенту дополнительные вопросы о предъявляемой жалобе. Полезными мнемониками для определения, например, боли является мнемоника SOCRATES (Site, Onset, Character, Radiation, Alleviating factors, Timing, Exacerbating factors, Severity).

2. Анамнез заболевания.

Для уточнения симптомов с целью правильной постановки диагноза может использоваться общая мнемоника — OLD CARTS (Onset, Location, Duration, Character, Aggravating factors, Relieving factors, Timing and Severity).

Это мнемонический прием помогает клиницистам запомнить соответствующие вопросы, которые следует задавать пациенту при оценке текущего заболевания.

Для выяснения отдельных обстоятельств могут применяться и другие мнемоники. Так, например, для описания симптомов, связанных с появлением жидкости можно использовать мнемонику FVC3 (Frequency of episodes, Volume, Color, Content, Consistency).

3. Анамнез Жизни.

Чтобы узнать о перенесенных заболеваниях, необходимо задать пациенту несколько вопросов. Одной из наиболее удачных мнемоник, на наш взгляд, является мнемоника MISS FAMILY (Med history, Interventions and Procedures, Social & sexual history, Surgical history, Family history, Family history, Allergies, Medications, Immunizations and Disease screening, Living will, Yearly PCP visits). Чтобы убедиться, что ничего не пропущено, можно использовать и другие мнемоники, которые, на наш взгляд, не являются эффективными (MJTHREADS Ca, PAMHUGSFOSS).

Для сбора персональных данных может использоваться мнемоника, изложенная в виде предложения — No Available SOMA so go for MultiDrug Therapy — однако запомнить саму мнемонику достаточно сложно. Существуют мнемоники по отдельным пунктам анамнеза жизни, например, по употреблению лекарственных препаратов: PILLS (Pills, Injections/insulin/inhalers, ILLicit drug use, Sensitivities).

Выводы. В настоящее время в современной медицине используется достаточно большое количество мнемонических правил, помогающих быстро вспомнить и воспроизвести этапы и шаги процесса приема пациента и сбора анамнеза. Как показало исследование, не все мнемоники являются продуктивными. Продуктивность мнемоники определяется лёгкостью запоминания и быстротой воспроизведения. Для этого мнемоники должны быть краткими, ритмичными, созвучными, полносмысловыми. Для быстроты и эффективности применения больше всего подходят лёгкого запоминающиеся мнемоники, например, небольшие полносмысловые слова (CHAMPS, ICE, SOCRATES, PILLS) или созвучные сочетания букв (WIIPP), рифмы-словосочетания (CHAPS-FRAP) или полносмысловые фразы, составляемые из заглавных букв каждого из нужных пунктов (OLD CARTS, MISS FAMILY). Необходимо отметить также, что в процессе исследования не было выявлено ни одной русской мнемоники. Однако продуктивные англоязычные мнемоники могут быть легко усвоены и носителями других языков, так как позволяют выстроить некие ассоциативные отношения (SOCRATES — Сократ, PILLS — пилюля, OLD CARTS — старые тележки).

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

*Т.А. Кузнецова, М.Н. Новиков, студенты 3 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: к.м.н., доцент И.А. Лаврентьева

Ключевые слова: диабетическая нефропатия; сахарный диабет; болезни почек.

Цель исследования: выявить знания студентов о диабетической нефропатии и охарактеризовать морфологические изменения при данной патологии.

Материал и методы: анализ результатов опроса 79 студентов Тверского ГМУ на платформе Google forms и современной медицинской литературы о морфологии, исходах и осложнениях диабетической нефропатии.

Результаты. Проведено анкетирование студентов Тверского ГМУ на платформе Google forms на знание морфологии диабетической нефропатии, а также стадий возможных исходов и осложнений. Опрошено 79 человек, все респонденты — студенты 3 курса, 54 % из них обучаются на лечебном факультете, 24 % — на педиатрическом факультете, 22 % — на стоматологическом факультете. 89,5 % из числа опрошенных не имеют представления о том, чем опасна диабетическая нефропатия.

Ответы распределились следующим образом: в том, что опасность заключается в гибели нефронов уверены 25 %, в развитии острой или хронической почечной недостаточности — по 25 %, а также некрозом почки — 25 %.

Лишь 27,7 % студентов знают о стадийном развитии диабетической нефропатии и представляют ее пато- и морфогенез, что свидетельствуют о низкой осведомленности студентов третьего курса о данной патологии.

В настоящее время очень часто осложнения со стороны выделительной системы сопровождают больных сахарным диабетом, что выражается в виде диабетической нефропатии. Диабетическая нефропатия является основной причиной заболевания почек у пациентов, начинающих заместительную почечную терапию, и поражает около трети пациентов с сахарным диабетом первого и второго типов.

В развитии диабетической нефропатии выделяют на 4 последовательных этапа поражения гломерулярного аппарата.

Первый класс характеризуется утолщением базальной мембраны клубочков. Происходит изолированное утолщение базальной мембраны клубочков с легкими неспецифическими изменениями при световой микроскопии.

Второй класс — мезангиальное расширение: 1) легкое (2 класс группа а), 2) тяжелое (2 класс группа б), которая характеризуется легким или тяжелым мезангиальным расширением клубочков без узлового склероза.

Третий класс — узловой склероз (поражения Киммельстиля-Вильсона), является узловым увеличением мезангиального матрикса.

Четвертый класс — это прогрессирующие склеротические изменения гломерулярного аппарата, нефроцирроз.

При клинической картине диабетической нефропатии наблюдаются различные функциональные изменения почек, включая почечную гиперфильтрацию, гиперперфузию и повышение проницаемости капилляров для макромолекул. Происходит утолщение базальной мембраны и мезангиальное расширение. Существует патогенетическая теория, которая утверждает, что диабетическая нефропатия возникает вследствие взаимодействия метаболических и гемодинамических факторов в микроциркуляции почек. Так, можно утверждать наличие положительной взаимосвязи между гипергликемией и микрососудистыми осложнениями.

Современные ученые полагают, что в патогенезе участвуют также гемодинамические факторы, ренин-ангиотензиновая система, эндотелиновая система, внутриклеточная сигнальная молекула протеинкиназа С, трансформирующий фактор роста- β , гормон роста, инсулиноподобные факторы роста, фактор роста эндотелия сосудов и фактор роста, полученный из тромбоцитов.

Важно отметить, что существует семейная кластеризация диабетической болезни почек. Был исследован ряд локусов генов, чтобы попытаться объяснить генетическую предрасположенность к диабетической нефропатии. Гены, кодирующие компоненты ренин-ангиотензиновой системы, привлекли особое внимание из-за центральной роли, которую эта система играет в регуляции кровяного давления, метаболизма натрия и почечной гемодинамики.

Известно, что исход диабетической нефропатии благоприятен при раннем выявлении в ходе сбора анамнеза у пациента, выявлении у него диабетической патологии посредством нефробиопсии, соблюдении грамотно подобранной медикаментозной терапии. Пациенты с сахарным диабетом первого типа должны проходить скрининг на протеинурию и при отсутствии протеинурии в рутинном анализе мочи, на микроальбуминурию, начиная с пяти лет после установления диагноза и не менее одного раза в год в дальнейшем. Пациенты с сахарным диабетом второго типа должны проходить скрининг на момент установления диагноза и ежегодно впоследствии.

Выводы: результаты опроса продемонстрировали низкую осведомленность студентов о диабетической нефропатии. Следовательно, студентам-медикам необходимо повышать свой уровень знаний о патогенезе и морфогенезе патологии почек, применять полученные в ходе обучения теоретические знания для установления причинно-следственных связей в прогнозировании исходов и осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ С ПРОБИОТИКАМИ АПТЕЧНЫХ И КОСМЕТИЧЕСКИХ БРЕНДОВ

Я.А. Кузнецова, Д.О. Магомаева, студенты 5 курса фармацевтического факультета

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

ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница», г. Тверь, Россия

Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии, фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии
Научный руководитель: к.фарм.н., ассистент Н.Н. Ильина

Ключевые слова: пробиотики; косметические средства; аптечные бренды.

Цель исследования: провести сравнительный анализ косметической продукции аптечных и косметических брендов, содержащей пробиотики.

Материалы и методы: изучение и анализ ассортимента косметических средств в интернет-аптеках (<https://apteka.ru/>; <https://www.eapteka.ru/>; <https://www.asna.ru/>), обычных аптеках (Планета Здоровья, Ригла, Будь Здоров) и косметических магазинов (Hollypolly, Л'Этуаль, Иль де боте, Рив Гош, Золотое Яблоко); сравнительный анализ косметических средств, содержащих пробиотики косметических (Sibirbotanik, Elizavecca, Manyo, Icon Skin, Declare, Neogen Dermalogy, Dr.Solution, Heimish, Nuggae) и аптечных (Vichy, Ullex, La Roche-Posay) брендов.

Результаты. В ходе исследования были проанализированы 10 наиболее популярных продуктов косметических брендов и 10 наиболее популярных косметических продуктов аптечных брендов. Данные исследования показывают, что в категории аптечных брендов 40 % исследуемых продуктов представлены кремами, 20 % — сыворотками, 40 % — другими видами косметической продукции (стики для лица, масла для умывания). Среди косметических брендов 80 % исследуемой продукции представлено кремами, 20 % — сыворотками.

Стоимость косметической продукции, содержащей пробиотики, варьирует в широких пределах: продукты были сгруппированы по виду используемых пробиотиков, таким образом: группа №1 (используются фильтраты или лизаты только бифидобактерий) состоит из 3 позиций и имеет среднюю стоимость на 100 мл продукта 4832 руб.; группа №2 (используются фильтраты или лизаты только лактобактерий) состоит из 2 позиций и имеет среднюю стоимость на 100 мл 8019 руб.; группа №3 (используются фильтраты или лизаты только витреосциллы) состоит из 8 продуктов и имеет среднюю стоимость 2829 руб.; группа №4 (используются комплексы бактерий) состоит из 7 продуктов и имеет среднюю стоимость 4626 руб. Таким образом, большую часть по количеству продуктов в группе имеет группа №3 (8 из 20 продуктов, или 40 %), имеющая наименьшую среднюю стоимость на 100 мл продукта, наименьшую — группа №2 (2 из 20 продуктов, или 10 %). Из 20 косметических продук-

тов лишь у 4 было указано количество пробиотиков в составе в процентном содержании, то есть у 80 % продуктов не указано количественное содержание пробиотиков в составе. Косметические средства данной группы производятся преимущественно во Франции (9 из 20 продуктов, или 45 %), а так же в Южной Корее (7 из 20 продуктов, или 35 %), Российской Федерации (2 из 20 или 10 %), Швейцарии и Китае (1 из 20, то есть 5 %). Из аптечных брендов в наличии в аптеке Планета Здоровья были представлены 8 из 10 средств, то есть 80 %, в Аптеке Ригла 5 из 10 средств, т.е. 50 %, а в аптеке Будь Здоров! 6 из 10, т.е. 60 %.

Выводы: пробиотические косметические средства представлены широким ассортиментом преимущественно зарубежного производства (90 % анализируемой продукции), а также широким диапазоном цен (от 2829 руб., до 8019 руб. за 100 мл) и различными формами выпуска (стики для лица, кремы, сыворотки и др.), что предоставляет потребителям возможность выбора косметического средства в различном диапазоне цены и формы выпуска. Более того, конечный потребитель имеет возможность выбрать косметический продукт с определенным пробиотическим составом, как комплексом бактерий, так и одним видом бактерий. В наличии в различных аптеках можно найти более половины изученного ассортимента, что говорит о широкой распространённости данных средств в аптечном ассортименте. Наиболее бюджетными средствами являются косметические средства на основе витреосциллы (2829 руб., за 100 мл). Стоит также учитывать, что содержание пробиотиков в косметических средствах было указано менее чем у четверти средств. Нормативной документацией на данный момент не регулируется содержание пробиотиков в косметических средствах, что свидетельствуют об отсутствии предельных значений содержания этих микроорганизмов.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЧИСТКИ ЗУБОВ СТУДЕНТАМИ-СТОМАТОЛОГАМИ ВЫПУСКНОГО КУРСА

*М.А. Кузьмина, А.Ю. Рулева, Д.А. Теплухина, студенты 4 курса
стоматологического факультета*

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

Кафедра детской стоматологии и ортодонтии

Научный руководитель: к.м.н., доцент В.В. Беляев

Ключевые слова: чистка зубов; продолжительность; студенты.

Эффективная реализация мероприятий здорового образа жизни в первичном звене здравоохранения невозможна без высокого уровня индивидуальной медицинской активности медицинских работников. Соблюдение правил индивидуальной гигиены полости рта характеризует ценностное отношение индивидуума, социальных групп населения к своему стоматологическому здоровью. Студенты, как будущие врачи, должны демонстрировать готовность к сохранению и улучшению личного здоровья, здоровья окружающих.

Цель исследования: оценка продолжительности чистки зубов студентами выпускного курса стоматологического факультета медицинского университета.

Материалы и методы: на базе стоматологического подразделения поликлиники Тверского ГМУ с применением оригинальной анкеты выполнен очный опрос 142 студентов (60 лиц мужского пола, 82 лиц женского пола) 5 курса стоматологического факультета по вопросам индивидуальной гигиены полости рта. Критерием включения в исследование было наличие письменного информированного согласия обучающегося на участие в проекте и обработку персональных данных. Статистический анализ после проверки распределения данных на нормальность осуществлен непараметрическими методами с помощью программы IBM® SPSS® Statistics 23.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA).

Результаты. Продолжительность чистки зубов, согласно данным анкетирования, значительно варьировала. Подавляющее большинство студентов (91,5 %) затрачивало на очищение зубов от налета 1–3 минуты, в том числе 95,1 % лиц женского (ж) и 86,7 % лиц мужского (м) пола ($\chi^2 = 3,202$; $p = 0,074$). В течение одной минуты чистили зубы более половины респондентов (59,1 %) (м – 53,3 %; ж – 63,4 %) ($\chi^2 = 1,457$; $p = 0,227$), двух минут – 19 % (м – 20 %; ж – 18,3 %) ($\chi^2 = 0,066$; $p = 0,798$), трех минут – 13,4 % (м – 13,3 %; ж – 13,4 %) ($\chi^2 = 0,000$; $p = 0,989$). Иными словами, рекомендованный экспертами временной режим чистки зубов (три минуты), соблюдал лишь каждый восьмой опрошенный студент. Таковых студентов, постоянно проживающих в г. Твери, приехавших на учебу из Тверской области и других регионов России оказалось соответственно 20 %; 16,7 % и 11,4 % ($\chi^2 = 1,402$; $p = 0,496$). Процент студентов, затрачивающих на чистку зу-

бов достаточное количество времени, в группах русских учащихся (12,9 %) и их коллег других национальностей (13,5 %), был сопоставимым ($\chi^2 = 0,008$; $p = 0,930$). Вместе с тем, 8,4 % респондентов отводили индивидуальной гигиене полости рта менее одной минуты (м — 13,3 %; ж — 4,9 %) ($\chi^2 = 3,202$; $p = 0,074$). Таким образом, подавляющее большинство студентов-выпускников стоматологического факультета затрачивало на чистку зубов менее трех минут, т.е. время, недостаточное для качественного удаления зубного налета. Более того, семь из десяти опрошенных студентов пользовались зубной щеткой в течение одной минуты и менее, что позволяет говорить об их формальном отношении к собственному стоматологическому здоровью. Примечательно, что результаты в группах лиц мужского и женского пола оказались сопоставимыми.

Выводы: время чистки зубов большинством студентов не соответствовало рекомендованному экспертами, не зависело от факультета, пола и места проживания обучающегося. Идентифицирована важная проблема образовательного процесса, связанная с несоответствием имеющихся у студентов выпускного курса объемных знаний по гигиене полости рта и низким уровнем их практической реализации. Данный вызов требует безусловного решения, так как студенты, особенно студенты-стоматологи, в ближайшей перспективе — врачи-стоматологи, должны служить примером для своих коллег и сообщества в вопросах сохранения и укрепления стоматологического здоровья.

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ МОЗГА В ОНЛАЙН-ПОПУЛЯЦИИ И АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

*М.А. Куканова, В.Э. Селезнева, студенты 6 курса лечебного факультета;
Н.П. Кириленко*

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

Кафедра поликлинической терапии

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

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга; факторы риска; онлайн-популяция, IT-технологии.

Цель исследования: провести анализ профилактики хронической ишемии мозга (ХИМ) в онлайн-популяции и амбулаторных условиях для обоснования использования IT-технологий.

Материалы и методы: произведен анализ двух групп пациентов. В первой группе ($n = 62$; мужчин — 25,8 %; женщин — 74,2 %) — больные ХИМ, полученные из общей выборки ($n = 749$) проанализированных амбулаторных карт (анализ каждой десятой амбулаторной карты). Оценивались: уровни артериального давления систолического (АДс) и диастолического (АДд); величины общего холестерина (ХС), липидов низкой плотности (ЛНП), частота назначения врачами антигипертензивных препаратов (АГП), липидоснижающих препаратов и антиагрегантов. Вторая группа (онлайн-опрос 1; $n = 62$; мужчины — 24,2 %; женщины — 75,8 %) — больные ХИМ из общего количества опрошенных ($n = 1447$), откликнувшихся на приглашение в WhatsApp оценить свое здоровье в онлайн-формате с помощью сервиса «Google Формы». Оценивались: поведенческие и алиментарно-зависимые факторы риска (ФР) и диагностированные врачом гипертоническая болезнь (ГБ) и ХИМ.

Результаты. ХИМ выявлялась в два раза чаще на врачебных участках по сравнению с онлайн-популяцией (8,3 %, 4,3 %, $p = 0,036$), главным образом за счет женщин (10,1 % и 4,6 %; $p = 0,044$). С возрастом (меньше 30 лет и 60 лет и старше) увеличивается выявляемость ХИМ (в онлайн-популяции: 2,1 % и 18,4 %; $p = 0,000$; на врачебных участках: 0,0 %; 16,1 %; $p = 0,000$) и ФР её развития (ожирение: 6,4 % и 37,8 %; ГБ: 2,0 % и 65,6 %; артериальная гипертензия без ГБ: 3,6 % и 51,9 %; гиперхолестеринемия: 31,9 % и 60,6 %; гипергликемия: 25,0 % и 57,2 %; все $p = 0,000$). Выявляемость курения и недостаточного употребления овощей и фруктов у больных ХИМ и без таковой была одинаковой (18,9 % и 25,2 %; 71,1 % и 63,8 %; все $p > 0,05$), а частота регистрации гиподинамии — большей (37,1 % и 20,9 %; $p = 0,009$). Напротив, выявляемость злоупотребления алкоголем была большей при отсутствии ХИМ, чем при её наличии (57,5 % и 46,8 %; $p = 0,035$). У больных ХИМ и без таковой выявляемость избыточной массы тела была оди-

наковой (32,3 % и 20,9 %; $p > 0,05$). Напротив, частота регистрации ожирения была у первых больше, чем у вторых (27,7 % и 13,7 %; $p = 0,015$). У половины больных ХИМ имелись повышенные уровни АДс (54,7 %) и АДд (48,4 %). Антигипертензивную терапию получали все больные ГБ с ХИМ, но фиксированные комбинации — только 23,9 %, а монотерапию — 15,2 %. При лечении больных ГБ с ХИМ использовались 9 фиксированных комбинаций АГП (треть приходилась на Вальсакор Н и Лориста Н). Из них только треть не содержали тиазидные диуретики (Ко-Перинева, Ко-Дальнева, Тенорик и Эгипрес). Им же при монотерапии в половине случаев были назначены непоказанные эналаприл и энап. Холестерин был исследован у 62,9 %, гиперхолестеринемия — у 61,5 %, а последний анализ годичной давности — у 56,4 %. ЛНП были определены у 17,7 %, которые у всех были выше целевых показателей, а последний анализ годичной давности был у 54,5 %. Лишь 40,3 % получали статины, преимущественно (92,0 %) — аторвастатины. Антиагрегантная терапия назначена 29,0 % пациентам преимущественно в виде аспириносодержащих препаратов (83,3 %).

Выводы: выявляемость ХИМ, как и её алиментарно-зависимые ФР, нарастает с возрастом. Всем больным ГБ с ХИМ назначена антигипертензивная терапия. Однако фиксированные комбинации прописаны только каждому четвертому, и у трети в комбинации с тиазидными диуретиками. В 15 % случаев используется монотерапия, в том числе в половине случаев — не рекомендованные к постоянному приему при лечении ГБ эналаприл и энап. Только половине больным ГБ с ХИМ назначена липидоснижающая терапия в виде статинов (преимущественно аторвастатины) и трети — антиагреганты (преимущественно аспириносодержащие препараты). При диспансерном наблюдении у больных ХИМ по сравнению с отсутствием таковой не реже выявляется курение, гиподинамия, недостаточное употребление овощей и фруктов, но реже регистрируется злоупотребление алкоголем. На фоне лечения больных ХИМ у них по сравнению с отсутствием таковой чаще выявляется ожирение, только в половине случаев отмечено достижение нормальных показателей АД, и у большей части сохраняются липидные нарушения. Для повышения эффективности профилактики ХИМ предлагается воспользоваться ИТ-технологиями.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ

*Э.Е. Кулешова, студентка 6 курса лечебного факультета; Е.С. Муравьева,
О.А. Александрова*

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: псориаз; ониходистрофия; метотрексат; фотодинамическая терапия; гель-фотосенсибилизатор на основе хлорина Е6; катamnестические исследования; дерматоскопия.

Псориаз — системное генетически детерминированное, иммуноассоциированное дерматологическое заболевание, встречающееся приблизительно у 2 % населения Земли. Псориатическая ониходистрофия является наиболее частым проявлением псориаза. Она наблюдается у 40–68 % пациентов с вульгарной формой псориаза и у 50–80 % больных псориатическим артритом.

Цель исследования — оценка эффективности фотодинамической терапии в комплексном лечении псориатической ониходистрофии кистей и стоп.

Материалы и методы: катamnестические исследования проведены у 10 больных в возрасте от 20–25 лет, из них 6 женщин и 4 мужчин с давностью заболевания от 1 до 2 лет. Всем больным установлен диагноз «вульгарный псориаз с поражением кистей и стоп» (клинически). Ногтевые пластины изменены по гипертрофическому типу. В основную группу вошли 5 больных с вульгарным псориазом, которые получали системно метотрексат (в течение 3 месяцев по схеме), наружное лечение сильными топическими глюкокортикостероидами и фотодинамическую терапию (ФДТ). В группе сравнения 5 пациентов, которым также назначен системно метотрексат и наружно- топические ГКС. Всем больным проводили аппаратную обработку ногтевых пластин кистей и стоп в подологическом кабинете. Через 1 неделю после медицинского маникюра и педикюра без нанесения лака на ногти кистей и стоп проводили фотодинамическую терапию гелем на основе хлорина Е6. Гель-фотосенсибилизатор на основе хлорина Е6 наносили на пораженные ногтевые пластины кистей и стоп. Экспозиция геля на ногтевой пластине составила 15–20 минут, мощность эксимерного воздействия 150–180 Дж/см². С целью активации фотодинамической реакции использовали излучение красным светом с длиной волны 660 нм. Процедуры проводились 1 раз в неделю (курс лечения — 10 процедур). Для определения состояния ногтевых пластин учитывали: наличие дистрофических изменений и физиологическое отрастание. Степень отрастания ногтевых пластин у пациентов обеих групп определяли по оценке размеров ногтевой пластины с помощью сантиметровой линейки до начала исследования, на 8-й и 12-й неделях лечения. Эффективность терапии определялась по

данным физикального обследования и ежемесячной дерматоскопии ногтевых пластин.

Результаты. После 10 процедур ФДТ у 3-х больных уменьшились явления гиперкератоза и изменился оттенок ногтевых пластин, у 2-х пациентов сохранялся гиперкератоз, но уменьшились явления дистрофии. В группе сравнения у 4-х больных незначительно уменьшились гиперкератоз и масляные пятна ногтевых пластин, дистрофия сохранялись, у 1 пациента также был выражен гиперкератоз и масляное пятно на ногтевых пластинах. После проведенного курса лечения в основной группе на 8 и 12-й неделе отрастание ногтей было в 2 раза быстрее, чем у больных в группе сравнения.

Вывод: таким образом, можно предположить, что комплексное лечение псориазической ониходистрофии с применением фотодинамической терапии в области ногтевых пластин кистей и стоп повышает эффективность и сокращает сроки лечения, позитивно влияет на морфологию ногтевых пластин, а также ускоряет их физиологическое отрастание.

МНЕМОНИКА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

Е.М. Кунгурцева, студентка 4 курса педиатрического факультета;

Н.А. Ронжина

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель: старший преподаватель Н.А. Ронжина

Ключевые слова: мнемоника; иностранный язык; методика.

Цель исследования: доказать эффективность применения техники «мнемоника» в обучении иностранному языку.

Материалы и методы: основополагающим методом для исследования стал анализ и синтез ранее разработанных методик, изданных научных статей, а также личный опыт.

Результаты. В изучении иностранного языка наиболее трудоемким процессом является запоминание новой терминологической лексики. Данный этап, безусловно, выступает в качестве главного звена для успешного освоения «нового» языка. Однако стоит отметить, что обогащение словарного запаса вызывает немалые трудности, так как термины абсолютно незнакомы, а объемы просто огромны. В связи с этим есть необходимость рассмотреть различные методики, которые помогут освоить необходимый материал.

Данный термин известен уже около двух тысячелетий. Считается, что его родоначальником был Пифагор Самосский. Позднее М.Т. Цицерон издал первый сохранившийся труд. Также были и другие мыслители, которые продолжали исследовать и внедрять данную методику. Например, Д.Н. Ушаков считал, что «мнемоника» — это совокупность правил и приемов, имеющих целью облегчить запоминание возможно большего числа сведений, фактов. Безусловно, «мнемоника» не теряет своей актуальности, а, наоборот, вызывает все больше интереса и необходимости в применении.

Методика «мнемоника» содержит достаточно разнообразные приемы для запоминания терминологии.

Метод «локаций» был описан благодаря М.Т. Цицерону. Известный оратор, обходя свои владения, ассоциировал каждую комнату с определенным образом, что значительно облегчало запомнить последовательность его мыслей.

Составление стихотворений может быть актуально для обучающихся любого возраста. Например, при постановке произношения легко и непринужденно запоминаются небольшие, веселые стихи-скороговорки: «A fat cat sat on a mat and ate a fat rat».

Абсолютно новым направлением стал акростих. Фраза, где первая буква-начало слов, необходимых для запоминания. В качестве примера можно привести

предложение для заучивания планет Солнечной системы: «My Very Easy Method Just Speeds Up Names».

Метод Айвазовского направлен на активизацию зрительной памяти. Здесь же главную роль играет фантазия. Вспомнив сказки, картины или просто визуализировав, можно узнать новое.

Метод прямых ассоциаций наиболее часто применяем на практике заключается в поиске созвучных слов на родном и иностранном языке. Так, для запоминания «motion» (движение) на ум может придти ассоциация со словом «(э)моция».

Фрагментирование также выступает как интересный способ освоение языка. «Butterfly» – летающее масло, полученное из перевода двух фрагментов, является ярким примером.

Пение. В век информационных технологий есть возможность запоминать новые фразы через любимые музыкальные композиции, не только напевая их, но и визуально проводить анализ песни. Например, сейчас нервную систему можно изучить, напевая песню (<https://youtu.be/YRwPMICvbT4>).

Однако не стоит забывать о том, что следует помнить о видах личностных типажей. В статье «Психологические аспекты запоминания слов английского языка» описаны характерные черты каждого из них. «Аудалисты» – те, кто лучше воспринимает информацию, слушая ее. «Визуалистам» привычнее брать во внимание зрительные образы. «Практисты» – люди, которым нравится выполнять практические задания, составлять тексты для лучшей работы памяти. Исходя из этого, нужно комбинировать упражнения для лучшего восприятия и попытаться найти свой «идеал» для активации памяти.

Выводы: таким образом, методика «мнемоника» является одним из ведущих способов для формирования нового словарного состава на иностранном языке. Ведь в современном обществе чрезвычайно важно быстро и качественно обрабатывать большие объемы информации. Таким образом, существующие техники данного метода не только избавят от скучной «зубрежки», но и разнообразят изучение самого языка. В качестве доказательства следует привести исследование, проводившееся на базе «РУДН». В эксперименте участниками стали 27 студентов в возрастной категории 18–26 лет, задачей которых было запомнить 29 новых слов. Первой категории предоставлено список слов в алфавитном порядке, второй группе было поручено усвоить материал на основе иллюстраций, третьей – предложили заучивать слова с организацией информации в виде тематических классов. После подведения итогов самый низкий процент был в первой группе, примерно идентичные получились у второй и третьей. Однако через повторную проверку знаний спустя неделю (обучающиеся использовали карточки с изображениями в случайном порядке) лучший результат наблюдался во второй команде, использовавшей образы.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ СТУДЕНТА ФГБОУ ВО ТГМУ ПРЕДВЫПУСКНОГО КУРСА И СТЕПЕНЬ ЕГО ГОТОВНОСТИ К СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

А.О. Лагутина¹, Е.В. Широкопад¹, Д.П. Невская¹ студенты 5 курса лечебного факультета; А.О. Римашевская²

¹ — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

² — ГБУЗ Тверской области «Областной клинический психоневрологический диспансер», г. Тверь, Россия

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: ассистент А.О. Римашевская

Ключевые слова: *психологический портрет; стратегия защиты; депрессия; студенты.*

Цель исследования: определить психотип студентов предвыпускных курсов, основываясь на склонностях к психологическим отклонениям и типе психологической защиты, для составления рекомендаций по помощи в подготовке специалиста к будущей контактной работе с пациентами.

Материалы и методы: методом анкетирования опрошено 318 студентов Тверского ГМУ предвыпускных курсов лечебного (5 курс — 156 студентов), педиатрического (5 курс — 79 студентов) и стоматологического (4 курс — 83 студента) факультетов. Использовался сокращенный тест Мини-Мульт и методика определения доминирующей стратегии психологической защиты в общении В. В. Бойко.

Результаты. У 89 % студентов стоматологического факультета, 85 % педиатрического и 83 % лечебного не выявлено никаких отклонений. Среди остальных наиболее часто демонстрируемой патологией является депрессия (8 %) и истерия (7 %). Для лечебного и стоматологического факультетов на первое место по частоте встречаемости выходит депрессия (10 % и 6 %), в то время как для педиатрического факультета более характерна истерия (10 %).

Из студентов, выявивших склонность к появлению психологических отклонений, один тип демонстрируют 36 % респондентов, остальные 64 % выявляют сразу несколько. Наиболее часто встречаются сочетания депрессии и истерии (24 %) и психастении с паранояльностью (24 %). У 75 % студентов, проявляющих ипохондрию, также выявляется сочетание депрессии с истерией. В группах, демонстрирующих психастению вместе с паранояльностью, в 67 % случаев присутствует и депрессия.

Среди неопределившихся (10 %) и выбравших терапевтическую направленность (15 %) превалирует депрессия, у выбравших хирургические специальности на первый план выходит истерия (8 %).

Говоря непосредственно о выбранных профессиях, учитывались данные тех тестов, где количество респондентов составило 10 и более. Таким образом, в группе студентов, избравших специальность «гинекология» отклонений не обнаружено.

Склонность к психологическим отклонениям выявлена у 30 % неврологов, 25 % анестезиологов-реаниматологов (АР), 15 % офтальмологов и 8 % врачей ультразвуковой диагностики. Студенты, выбравшие для себя специальность «неврология» демонстрируют склонность к депрессии, истерии и ипохондрии в равной степени по 10 %. Среди ультразвуковых диагностов был выявлен единичный случай психастеничных реакций. У АР выявлена склонность к депрессии и ипохондрии по 17 %. Офтальмологическая специальность выявляет депрессию в 15 % случаев.

Доминирующей стратегией психологической защиты у студентов всех факультетов оказалось избегание. При разделении по специальностям приоритет выбора стратегии защиты смещается в сторону миролюбия среди студентов, выбравших хирургию и психиатрию, смещение в сторону агрессивной тактики защиты выявляется у АР и онкологов.

Выводы: наибольшее число студентов, выявляющих психологические отклонения в целом, обучаются на лечебном факультете, наименьшее — на стоматологическом. Студенты, выявляющие депрессивные реакции, чаще обучаются на лечебном и стоматологическом факультетах, а истероидные черты присущи студентам педиатрического факультета. Таким образом, мы предполагаем, что обучение на лечебном и стоматологическом факультетах сопряжено с более высоким уровнем стресса, что оказывает негативное воздействие, провоцируя депрессивные реакции. Рассматривая личность студента педиатрического факультета, можно сказать, что эту специальность выбирают более инфантильные персоны, чье психологическое формирование еще не завершено.

Высочайший показатель демонстрируемой психологической защиты избегания среди всех студентов говорит о колоссальном уровне негативного воздействия на психику будущих врачей. Не справляясь с таким количеством стрессовых факторов, студенты вынуждены изолировать себя от существующих проблем. Данная реакция, к сожалению, говорит о неполной готовности к профессиональной работе.

Полученные результаты являются показанием для психосоциальной работы. Студентам требуется выработать механизмы профессионального самосохранения, совершенствовать коммуникативные навыки, а также будет эффективно включить элементы когнитивно-поведенческой терапии, направленной на реконструкцию иррациональных суждений и аутосуггестивные методики. Эффективными будут группы взаимопомощи с проработкой психологически сложных профессиональных моментов и ситуаций.

ДЕБЮТ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПОСЛЕ COVID-19 У РЕБЕНКА

А.С. Лазарева, М.А. Ткач, А.А. Прокопенко, студенты 4 курса педиатрического факультета; Т.В. Сороковицова

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

Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.В. Сороковицова

Ключевые слова: рассеянный склероз; COVID-19; демиелинизирующие заболевания.

Цель исследования: изучить этиологию и патогенез рассеянного склероза, распространенность заболевания в мире и на территории РФ, выяснить роль коронавируса SARS-CoV-2 в формировании неврологических нарушений при рассеянном склерозе и продемонстрировать редкий клинический случай заболевания у пациента детского возраста.

Материалы и методы: изучена научная литература и интернет-ресурсы, а также проведен анализ клинической истории болезни и амбулаторной карты пациента.

Результаты. По данным статистики, рассеянный склероз является второй причиной, которая приводит к инвалидизации молодых людей, после черепно-мозговой травмы. На сегодняшний день в мире, по данным Международной Федерации рассеянного склероза, более 2,8 млн человек страдают рассеянным склерозом. В Российской Федерации наибольшая часть заболевших приходится на северные, северо-западные и западные регионы страны. Окончательные данные по заболеваемости в России разнятся. По сведениям НИИ неврологии РАН, это более 150 тыс. больных, Минздрава — более 52 тыс. Большая разница в цифрах обусловлена несовершенством системы учета и отсутствием единого регистра пациентов. В патогенезе большинства демиелинизирующих заболеваний рассматриваются аутоиммунные механизмы. Считается, что основное значение при РС имеют сенсibilизированные или аутореактивные к различным белкам мозговой ткани CD4+ Т-лимфоциты, проникающие через гематоэнцефалический барьер и участвующие в разрушении миелина. Наблюдается дисбаланс иммунорегуляторных клеток в системе хелперы-супрессоры в сторону снижения последних. В рассмотренном нами клиническом случае возникновению рассеянного склероза предшествовало перенесенное пациентом инфицирование вирусом SARS-CoV-2, который также имеет патогенетическое значение. Известно, что ключевую роль в механизмах иммуносупрессии играют Т-регуляторные клетки с фенотипом CD4+CD25+Foxp3+, а функциональные исследования показали, что SARS-CoV-2 может нарушать их функцию, а также функцию CD4+ Т-хелперов.

Кроме того, мембранный белок-рецептор ACE2, который чаще всего используется вирусом для проникновения в организм человека, широко представлен

во всех кровеносных сосудах лобной коры головного мозга. С использованием клеточных культур и тканеинженерных конструкций, имитирующих капилляры мозга человека, исследователи обнаружили, что в присутствии белка-шипа вируса SARS-CoV-2 гематоэнцефалический барьер нарушается.

Из нашего случая: пациент мальчик А., 17 лет, поступил в центр детской неврологии и реабилитации г. Твери с жалобами на головные боли по ВАШ 6-7 баллов, не купирующиеся НПВС, онемение в нижней части тела до уровня грудной клетки. С 2007 года у пациента оформлена инвалидность по офтальмологии: прогрессирующая колбочко-палочковая дистрофия сетчатки, гипоплазия зрительного нерва сегментарная, врожденный нистагм, миопия слабой степени. С 2017 года консультация невролога с диагнозом: астено-невротический синдром. В сентябре 2021 года перенёс COVID-19 (в анализе крови обнаружены нейтрализующие IgG-антитела к поверхностному гликопротеину S коронавируса SARS-CoV-2), с октября 2021 года появились упорные головные боли по ВАШ 6-7. При поступлении из неврологического статуса: зрение снижено (миопия слабой степени), границы полей зрения в пределах нормы, цветоощущение не нарушено, фотобоязнь. Лицо симметричное, нистагм мелкоамплитудный в крайних отведениях, установочный. Наблюдается снижение поверхностной чувствительности на лице слева, снижение всех видов чувствительности на правой половине тела. Пациенту был выставлен диагноз рассеянный склероз, ремиттирующее течение, цереброспинальная форма на основании следующих результатов исследований: 1) на МРТ головного мозга выявлены очаги супра- и инфратенториальной локализации без накопления контраста, имеются очаги левостороннего поражения в нижнем отделе ствола мозга; 2) на МРТ спинного мозга картина демиелинизирующего процесса с поражением спинного мозга на уровне С₅-С₆; 3) в ликворе — наличие 2 типа олигоклогальных IgG.

Выводы: на основании продемонстрированного клинического случая необходимо подчеркнуть важность динамического наблюдения за пациентами, перенесшими новую коронавирусную инфекцию, отметить большое значение своевременной диагностики и дифференциальной диагностики данных нозологических форм, так как рассеянный склероз широко распространен в мире и нашей стране, является инвалидизирующим заболеванием и подлежит необходимости строгого наблюдения и своевременного лечения.

ХАРАКТЕР ПОЗДНИХ ТРУПНЫХ ЯВЛЕНИЙ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ЗАХОРОНЕНИЯ

*Д.В. Ласточкина, студентка 4 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: поздние трупные явления; давность захоронения.

Цель исследования: изучить характер трупных изменений через год после захоронения в климатических условиях Тверской области.

Материалы и методы: использованы больничные биоотходы (ампутированные конечности). Захоронение выполнено в грунт 31 августа 2021 года на глубине 1,6 м. Грунт — песок. Местность — хвойный лес. Контрольное вскрытие через 1 год. Кусочки тканей взяты для проведения гистологического исследования. Применялась окраска гематоксилином и эозином. Данные о выраженности трупных явлений сравнивали с данными литературы, согласно которым (Теньков А.А., 2005) имеются следующие сроки развития поздних трупных явлений: начало гнилостного размягчения трупа — 34 месяца, полное скелетирование погребенного трупа — 2–3 года и более, поверхностная мумификация трупа — 2–3 месяца, полная мумификация трупа — 4–12 месяцев, начало образования жировоска — 1–3 месяца, полное превращение трупа в жировоск — 10–12 месяцев, полное гнилостное разрушение глазных яблок — 3–4 месяца, размягчение мышц лица сопровождается оседанием хрящей носа и проваливанием носа — 3–6 месяцев, ушные раковины разрушаются, их хрящи отделяются и длительно лежат отдельно (произойдет после проваливания носа), распад мышцы сердца начинается через 6 месяцев, гнилостное размягчение и разжижение мягких тканей, кожа и мышцы ослизняются, сползают вниз, обнажая кости — 4–6 месяцев, через год трупы, захороненные с мая по сентябрь, имеют большую степень разложения, чем трупы, захороненные в период с октября по апрель (холодное время года с октября по апрель).

Результаты. Установлено, что все ткани находятся в сохранности. Признаков гнилостного размягчения нет. Кожа имеет серо-розовый цвет. На ее поверхности отмечаются вскрывшиеся гнилостные пузыри и очаговые отслоения эпидермиса. Мышцы конечностей сохранили свою макроскопическую структуру и свой почти обычный красный цвет. Отмечается умеренная плотность и скованность мышц, ограничивающее свободное движение в суставах. Подкожно-жировая клетчатка эластичная желто-розового цвета. Крупные кровеносные сосуды с хорошо сохранившимися плотно-эластичными стенками. Периферические нервные стволы плотные, серо-желтого цвета.

При гистологическом исследовании ткани имеют волокнистое строение, ядра и клеточная структура тканей отсутствуют, эритроцитов или окрашенных масс в просветах сосудов не выявлено.

Характер развития поздних трупных явлений указывает на большое диагностическое значение макроскопических данных. Отсутствие гнилостного размягчения тканей соответствует сроку менее 3–4 месяцев (Теньков А.А., 2005), следовательно, данные автора могут быть применены в случаях развития трупных явлений на воздухе. Данный вывод согласуется с общеизвестной формулой И.Л. Каспера, указывающего на соотношения скорости гниения на воздухе, в воде и в почве как 8 : 2 : 1, то есть гниение в почве идет в 8 раз медленнее, чем на воздухе. Исходя из этой формулы, нахождение тканей в почве в течение года соответствует пребыванию на воздухе в течение 1,5 месяцев, что не противоречит данным А.А. Тенькова.

Выводы: получены данные о темпах развития поздних трупных явлений при захоронении в Тверском регионе. Установлена хорошая сохранность тканей при пребывании тканей в течение 1 года в почве. Подтверждена по литературным данным возможность определения давности захоронения с использованием формулы И.Л. Каспера.

ВЛИЯНИЕ ВВЕДЕНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА КРОЛИКАХ

Т.А. Лисина, В.Ю. Нилова, Д.В. Шаталов, студенты 3 курса лечебного факультета;

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

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.В. Волкова,

ассистент М. В. Черноруцкий

Ключевые слова: дексаметазон; гомеостаз глюкозы; фруктозамин; инсулин.

Цель исследования: изучить влияние синтетического глюкокортикоида дексаметазона на уровень глюкозы, фруктозамина и инсулина в сыворотке крови лабораторных животных.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе экспериментальной лаборатории кафедры патологической физиологии Тверского ГМУ с соблюдением действующих биоэтических норм и правил. В эксперименте кроликам ($n = 3$) делали ежедневно (5/2 день) инъекции дексаметазона в дозе 0,2 мг/кг в течение 6 недель. Перед началом эксперимента и после его завершения производилось контрольное взвешивание животных. Забор крови для определения исследуемых параметров углеводного обмена производили трехкратно: до начала введения дексаметазона, по окончании введения (через 6 недель), а также спустя 3 недели после завершения инъекций. Показатели углеводного обмена оценивали по изменению уровня глюкозы (гексокиназный метод), фруктозамина (колориметрический метод) и инсулина (иммуноанализ) с помощью стандартных наборов, используемых в клинико-диагностических лабораториях. Кроме того, периодически оценивали уровень глюкозы крови натошак с помощью портативного глюкометра OneTouch Select.

Результаты. Как известно, глюкоза является основным энергетическим субстратом организма и в то же время интегральным показателем обмена углеводов, широко используемым в практической медицине. При анализе в динамике данного показателя в настоящем эксперименте нами было отмечено постепенное увеличение уровня глюкозы, который достиг максимума к 21 дню инъекций дексаметазона (увеличение более чем в 2 раза от исходных значений), однако к 45 дню эксперимента глюкоза в сыворотке крови экспериментальных животных практически полностью соответствовала исходным значениям. Следующим анализируемым показателем углеводного обмена явился фруктозамин, гликированный белок, который отражает уровень глюкозы в крови на протяжении предшествующих 2–3 недель до исследования. В сыворотке крови данный пептид представлен главным образом гликированным альбумином, который образуется в результате нефермен-

тативного присоединения глюкозы к альбумину. В проведенном эксперименте была отмечена незначительная тенденция к повышению уровня данного белка, особенно в сыворотке крови, взятой спустя три недели после инъекций дексаметазона. Кроме того, был проанализирован уровень инсулина как основного регулятора углеводного обмена, обладающего гипогликемическим эффектом. Интересно отметить, что концентрация инсулина к 21 дню инъекций глюкокортикостероидов заметно увеличилась, относительно исходных показателей, однако в завершении эксперимента наблюдалось значительное снижение уровня инсулина в исследуемой сыворотке.

Выводы: в данной работе показано влияние применения в эксперименте дексаметазона на часть показателей углеводного обмена лабораторных животных. Нами было отмечено увеличение показателей глюкозы и инсулина к 21 дню проведения эксперимента, что согласуется с литературными данными, и вероятнее всего связано с контринсулярным действием дексаметазона на начальных этапах эксперимента. Также известно, что формирование стероидного диабета нередко протекает с гиперинсулинемией, обусловленной дегрануляцией β -клеток поджелудочной железы и некоторым увеличением их митотической активности, с последующим снижением чувствительности к инсулину, поражением инсулинового аппарата поджелудочной железы с образованием инсулинодефицитного диабета. Данный факт, возможно, объясняет снижение уровня глюкозы в конце проведенного исследования, однако в связи с прекращением введения дексаметазона мы не наблюдали развития стойкой гипергликемии. Уровень фруктозамина в настоящем эксперименте достоверно не увеличился, что можно объяснить отсутствием хронизации гипергликемии. Таким образом, можно сделать вывод, что введение дексаметазона в малых дозах и в ограниченный временной промежуток не вызывает существенных изменений углеводного гомеостаза.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВОРОНЕЖЕ И В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ НЕМЕЦКО-ФАШИСТСКИХ ВОЙСК

*А.С. Лихобабина, студентка 3 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия
Кафедра педагогики и гуманитарных дисциплин
Научный руководитель: к.и.н., доцент С.Ю. Макурова*

Ключевые слова: здравоохранение; восстановление; медицинская помощь; противоэпидемиологические мероприятия; лечебно-профилактические учреждения; медико-санитарное обслуживание.

Цель исследования: рассмотреть особенности восстановления медицинских организаций города и области после освобождения от фашистских войск в 1943–1945 гг.

Материалы и методы: анализ архивных документов.

Результаты. Восстановление системы здравоохранения области после Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. стало одним из приоритетных направлений. За время немецкой оккупации в городе Воронеж были разрушены 19 больниц, 15 амбулаторий и поликлиник, 6 женских консультаций. К концу января 1943 года, на момент освобождения области от немецко-фашистских захватчиков, функционировало в малопригодных помещениях 12 больниц на 840 коек, 13 амбулаторий и поликлиник, 4 консультации, 8 детских яслей, 4 молочные кухни. В оккупированных районах области полностью было разрушено 16 районных больниц и 20 участковых больниц. Общий ущерб, нанесенный немецкими захватчиками в области здравоохранения, составил 93 миллиона рублей.

В 1943 году Совнарком РСФСР утвердил план капиталовложений по восстановлению и приспособлению зданий под больницы и лечебные учреждения по городу Воронеж в сумме 3 миллиона 660 тысяч рублей, а всего по области в сумме 5 миллионов рублей. Прежде всего требовалось восстановить сеть лечебно-профилактических учреждений, организовать медико-санитарное обслуживание населения, ликвидировать очаги инфекционных заболеваний. Кадровый вопрос был одним из самых болезненных. Всего по области в 1943 году не хватало 802 врачей.

Облздравотдел направил в освобожденные районы области 100 врачей и 310 медработников. Ощущался большой недостаток в кадрах врачей-невропатологов, педиатров, инфекционистов и хирургов. Первые партии врачей стали прибывать в разрушенный город уже 28 января 1943 года. Большую проблему в области здравоохранения в этот период времени представляло эпидемическое состояние области. В 1943 году в связи с военными действиями, отмечался огромный рост заболевания сыпным тифом, особенно в освобожденных районах области. Для борь-

бы с эпидемическими заболеваниями в области было организовано 20 санэпидстанций, развернуто 2 тысячи 140 коек, организован 61 временный эпидотряд при Райздравотделах.

В результате всех принятых мер к концу 1943 года произошло заметное снижение роста числа эпидемических заболеваний. Если к январю 1943 г. было выявлено 346 случаев сыпного тифа, то уже к марту 1944 г. зарегистрировано 242 случая.

К началу 1944 г. в городе функционировали 12 больниц, из которых 4 были инфекционными, 1 психиатрическая больница, 1 туберкулезная больница, 1 детская неинфекционная больница и 4 «прочих» больниц, 2 роддома. Для оказания амбулаторной помощи функционировало 7 поликлиник и 1 вендиспансер.

По состоянию на 01.12.1944 года в области работали 937 врачей, и на этот период лечебная сеть области была полностью восстановлена до довоенного уровня. К концу 1946 г. в г. Воронеже насчитывалось 118 лечебных учреждений.

Огромный вклад в восстановление всей системы здравоохранения области, сильно пострадавшей в годы войны, несомненно, внес Воронежский медицинский институт. 12 июля 1944 г. вышел приказ ВКВШ при СНК СССР и НКЗдрава РСФСР № 293/135-О «О реэвакуации Воронежского мединститута». Несмотря на тяжелые бытовые условия, неуккомплектованность кадрами, ремонт зданий и клинических кафедр, отсутствие необходимого оборудования для научно-исследовательской работы, институт продолжал готовить специалистов (первое время работало только два факультета — лечебный и педиатрический), которые направлялись на восстановление фактически заново формировавшейся структуры здравоохранения в городе и области.

Одновременно с восстановлением структур здравоохранения области, началась работа по организации санаторно-курортного лечения и оказания специализированной помощи инвалидам Великой Отечественной войны. К маю 1945 г. в области функционировало уже 5 лечебных учреждений санаторного типа.

Большой вклад в дело восстановления системы здравоохранения Воронежской области оказал областной комитет Красного Креста, на базе которого во всех районах нашей области создавались курсы по подготовке медсестер и сандружинниц.

Выводы: благодаря самоотверженному труду врачей и медсестер, фельдшеров и санитаров тысячи жителей области сумели выжить в те страшные годы, снова встать в ряды борцов с фашизмом. Ценой героической самоотдачи медиков всех уровней удалось восстановить в кратчайшие сроки довоенный потенциал областного здравоохранения, направить работу на помощь больным и раненым и заложить базу для дальнейшего развития медицины в нашей области на многие десятилетия вперед.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОД КАРАНТИНА COVID-19

А.А. Ловкис, студентка 5 курса факультета лечебного дела, Высшей школы медицины, ОНК «Институт медицины и наук о жизни»

БФУ им. И. Канта, г. Калининград, Россия

Кафедра психиатрии и нейронаук

Научный руководитель: д.м.н, профессор И.В. Реверчук

Ключевые слова: *параноидная шизофрения; специфические расстройства личности; психопатологическая структура личности.*

Специфические расстройства личности по сегодняшний день остаются важным объектом здравоохранения с недостаточно признанным и финансируемым, плохо организованным лечением. Пациенты склонны к риску, связанному с их импульсивностью — злоупотреблению психоактивными веществами, несчастным случаям и распространению заболеваний, передающихся половым путем. В связи с карантинными ограничительными мерами мы можем столкнуться с трудностями, связанными с выявлением механизмов агрессии. Мы зачастую исследуем только внешние проявления агрессии, забывая о внутренних мотивах, а глубинное психологическое содержание механизмов агрессии на данный момент не является полностью изученным.

Цель исследования: изучить психопатологические особенности структуры агрессивности у больных с специфическими расстройствами личности и шизофренией в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы: проведено исследование выборки пациентов (с диагнозами «параноидная шизофрения» и «специфические расстройства личности») мужского пола, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в ГБУЗ «Психиатрическая больница №2» Калининградской области. Для проведения исследования применялись клиничко-психологические методы (беседа, оценка актуального психического статуса) и психометрическое обследование (опросник Басса-Перри, Hand-тест, Я-структурный тест Аммона, методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS»). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакетов программ SPSS 11.0.1 с применением критерия Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмана. Больные были разделены на 4 группы в зависимости от заболевания и продолжительности болезни.

Результаты. Среди обследуемых пациентов показатели физической агрессии, гнева и враждебности были выше в группе больных специфическими расстройствами личности по сравнению с другими экспериментальными группами. У больных шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет и от 10 лет выявлено

повышение показателей деструктивной и дефицитарной агрессии. Больные специфическими расстройствами личности и шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет продемонстрировали нормальные показатели всех видов реализации агрессии (конструктивной, деструктивной и дефицитарной). Наиболее выражено самоотношение у больных шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет на основании шкалы аутосимпатии, самоинтереса, самоуверенности и самопринятия. Шкала самообвинения наиболее выражена у больных с специфическими расстройствами личности. Шкалы самоуважения и самопонимания — у больных шизофренией с длительностью заболевания от 10 лет. Больные шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет продемонстрировали средние показатели по всем шкалам. В стрессовых ситуациях (опросник CISS) больные специфическими расстройствами личности демонстрируют склонность к эмоционально-ориентированному копингу (ЭОК), а шизофренией — к проблемно-ориентированному (ЭОК) и копингу, ориентированному на избегание (КОИ).

Выводы: для больных специфическими расстройствами личности характерно повышение показателя поведенческой агрессии на фоне высокого когнитивного показателя, определяется диссоциированность и низкая дифференцированность компонентов агрессивности. Структура агрессивности больных специфическими расстройствами личности отличается от структуры агрессивности больных шизофренией высокой взаимозависимостью компонентов агрессии. Карантин и социальная изоляция приводят к депрессии, алкоголизму и тревожным расстройствам, что способно ухудшить состояние здоровья у больных шизофренией и специфическими расстройствами личности. У больных шизофренией мотивационная склонность к агрессии регулируется с помощью установления инфантильных симбиотических отношений, ригидной фиксации на какой-либо идее, формальных рассуждений на этические темы, формальной религиозности. У больных специфическими расстройствами личности — структурами Я (механизмами отрицания, подавления, вытеснения, адаптации) и Сверх-Я (тенденцией скрывать, испытывать чувство вины и стыда). В группах больных специфическими расстройствами личности определяется повышение конструктивного варианта составляющей агрессии, при недоразвитии центральных личностных образований. В группах больных шизофренией получены результаты, свидетельствующие о преобладании дефицитарного и деструктивного вариантов реализации агрессии.

НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

В.И. Логункова, Е.П. Прокудина, студентки 4 курса фармацевтического факультета; Н.В. Абрамов

ФГБОУ ВО Кемеровский ГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Кафедра фармации

Научный руководитель: старший преподаватель Н.В. Абрамов

Ключевые слова: научная деятельность; студенческая наука.

В современных условиях от ученых ожидают новых открытий, которые востребованы в обществе, а также способствуют импортозамещению. Новые идеи способны появиться, когда есть новый взгляд молодых ученых. В нашем университете созданы Студенческое научное общество и Совет молодых ученых, которые объединяют всех студентов, интересующихся наукой, помогают и поддерживают молодых ученых, организуют различные мероприятия, в том числе и школы молодых ученых. У всех студентов есть возможность записаться в студенческий научный кружок любой кафедры.

На первом курсе фармацевтического факультета на занятиях по «Истории фармации» преподаватели рассказывают про важнейшие открытия в фармации, способствующие ее становлению как науки и дальнейшему развитию, помимо открытий химических соединений, методов анализа, химических лекарственных средств и др., а также и про те изобретения фармацевтов, которыми мы ежедневно пользуемся: спички, детская смесь, маргарин, тушь для ресниц и др.

Научная деятельность в жизни студента играет важную роль, ведь именно с небольших достижений, полученных в студенческие годы, начинается длинный путь к большим открытиям, перевернувшем мир. Студенческие научные кружки — это место, где любой студент может работать в интересном для него направлении и приносить пользу мировой науке. В процессе работы в научных кружках студенты имеют возможность углубиться в интересующую тему, а также развить навыки поиска, обработки и структурирования информации, что может также пригодиться при осуществлении профессиональной деятельности.

Целью исследования: является оценка популярности занятий научной деятельностью в жизни студентов фармацевтического факультета КемГМУ.

Материалы и методы: в процессе исследования использованы данные анкетного опроса обучающихся всех курсов фармацевтического факультета КемГМУ. Объем выборки респондентов составил 120 человек. Специальный опросник составлен таким образом, чтобы узнать, популярно ли занятие научной деятельностью среди студентов фармацевтического факультета, а также причины, почему выбирают занятие наукой.

Результаты исследования: показали, что 24 % опрошенных уже занимаются научной деятельностью, 12 % займутся наукой в ближайшем будущем, 25,2 % не занимаются, но хотели бы начать, 34,8 % не заинтересованы в научной деятельности. На вопрос о мотивации занятия наукой были получены следующие ответы: 40,8 % ответили, что хотят подробнее разобраться в интересующих темах и повысить уровень своих знаний, 25,4 % опрошенных интересуется сам процесс и жажда научного поиска и 33,8 % занимается этим ради поощрения в виде баллов для получения повышенной стипендии и дальнейшего поступления в ординатуру. Тем, кто не занимается наукой, но хотел бы начать, был задан вопрос «Почему вы не принимаете участие в научной деятельности?». 40,5 % респондентов ответили, что не имеют на это времени, 28,5 % считают, что у них недостаточно знаний для вступления в научный кружок, 32 % не знают, в каком направлении они хотели бы работать, 22 % не имеют достаточно информации о студенческих научных кружках, 12 % не знают, к кому обратиться, чтобы начать.

Выводы: на сегодняшний день все больше студентов стремится заняться научной деятельностью. Кому-то интересно узнавать и создавать что-то новое, кто-то находит в этом занятии определенную выгоду в виде баллов для получения повышенной стипендии или поступления в ординатуру, а для кого-то впоследствии это становится делом всей жизни. При этом есть некоторые студенты, которые недостаточно информированы о том, каким образом можно реализовать свой научный потенциал. Важно, чтобы большее количество молодых ребят, желающих заниматься наукой, могли быть вовлечены в этот процесс.

КОНЦЕПЦИЯ НАУЧНЫХ РЕВОЛЮЦИЙ Т. КУНА И ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ РУБЕЖА XIX-XX ВЕКОВ

*В.Д. Лютоева, Е.В. Маслова, студенты 2 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В. В. Буланов*

Ключевые слова: медицина; научная революция; парадигма; вторая научно-технологическая революция.

Цель исследования: доказать, что концепция научных революций Т. Куна применима в качестве методологии, применимой для изучения истории медицины рубежа XIX–XX веков .

Материал и методы: труд Т. Куна «Структура научных революций»; анализ и синтез, классификация теоретического материала, абстрагирование

Результаты: в результате исследования было установлено, что концепция научных революций, изложенная в книге Т. Куна «Структура научных революций», полезна в качестве методологии исследования основных закономерностей, присущих истории медицины рубежа XIX–XX веков. Это потому, что как раз на рубеж XIX–XX веков приходится вторая научно-техническая революция, важным аспектом которой были радикальные преобразования в медицине того времени.

На рубеже XIX–XX веков произошла новая научная революция, начавшаяся в физике и охватившая все основные отрасли науки. Открытие электрона, радиоактивности, превращения химических элементов, открыли перед наукой и производством небывало широкие возможности, в том числе и связанные с развитием медицины. Закономерности появления всех этих научных открытий и технологических достижений, а также их принятия медиками-исследователями и медиками-практиками рубежа XIX-XX веков прекрасно объясняет концепция научных революций, предложенная Т. Куном в его работе «Структура научных революций». По его мнению, каждое из этих открытий и достижений со временем стало общепринятым в медицинском научном сообществе по той причине, что вошло в состав новой научной парадигмы, сформировавшейся в период научной революции рубежа XIX-XX веков. Предыдущий период «нормальной науки», в том числе и медицины как науки, не был благоприятен для данных новаций, потому что присутствующая ему классическая научная парадигма не была с ними совместима и при этом в целом до последней трети XIX века устраивала медицинское научное сообщество. А в последней трети XIX века началось разрушение этой парадигмы, так как она оказалась не способной убедительно объяснить новые научные открытия, например, радиоактивности и электричества. Все инновационные открытия в медицинской науке можно провести через призму теории Т. Куна, который рассматривает

этапы истории, когда кардинально изменялись стратегии научного исследования, возникали новые фундаментальные концепции, представления об изучаемой реальности, методы и образцы исследовательской деятельности. Наука развивается скачкообразно, через научные революции и смену парадигм. В медицине она происходила во многих отраслях.

Выводы: Концепция научных революций, предложенная Т. Куном, применима для объяснения закономерностей, присущих истории медицины рубежа XIX–XX веков. Это дает основание для вывода о методологической ценности этой концепции для изучения истории медицины как этого периода, так и других периодов сосуществования медицины и науки.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦИАЛЬНО-ВОЗРАСТНОЙ НОМИНАЦИИ ДЕТЕЙ В РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ

О.В. Лысенко, А.М. Погорелова, студенты 2 курса педиатрического факультета

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

Кафедра иностранных и латинского языков

Научный руководитель: ассистент Н.В. Кузнецова

Ключевые слова: лексико-семантические, лексико-синтаксические и морфологические номинации; номинации детей и подростков; английский язык медицинской коммуникации.

Цель исследования: изучить официально принятые в медицинской и психологической практике номинации детей в английском и русском языках и провести их сравнительный анализ.

Материалы и методы исследования: изучение специализированной литературы медико-психологического педиатрического профиля на русском и английском языках, выявление номинаций детей, их сравнительный семантический анализ.

Результаты. Под номинацией в настоящем исследовании понимается закрепление за словом понятия, отражающего определенные признаки объектов.

Номинации детей и подростков, зафиксированные в научной литературе на английском и русском языках, можно разделить на 2 группы:

- 1) Номинации социального характера — обозначение детей и подростков в социуме в зависимости от их социального статуса. Под социальным статусом подразумевается социальное положение, которое дети и подростки занимают в обществе, например, школьники, студенты.
- 2) Возрастные номинации — обозначение ребенка в зависимости от его хронологического, или «паспортного», возраста, т.е. периода с момента рождения до момента исчисления.

Номинации социального характера в русском языке представлены следующими лексемами:

- 1) Дошкольник
- 2) Школьник
- 3) Ученик младшей школы
- 4) Ученик средней школы
- 5) Ученик старшей школы
- 6) Студент
- 7) Выпускник

В английском языке:

- 1) Preschooler / pre-kindergartner Kindergartner
- 2) Elementary school student / Primary school student

- 3) Middle school student
- 4) Senior school student
- 5) College student
- 6) Graduate

Данные исследования показывают, что социальная характеристика детей представлена схожими понятиями, как в русском, так и в английском языке. Однако среди представленных понятий одним из различий является несоответствие возраста, при котором ребенок переходит на следующую социальную ступень. Это связано с различиями в системе образования. Например, во многих англоязычных странах дети поступают в начальную школу с 5 лет, в так называемый нулевой класс. Также стоит отметить, что в официальном русском языке нет такой классификации, как детсадовец. Данное понятие относится к разговорному стилю.

Номинации возрастного характера в русском языке представлены такими вариантами как:

- 1) Новорожденный (с рождения до 28 дней жизни)
- 2) Младенец (с рождения до года)
- 3) Ребенок (от двух лет до 12 лет)
- 4) Подросток (с 14 лет до 18 лет)
- 5) Девушка (с 11-13 лет до 25 лет)
- 6) Юноша (с 15 лет до 21 года)

В английском языке зафиксированы следующие возрастные номинации:

- 1) Newborn (с рождения до 2 месяцев)
- 2) Infant (с рождения до года)
- 3) Baby (от рождения до 4 лет)
- 4) Pre-teen/tween (с 10 лет до 12 лет)
- 5) Child (с 4 лет до 12 лет)
- 6) Adolescent (с 13 до 18/19/21 лет)
- 7) Girl (с 12 лет до 21 года)
- 8) Young man (с 14 лет до 21 года)
- 9) Young adult (с 18 лет до 24 лет)

Исследование показало, что возрастная периодизация детей в русском и английском языке имеет значительные отличия:

- 1) в английском языке делений детей по возрасту значительно разнообразнее;
- 2) наблюдается значительное несовпадение возрасту русских и английских номинаций, за исключением понятий «младенец» и «infant», т.е. дети до года, и «подросток» и «teenager», т.е. дети в возрасте 13–19 лет.

Выводы: исходя из полученных данных и их анализа, можно сделать вывод, что наименование ребенка зависит от возраста и тесно связано с занимаемой им ступенью на социальной лестнице как в русском, так и английском языке. В русском и английском языке имеются схожие слова, употребляемые для обозначения

одного и того же возрастного периода ребенка и его социального статуса. Но также имеются и различия. Они связаны с различиями в системе образования и различными социальными нормами. Эти факты необходимо учитывать при работе с профессионально-ориентированными медицинскими текстами для корректного перевода различных номинаций.

НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ СЪЕМНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ НАЛОЖЕНИЯ ПРОТЕЗОВ

*М.Г. Магомедова, студент 4 курса стоматологического факультета,
М.А. Халатаев, студент 2 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Дагестанский ГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
Научные руководители: к.м.н., доцент Х.О. Омарова,
ассистент М.А. Гасанова*

Ключевые слова: протезирование зубов; протезное ложе; съемный протез; атрофия.

Целью исследования: явилось изучение в динамике степени атрофии тканей протезного ложа при непосредственном, раннем и отдаленном протезировании после удаления зубов и наложения протезов.

Материалы и методы: непосредственное протезирование проведено 54 больным (через 30–40 минут после удаления зубов), 25 пациентам — раннее протезирование (через 7–10 дней после удаления зубов), 38 больным проведено отдаленное протезирование (в разное время: от 2-х месяцев до 5 лет после удаления зубов). Всего изготовлено 155 съемных протезов. Зубы были удалены по поводу пародонтита тяжелой степени, при патологической подвижности III–IV степени и деструкции костной ткани альвеолярного отростка более S длины корня.

Результаты исследования: Полученные данные при измерении площади протезного ложа с момента удаления зубов и после наложения съемных протезов показали закономерность, которая выражается в уменьшении площади протезного ложа в месте удаления зубов. Сопоставляя закономерность уменьшения площади протезного ложа с вестибулярной и оральной сторон отмечается, что она в большей степени выражена на верхней челюсти с вестибулярной стороны, а на нижней челюсти — с оральной стороны. Причем эта закономерность выявляется как в ранние, так и в поздние сроки после удаления зубов. Для характеристики атрофии площади протезного ложа определили убыль ее с момента удаления зубов до наложения протезов.

При раннем протезировании, через 10 дней после удаления зубов, убыль площади протезного ложа составляла на верхней челюсти: 8 % с вестибулярной, 3 % с небной стороны; на нижней челюсти: 4 % с вестибулярной, 9 % с оральной стороны. При отдаленном протезировании, через 2 месяца после удаления зубов, убыль площади протезного ложа составляла на верхней челюсти: 22 % с вестибулярной, 17 % с небной стороны; на нижней челюсти: 16 % с вестибулярной, 20 % с оральной стороны. Следовательно, атрофия площади протезного ложа нарастает в зависимости от сроков наложения протезов после удаления зубов. При этом

в большей степени площадь уменьшается с момента удаления зубов до наложения протезов при отдаленном протезировании.

При непосредственном протезировании атрофия площади протезного ложа изучалась после наложения протезов. При раннем и отдаленном протезировании атрофия площади протезного ложа исследовалась с момента удаления зубов до наложения и после наложения протезов. При непосредственном протезировании через 3 месяца после удаления зубов и наложения протезов по сравнению с исходными данными до удаления зубов на верхней челюсти отмечается уменьшение площади: 17 % с вестибулярной, 13 % с небной стороны; на нижней челюсти: 17 % с вестибулярной, 20 % с оральной стороны. При раннем протезировании уменьшение площади составляет на верхней челюсти: 21 % с вестибулярной, 15 % с небной стороны; на нижней челюсти: 20 % с вестибулярной, 23 % с оральной стороны. При отдаленном протезировании снижение площади составляет на верхней челюсти: 25 % с вестибулярной, 19 % с небной стороны; на нижней челюсти: 21 % с вестибулярной, 23 % с оральной стороны.

При сопоставлении атрофии тканей протезного ложа с момента удаления зубов максимальная убыль площади протезного ложа выявляется при отдаленном протезировании, минимальная — при непосредственном протезировании. В поздние сроки пользования протезами эта закономерность сохраняется.

Выводы: характерной особенностью перестройки протезного ложа при непосредственном, раннем и отдаленном протезировании является убыль площади протезного ложа в первые 2–3 месяца с момента удаления зубов. К 6 месяцам уменьшение площади протезного ложа достигает максимума и в дальнейшем до года стабилизируется. Следовательно, процессы регенерации и резорбции костной ткани наиболее поддаются управлению в первую неделю, а благоприятное функциональное воздействие на формирование кости оказывает протез, наложенный сразу после удаления зубов. В этот период должны быть созданы условия для сохранения кровяного сгустка и защиты раны от внешних раздражителей, что достигается непосредственным протезированием.

ЗАГАДКА КАК МАЛЫЙ ФОЛЬКЛОРНЫЙ ЖАНР В НАРОДНОМ ТВОРЧЕСТВЕ РОССИИ И ЗИМБАБВЕ

*Л. Мадзиванийка, курсант 1 курса специального факультета
ВА ВКО им. Г.К. Жукова, г. Тверь, Россия
Кафедра русского языка
Научный руководитель: к.ф.н. Н.В. Кузнецова*

Ключевые слова: загадка; малый фольклорный жанр; Зимбабве.

Загадка является хранилищем народной мудрости. Загадки собирали и передавали из поколения в поколения. Интересной особенностью загадки является ее повсеместность. Исследователи полагают, что загадку можно встретить во всех языках, культурах, на всех материках. Загадки, появившиеся на различных материках, обнаруживают некоторое сходство, но имеют и различия.

Особый интерес для нашего исследования представляют загадки, не имеющие межъязыковых соответствий, поскольку в них заключается своеобразие картины мира нации.

Цель исследования: провести сопоставительный анализ русских и зимбабвийских загадок и определить общие и национально-культурное своеобразие.

Материалом исследования служат: 1) зимбабвийские загадки из сборника Amos M. Munjanja «Zvirahwe»; 2) русские загадки из сборников Д.Н. Садовникова «Загадки русского народа», Ю.Г. Круглова «Русские народные загадки, пословицы, поговорки».

Методы исследования: 1) лексико-семантический анализ; 2) компаративный метод используется при сравнении зимбабвийских и русских загадок; 3) элементы лингвокультурологического анализа.

Загадка — это жанр народного поэтического творчества; иносказательное поэтическое описание какого-либо предмета или явления, испытывающее сообразительность отгадывающего.

Зарождение загадок, по мнению ученых, связано с давним временем, когда человек прибегал к иносказательной речи, в целях маскировки своих действий перед охотой, чтобы звери, которых он одушевлял, не «узнали» об опасности.

Необходимость иносказательной речи обуславливалась, многочисленными запретами, существовавшими в связи с верованиями древнего человека в то, что природа может влиять на его судьбу.

Загадывание загадок — особый вид ритуально-игрового поведения, вербальный акт, в котором один участник предлагает зашифрованное высказывание о каком-либо предмете или явлении, а другой должен назвать денотат. Диалогичности речевого акта загадывания соответствует двухчастность текста загадки, состоящего из иносказания (загадка, вопрос) и его расшифровки (отгадка, ответ).

Тематика загадок отражает практический опыт человека, его повседневную бытовую и хозяйственную деятельность, его знания о мире.

Традиционно семантическая структура загадки определяется соотношением трех ее компонентов: а) объекта, загадываемого и подлежащего дешифровке;

б) заместительного объекта, имеющего определенные точки пересечения со свойствами / функциями загаданного объекта;

в) «образа», т. е. некоторого описания, соотносящегося с обоими вышеуказанными объектами.

Анализ текстов зимбабвийских загадок дает обоснование выделить следующие группы заместительных объектов, характерных для традиционной зимбабвийской культуры:

1. Чаще всего в зимбабвийских загадках заместительный объект выражается предметным кодом, описывающим номинации бытовой утвари, предметов гардероба, рукоделия. При этом выбор образа, как правило, обусловлен сходством по форме.
2. В образной системе и зимбабвийских загадок, и русских загадок большое значение имеет зооморфный код. Так, в зимбабвийской фольклорной традиции в создании заместительных образов активно участвуют представители животного мира. При выборе зоонимов в зимбабвийских загадках самыми распространенными зооморфизмами являются образы быка и коровы. Возможно, это связано с тем, что эти животные символизируют богатство и достаток.
3. В зимбабвийской традиции в качестве заместительного образа выступают как имена существительные, обозначающие лицо, так и термины родства и свойства. Результаты проведенного анализа свидетельствуют, что в загадках Зимбабве широко представлены образы отца, матери. Однако в частотном плане преобладает использование образов мужчины.
В русской традиции образы отца, матери, брата, сестры, девушки, невестки, свекрови, тещи.
4. Следует отметить, что в зимбабвийской культуре практически отсутствуют загадки, в которых заместительный образ опускается полностью. Все загадываемые явления представлены через определенный четкий образ, в то время как в русской культуре представлен огромный пласт подобных загадок.
5. Важной отличительной чертой зимбабвийской загадки является отсутствие сравнения в структуре загадке. Большая часть загадок содержит описательный компонент.

Вывод: исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что зимбабвийские загадки отличаются предметностью, краткостью, отсутствием сравнения в своей структуре. Русские загадки ритмичны, содержат разнообразие образов, сравнительные структуры. Причем на способы построения загадки, как формы выражения национального мировидения, оказывает влияние не только национально-культурный колорит, но и структура языка.

ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА Р (РУТИНА) В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЧАЯ

*Д.И. Маклецкая, студентка 1 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра химии*

Научные руководители: ассистент И.А. Беляева; ассистент А.А. Крылов

Ключевые слова: витамин Р; рутин; чай.

Наиболее известным напитком в мире является чай. Многими исследованиями было доказано, что именно чай способствует укреплению и поддержанию здоровья, так как он богат различными биологически активными веществами. Несмотря на это, результаты популяционных исследований, которые проводились Институтом питания РАМН, показывают довольно тревожную ситуацию, сформировавшуюся в последние годы в нашей стране. Отмечается крайне недостаточное потребление и всё более нарастающий дефицит микро- и макроэлементов.

В России наблюдается широкий ассортимент различных марок и видов чая. Наиболее популярными являются зелёный и чёрный. В то же время известность набирают пакетированные виды чая, так как именно они обладают доступностью в использовании и быстрой заваркой.

В настоящее время изучение биохимического состава чая продолжается. Общее число химических веществ и соединений до сих пор остаётся неподсчитанным. Несколько лет назад их число составляло около 130, опираясь на последние данные, ученые зафиксировали более 300. Основные из них: комплекс дубильных веществ (чайный танин); белковые вещества — аминокислоты; углеводы — сахара, глюкоза, фруктоза, крахмал и целлюлоза; пектины; алкалоиды — кофеин, теобромин, аденин; минеральные вещества, а также витамины С, В1, В2, РР, провитамин А, К и Р (рутин).

Витамин Р снижает проницаемость и ломкость сосудов, особенно это важно для сосудов головного мозга, так как происходит уменьшение риска кровотечений и инсультов, а также улучшает нервную проводимость, снижает артериальное давление. Рутин не только принимает участие в основных окислительно-восстановительных реакциях, но и усиливает впитывание аскорбиновой кислоты, предотвращает образование атеросклеротических бляшек. Соединения, образующие группу витамина Р, в процессе метаболизма превращаются в фенольные кислоты, которые организм использует для синтеза других соединений. Также одним из основных свойств рутина является возможность отчасти покрывать потребность организма в аскорбиновой кислоте.

Целью исследования являлось изучение содержания витамина Р в различных видах и марках чая для установления напитка с наибольшей концентрацией витамина.

Материалы и методы: изучение проводилось в лабораторных условиях методом титрования в соответствии с методикой анализа витаминов. Для достижения достоверных результатов эксперимент проводился в трёх параллелях. Количественное определение рутина основано на его способности окисляться перманганатом. В качестве индикатора применяется индигокармин, который вступает в реакцию с перманганатом после того, как окислится весь рутин. В работе использовались классические методы анализа. Для исследования были взяты 4 различные марки чая средней ценовой категории, на упаковках которых не указан состав, виды также отличаются: «Princess Java» красный чай (каркаде); «Princess Java» зелёный чай; «Принцесса Нури» чёрный чай; «Curtis» чёрный чай с лимоном.

Полученные результаты представлены на 100 г. чая: наибольшее содержание выявлено в чёрном чае «Принцесса Нури» — 16,3392 мг.; немного меньше витамина содержит зелёный чай «Princess Java» — 14,2 мг.; затем идёт чёрный чай с лимоном «Curtis», в котором 13,696 мг. витамина; а наименьшее его содержание выявлено в красном чае (каркаде) «Princess Java» — 6,4512 мг. Таким образом, наибольшее содержание витамина зафиксировано в чёрном чае, а наименьшее — в красном.

Проведён сравнительный биохимический анализ содержания витамина Р в 4 различных марках и видах чая, который позволяет сделать вывод: от нижней границы нормы 35 мг (суточная потребность витамина Р составляет 35–50 мг) процентное содержание выявленного витамина находится в чае с его наибольшей концентрацией (чёрный чай «Принцесса Нури») и составляет 46 (68 %), в то время как чай с наименьшим содержанием витамина (красный чай (каркаде) «Princess Java») — только 18 %.

Употребление достаточного количества жидкости, в частности чая, с суточной потребностью витамина Р, является фактором, снижающим риск развития ряда заболеваний.

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАНЕНИЯХ И ТРАВМАХ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

*Г.С. Максимов, С.А. Овчинникова, студенты 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра безопасности жизнедеятельности
Научный руководитель: к.м.н., доцент И.А. Жмакин*

Ключевые слова: остановка кровотечения; артериальное кровотечение; кровоостанавливающий жгут.

Цель исследования: анализ роли кровоостанавливающего жгута (КЖ) как средства временной остановки кровотечения, поиск преимуществ и недостатков использования различных видов механических давящих повязок и жгутов.

Материалы и методы: анализ научных медицинских статей о современных КЖ, их особенностях и способах применения.

Результаты. Кровотечение — это процесс потери крови из поврежденных кровеносных сосудов, чаще всего наступающий в результате травмы и являющийся основной причиной гибели пострадавших. КЖ используются для временной остановки массивных артериальных или венозных кровотечений. В настоящее время используется много видов КЖ. Эластичные жгуты — классические жгуты из разных видов резины или силикона. Однако при их использовании часто возникают осложнения (некроз мягких тканей, нарушения иннервации конечности вследствие сдавливания нервных стволов и т.п.). Эти осложнения могут привести к параличу или даже потере конечности. Их преимуществом является простота применения, возможность многократного использования и стерилизации, невысокая стоимость. К ним относятся эластичные жгуты Эсмарха — Лангенбека, «Альфа», Апполо, RATS и другие. КЖ «Альфа» производится из рифленой резины с выпуклыми бороздками. Основные преимущества: жгут быстро и легко накладывается и снимается, имеет удобную застежку, возможна его фиксация одной рукой и наложение на голую кожу. Благодаря своей ребристой поверхности, этот КЖ не повреждает подлежащие кожные покровы, сосуды и нервы. Борозды жгута позволяют сохранить кровообращение по подкожным сосудам. Это исключает риск ампутации конечности. Недостатком является невозможность применения жгута при морозах до -50°C . Жгут Эсмарха-Лангенбека имеет свои достоинства: не содержит токсичных и аллергических элементов, не теряет форму при многократном использовании, дешевый, легкодоступный. Он прост в использовании, стоек к многократным химическим обработкам, возможны наложение и фиксация жгута одной рукой. Система жгута быстрого наложения R.A.T.S. (Rapid Application Tourniquet System) представляет собой плоский шнур из вулканизированной рези-

ны в нейлоновой оболочке с механизмом блокировки из алюминия. Жгут «Аполло» имеет вид силиконовой ленты. Плюсы этих жгутов — атравматичная поверхность, возможность наложения на голую кожу, возможность фиксации одной рукой, многоразовое применение. Жгут-закрутка (турникет) состоит из синтетических лент и пластиковых (металлических) деталей. На практике турникеты показали себя более удобными и более эффективными в оказании самопомощи, чем классические КЖ. Серьезными их недостатками являются одноразовость использования и невозможность стерилизации. Наиболее популярные: жгут кровоостанавливающий (ЖК) «Медплант», САТ, SOF Tactical tourniquet, МАТ и другие. ЖК «Медплант» имеет плюсы: интуитивно понятен в использовании и не требует особых знаний, автоматическая фиксация при утягивании. Это предупреждает ослабление жгута при отпуске воротка, наличие у одной из версий циферблата, что экономит время для поиска маркера, и обеспечивает дозированную компрессию. Жгут-турникет SOF Tactical Tourniquet Tactical Medical Solution представляет собой классический турникет. Он изготовлен из высококачественных прочных материалов, ручка турникета выполнена из цельного куска алюминия. Это позволяет использовать жгут даже при очень низкой температуре. Механически активируемый турникет (МАТ) в отличие от других турникетов утягивается за счет поворотного механизма. Благодаря системе быстрого спуска турникет можно снять в считанные секунды. Пневматический жгут типа SAM JT состоит из синтетических лент, пластиковых и резиновых элементов. Такие жгуты позволяют минимизировать осложнения, связанные с компрессией тканей благодаря равномерному распределению дозированного давления. Турникет-струбцина (JETT, CroC и др.) состоит из синтетических лент, пластиковых, резиновых, металлических элементов. Самым главным их преимуществом является возможность наложения на анатомически сложные участки тела (шея, ключица, паховая область), они также равномерно распределяют давление. Но главным их недостатком является дополнительное время на сборку.

Выводы: несмотря на то, что в разработке КЖ научное медицинское сообщество сделало большой шаг вперед, проблемы в их использовании все еще существуют. Многие из них имеют свои преимущества и недостатки. Наиболее перспективным путем их модернизации является создание различных комбинированных изделий, которые могли бы сочетать в себе преимущества отдельных видов КЖ.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ИНВАЗИЙ ЧЕЛОВЕКА

*Р.А. Маляев, Д.О. Коротков, студенты 1 курса педиатрического факультета;
М.Н. Яковлева*

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

Кафедра биологии

Научный руководитель: к.б.н. М.Н. Яковлева

Ключевые слова: *инвазии; методы диагностики гельминто-протозойных инвазий; иммунологические методы; иммуноферментный анализ (ИФА).*

Цель исследования — изучение роли и возможностей иммунологических методов в диагностике гельминто-протозойных инвазий среди населения.

Материалы и методы: проведено обзорно-аналитическое исследование, включающее поиск, изучение, систематизацию и анализ научных статей и официальных документов по изучаемой теме, для поиска которых были задействованы российские научные электронные библиотеки. Кроме того, проведен анализ услуг лабораторий пяти крупнейших медицинских организаций г. Твери по диагностике паразитарных заболеваний с использованием иммунологических методов (по данным Интернет-источников), а также интервьюирование сотрудников клинико-диагностической лаборатории (КДЛ) поликлиники ГБУЗ «КДБ №2» г. Твери, включающее подготовку вопросов для интервью, установление контакта, основное интервью.

Результаты. Анализ документов и научных источников позволил сделать вывод об актуальности паразитарных заболеваний и их диагностике, особенно среди детей до 17 лет, на которых приходится около 89 % всех случаев инвазий в Российской Федерации (по данным на 2021 г.). В общей структуре паразитарной заболеваемости доля гельминтозов в 2021 г. составила 88,4 %, протозоозов — 11,6 %.

В диагностике гельминто-протозойных инвазий кроме макро- и микроскопических паразитологических методов в настоящее время применяют также иммунологические методы: иммуноферментный анализ (ИФА) специфических антител и антигенов возбудителей, метод иммунного блоттинга, реакция непрямой иммунофлюоресценции, иммунохроматографический анализ. Наибольшее распространение получил ИФА, т.к. данный метод менее трудоемок и продолжителен по времени, удобен для выполнения большого количества анализов.

Согласно методическим указаниям Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека возможно использование ИФА антител к антигенам аскарид, трихинелл, описторхисов, анизакид, эхинококков, токсокар, клонорхисов, стронгилоидеса, токсоплазм, лямблий в сыворотке крови, а также ИФА для определения антигенов лямблий, энтамебы, криптоспоридий в фекальных образцах.

Среди выбранных лабораторий г. Твери, предоставляющих населению услуги по иммунодиагностике инвазий, большинство применяют метод ИФА антител (специфических иммуноглобулинов М – IgM и иммуноглобулинов G – IgG) в частности для диагностики лямблиоза, токсоплазмоза, токсокароза. В двух из пяти проводят диагностику эхинококкоза, трихинеллеза, описторхоза; в одной лаборатории делают ИФА антител к антигенам аскарид.

Результаты интервьюирования показали, что в КДЛ одной из детских поликлиник используют как традиционные микроскопические паразитологические методы диагностики инвазий, так и иммунологические, в частности ИФА IgM и IgG. Чаще всего в данной лаборатории иммунологическими методами диагностируют токсоплазмоз, кроме того, возможна диагностика малярии и эхинококкоза. Для выявления паразита существует свой набор реагентов. Например, для выявления токсоплазмы используется набор «ВектоТоксо – IgG D-1752».

Выводы: в настоящее время кроме прямых микроскопических паразитологических методов диагностики инвазий применяют косвенные иммунологические методы выявления антител, вырабатывающихся в организме человека, а также антигенов гельминтов и простейших. Чаще всего в России, а также в лабораториях г. Твери используют ИФА – метод определения антител (специфических IgM и IgG), который обладает высокой чувствительностью и специфичностью. В список паразитов, диагностируемых с помощью ИФА в выбранных лабораториях г. Твери, входят, вероятно, или часто встречающиеся, или трудно диагностируемые инвазии.

Следует отметить, что эффективность иммунологических методов исследования зависит от количества и локализации паразитов в организме, стадии инвазии, состояния иммунной системы человека, от иммунохимических характеристик диагностического набора, условий хранения и сроков годности реагентов.

На сегодняшний день иммунологические методы являются не основными, а дополняющими к комплексу клинических, паразитологических и лабораторно-инструментальных методов диагностики паразитарных болезней.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПОЛИОССАЛЬНАЯ ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛЕВОЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ, ЛЕВОЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Р.Э. Мамедов¹, клинический ординатор по специальности травматология и ортопедия; В.П. Синюк², врач травматолог ортопед; Е. А. Белова¹, студентка 5 курса лечебного факультета; О. А. Белова¹, преподаватель кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

¹ — ФГБОУ ВО Красноярский ГМУ имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

*² — Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И. С. Берзона, детское травматолого-ортопедическое отделение, г. Красноярск, Россия
Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО
Научный руководитель: ассистент А.Н. Белов*

Ключевые слова: фиброзная дисплазия; детская ортопедия; оперативное лечение; опорно-двигательный аппарат.

Проблема современной диагностики и тактики ведения фиброзной дисплазии у детей остается актуальной, поскольку в настоящее время нет единого мнения о дифференциальной диагностике доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний с дистрофическими, эндокринными, воспалительными заболеваниями. Остается высоким процент ошибочной диагностики (50–70 %) доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний, что связано со схожестью рентгенологической картины и общими клиническими признаками. Фиброзная дисплазия представляет практический интерес для педиатров и травматологов, так как является одной из причин инвалидизации детей. В статье представлен клинический случай обширной полиоссальной формы фиброзной дисплазии у ребенка 6 лет.

Цель исследования: определение тактики лечения при обширных формах фиброзной дисплазии.

Материалы и методы: пациент, 6 лет, жалобы на хромоту и болезненность области левого тазобедренного сустава появились в апреле 2022 г., планово была выполнена рентгенография левого бедра, по результатам которой был выявлен очаг деструкции в проксимальном отделе левого бедра. 23.06.2022 г. во время прогулки произошел закрытый патологический перелом левой большеберцовой кости без смещения, родители обратились самостоятельно в травмпункт по месту жительства, было проведено консервативное лечение гипсовой иммобилизацией. 26.09.2022 г. госпитализирован для проведения открытой биопсии большеберцовой и бедренной костей. По результатам биопсии был установлен диагноз — фиброзная дисплазия верхней трети левой бедренной кости, левой большеберцовой кости и рекомендовано плановое оперативное лечение.

Результаты. 22.11.2022 г. повторно госпитализирован в 20 больницу, где методом оперативного лечения была выбрана кортикальная резекция образова-

ний бедренной и большеберцовой костей с последующей костной аллопластикой. Предварительно перед операцией была проведена мультиспиральная компьютерная томография для определения точных границ поражения костной ткани с целью определения необходимого объема вмешательства и количества нужного для пластики аллотрансплантата. Выбором оперативного метода лечения стала кортикальная резекция с аллопластикой. После кожного разреза в области средне-верхней трети левого бедра по передненаружной поверхности послойно обнажена бедренная кость. В верхней трети по передневнутренней поверхности кость умеренно «вздута», надкостница и кортикальный слой истончены, неровные. С помощью остеотома осуществлена кортикальная резекция кости на 15 см. Кортикальный слой склерозирован и частично изменен в толщину (светло-серые включения, пятна). Фрагмент обработан остеотомом и фрезой для дальнейшего замещения дефекта. Из образования удалено фиброзное содержимое с костными крошковидными включениями, фиброзные массы светло-серого цвета. Послеоперационная полость обработана фрезой, вскрыт костномозговой канал. Дефект заполнен аллотрансплантатом «вязанкой хвороста» по Волкову (костная соломка) и укрыт собственным кортикальным слоем. Произведен шов надкостницы, гемостаз. После восстановления анатомических взаимоотношений рана послойно ушита наглухо. Далее после кожного разреза в области нижней трети левой голени по передненаружной поверхности послойно обнажена большеберцовая кость. Поверхность большеберцовой кости изменена так же, как и бедренная. С помощью остеотома осуществлена кортикальная резекция кости на 10 см. Кортикальный слой склерозирован и изменен на всю толщину (светло-серые включения, пятна). В связи с этим использовать данный кортикальный фрагмент для закрытия дефекта не представляется возможным. Из образования удалено фиброзное содержимое с костными крошковидными включениями, фиброзные массы светло-серого цвета. Послеоперационная полость обработана фрезой, вскрыт костномозговой канал. Дефект заполнен аллотрансплантатом. Произведен шов надкостницы, гемостаз. После восстановления анатомических взаимоотношений рана послойно ушита наглухо, наложена кокситная повязка слева. Ввиду большого объема поражения в области шейки левого тазобедренного сустава в послеоперационном периоде произошел перелом шейки левого бедра. На контрольной рентгенограмме от 05.12.22 г. варусный перелом шейки левой бедренной кости. 07.12.22 г. выполнена закрытая репозиция под контролем электронно-оптического преобразователя и наложена полуторная кокситная повязка. Сложность проведения операции состояла в следующем: большой объем поражения и его локализация. Важным условием было максимальное удаление фиброзного содержимого, но в то же время сохранение как можно большего объема здоровой костной ткани. Пациент был выписан на амбулаторное лечение по месту жительства с рекомендацией о проведении повторной рентгенограммы через 3 месяца. На данный момент, с учетом

состояния пациента, вызванного заболеванием и объемом поражения двух крупных костей нижней конечности, длительности нарушения статодинамической функции (длительный запрет осевой нагрузки на левую конечность), рекомендовано направление на медико-социальную экспертизу для установления временной инвалидности. Через 3 месяца после операции планируется повторная консультация травматологом-ортопедом.

Выводы: представленный клинический пример оперативного лечения крупноочаговой полиоссальной формы фиброзной дисплазии демонстрирует важность ранней и правильной диагностики, а также выбор объема оперативного вмешательства. Костная аллопластика трупным аллотрансплантатом является оптимальной методикой при фиброзной дисплазии и в большинстве случаев имеет удовлетворительные отдаленные результаты для восстановления костной ткани.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕРТВ БУЛЛИНГА

*Л.В. Мандрыкина, студентка 6 курса Клинической психологии
ФГБОУ ВО Тихоокеанский ГМУ Минздрава России, г. Владивосток, Россия
Кафедра общепсихологических дисциплин
Научный руководитель: к.психол.н, Т.В. Капустина*

Ключевые слова: буллинг; жертвы буллинга; индивидуально-психологические характеристики.

В современном мире буллинг является масштабным явлением, которое затрагивает более трети подростков. С каждым годом число вовлеченных жертв только продолжает расти, а последствия этого феномена негативно влияют на жизненно важные сферы.

Цель исследования: выявить и описать индивидуально-психологические характеристики жертв буллинга.

Материалы и методы: исследование проводилось дистанционно с помощью Google-формы. Участниками исследования стали 142 школьника (9–11 классов) в возрасте от 16 до 18 лет. В работе были использованы следующие методики: «Ситуация буллинга в школе» В.Р. Петросянц, с помощью которой были определены «жертвы» буллинга, Скрининг метод для диагностики склонности к экстремизму, Р.В. Кадыров, Т.В. Капустина, Е.В. Садон, А.С. Эльзессер, (авторы рассматривают склонность к экстремизму в контексте склонности к дезадаптивному поведению), Индивидуально-типологический опросник Л.Н. Собчик, «Тест агрессивности» Л.Г. Почебут. Статистическая обработка данных проводилась в программе STATISTICA 10.0 с помощью U-критерия Манна-Уитни и коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена.

Результаты. Анализ результатов по методике «Ситуация буллинга в школе» показал, что 31 из 142 учеников являются жертвами буллинга, то есть это школьники, которые имеют высокую направленность быть жертвой буллинга в образовательной среде (они подвергались буллингу 2 или 3 раза в месяц) и не проявляли враждебных действий в отношении других. По методике Индивидуально-типологический опросник были выявлены значимые различия по шкале «Тревожность» ($p\text{-level} = 0,034$) и «Зависимость» ($p\text{-level} = 0,042$), что указывает на повышенную мнительность и боязливость, а также на стремление находиться в безопасном для них окружении. По другим методикам различий найдено не было. Проведенный корреляционный анализ показал положительную корреляцию дезадаптивного поведения с экстраверсией ($p\text{-level} = 0,026$), тревожностью ($p\text{-level} = 0,006$), зависимостью ($p\text{-level} = 0,032$), по методике «Тест агрессивности» Л.Г. Почебут с самоагрессией ($p\text{-level} = 0,005$). Отрицательная корреляция была

выявлена с такими шкалами, как «Интроверсия» ($p\text{-level} = 0,003$) и «Лабильность» ($p\text{-level} = 0,007$).

Выводы: таким образом, были выявлены индивидуально-психологические характеристики жертв буллинга. Они характеризуются высоким уровнем тревожности, агрессивное поведение сверстников влечет за собой состояние постоянного напряжения, они ожидают негатива от окружающих, повышается подозрительность и недоверие к людям. Школьники этой группы направлены на избегание конфликта и нуждаются в социальном окружении, которое не причинит им вреда. Они застенчивые и недостаточно общительные, мысли и действия направлены в основном на себя. Школьники из этой группы не готовы проявлять активности в социальной среде. Отличаются устойчивостью настроения и мотивации. «Жертвы» находятся не в согласии с собой, у них ослаблены механизмы психологической защиты, могут применять различные методы аутоагрессии. Опыт в роли жертв буллинга оказывает негативное влияние на дальнейшее благополучие человека, при всем этом повышается вероятность самоповреждений. Полученные результаты позволяют более детально разобраться в последствиях, которые несет за собой буллинг, и дают возможность разработки программ коррекции для таких подростков.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТКИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Д.В. Марку, студентка 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра эндокринологии
Научный руководитель: ассистент М.И. Силкина*

Ключевые слова: ожирение; сахарный диабет 2 типа; бариатрическая хирургия; инсулинотерапия.

Цель исследования: продемонстрировать эффективность лечения и коррекции инсулинотерапии при сахарном диабете 2 типа (СД2) после проведенной бариатрической операции — минигастрошунтирования.

Материалы и методы. Пациентка О., 55 лет в июне 2021 г. обратилась к эндокринологу с жалобами на боли в спине, суставах, прибавку в весе на 10 кг за 4 месяца. СД 2 типа диагностирован 2 года назад, ранее принимала пероральные сахароснижающие препараты (ПССП). В декабре 2020 г. после перенесенной коронавирусной пневмонии на фоне системного введения глюкокортикостероидов (ГКС) выявлена гипергликемия до 18,6 ммоль/л, была инициирована инсулинотерапия Аспарт 38 ед/сут, Гларгин U300 — 20 ед/сут. Гликемия натощак 8,8–9,2 мМ, после еды до 11–14,0 мМ (на фоне нарушений диеты). Наследственность отягощена по СД2 (мать, сестра). Цель обращения в клинику: скорректировать инсулинотерапию, снизить массу тела перед плановым оперативным вмешательством — эндопротезирование левого коленного сустава. Status praesens: состояние удовлетворительное, вес 134 кг, росте 164 см, ИМТ 49,8 кг/м², окружность талии (ОТ) 121 см, окружность бедер (ОБ) 110 см, ОТ/ОБ = 1,1 — ожирение морбидное III степени, абдоминальный тип. Артериальное давление (АД) 140/80 мм рт.ст., пульс 68 уд. мин. По органам и системам без особенностей. В анализах: гликированный гемоглобин (HbA1c) 7,9 %, общий холестерин (ОХС) 6,59 мМ, глюкозурия +. Первым этапом коррекции терапии стала отмена подколок прандиального инсулина, перевод пациентки на введение аналога рецепторов глюкагоно-подобного пептида 1 типа (арГПП1) в комбинации с базальным инсулином, бигуанидами и ингибитором натрий-глюкозотранспортера 2 типа (и-НГЛТ2): Инсулин Гларгин 100 ед/мл + Ликсисенатид 50 мкг/мл 20 ед п/к за 1 час до ужина, Метформин 2000 мг/сут, Дапаглифлозин 10 мг/сут. Повторное обращение через 2 месяца — при самоконтроле гликемия натощак 7,0–7,5 мМ, постпрандиальная до 10,0 мМ, HbA1c 7,2 %. Однако масса тела пациентки снизилась незначительно — на 6 кг (128 кг), ИМТ составил 47,6 кг/м², ОТ 116 см. АД 130/80 мм рт.ст. С учетом малой эффективности в снижении массы тела многокомпонентной комбинированной современной сахароснижающей терапии, была проведена консуль-

тация с хирургом и предложено оперативное вмешательство — бариатрическая операция «минигастрошунтирование с 1 анастомозом».

Результаты. В апреле 2022 г. пациентка обратилась повторно после проведенного оперативного вмешательства в ФГБУ «НМИЦ Эндокринологии» МЗ РФ (г. Москва) в ноябре 2021 г. Отмечала значительное улучшение самочувствия, вес снизился на 35,5 кг за 4,5 мес. послеоперационного периода. Сахароснижающая терапия на момент осмотра: Метформин 2000 мг/сут, Дапаглифлозин 10 мг/сут. Показатели гликемии натощак 5,8–6,6 мМ, после еды 7,7–8,2 мМ. HbA1c 6,6 %. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, вес 92,5 кг при росте 164 см, ОТ 92 см, ИМТ 34,5 кг/м² — что соответствует ожирению I степени. АД 125/70 мм рт.ст., пульс 66/мин. Отеков нет. ОХС 4,1 мМ. Пациентка была направлена на эндопротезирование коленного сустава.

Выводы: бариатрическая хирургия в настоящее время является современным, эффективным и безопасным методом лечения морбидного ожирения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, положительно влияя на течение СД2 и компенсацию углеводного обмена, коррекцию сахароснижающей терапии в пользу полного отказа от инсулинотерапии (как в данном случае), дает долгосрочный и стойкий эффект в снижении массы тела, удержании целевых значений гликемии и уровня гликированного гемоглобина, коррекции дислипидемии и уровня АД.

ЗАЖИВЛЕНИЕ ПОЛНОСЛОЙНЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ РАН КОЖИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИЗДЕЛИЙ С МИКРОСФЕРАМИ

*А.В. Матвейчук, А.Д. Чухаркина, В.А. Морева, студенты 2 курса педиатрического факультета; Р.Д. Павлов, студент 3 курса лечебного факультета; А.О. Буглак
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии
Научные руководители: д.м.н., доцент В.Г. Шестакова, к.б.н., старший преподаватель Е.Б. Ганина*

Ключевые слова: регенерация; полнослойная кожная рана; изделия с микросферами; струн; грануляционная ткань; новообразованный эпителий.

Цель исследования — изучение процесса заживления полнослойных ран у крыс при использовании изделий с микросферами (ковриков) в эксперименте.

Материалы и методы: исследование проводилось на самцах нелинейных белых крыс (возраст 8-9 месяцев, вес 250–300 г). Крысам на предварительно подготовленную дорсальную поверхность тела наносили раны следующим образом: на коже спины делали 4 полнослойных разреза, отсекали кожу от подлежащих тканей и формировали лоскут общей площадью 225 мм², в качестве наркоза использовали «Золетил-100» (8.0 мг/кг). Животные были разделены на две группы: контрольную (n = 6) и опытную (n = 6). Забор биоптатов у крыс обеих групп проводился на 5, 10, 15 сутки.

В послеоперационном периоде животные из опытной группы в течение 15 суток находились на изделиях, наполненных микросферами, а животные контрольной группы — на изделиях без них. Данное изделие представляет собой сшитые между собой чехлы, наполненные стеклянными микросферами из аморфного диоксида кремния. Микросферы имеют вид легкого сыпучего порошка, состоящего из отдельных полых сферических частиц. По своим физическим свойствам данный наполнитель близок к жидкости, обладает высокой текучестью, что позволяет изделию легко менять форму. Стеклянные микросферы наполнителя не впитывают влагу и запах, не способствуют жизнедеятельности и размножению пылевых клещей и насекомых. Чехлы изделия сшиты из специальной водоотталкивающей ткани.

В качестве критериев оценки скорости заживления раны использовали методы макроскопического динамического наблюдения и планиметрии.

Биоптаты заживающих ран с прилежащими участками неповрежденной кожи фиксировали в 10 %-м растворе нейтрального забуференного формалина (рН 7,4) в течение 24 часов, затем обезживали в батарее спиртов и изготавливали парафиновые блоки. Делали парафиновые срезы (толщина 5–6 мкм), которые затем окрашивали гематоксилином и эозином. Полученный экспериментальный мате-

риал изучали под микроскопом на малом (100x) и большом (400x) увеличении, затем фотографировали с последующим описанием.

Результаты. По данным планиметрического измерения площади ран в течение 15 суток было установлено, что у крыс, которые находились на изделиях с микросферами, процесс регенерации полнослойной раны проходил интенсивнее, по сравнению с контрольной группой. Так, на 5 сутки эксперимента средняя площадь ран у крыс из опытной группы составляла 132,4 мм², против 164,2 мм² для контрольной группы. На 10 сутки средняя площадь раны у опытной группы — 30,8 мм², у контрольной группы — 72,3 мм². На 15 сутки средняя площадь раны у опытной группы — 5,8 мм², а у контрольной группы — 20,4 мм².

В процессе заживления раны можно выделить три фазы: воспалительную, пролиферативную, фазу ремоделирования. В первые сутки изучения цитологической картины раневого отделяемого показало, что в опытной группе крыс течение первой фазы репаративного процесса, воспаления, значительно ускорилось и проходили все характерные для него фазы. Интенсивное выселение в область повреждения нейтрофильных лейкоцитов, одновременное ускорение миграции и дальнейшей трансформации клеточных элементов приводило к активизации макрофагической фазы воспаления.

На 5 сутки эксперимента у крыс контрольной группы наблюдался межклеточный отек. Кровеносные сосуды грануляционной ткани не характеризовались полнокровием. У крыс опытной группы признаки межклеточного отека проявлялись в меньшей степени, однако сосуды дермы и формирующейся грануляционной ткани расширены и полнокровны.

Через 10 суток после операции у крыс опытной группы фаза воспаления практически завершилась и произошла почти полная эпителизация раневого дефекта. Под эпителием располагалась молодая соединительная ткань и только в центральном участке сохранялись отдельные крупные вертикальные сосуды. В соединительной ткани основное место принадлежало слою горизонтально ориентированных фибробластов.

На 15 сутки эксперимента у крыс опытной группы на месте раневого дефекта формируется молодая соединительная ткань и дефект полностью эпителизован. Кроме того, отмечается интенсивное формирование производных кожи.

Выводы: применение изделий с микросферами способствует интенсивному протеканию фазы воспаления, более раннему созреванию грануляционной ткани, ее быстрой трансформацией в соединительную ткань. Использование изделий с микросферами стимулирует ангиогенез, сокращая сроки заживления полнослойной хирургической раны.

СОСТОЯНИЕ МИКРОСОСУДОВ ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

*С.Р. Махмуджонова, студент 4 курса факультета медицинской педагогики
Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,
Узбекистан*

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Ш.Э. Исламов

Ключевые слова: геморрагический инсульт; головной мозг; микроциркуляторное русло.

Цель исследования — установление характерных патоморфологических изменений артерий, артериол микроциркуляторного русла головного мозга при геморрагическом инсульте.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 50 протоколов патологоанатомического исследования, выполненных в танатологическом отделе Республиканского патологоанатомического центра. Применены общеморфологические методы исследования (окраска гематоксилин-эозином, микроскопическое исследование ткани головного мозга).

Результаты исследования. У всех диагностировано острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Среди них 38 мужчин (75,0 %) в возрасте от 20 до 72 лет, 12 женщин (25,0 %) в возрасте от 33 до 65 лет. При нарушении кровообращения головного мозга в виде геморрагического инсульта в сосудистой системе развиваются дистрофические, дисрегенераторные и воспалительные процессы, характеризующиеся поражением эндотелия, базальной и эластической мембраны, мышечного слоя и адвентиции с последующим нарушением проницаемости стенки, отеком стенки сосудов и окружающей ткани, кровоизлияния. При этом патоморфологически происходит набухание, отторжение эндотелия, оголение, дезорганизация, мукоидное и фибриноидное набухание и фибриноидный некроз базальной мембраны. Со стороны эластической мембраны отмечается дезорганизация, набухание, разволокнение и лизис волокнистых структур. Мышечный слой стенки сосудов реагирует в виде пролиферации и активации гладкомышечных клеток, прорастания их в другие слои стенки сосудов. В окружности мозговых артерий адвентиция нежная и представлена единичными соединительнотканными клетками и рыхлыми волокнистыми структурами, поэтому при геморрагическом инсульте адвентиций мозговых сосудов подвергается отеку, мукоидному и фибриноидному набуханию с развитием воспалительной реакции с участием соединительнотканых клеток и мозговой глии. Микроскопическое исследование ткани головного мозга при геморрагическом инсульте показало, что основные патоморфологические изменения отмечаются в стенке всех сосудистых

компонентов МЦР. В ткани головного мозга артерии и артериолы обнаруживаются на поверхностных слоях коры и под менингеальными оболочками. При геморрагическом инсульте отмечаются в стенке артерии уплощение, десквамации эндотелиальных клеток и формирование поверхностных дефектов в виде отсутствия покрывающих клеток базальной мембраны. Эластическая мембрана утолщена за счет разволокнения и гофрирования отдельных волокнистых пучков.

Причем такое разрыхление эластических волокон приводит к разделению мышечного слоя стенки сосуда. Гладкомышечный слой стенки артерии имеет неравномерную толщину за счет гипертрофии отдельных участков и атрофии других участков. В окружности артерии в мозговой ткани формируется отечное пространство с распадом и деструкцией мозгового вещества.

Выводы: таким образом, артерии, снабжающие кору и белое вещество, идут как бы по радиусам от поверхности мозга к его желудочкам, для краткости обозначения они могут быть названы радиальными. Для уточнения стадии развития инсульта мозга необходимо проводить гистологическое исследование. При этом изменение характера геморрагического компонента с появлением мелкоточечных или очаговых свежих кровоизлияний в очаге инсульта следует учитывать при трактовке результатов по определению давности образования инсультов. Патоморфологические изменения охватывают все структурно-функциональные уровни артериальной системы головного мозга, важнейшим из которых являются сосуды МЦР.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ЭПИДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*М.В. Медведева, М.В. Баукин, студенты 5 курса лечебного факультета;
М.С. Смирнова, 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: аутоиммунный гепатит; маркеры; иммуно-супрессивная терапия; комплайнс.

Цель исследования: анализ сложного клинического случая аутоиммунного поражения печени на фоне новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы: изучение клинических и анамнестических данных пациента с наблюдением в динамике за процессом обследования и лечения.

Результаты: мужчина 62 лет в марте 2020 г. заболел новой коронавирусной инфекцией, которая протекала с пневмонией и потребовала госпитализации пациента. После выписки мужчина предъявлял жалобы на выраженную слабость, утомляемость, сонливость, снижение аппетита и работоспособности. В биохимическом анализе крови выявлен цитолиз в виде повышения аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) свыше 3 верхних границ нормы (ВГН) при нормальных значениях щелочной фосфатазы (ЩФ). Употребление алкоголя категорически отрицал, госпитализирован в инфекционное отделение ЦРБ по месту жительства, маркеры вирусных гепатитов отрицательные. Проводился дифференциальный диагноз между поражением печени на фоне новой коронавирусной инфекции и лекарственным гепатитом. Получал гепатопротекторы, выписан с улучшением самочувствия и трансаминазами в пределах 2 ВГН. При динамическом наблюдении вновь повышение трансаминаз до 5–6 ВГН, госпитализирован в терапевтическое отделение ЦРБ. В общей сложности в течение полутора лет был 4 раза госпитализирован в ЦРБ по поводу гепатита неясной этиологии высокой активности. Дифференциальная диагностика проводилась и с аутоиммунными поражениями печени: специфические маркеры AMA и ANA отрицательные. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: небольшая гепатомегалия, диффузные изменения печени. Эзофагогастродуоденоскопия: поверхностный гастрит, вены пищевода не визуализируются.

В августе 2022 г. обратился к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на тяжесть в правом подреберье, метеоризм, выраженную слабость и поверхностный сон, забывчивость, рассеянность.

Объективно: состояние удовлетворительное, индекс массы тела 25,2 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности, единичные телеангиоэктазии на

коже лица и груди, пальмарная эритема, малиновый язык. Живот подвздут, мягкий, болезненный в эпигастрии справа и справа от пупка. Печень +1 см из-под края реберной дуги, 11–10–9 см по Курлову, селезенка не увеличена.

В биохимическом анализе крови повышение трансаминаз до 5 ВГН.

Предварительный диагноз: аутоиммунный гепатит? стеатогепатит? высокой активности. Синдром избыточного бактериального роста.

Назначено дообследование: полная диагностическая панель аутоиммунных заболеваний печени, эластометрия печени.

Лечение: диета, адеметионин, тримебутин, метронидазол.

При исследовании маркеров аутоиммунных заболеваний печени выявлено повышение антител к LC-1, подтвержден аутоиммунный гепатит II типа. Коррекция лечения включала в себя отмену предшествующего, назначение метилпреднизолона и азатиоприна. При эластометрии фиброза печени не выявлено.

В динамике лабораторных показателей отмечен лейкоцитоз до $10,64 \times 10^9$ /л, который исчез при снижении суточной дозы глюкокортикостероидов. Через 1 месяц выявлено снижение уровня трансаминаз до 1,5 ВГН, через 2 месяца лечения уровень печеночных ферментов в пределах нормы.

Через 2 месяца от начала лечения пациент обратился с жалобами на выраженную тошноту. При активном расспросе выяснилось, что он принимал метронидазол на протяжении 2,5 месяцев. Это свидетельствует о низком комплаенсе пациента, вследствие неверного понимания врачебных рекомендаций, что повлекло за собой появление нежелательных побочных эффектов. В дальнейшем пациент трактовал отмену метронидазола как отмену всего лечения, что отразилось на динамике лабораторных показателей, а именно повышении трансаминаз до 4 ВГН.

Возникла необходимость повторной индукционной терапии метилпреднизолом и азатиоприном, через 2 месяца вновь достигнута клинико-лабораторная ремиссия аутоиммунного гепатита.

Выводы: представленный клинический случай отражает сложности диагностики и лечения больных с аутоиммунными поражениями печени. Заболевание диагностируется методом исключения, нередко спустя значительное время после проявлений начала заболевания. У больного было последовательно исключено алкогольное, вирусное, лекарственное поражение печени. При отрицательном результате обследования на распространенные аутоиммунные поражения печени (аутоиммунный гепатит 1-го типа и первичный билиарный холангит), исследование полной панели аутоиммунных поражений печени позволило установить правильный диагноз. Лечение таких пациентов основано на использовании иммуносупрессоров и глюкокортикостероидов, требует динамического наблюдения и контроля, особенно у пациентов с низким комплаенсом.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПО ИНВАЗИРОВАННОСТИ АСКАРИДОЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

К.В. Мельник¹, студентка 5 курса 1 лечебного факультета; А.А. Дьяченко¹, студент 6 курса медико-фармацевтического факультета; Ю.А. Лыгина¹, Р.Н. Андреев², В.И. Толстюк²

¹ — ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика, Россия

*² — Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Донецкой народной Республике в городах Макеевка, Авдеевка, Ясиноватая, Ясиноватском районе, г. Макеевка, Донецкая Народная Республика, Россия
Кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии*

Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Мельник

Ключевые слова: аскаридоз; гельминтоз; инвазированность; профилактика.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости аскаридозом среди населения Донецкой Народной Республики (ДНР) и выделить наиболее эффективные пути его профилактики.

Материалы и методы: проведен ретроспективный эпидемиологический анализ данных инвазированности аскаридозом населения ДНР в 2021-2022 гг. по материалам отдела медицинской паразитологии с лабораторией Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения ДНР (РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2016.

Результаты. В ходе проведенного исследования установлено, что в 2022 г. зарегистрировано 209 случаев заболевания аскаридозом, интенсивный показатель составил 7,7 на 100 тыс. населения. Отмечено снижение заболеваемости на 39,4 % в сравнении с предыдущим годом (в 2021 г. интенсивный показатель составлял 12,7 на 100 тыс. населения).

В ДНР заражение аскаридами занимает первое место среди геогельминтозов, что вызвано как природно-климатическими и бытовыми условиями, так и недостатками в проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий. Также риск заражения аскаридами зависит от навыков личной гигиены, частоты контакта с почвой и загрязненными ею продуктами питания. В дальнейшем перечисленные обстоятельства могут привести к возникновению новых очагов на территории Республики.

В возрастной структуре заболеваемости наибольший удельный вес занимало детское население (до 17 лет) — 158 случаев, что составило 75,6 % (показатель заболеваемости 37,2 на 100 тыс. населения). Следует отметить, что в сравнении с

предыдущим годом выявлено снижение заболеваемости среди детского населения на 39,2 %. Заболеваемость детей до 17 лет составляла в 2021 г. 61,2 на 100 тыс. населения. Особая значимость инвазированности аскаридами для детского населения заключается в том, что, по свидетельству многих исследователей, эти гельминты способны подавлять иммунный ответ на вакцины и снижать эффективность иммунопрофилактики, а также осложнять течение различных инфекционных заболеваний.

Установлено, что среди заболевших в 2022 г. преобладало организованное детское население (99 случаев, что составило 62,6 %) – дети, посещающие детские дошкольные учреждения (ДДУ), общеобразовательные школы, школы-интернаты, детские дома и др. Следует отметить, что наиболее часто заболевание регистрировалось у посещающих ДДУ детей – 54 случая (34,1 %), на втором месте находились школьники – 36 случаев (22,8 %). Удельный вес неорганизованных детей при этом составлял 37,4 % (59 случаев). Проведено оздоровление выявленных инвазированных контингентов. Все заболевшие пролечены амбулаторно.

Основными факторами передачи аскаридоза выступали продукты питания, зараженные яйцами аскарид, – овощи, фрукты, ягоды и столовая зелень, не прошедшие надлежащую обработку и приобретенные на местных рынках, в том числе стихийных.

Выводы: таким образом, в настоящее время эпидемическая ситуация по инвазированности аскаридозом населения ДНР остается относительно стабильной, намечена тенденция к снижению. Однако по-прежнему актуальной проблемой является участие детского населения в распространении данного гельминтоза. В целях повышения эффективности эпидемиологического надзора и проводимой профилактической работы необходимо усиление контроля за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в дошкольных и школьных детских учреждениях, обязательное проведение санитарно-просветительной работы среди детей и их родителей, а также контроль качества пищевых продуктов, реализуемых на местных рынках.

АКТУАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

*К.В. Мельник¹, студентка 5 курса 1 лечебного факультета;
Е.Д. Прохожаева¹, студентка 6 курса медико-фармацевтического факультета;
Ю.А. Лыгина¹, Р.Н. Андреев², В.И. Толстюк²*

¹ — ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика, Россия

*² — Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Донецкой народной Республике в городах Макеевка, Авдеевка, Ясиноватая, Ясиноватском районе, г. Макеевка, Донецкая Народная Республика, Россия
Кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии*

Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Мельник

Ключевые слова: туберкулез; заболеваемость; эпидемическая ситуация; профилактика; противоэпидемические мероприятия.

Цель исследования: изучить основные характеристики эпидемического процесса туберкулеза органов дыхания в Донецкой Народной Республике (ДНР) и определить наиболее эффективные мероприятия по его профилактике.

Материалы и методы: проведен ретроспективный эпидемиологический анализ данных заболеваемости туберкулезом органов дыхания среди населения ДНР в 2021–2022 гг. по материалам эпидемиологического отдела Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения ДНР (РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2016.

Результаты. Исследование позволило установить, что заболеваемость туберкулезом органов дыхания в 2022 г. снизилась в интенсивных показателях до 21,0 на 100 тыс. населения (в 2021 г. этот показатель составлял 24,1 на 100 тыс. населения). При этом удельный вес бактериологически подтвержденных случаев туберкулеза снизился с 57,0 % в 2021 г. до 47,0 % в 2022 г. На отдельных административных территориях отмечено превышение среднереспубликанского показателя (г. Ждановка — 33,2 на 100 тыс. населения, г. Кировское — 22,0, г. Макеевка — 34,5).

Выявлено 14 случаев заболевания туберкулезом органов дыхания среди детей до 17 лет. Таким образом, показатель заболеваемости в сравнении с предыдущим годом вырос на 21,3 % и составил 3,5 на 100 тыс. населения (в 2021 г. — 2,9 на 100 тыс. населения). В 8 случаях заболевания детей отмечены семейные контакты с больными туберкулезом.

На учете в учреждениях госсанэпиднадзора на 2022 г. находится 515 очагов туберкулеза органов дыхания, из них с множественной лекарственной устойчивостью — 129 (25,0 %). В 2021 г. было зарегистрировано 616 очагов, в том числе

с множественной лекарственной устойчивостью — 209 (34,0 %). При этом в течение исследуемого периода отмечались заболевания туберкулезом среди контактных в очагах. В 2022 г. зарегистрировано 22 заболевших среди контактных, интенсивный показатель составил 24,5 на 100 контактных, выявлен рост в 1,7 раза в сравнении с предыдущим годом. Указанные результаты свидетельствуют о недостаточной эффективности работы в очагах туберкулеза, что требует усиления контроля за проводимыми противоэпидемическими и профилактическими мероприятиями.

Согласно отчетам, представленным из территориальных центров санэпиднадзора, на протяжении исследуемого периода заключительная дезинфекция проведена в 97,5 % очагах туберкулеза, где проживают бактериовыделители.

Следует отметить, что в 2022 г. план вакцинации против туберкулеза подлежащих контингентов выполнен на 80,4 %, что было связано с недостаточным поступлением вакцины в лечебно-профилактические учреждения в начале года. Однако необходимо указать на снижение удельного веса отказов от прививок БЦЖ в 2022 г. — 0,4 % от числа запланированных (в 2021 г. — 0,9 %), что свидетельствует об эффективности проводимой санитарно-просветительской работы среди родителей подлежащих вакцинации детей.

Выводы: в настоящее время эпидемическая ситуация по заболеваемости туберкулезом в ДНР остается неустойчивой, имеются предпосылки для роста заболеваемости. Для предотвращения ухудшения эпидемической ситуации необходимо обеспечить лечебно-профилактические достаточным количеством вакцины БЦЖ, усилить контроль за проведением заключительной дезинфекции, в том числе камерным методом, а также обеспечить соблюдение требований инфекционного контроля в лечебно-профилактических учреждениях с целью профилактики внутрибольничного заражения медицинских работников.

БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ. НАБЛЮДЕНИЕ В КАТАМНЕЗЕ

*Е.А. Милосердова, С.А. Федосиади, студенты 4 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
ГБУЗ Тверской области «Детская городская клиническая больница №1»,
г. Тверь, Россия
Кафедра педиатрии педиатрического факультета
Научные руководители: к.м.н., ассистент О.А. Ермолаева,
ассистент Л.Л. Ратникова*

Ключевые слова: бронхолегочная дисплазия; недоношенные дети.

Актуальность: в результате улучшения выхаживания недоношенных детей появилось новое заболевание новорожденных — бронхолегочная дисплазия (БЛД), но неосведомленность педиатров о нем приводит к диагностическим ошибкам. Результатом неправильной тактики ведения таких больных часто становится инвалидизация, что придает проблеме БЛД кроме медицинской социальную значимость.

Цель исследования: продемонстрировать особенности клинического случая развития БЛД у недоношенного ребенка.

Материалы и методы. Пациентка Г. родилась от недоношенной беременности при сроке 32 недели, роды произошли в результате ДТП. В родах преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, тяжелая асфиксия. При рождении масса тела: 2360,0 г. Длина: 48 см. Окружность головы: 31 см, по Апгар — 2/4/5 баллов. Первичные реанимационные мероприятия в полном объеме. Состояние новорожденной при рождении крайне тяжелое. Через 49 минут от рождения ребенок госпитализирован в ДОКБ г. Твери, в ОАР№1, где находился с 03.03.2019 г. по 08.04.2019 г. с диагнозом: Поражение плода и новорожденного обусловленное травмой у матери (ДТП). Асфиксия при рождении тяжелой степени. Потеря крови плодом из плаценты. Гиповолемический шок тяжелой степени. Ишемия мозга. Отек головного мозга. Судорожный синдром. Транзиторная легочная гипертензия. Функционирующее овальное окно, ишемическая нефропатия. Геморрагический синдром. Врожденная двусторонняя нижнедолевая пневмония. Респираторный дистресс-синдром (РДС) тяжелой степени. Дыхательная недостаточность 3 степени. Недоношенность 32–33 недели.

С 13.04.2019 г. к вышеуказанным патологиям добавились НЭК II степени, анемия тяжелой степени, отечный синдром, гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС, ДВС. Перенесла пневмоторакс справа с успешным дренированием. После проведенного в ОАР разнопланового обследования на основании консультации специалистов было назначено комплексное лечение. Пациентка находилась на ИВЛ 31 день. В ОАР состояние больной с положительной динамикой, отмеча-

лась прибавка массы тела. 08.04.2019 г. ребенок в тяжелом состоянии был переведен в ОПН ДОКБ для дальнейшего лечения и обследования, где находился до 14.05.2019 г. С 10.04.2019 г. — отек головного мозга, на НСГ подтверждается двухстороннее кровоизлияние в желудочки, лечение проводилось до 14.05.2019 года.

Результаты. В последующем с 14.05.2019 г. ребенок был переведен в ГБУЗ ДГКБ №1 в пульмонологическое отделение, где проходил стационарное лечение до 14.06.2019 г. в связи с развившейся пневмонией. Ребенку после консультации пульмонолога поставлен диагноз: двусторонняя очаговая пневмония. Бронхолегочная дисплазия, классическая форма, среднетяжелое течение, неполная ремиссия, хроническая дыхательная недостаточность. Дефицитная анемия. На рентгенограмме от 14.05.2019 г. — очаговая инфильтрация в средней и нижней долях правого легкого и в нижней доле левого легкого.

Рентгенография производилась раз в неделю на протяжении месяца. Динамика положительная — уменьшение инфильтрата. На момент выписки пневмония разрешилась, но сохранились признаки интерстициального поражения легких. Ребенку даны следующие рекомендации: диспансерное наблюдение после перенесенной пневмонии и рекомендации по дальнейшему лечению бронхолегочной дисплазии — ингаляционная терапия пульмикортом и по необходимости ингаляционные спазмолитические препараты (бета 2 агонисты или антихолинэстеразные препараты), продолжить лечение анемии, контроль веса; наблюдение у невролога.

Выводы: особенностью БЛД у данного ребенка является то, что ребенок родился недоношенным в связи с дорожно-транспортным происшествием. Была выявлена тяжелая сочетанная патология, угрожающая жизни. Пострадавшей проводилась реанимационная помощь по жизненным показаниям. Имел место тяжелый РДС синдром. Он является угрозой развития БЛД при длительной ИВЛ с жесткими параметрами, которая проводилась пациентке, но это делалось по жизненным показаниям (пневмония, пневмоторакс, язвенный энтероколит, поражение нервной системы с угрозой судорог). Диагноз БЛД поставлен ребенку в возрасте 1 месяц 10 дней, до этого времени диагноз «угрожаемый по развитию бронхолегочной дисплазии» не поставлен, хотя признаки дыхательной недостаточности были выражены, но были и другие причины: пневмония, пневмоторакс, анемия, гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС. Терапия РДС в нужном объеме не проводилась (введение сурфактанта, мочегонные, дексаметазон), так как была угроза жизни по другим состояниям, что оправдано.

Диагноз БЛД выставляется не ранее 28 дней жизни. Так и происходило. Поэтому повторные пневмонии разрешались длительно, так как формировались фиброзные изменения в легких, которые при повторных рентгенологических обследованиях расценены как длительно рассасывающиеся очаги инфильтрации легочной ткани, недооценивались фиброзные изменения. БЛД является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний легких у детей грудного и

раннего возраста. Неправильная тактика ведения этих больных может приводить к диагностическим ошибкам. В данном случае ребенок получал ингаляционную терапию пульмикортом через небулайзер в течение 2-х с половиной лет и лишь дважды антихолинэстеразными препаратами (атровент) на фоне ОРВИ и пневмонии, при которых отмечались признаки ухудшения по бронхообструктивному синдрому и нарастанию признаков дыхательной недостаточности. В возрасте 2-х с половиной лет признаки БЛД разрешились. Ребенок развивается по возрасту, активен, посещает детский сад, хорошо развита речь, отмечается незначительная задержка в темпах физического развития. Все это имеет большое значение для дальнейшей жизни пациентов, так как в ближайшее десятилетие таких детей придется переводить во взрослую сеть.

ТЕМПЫ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ

Е.А. Милосердова, С.А. Федосиади, М.А. Ткач, студенты 4 курса педиатрического факультета; Г.А. Акиншин, студент 6 курса педиатрического факультета

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

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

Ключевые слова: темпы воспалительной реакции; компрессия поврежденной ткани.

Цель исследования: изучить влияние внешних факторов на темпы развития воспалительной реакции.

Материал и методы: использованы лабораторные животные (крысы, $n = 6$). В условиях эксперимента наносилась травма на симметричных конечностях. В одной из конечностей в зоне повреждения создавалась компрессия путем наложения давящего устройства (хомута), фиксированного на коже с помощью швов (экспериментальная группа наблюдения). В другой группе травматический процесс протекал в обычных условиях (контроль). Давность травмы в первой группе наблюдений составляла 30, 60 и 90 минут ($n = 3$), во второй — 24 час ($n = 3$). Кусочки мягких тканей из области повреждений фиксировались в 10 % формалине, окрашивали гематоксилин-эозином.

Результаты. При давности травмы 30–90 минут в исследуемых группах не было выявлено каких-либо заметных различий в гистологической картине поврежденных тканей. В центре очага повреждения располагалось крупное кровоизлияние, представленное скоплением неизмененных эритроцитов.

Через 60 и 90 минут в экспериментальной группе в центре повреждения располагалось крупное кровоизлияние представленное скоплением неизмененных эритроцитов.

В контрольном повреждении через 90 минут после травмы на периферии очага кровоизлияния появились сегментоядерные лейкоциты в просветах сосудов и отдельные рассеянные лейкоциты на границе повреждения. Выявлялось полнокровие артерий (заполнение просвета кровью более чем наполовину у 50 % и более артерий, имеющих в препарате), полнокровие вен (с аналогичными морфологическими характеристиками), полнокровие капилляров и стаз в единичных капиллярах, нарастал периваскулярный отек в виде светлого промежутка между стенкой капилляров и окружающей тканью.

Существенные различия в гистологической картине были выявлены при давности травмы 24 часа. В экспериментальной группе отсутствовали признаки выраженной клеточной воспалительной реакции. Диагностирован гемолиз эритроцитов в кровоизлиянии — их обесцвечивание и распад. Отмечено малокровие

кровеносных сосудов, выявлен периваскулярный отек, фибриноидное набухание и некроз сосудистых стенок. В центральной зоне повреждения имелась очаговая гомогенизация ткани, исчезновение исчерченности миоцитов, кариолизис.

В группе контроля (через 24 часа) была выявлена интенсивная полиморфно-клеточная реакция в толще кровоизлияния. Отмечены распад лейкоцитов, значительные изменения эритроцитов — в центре геморрагического фокуса они были слабо окрашены с нечеткими контурами, превращались в зернистую массу с оранжевым оттенком. Имелись сетчатые выпадения фибрина. Выявлены спазм артерий (отсутствие или малое количество в них эритроцитов, сужение просвета сосуда и его фестончатые очертания), фибриноидное набухание и некроз сосудистых стенок. Отмечен некроз центральной зоны повреждения — выявлена гомогенизация и базофилия ткани, лизис ядер и исчезновение исчерченности мышечных клеток.

Выводы: компрессия является фактором снижения темпов воспалительной реакции в поврежденных тканях. Основные различия отмечены в темпах развития клеточной реакции — в интенсивности проникновения лейкоцитов в зону повреждения. В условиях компрессии запаздывало развитие сосудистой реакции. В то же время заметных различий в развитии процессов эксудации и некроза отмечено не было.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Я.Р. Минаева, В.И. Земскова, студентки 4 курса лечебного факультета;
Л.В. Чичановская, О.Н. Бахарева, С.А. Бахарева
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии
Научный руководитель: д.м.н., доцент О.Н. Бахарева*

Ключевые слова: COVID-19; неврологические и системные нарушения; ишемический инсульт; ОНМК.

Цель исследования: изучить особенности течения ишемического инсульта у больных с коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы: на базе амбулаторно-поликлинического отделения диагностического центра ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России был произведен анализ медицинской документации 41 пациента с ишемическим инсультом за период 2020–2021 гг.

Все пациенты, в зависимости от наличия коронавирусной инфекции, были разделены на две группы: первая — больные ишемическим инсультом (22 человека), вторая — больные с ишемическим инсультом в сочетании с коронавирусной инфекцией (19 человек). У второй группы наличие Covid-19 было подтверждено данными методов ПЦР-мазков и КТ грудной клетки.

Всем больным независимо от временного периода, согласно стандарту ОНМК, проводилось неврологическое и инструментальное обследование.

Для верификации степени выраженности ишемического инсульта применялись шкала NIHSS, выраженности парезов — шкала MRS.

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. Среди больных первой группы (ишемический инсульт без COVID-19) преобладали женщины — 15 (68,2 %) над мужчинами — 7 (31,8 %). Средний возраст группы составил $73,2 \pm 1,6$ года, при этом мужчины были значительно моложе — $52,2 \pm 3,2$ года, средний возраст женщин соответственно — $76,1 \pm 3,4$ лет. При анализе показателей второй группы следует отметить, что уменьшился средний возраст группы в целом и составил $67,5 \pm 1,9$ лет. При чем среди больных ишемическим инсультом в сочетании с коронавирусной инфекцией несколько увеличилась доля мужчин — 8 (42,1 %) по отношению к женщинам — 11 (57,9 %). При этом выровнялись возрастные разграничения, соответственно, средний возраст мужчин составил $63,3 \pm 1,6$ года, женщин — $70,2 \pm 2,2$ лет.

Примечательно, что несмотря на наличие сопутствующего инфекционного синдрома, среднее время госпитализации у пациентов 1 и 2 группы достоверно не

различалось и составило соответственно $10,2 \pm 0,6$ и $11,3 \pm 0,4$ дней. При чем среди больных 2 группы тяжесть коронавирусной инфекции по данным КТ легких различалась: КТ-1 составил 9 (45 %), КТ-2 – 3 (15 %), КТ-4 – 1 (5 %), у 6 (35 %) пациентов тяжесть КТ неизвестна. При этом не получено достоверной корреляции между тяжестью ишемического инсульта и данными КТ легких.

При оценке неврологического статуса больных ишемическим инсультом по шкале NIHSS выявлено утяжеление неврологического дефицита у больных в сочетании с коронавирусной инфекцией – $12,8 \pm 0,4$ баллов (средний уровень) по отношению к больным ишемическим инсультом – $8,2 \pm 0,6$ баллов (легкое течение).

Для оценки степени выраженности парезов была применена шкала MRS. У больных первой группы среди нарушений двигательной активности преобладали легкие нарушения. Так, парез в 4 балла встречался у 9 (40,9 %), в 3 балла – у 6 (27,3 %), в 2 балла – у 1 (4,5 %), парез в 1 балл не встречался вовсе, плегия была выявлена у 6 (27,3 %). У больных второй группы у 1 человека не было выявлено парезов и параличей (5,3 %). Из оставшихся 18 человек также преобладал парез в 4 балла, однако только у 6 (31,5 %), в 3 балла – у 1 (5,3 %), в 2 балла – у 2 (10,5 %), в 1 балл – у 1 (5,3 %), зато плегия была выявлена у 8 (42,1 %).

Выводы: сравнительный анализ течения ишемического инсульта у больных в период пандемии показал, что больные с ишемическим инсультом в сочетании с коронавирусной инфекцией, несмотря на более молодой возраст, показывают более выраженный профиль неврологических нарушений, что необходимо учитывать при построении индивидуальных программ реабилитации.

ДИСТАЛЬНАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ И ФАКТОРЫ, НА НЕЕ ВЛИЯЮЩИЕ, У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*А.Д. Михайлова, П.Е. Филиппова, студенты 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра эндокринологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент И.Г. Цветкова

Ключевые слова: сахарный диабет; вибрационная чувствительность; периферическая полинейропатия; школа диабета; covid-19.

Цель исследования: сравнить течение сахарного диабета (СД) в двух группах, разделенных в зависимости от уровня вибрационной чувствительности (ВЧ).

Материалы и методы: было осмотрено 15 пациентов, госпитализированных в эндокринологическое отделение ГБУЗ ОКБ г. Тверь. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, включающее в себя: сбор анамнеза, объективный осмотр, оценка вибрационной чувствительности и лабораторных данных.

Результаты. После определения ВЧ пациентов разделили на две группы: первая (1-я) — ВЧ от 5 до 8 У.ЕД., вторая (2-я) — ВЧ от 0 до 4 У.ЕД. Первую группу составили 10 человек, вторую — 5. Средний возраст опрошенных $48 \pm 2,5$ лет в 1-й группе и $62 \pm 4,8$ года во 2-й ($p < 0,05$). Стаж диабета в среднем у лиц 1-й группы равен $10 \pm 1,7$ лет, у 2-й — $13 \pm 2,8$ лет. Среднее значение гликированного гемоглобина (HbA1C) в 1-й группе — $10,07 \pm 1,09$ %, во 2-й — $9,52 \pm 0,89$. На основе данных опроса и осмотра пациентов были изучены проявления СД и проанализированы их различия в двух группах. При анализе полученных данных было отмечено, что наиболее распространенными осложнениями СД стали: периферическая полинейропатия (у 100 %), а также нефропатия, хроническая болезнь почек (ХБП), ретинопатия, нестенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Коронавирусной инфекцией в 1-й группе переболели 90 % человек, 50 % из них были вакцинированы. Во 2-й группе перенесли covid-19 — 80 % человек, 60 % из них вакцинированы. Физические нагрузки, даже минимальные, полностью отсутствуют у 40 % больных в обеих группах. Контролируют уровень глюкозы ежедневно всего 80 % человек, а 20 % примерно 2–3 раза в неделю. Назначенную диету соблюдают в 1-й группе — 70 %, во 2-й — 80 %. Школу диабета в 1-й группе посещали лишь 10 %, во 2-й группе никто из пациентов не проходил обучение. Выраженность жалоб у лиц 1-й группы: онемение и покалывание кончиков пальцев на ногах (70 %), слабость (70 %), ощущение сердцебиения (70 %), одышка (50 %), отеки на ногах (50 %), головокружение (40 %), головные боли (20 %), боли в грудной клетке (20 %), спазмы мышц нижних и верхних конечностей (20 %), аритмия (10 %), шаткость походки (10 %). Жалобы 2-й группы: онемение и покалывание

кончиков пальцев на ногах (100 %), ощущение сердцебиения (80 %), отеки на ногах (80 %), аритмия (80 %), головокружение (60 %), слабость (60 %), одышка (60 %), головные боли (60 %), боли в грудной клетке (40 %), спазмы мышц нижних конечностей (20 %), шаткость походки (20 %).

Выводы: выраженность полинейропатии выше у больных более старшего возраста с более длительным течением СД и большей отягощенностью по наследственности СД.

ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И БЕЗ НЕЕ

*А.Д. Михайлова, П.Е. Филиппова, студенты 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра эндокринологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.В. Ларева

Ключевые слова: климактерический синдром; менопауза; менопаузальная заместительная гормональная терапия.

Цель исследования: сравнить степень выраженности климактерического синдрома (КС) у женщин, получавших менопаузальную заместительную гормональную терапию (МЗГТ) и у женщин без МЗГТ.

Материалы и методы: методом анкетирования было опрошено 50 случайных женщин, находящихся в менопаузе, средний возраст $52 \pm 4,0$ года. По результатам рассчитывали менопаузальный индекс Куппермана (12–34 баллов – легкий, до 35–56 – средний, более 56 – тяжелый КС) и проводили оценку тяжести КС по шкале Грина (1–11 баллов – слабая, 12–19 – средняя, 20 и выше – тяжелая). В дальнейшем женщины были разделены на 2 группы, группы были сопоставимы по возрасту и индексу массы тела (ИМТ). Первую (1-ю) составили 8 женщин, получавших МЗГТ (средний возраст $51 \pm 4,0$ года, средний ИМТ $25,8 \pm 5,1$ кг/м²), во вторую (2-ю) группу вошли 42 женщины, не получавшие МЗГТ (средний возраст $53 \pm 4,0$ года, средний ИМТ $26,9 \pm 3,9$ кг/м²). На основе данных анкетирования были изучены проявления КС и проанализированы их различия в двух группах. Статистический анализ проводился с использованием программного комплекса Statistica 12.

Результаты. При анализе полученных данных было отмечено, что лишь 16 % опрошенных получали МЗГТ, а 84 % – нет. При этом за медицинской помощью вследствие появления симптомов КС обращались женщины в группе МЗГТ – 87,5 %, а без МЗГТ всего 19 % ($\chi^2 = 14,994$; $p < 0,05$).

Из ряда симптомов наибольшие отличия показали такие симптомы, как чувство усталости и недостатка энергии – в 1-й группе средний балл по данному показателю составил $0,75 \pm 0,70$, против $1,6 \pm 0,77$ ($t = 3,056$, $p = 0,012$) во 2-й; чувство напряжения и давления в голове, теле – в 1-й группе – $0,38 \pm 0,5$ баллов и $1,14 \pm 0,84$ ($t = 3,420$, $p = 0,004$) баллов соответственно. Другие клинические признаки (сердцебиение, бессонница, возбудимость, тревога, трудности в концентрации внимания, потеря интереса ко многим вещам, недовольство, плаксивость, раздражительность, головокружение, головные боли, слабость в конечностях, затруднение дыхания, приливы, ночная потливость, потеря интереса к сексу) также были ярче выражены в группах женщин, не получавших терапию.

Анализ результатов менопаузального индекса Куппермана показал, что в 1-й группе отсутствие проявлений КС было у 37,5 %, а во 2-й — только у 17 % женщин ($\chi^2 = 1,823$; $p < 0,05$); легкая степень и средняя степень выраженности КС в 1-й группе наблюдалась у 72,5 % опрошенных, а группе без МЗГТ у 83 % опрошенных ($\chi^2 = 1,823$; $p < 0,05$). Тяжелого КС не было зафиксировано ни в одной группе.

По шкале Грина в группе с МЗГТ: легкая степень выраженности КС была у 37,5 %, против 9 % во 2-й группе ($\chi^2 = 4,368$; $p < 0,05$), средней и тяжелая степень соответственно у 62,5 % и 91 % женщин ($\chi^2 = 4,368$; $p < 0,05$).

Выводы: таким образом, обращает на себя внимание низкий процент среди опрошенных женщин получающих МЗГТ и низкий процент обращаемости к врачу с проблемами КС. Наибольшие различия получены в таких симптомах, как чувство усталости и недостатка энергии, чувство напряжения и давления в голове и теле. По индексу Куппермана процент женщин с полным отсутствием симптомов КС был достоверно выше в группе женщин с МЗГТ, а шкала Грина показала, что подавляющее большинство опрошенных без МЗГТ имеют КС средней и тяжелой степени. В то же время наличие симптомов КС у женщин на МЗГТ может говорить о плохо подобранной терапии. Полученные результаты говорят о необходимости информирования женщин о возможностях МЗГТ повышать качество жизни.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НЕЙРОТРОПНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

*А.С. Мокеев, О.О. Самохина, студенты 6 курса лечебного факультета;
В.С. Косолапова, О.Н. Бахарева, А.Е. Ильина
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; способность к самообслуживанию; патогенетический вариант инсульта.

Цель исследования: проанализировать случаи возникновения ишемического инсульта у пациентов разного пола и возраста, определить частоту встречаемости различных типов инсульта по классификации TOAST, оценить распространённость сопутствующих заболеваний у пациентов, перенесших ишемический инсульт.

Материалы и методы: проведен анализ выписных эпикризов больных, перенесших ОНМК в 2021 году. Проводили оценку гендерных различий и ростовых соотношений по индексу Кетле. Степень выраженности неврологического дефицита оценивали по шкале NIHSS. Оценка повседневной активности — по шкале Бартел. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ «Microsoft Excel 7.0».

Результаты. При изучении гендерных различий больных ИИ в условиях агрессивного распространения нейротропных вирусных инфекций выявлено, что значительно преобладали женщины 17 (65 %), $p \leq 0,05$ над мужчинами 9 (35 %). При этом женщины были старше $66 \pm 2,2$ лет, чем мужчины — $60,1 \pm 1,9$ лет. Анализ патогенетических вариантов развития ишемического инсульта в 2021 году показал, что среди основных типов инсульта по шкале TOAST — доля кардиэмболического типа составила 9 (34,62 %) атеросклеротического, 15 (57,69 %), лакунарного 1 (3,85 %). Случаев транзиторной ишемической атаки выявлено 2 (7,69 %), а среди повторных вариантов выявлено — 3 (11,54 %), при этом 3 (11,54 %) случаев ИИ осложнилось геморрагическим пропитыванием. Среди сопутствующих заболеваний АГ выявлена у 26 (100 %), ИБС у 11 (42,31 %), ХСН — у 6 (23,08 %), ФП — у 2 (7,69 %), СД — у 9 (34,62 %), ожирение — у 3 (11,64 %). При этом средний уровень АД составил $157,2 \pm 3,2/90,3 \pm 1,6$ мм. рт. ст, что соответствует АГ 1 степени. Степень выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS составила $13,5 \pm 0,6$ баллов, что свидетельствует о среднем уровне. Уровень повседневной активности по шкале Бартел составил $30,2 \pm 3,3$ баллов, что соответствует низкому уровню. Степень ограничения способности к самообслуживанию по шкале ШРМ составила $3,6 \pm 0,3$ балла, что свидетельствует о способности пациента к самостоятельному передвижению, но наличию проблем с мелкой моторикой. Про-

филь лабораторных критериев показал, что коагулограмма характеризовалась нормальными показателями ПТИ $83,2 \pm 2,2$, фибриногена $3,4 \pm 0,3$, зато значимо превышен уровень С-реактивного белка $18,2 \pm 1,1$, при нормальных значениях уровня холестерина $4,9 \pm 0,5$ и глюкозы $5,8 \pm 0,4$.

Выводы: таким образом, профиль больных ишемическом инсультом в условиях активного распространения нейротропных вирусных инфекций, вследствие чего пациенты могли быть подвержены инфекционному контакту путем инфицирования или вакцинации, показал преобладание женщин над мужчинами более молодого возраста. При этом выявлено большое разнообразие сопутствующих заболеваний, которые значимо отягощают возможности повседневной активности больных ОНМК. Повышенный уровень СРБ может быть косвенным подтверждением контакта с нейротропным инфекционным процессом в анамнезе, что необходимо учитывать при построении индивидуальных программ реабилитации и выборе оптимальной программе дозированной нагрузки.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОГО БАЛЛОНА КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

Т.А. Муравейко, А.А. Качмазова, студенты 4 курса педиатрического факультета;

*А.А. Полканова, студентка 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра хирургии и анестезиологии-реаниматологии
Научные руководители: д.м.н., профессор Д.В. Федерякин,
к.м.н., доцент С.А. Копосова, к.м.н., доцент В.Н. Силаев*

Ключевые слова: ожирение; внутрижелудочный баллон; индекс массы тела.

Цель исследования: провести анализ пациентов по половозрастному составу с диагнозом «Ожирение» и его осложнениями, а также сопутствующими патологиями, которым предстоит или была проведена эндоскопическая имплантация внутрижелудочного баллона.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезней пациентов, перенесших эндоскопическую имплантацию внутрижелудочного баллона на базах отделения гнойной хирургии ГБУЗ «Областная клиническая больница» города Твери и хирургического отделения Клиники ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России в возрасте от 18 до 66 лет. Было обработано 43 истории болезни (из них 11 мужчин и 32 женщины) в период с 2017 по 2021 год. Для исследования выделили такие показатели, как масса тела на момент операции, индекс массы тела (ИМТ), сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания. 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).

Результаты. Медиана возраста пациентов составила 39 лет [34,5;49,5]. Медиана массы тела оказалась равной 117 [96;148,5], ИМТ — 41,2 [35,7;49,175]. У 18,6 % пациентов наблюдалось ожирение I степени (по ВОЗ), ожирение II степени (по ВОЗ) — у 23,3 %, ожирение III степени (по ВОЗ) — у 53,5 %. Избыточная масса тела (по ВОЗ) отмечалась у 4,6 % пациентов. Были выявлены следующие сопутствующие заболевания: синдром поликистозных яичников — 18,7 % пациенток, нарушения менструального цикла — 21,9 % пациенток. Варикозное расширение вен наблюдалось у 9,3 % пациентов, лимфостаз нижних конечностей — 6,9 %, сахарный диабет 2 типа — 27,9 %, многоузловой зоб — 6,9 %, гипотиреоз — 6,9 %, хронический гастродуоденит — 2,3 %, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — 4,6 %, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — 6,9 %, хроническая болезнь почек (ХБП) — 4,6 %. В качестве ассоциированных с ожирением патологий были выявлены следующие заболевания: ночное апноэ — 18,6 %, вер-

тебралгии — 58,1 %, артралгии — 44,2 %, остеоартроз коленных суставов — 11,6 %, гипертензия — 62,8 %, липоматоз поджелудочной железы — 6,9 %, стеатогепатоз — 58,1 %, атеросклероз — 18,6 %, дислипидемия — 13,9 %. Жировой фартук отмечался среди 58,1 % пациентов.

Первично эндоскопическая имплантация внутрижелудочного баллона была проведена 95,4 % пациентам (41 чел.), вторично — 4,6 % (2 чел.).

Точные данные о снижении веса были предоставлены о 4 пациентах, что составило 9,3 % от всей выборки. В результате проведенного исследования выяснилось, что средняя потеря массы тела после эндоскопической имплантации внутрижелудочного баллона составляет 13,2 %. Среднее снижение общей массы тела составило 14,3 кг.

У 65,1 % пациентов (28 чел.), перенесших оперативное вмешательство, послеоперационные осложнения не были выявлены. В 34,9 % случаев (15 чел.) встречались следующие осложнения: кратковременная рвота, которая проходила самостоятельно — 60 %, купировалась медикаментозно — 40 %; многократная рвота — 13,3 %; дискомфорт в верхних отделах живота при перемене положения тела — 13,3 %; подкожная эмфизема — 6,7 %.

Выводы: среди пациентов, которым была проведена эндоскопическая имплантация внутрижелудочного баллона, преобладают пациенты с ожирением III степени. У большинства пациентов наблюдались такие сопутствующие патологии, как варикозное расширение вен, лимфостаз нижних конечностей, сахарный диабет 2 типа, многоузловой зоб, гипотиреоз и желчнокаменная болезнь. Наиболее частые осложнения ожирения — жировой фартук, вертебралгии, артралгии, гипертензия и стеатогепатоз. Среди послеоперационных осложнений в большинстве случаев отмечалась кратковременная рвота.

СИСТЕМА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ИЗРАИЛЕ: ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

*Мухана Хишам, Сабаг Язань, Хури Фахим, студенты 1 курса стоматологического факультета; С. И. Данилов
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: система здравоохранения в Израиле; паллиативная помощь; паллиативная медицина и религия; хосписы.

Объект исследования — система здравоохранения в Израиле, предмет — развитие системы паллиативной медицинской помощи в Израиле.

Цель исследования: изучение состояния и перспектив развития паллиативной медицинской помощи в Израиле.

Материалы и методы: в целях исследования был осуществлен поиск, перевод и анализ источников и научной информации по вопросу о состоянии системы здравоохранения в Израиле.

Результаты и обсуждение. I. В ходе исследования установлено, что система здравоохранения в Израиле находится в ведении 4 медицинских страховых компаний «Клаалит», «Маккаби», «Леуми» и «Меухедет» (аналог российской системы ОМС) и считается одной из лучших в мире: продолжительность жизни жителей — 82,5 года.

В система здравоохранения две части: система общинная (по месту жительства) и больничная. Общинная медицина состоит из 3 частей: поликлиник медицинского страхования, семейных/материнских и детских поликлиник и профессиональных институтов и поликлиник. В Израиле действует около 40 больниц: некоторые из них являются общими, т. е. предназначены для лечения самых разных заболеваний, а другие являются специализированными, предназначенными для лечения определенного типа заболеваний, например, больницы для психиатрических больных, гериатрические больницы для реабилитации, больницы сестринского ухода и больницы, предназначенные для родовспоможения. В Израиле насчитывается более 300 учреждений длительной госпитализации, являющихся больницами на более чем 17 000 коек для долговременных и психически больных пациентов. Среди этих учреждений четыре государственных гериатрических центра, а остальные принадлежат бизнесу или некоммерческим ассоциациям и организациям.

В 1981 году глава гериатрического отделения медицинского центра «ШИБА» в Тель-Хашомере, доктор Исраэль Абрахам Адунски, изучил опыт паллиативной медицины в Англии. После визита он учредил комитет развития паллиативных услуг для неизлечимо больных и их семей. С помощью Израильской ассоциации

рака создан первый стационарный хоспис в Израиле в 1983 году, а в 1986 году второй в Иерусалиме. В конце 1980-х и 1990-х годах по всей стране было открыто семь отделений домашнего хосписа, предоставляющих паллиативную помощь онкологическим больным.

В 1994 году Медицинский центр Шааре Цедек основал первый онкологический центр, полностью объединяющий услуги онкологии и паллиативной помощи, под руководством проф. Рафаэля Катане и доктора Натана Черного. За этой инициативой последовало развитие аналогичных услуг в онкологических центрах Медицинского центра Рамбам в 2003 году и в онкологическом центре Дэвидсона в 2008 году.

В 2009 году Министерство здравоохранения Израиля разработало политику по внедрению паллиативной помощи. Паллиативная помощь – область медицины, целью которой является индивидуальное лечение тех, кто сталкивается с серьезными заболеваниями, преимущественно неизлечимыми. Цели паллиативной помощи: облегчение боли, психологическое сопровождение пациента, содействие и помощь пациенту в его желании жить активной, насколько это возможно, жизнью до самой смерти, помощь пациенту в общении с заботливыми членами семьи, учет пожеланий и потребностей пациента в принятии решений, общее улучшение качества жизни пациента (жизнь без страданий и боли).

Также в Израиле принят Закон об умирающем пациенте: это обеспечивало создание нового профессионального статуса для паллиативной медицины в Израиле. Министерство здравоохранения Израиля определило целевых потребителей паллиативной помощи: это пациенты со значительным физическим и эмоциональным дистрессом на любой стадии заболевания, включая терминально больных, больных раком, пациентов с сердечной недостаточностью конечной стадии, пациентов с заболеванием легких конечной стадии, пациентов с конечной стадией печеночной недостаточности, пациентов с конечной стадией почечной недостаточности, пациентов с тяжелым инсультом, пациентов с распространенным нейродегенеративным заболеванием и бессознательными пациентами. Он определяет минимальные стандарты услуг паллиативной помощи, которые должны включать врача, медсестру, психолога и социального работника.

Сегодня услуги паллиативной помощи стали более доступны, но часто этот тип ухода объединен с традиционным уходом с преобладанием лечения по кардиологическому, онкологическому или хирургическому профилю. Однако остается ограниченным доступ к хосписным услугам. В Израиле три стационарных хосписа на 80 коек и 1000 пациентов в год, а также 4 больницы, принадлежащие к христианской миссии и принимающие пациентов в конце жизни.

Требуется развития система специального образования врачей и медсестер в области паллиативной медицины: сегодня не существует стандартной учебной программы паллиативного образования на уровне выпускников в медицинских и

сестринских школах, большинство образовательных программ по паллиативной помощи не стали долговременными и интегрированными в систему медобразования Израиля.

Вывод: Израиль добился значительного прогресса в развитии паллиативной медицины, однако доступность паллиативных услуг еще ограничена. Отсутствие должной нормативной базы, системы профессиональной подготовки специалистов в области паллиативной медицины, недостаточные управленческие усилия, а также финансирование паллиативной медицины являются одними из ключевых факторов, которые сдерживают развитие паллиативной помощи в Израиле.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭКО НА 27 НЕДЕЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЕГО ВЕДЕНИЯ

*С.А. Наумова, А.Н. Крюкова, студенты 4 курса лечебного факультета;
Т.В. Сороковикова
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: вспомогательные репродуктивные технологии; преждевременные роды; недоношенность; детский церебральный паралич; лечение.

Цель исследования: изучить историю болезни пациента А., проанализировать особенности неврологического статуса ребенка, продемонстрировать возможный подход к лечению.

Материалы и методы: история болезни — форма 003/у, амбулаторная карта пациента А. — форма 112/у.

Результаты. Ребенок от третьей многоплодной беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 6–8 неделе. Роды по счету первые, преждевременные на 27 неделе беременности. Был рожден первым из тройни путем самопроизвольных родов в результате отслойки плаценты. Масса тела при рождении — 970 гр., оценка по шкале Апгар — 0,2 баллов. Состояние при рождении крайне тяжелое. Был переведен в отделение реанимации ДГКБ №1 г. Твери на ИВЛ до 24 дня. Состояние при поступлении крайне тяжелое. В неврологическом статусе: сознание сомнолентно-сопорозное. Отмечались судороги в виде тонического мышечного напряжения. Голова долихоцефалической формы. В сфере черепных нервов: глоточный рефлекс снижен, фонация, крик слабой силы. Мышечный тонус диффузно снижен, симметричный. Сухожильные рефлексы низкие, симметричные. Рефлексы новорожденного угнетены.

Нейросонография на третьи сутки жизни: двухстороннее внутрижелудочковое кровоизлияние 32 на 7 мм слева, 45 на 19 мм справа. Эхоструктура головного мозга диффузно повышенной эхогенности в перивентрикулярных зонах.

Был поставлен диагноз: Последствия перенесенного гипоксически-геморрагического поражения ЦНС 3 ст., двухстороннее внутрижелудочковое кровоизлияние 3–4 ст., гипертензионный синдром. Респираторный дистресс синдром тяжелой степени. Судорожный синдром.

Получал респираторную поддержку с помощью аппарата ИВЛ, кардиотоники, антиконвульсанты, антикоагулянты, муколитики, витамины группы В, антиоксиданты; коррекцию водно-электролитного баланса, переливание эритроцитарной массы, введение антибиотиков и иммуноглобулина.

На фоне лечения состояние ребенка улучшилось. В связи с сохраняющейся неврологической симптоматикой был переведен в неврологическое отделение ДГБ №2 г. Твери. Спустя 1,5 часа пребывания в больнице состояние здоровья ребенка резко ухудшилось в связи с респираторными нарушениями, и бригадой СМП он был повторно доставлен в ДГКБ №1 г. Твери в отделение анестезиологии–реанимации. Состояние при поступлении крайне тяжелое, респираторная поддержка с помощью ИВЛ.

Нейросонография на третий месяц жизни: внутрижелудочковое кровоизлияние 4 ст. в стадии лизиса, венитрикулит, асимметричная правосторонняя венитрикуломегалия. В полости правого бокового желудочка гиперэхогенное образование с выраженными очагами разряжения 17,5/8,1/7,8 мм.

Осмотр невролога: Правостороннее ВЖК 4 ст. в стадии лизиса. Тромб в 3 желудочке. Энцефалит. Венитрикулит неуточненной этиологии. Смешанная асимметричная гидроцефалия. Синдром повышенной нервной возбудимости. Задержка психомоторного развития.

Получал респираторную поддержку, симптоматическую терапию.

В возрасте 6 месяцев ребенок весом 4975 г. выписан домой под наблюдение педиатра, невролога, пульмонолога, гастроэнтеролога.

В возрасте 1,5 года был осмотрен врачом-неврологом, который поставил диагноз: спастический церебральный паралич 1 уровня по шкале GMFCS, левосторонний гемипарез, псевдобульбарная дизартрия, задержка в статико-моторном и нервно-психическом развитии. Клоническое заикание.

Направлен в Областной клинический реабилитационный центр г. Твери. В неврологическом статусе: в сфере черепных нервов – недоведение глаз с двух сторон в височную сторону, установочный горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Плечи, лопатки асимметричные, крыловидные; искривление груднопоясничного отдела позвоночника; гипертонус спинки языка, фибриллярные подергивания. Отмечается наличие контрактур в дистальных отделах левых конечностей. Мышечный тонус по спастическому типу слева. Формирование позы Вернике-Манна слева. Эквино-вальгусная деформация левой стопы. Походка спастическая. Сухожильные рефлексы D < S, клонус костной чашечки слева, клонус левой стопы. Симптом Бабинского слева. Мимопопадание при пальце-пальцевой пробе слева. Познавательный уровень средний. Внимание неустойчивое, экспрессивная речь на уровне сложных предложений, дизартричная. Отмечается клоническое заикание.

Реабилитационные мероприятия проведены в полном объеме.

Вывод: пристальное внимание к глубоко недоношенным детям со стороны врачей, социальных работников, педагогов дает положительную динамику во всесторонней реабилитации, лечении, адаптации ребенка и повышении качества его жизни в обществе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИМИЧЕСКИХ МОРЩИН В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Э.Е. Нежная, студентка 4 курса лечебного факультета; О.А. Александрова, Е.С. Муравьёва

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: ботулотоксин типа А; мимические морщины; ботулинотерапия.

Цель исследования: оценить эффективность применения ботулотоксина типа А при лечении мимических морщин верхней трети лица. Ботулотоксин представляет собой продукт бактериального обмена веществ грамположительной спорообразующей палочки *Clostridium botulium*, блокирующий передачу сигнала в области нервно-мышечного синапса. В составе ботулотоксина выделяют 3 домена: связывающий, транслокационный и ферментативный. Различают 3 этапа механизма действия. На первом этапе после введения токсина или его всасывания из ЖКТ тяжелая N-цепь сначала связывается со специфическими рецепторами плазматической мембраны холинергических нервных окончаний. Это связывание с пресинаптической мембраной обладает высоким аффинитетом и специфичностью. На втором этапе транспорт нейротоксина в нервную клетку происходит посредством рецепторно-опосредованного эндоцитоза. При этом возникает эндосома, внутри которой в условиях кислой среды меняется конформация нейротоксина. После расщепления дисульфидного мостика тяжелая N-цепь обеспечивает выведение легкой L-цепи сквозь мембрану эндосомы в цитоплазму. На третьем этапе легкая цепь ботулотоксина расщепляет в цитоллизе один из белков комплекса SNARE, отвечающий за экзоцитоз везикул с ацетилхолином. SNARE-комплекс представляет собой белковый комплекс, осуществляющий слияние внутриклеточных транспортных везикул с клеточной мембраной или органеллой-мишенью и состоящий из 3-х белков: синаптобrevина, белка SNAP-25 и синтаксина. Все три белка участвуют в слиянии везикул с ацетилхолином и плазматической мембраной. Деактивация одного белка приводит к прекращению работы всего комплекса. В нашем случае мы изучаем механизм действия ботулотоксина типа А, будет происходить деактивация белка SNAP-25. В настоящее время вырос интерес к изучению применения ботулотоксина типа А (БТА), так как данное вещество широко применяется в косметологии, дерматологии и других отраслях медицины, таких как неврология, хирургия, офтальмология, урология, кардиология, отоларингология, стоматология, педиатрия.

Материалы и методы: проведено катаранестическое исследование 15 женщин с проявлением мимических морщин в верхней трети лица в возрасте от 30 до

42 лет. Критерии включения в исследование: мимические вертикальные межбровные и горизонтальные морщины лба, морщины в наружных уголках глаз — «гусиные лапки». Критерии исключения: гиперчувствительность к любому компоненту препарата, острая фаза инфекционных заболеваний, беременность и лактация. Для процедуры применяли лиофилизат, содержащий 100 единиц ботулинического токсина типа А, который разводили в 2 мл 0,9 % раствора NaCl. Перед ботулинотерапией проводили очищение кожи антисептическим раствором, отметку точек введения препарата и мимические пробы. Доза препарата и точки для инъекции определялись индивидуально у каждой пациентки в соответствии с выраженностью мышечной активности. Процедура проводилась один раз, с введением препарата внутримышечно: в область лба — 6–10 ед., в область межбровья — 9–15 единиц и в область наружных уголков глаз — 10–14 ед.

Результаты: Снижение мимической активности проявлялось на 3–5 день у 10 женщин, а через 14–21 дней эффект разглаживания морщин максимально проявился у каждой женщины. Полученный результат сохранялся от 3 до 7 месяцев наблюдения.

Выводы: ботулотоксин типа А действительно эффективен при лечении мимических морщин верхней трети лица.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ПОЛИ-L-МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТАКНЕ

*Э. Е. Нежная, студентка 4 курса лечебного факультета;
О. А. Александрова, Е. С. Муравьёва
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: ФДТ; биорепарация; поли-L-молочная кислота; постакне.

Постакне — это изменения дермы поствоспалительного и рубцового характера, возникающие после угревой сыпи. К проявлениям постакне относят гиперпигментацию, атеромы, рубцы и милиумы. Фотодинамическая терапия (ФДТ) — метод лечения, основанный на применении лекарственных препаратов-фотосенсибилизаторов (ФС) и лазерного излучения с длиной волны, соответствующей пику поглощения ФС. Поли-L-молочная кислота представляет собой биоразлагаемый, биосовместимый, термопластичный, синтетический полимер L-молочной кислоты, используемый в медицинских целях.

Цель исследования — оценить эффективность сочетанного применения фотодинамической терапии (ФДТ) и поли-L-молочной кислоты в лечении постакне.

Материалы и методы: результаты оценивались у 26 больных с проявлениями постакне после лечения системными ретиноидами. Возраст пациентов — 18–40 лет, из них 11 мужчин и 15 женщин с давностью заболевания от 1 года до 20 лет. Критерии включения в исследование — формирующиеся атрофические или нормотрофические рубцы, поствоспалительные дисхромии с локализацией на коже лица, груди, плеч; критерии исключения — аутоиммунные заболевания, патология системы гемостаза, опухолевый процесс, гипертрофические и келоидные рубцы. Для технологии ФДТ применяли гель на основе хлорина Е6, с целью активации фотодинамической реакции использовали красное лазерное излучение в диапазоне 660 ± 2 нм. Экспозиция геля на поверхности кожи составляла 15 минут, мощность эксимерного воздействия — 180 Дж/см^2 . Процедура проводилась 1 раз в неделю (базовый курс — 10 процедур). Для биорепарации применяли препарат, содержащий поли-L-молочную кислоту, который вводили субдермально, используя линейно-ретроградную технику введения. Лиофилизат разводили в 18 мл стерильной воды для инъекций и 2 мл 2 % раствора лидокаина, таким образом, конечный объем суспензии составлял 20 мл. При введении препарата использовали иглы (размер 27G). Необходимый объем суспензии после обработки кожи антисептиками на водной основе равномерно распределяли по всей зоне коррекции (в среднем это $0,1\text{--}0,2 \text{ мл/см}^2$). После процедуры в области введения препарата проводился интенсивный массаж в течение 5 минут. Биорепарация проводилась 1 раз в 9 месяцев, базовый курс — 2 процедуры.

Результаты. Изучение эффективности терапии показало, что после трёх процедур ФДТ и одной проведенной биорепарации разрешение дисхромии отмечалось у 8 человек. При введении поли-L-молочной кислоты в области коррекции наблюдался эффект механического заполнения ткани. После 10 сеансов ФДТ и 2-х процедур биорепарации у 15 человек отмечалось эффективное восстановление текстуры и микрорельефа кожи, наблюдалась физиологическая ревитализация дермы, повысился тургор и тонус тканей. При оценке эффективности через 20 месяцев у всех пациентов отмечалось полное сглаживание поверхности, гидратация, исчезновение полихромии кожи. Полученные результаты сохранялись в течение 24 месяцев наблюдения.

Выводы: фотодинамическая терапия и биорепарация препаратом поли-L-молочной кислоты при сочетанном применении являются высокоэффективными методами лечения постакне.

ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СПУСТЯ 37 ЛЕТ ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

*Д.А. Некрасов, М.А. Киган, К.С. Чайка, 4 курс, фармацевтический факультет
ФГБОУ ВО Смоленский ГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины
катастроф с курсом ДПО*

Научные руководители: ст. преп. Е.В. Новикова; к.х.н., доцент М.Ю. Дьяков

Ключевые слова: йод; йодированная соль; ламинария; йододефицит; заболевания щитовидной железы; авария на Чернобыльской АЭС.

Цель исследования: оценить эффективность применения методов лечения и профилактики йододефицита населением в Российской Федерации и Республике Беларусь спустя 37 лет после аварии на ЧАЭС.

Материалы и методы: в анонимном анкетировании приняли участие 60 респондентов в возрасте от 18 до 58 лет. Отобрана следующая продукция: йодированная соль, вода с содержанием йода, морские водоросли. Определение содержания йода в исследуемых материалах:

1. Для йодированной соли была использована методика «пятна» для йодида (проводится для того, чтобы проверить содержится ли KI в соли вместо KIO₃) и определение «пятна» для йодата.
2. Для качественного определения содержания KI в питьевой воде была использована фармакопейная методика, основанная на реакции: $I^- + Ag^+ \rightarrow AgI$.
3. Для качественного определения содержания KI в минеральной воде: $2I^- + Cl_2 \rightarrow I_2 + 2Cl^-$.
4. Для качественного определения содержания йода в морских водорослях была использована методика, основанная на взаимодействии йода с крахмалом и образовании комплексного соединения, окрашенного в синий цвет. Количественный анализ: определение массовой доли йода в соли обработанной йодноватокислым калием проводилось титриметрическим методом согласно ГОСТ Р 51575-2000. Определение массовой доли йода в воде проводилось колориметрическим методом в соответствии ГОСТ 23268.16-78. Определение массовой доли йода в морских водорослях проводилось гравиметрическим методом с последующим титрованием.

Результаты. Среди опрошенных было выявлено 14 человек, проживающих в регионах, которые подверглись последствиям аварии на ЧАЭС, а именно в Брянской, Гомельской и Калужской областях. 8 респондентов относятся к данной льготной категории граждан «Ликвидаторы и граждане, пострадавшие от аварии на Чернобыльской АЭС». У 6 опрошенных было выявлено наличие заболевания щитовидной железы. Патология и возраст диагностирования заболевания: эндемический зоб (10), узловой зоб (27), эутиреоз (56), болезнь Грейвса (16), гипотиреоз (8). 46 % респон-

дентов проводят профилактику йододефицита. 57 % опрошенных принимают различные лекарственные препараты в качестве профилактической меры йододефицита, в то время как 34 % — для лечения патологий щитовидной железы. 6 опрошенных принимают лекарственные препараты с целью лечения заболеваний щитовидной железы. Данные лекарственные препараты не получают респондентами в качестве льготы. Половина респондентов посещают эндокринолога с частотой 1 раз в год/несколько лет. Более половины опрошенных проходили УЗИ щитовидной железы. Из 32 респондентов, когда-либо делающих УЗИ щитовидной железы, у 6 человек обнаружилось патологические изменения.

Преобладающими методами профилактики йододефицита среди 60 респондентов являются применение йодированной соли, использование морских водорослей в повседневной кулинарии и прием лекарственного препарата «Йодомарин».

Определение содержания йода в исследуемой продукции показало: йодированная соль содержит в среднем 18,65 мкг/г, что в пересчете на KIO_3 составляет 15,47 мкг/г; морская капуста (ламинария) — 8,12 мкг/г органического I_2 ; вода с содержанием микроэлемента — 0,327 мкг/мл, что в пересчёте на KI составляет лишь 0,21 мкг/мл. Следовательно, целесообразнее в качестве профилактики употреблять ламинарии. В виде исключения обнаружено несоответствие только у одного производителя йодированной соли.

Для того чтобы соблюдать ежедневную норму потребления йода, которая составляет в среднем 150 мкг в сутки, необходимо включать в свой рацион 9,7 г йодированной соли или 0,7 л воды с содержанием данного микроэлемента, или 18,47 г морских водорослей.

Выводы: у каждого десятого опрошенного имеется патология щитовидной железы. Преобладающими методами профилактики йододефицита являются применение йодированной соли, использование морских водорослей в повседневной кулинарии и прием лекарственного препарата «Йодомарин». Почти вся исследованная продукция отвечает количеству йода, заявленному различными производителями в разделе «Состав».

УЧЕБНЫЙ ВИДЕОФИЛЬМ «ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ»

А.А. Некрасова, Л.С. Алешина, А.В. Кучей, студенты 1 курса педиатрического факультета; Д.П. Мельникова, С.М. Сирякова, студенты 1 курса лечебного факультета

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

Кафедра биологии

Научные руководители: к.б.н., доцент Н.В. Костюк, к.б.н. М.Н. Яковлева

Ключевые слова: *сердечно-сосудистая система; врожденные пороки развития; открытый артериальный проток; аортальное кольцо; общий артериальный ствол; транспозиция аорты и легочной артерии; дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородки.*

Врожденные пороки развития являются одной из распространенных причин детской смертности и инвалидности. Понимание морфологических проявлений и физиологических последствий таких пороков требует не только хорошего знания нормальной анатомии и физиологии человека, еще отсутствующего у студентов-первокурсников, но и развитого пространственного мышления. Все это затрудняет освоение учебного материала соответствующего модуля дисциплины «Медицинская биология и генетика».

Цель исследования: на основе информации из учебной и научной литературы создать фильм по теме «Филогенетически обусловленные пороки развития сердечно-сосудистой системы», который можно было бы использовать в качестве учебного материала для студентов, обучающихся на кафедре биологии.

Материалы и методы: анализ, систематизация и обобщение сведений из учебной и научной литературы; самостоятельное изготовление 3D-моделей пороков сердца и магистральных сосудов; планирование, съемка и монтаж видеофильма.

Результаты. На основании изученных материалов создан видеофильм «Филогенетически обусловленные пороки развития сердечно-сосудистой системы», в котором, с привлечением самостоятельно изготовленных 3D-моделей, продемонстрированы наиболее распространенные аномалии эмбрионального развития, приводящие к формированию врожденных пороков.

Многие из известных на сегодняшний день врожденных пороков развития человека объясняются воспроизведением в ходе эмбриогенеза предковых форм, т.е. являются филогенетически обусловленными. Врожденные пороки сердечно-сосудистой системы представляют собой либо недоразвитие определенных структур, либо персистирование (сохранение) этих эмбриональных структур, в то время как они должны видоизменяться и принять окончательный вид.

Примерами пороков, обусловленных персистированием, служат открытый артериальный (Боталлов) проток, аортальное кольцо и общий артериальный

ствол. На долю открытого артериального протока приходится около 10 % всех врожденных пороков сердечно-сосудистой системы. У развивающегося плода артериальный проток соединяет легочную артерию и аорту, что позволяет снабжать нефункционирующие легкие оксигенированной кровью. В норме проток полностью зарастает через несколько недель после рождения. При сохранении протока происходит заброс крови в легкие, увеличивается давление в малом круге, развиваются застойные явления в легком, формируются признаки легочной и сердечно-сосудистой недостаточности. Без хирургического лечения продолжительность жизни больных не превышает 30–35 лет.

Значительно более тяжелые клинические проявления имеет транспозиция аорты и легочной артерии. Причина появления порока заключается в образовании в эмбриогенезе в общем артериальном стволе не спиральной, а прямой перегородки. Вследствие этого нарушается расположение магистральных сосудов: дуга аорты отходит от правого желудочка, легочный ствол — от левого. В большом круге постоянно циркулирует венозная, не обогащенная кислородом кровь. Такое состояние несовместимо с жизнью.

Яркими примерами пороков, обусловленных недоразвитием эмбриональных структур, являются разнообразные дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок. В результате остановки их развития на определенном этапе формируются такие пороки, как двух- или трехкамерное сердце. Первый из них — двухкамерное сердце (возврат к строению сердца рыб) не совместим с жизнью. Дефекты межпредсердной или межжелудочковой перегородок, приводящие к формированию трехкамерного сердца (возврат к рептилиям), встречаются чаще и сопровождаются резким ограничением продолжительности жизни.

Выводы: благодаря использованию в видеофильме самостоятельно изготовленных 3D-моделей была достигнута максимальная визуализация пороков, что позволило в доступной форме объяснить механизмы формирования морфологических аномалий и их влияние на функционирование сердечно-сосудистой системы. Использование видеофильма на занятиях по дисциплине «Медицинская биология и генетика» поможет лучшему пониманию трудного учебного материала студентами-первокурсниками.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ

*Е.С. Никитенко, Д.Э. Гумметова, студентки 4 курса лечебного факультета;
Т. В. Сороковицова*

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

Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.В. Сороковицова

Ключевые слова: синдром Гийена-Барре; воспалительная полирадикулоневропатия; клинический случай; особенности течения в пожилом возрасте.

Цель исследования: изучить особенности течения синдрома Гийена-Барре в пожилом возрасте на примере клинического случая.

Материалы и методы: были изучены и проанализированы выписки из неврологического отделения и амбулаторная карта пациента. Женщина 71 года, поступила в стационар с жалобами на выраженную слабость, ограничивающую самостоятельное передвижение, невозможность движений в левой руке, резкие ограничения движений ног, ощущения онемения и покалывания в конечностях, повышение температуры до фебрильных цифр.

Из анамнеза заболевания: с начала декабря 2018 года стали появляться парестезии в конечностях, 30 декабря подъем температуры до 38,5 градусов Цельсия, появилась слабость в руках и ногах, была осмотрена неврологом. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, сухожильные рефлексы снижены, парез правой кисти до 4-х баллов, расстройство чувствительности по полиневритическому типу: носок и перчаток. Также отмечалось снижение вибрационной чувствительности на руках и ногах. Через два дня: состояние ухудшилось, появился тетрапарез более выраженный в ногах: в проксимальных отделах 3 балла, в дистальных — плегия, в руках: справа 4 балла, слева 1 балл. Нарушение чувствительности по мозаичному типу, отмечалась парестезия, гиперестезия в конечностях.

По экстренным показаниям была госпитализирована в неврологическое отделение Областной клинической больницы города Твери, где проходила курс лечения. Проведенное лечение: калийсберегающий диуретик (верошпирон), бета-адреноблокатор (бисопролол), антикоагулянты (ксарелто), ингибиторы холинэстеразы (нейромидин), препараты железа, метаболические средства (тиолепта).

Ухудшение состояния с марта 2019 года, когда возникли респираторные нарушения, была госпитализирована в НИИ (научно исследовательский институт) неврологии города Москвы, где была произведена трахеостомия в связи с явлениями острой дыхательной недостаточности. Пациентка в течение 2-х месяцев находилась на ИВЛ. На фоне проводимого лечения самостоятельное дыхание восстановилось, но неврологический дефицит сохранялся.

Анализ спинномозговой жидкости: наблюдается увеличение содержания белков до 6 г/л, остальные показатели в норме.

На электронейромиографии: признаки грубого аксонального поражения лучевых, срединных, подкрыльцовых, бедренных, малоберцовых и большеберцовых нервов с 2-х сторон. При исследовании ЭМГ игольчатым электродом во всех мышцах обнаружены признаки выраженного текущего денервационного процесса.

Результаты. На основании клинической картины, дополнительных методов исследования пациентке был выставлен диагноз: G61.0 Синдром Гийена — Барре (СГБ). Синдром Гийена — Барре — острая воспалительная полирадикулоневропатия аутоиммунного генеза, характеризующаяся периферическими параличами и белково-клеточной диссоциацией в ликворе. С возрастом организм ослабевает и становится уязвимым для многих заболеваний. Заболеваемость в мире составляет от 0,4 до 4 случаев на 100 000 населения в год, в России — 1,8 на 100 000 населения. СГБ наблюдается в любых возрастных группах, однако чаще у лиц 30–50 лет, с равной частотой у мужчин и у женщин.

Выводы: необходимо проявлять настороженность неврологов поликлинического звена в плане острых воспалительных заболеваний периферической нервной системы ввиду тяжести их течения и быстрого развития неотложных состояний. Обратит внимания на возраст пациентов ввиду возрастзависимой тяжести развития данного заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Е.И. Нилова, студентка 3 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: артериальная гипертензия; гипертрофия левого желудочка, электрокардиография, эхокардиография.

У больных артериальной гипертензией (АГ) гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) рассматривается в качестве поражения органа-мишени, повышающего риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Согласно действующим рекомендациям для скрининговой диагностики ГЛЖ следует использовать количественные электрокардиографические признаки, в частности критерии Корнелла и Соколова — Лайона. Эти критерии обладают высокой специфичностью, но низкой чувствительностью, что делает актуальным поиск новых, более чувствительных электрокардиографических признаков ГЛЖ. В 2017 году группа американских ученых, возглавляемых Julio Peguero и Saberio Lo Presti, предложила использовать для диагностики ГЛЖ сумму амплитуды зубца S в 4-ом грудном отведении и амплитуды самого глубокого зубца S в любом другом отведении.

Цель исследования — сравнить диагностическую ценность электрокардиографических критериев ГЛЖ у больных АГ.

Материалы и методы: проанализированы результаты эхокардиографического (ЭхоКГ) и электрокардиографического исследований 107 больных АГ (средний возраст $59,9 \pm 11,6$ года, мужчин 40,2 %), проходивших обследование в Клинике Тверского ГМУ Минздрава России. Для диагностики ГЛЖ использовались три электрокардиографических критерия: Соколова — Лайона (сумма амплитуды зубца S в первом грудном и зубца R в пятом или шестом грудном отведениях), Корнелла (сумма амплитуды зубца R в aVL и зубца S в третьем грудном отведении) и Peguero-Lo Presti (сумма амплитуды зубца S в четвертом грудном отведении и зубца S максимальной амплитуды в любом другом грудном отведении). ГЛЖ диагностировалась при индексе Соколова-Лайона не менее 35 мм, индексе Корнелла более 28 мм у мужчин и 20 мм у женщин, индексе Peguero-Lo Presti не менее 28 мм у мужчин и 23 мм у женщин. Роль «золотого стандарта» диагностики ГЛЖ играла эхокардиография (ЭхоКГ). ГЛЖ диагностировалась при индексе массы миокарда левого желудочка более 115 г/м² у мужчин и 95 г/м² у женщин. Для каждого из ЭКГ-критериев были рассчитаны показатели чувствительности (Se), специфичности (Sp), прогностической ценности положительного (+PV) и отрицательного (-PV) результата.

Результаты. По данным ЭхоКГ ГЛЖ была диагностирована у 59 (55,1 %) из 107 обследованных больных АГ. Критерий Соколова-Лайона оказался положительным у 2 (3,3 %) из 59 больных с ГЛЖ ($Se = 3,4 \%$), индекс Корнелла у 6 (10,2 %), Peguero-Lo Presti у 19 (32,2 %). Из 48 пациентов без ГЛЖ критерий Соколова-Лайона оказался отрицательным у 46 (95,8 %) пациентов ($Sp = 95,8 \%$), критерий Корнелла у 48 (100,0 %), Peguero-Lo Presti у 44 (91,7 %). Из 4 больных с положительным критерием Соколова-Лайона ГЛЖ при ЭхоКГ была выявлена у 2 ($+PV = 50,0 \%$), из 6 больных с положительным критерием Корнелла — у 6 (100,0 %), из 23 больных с положительным критерием Peguero-Lo Presti — у 19 (82,6 %). При ЭхоКГ не выявлено ГЛЖ у 46 из 103 больных с отрицательным критерием Соколова-Лайона ($-PV = 44,7 \%$), у 48 (47,5 %) из 101 больного с отрицательным критерием Корнелла и у 44 (52,4 %) из 84 больных с отрицательным критерием Peguero-Lo Presti.

Выводы: в настоящем исследовании критерий Соколова-Лайона не продемонстрировал какой-либо диагностической ценности, что ставит под сомнение целесообразность его использования в клинической практике. Критерии Корнелла и Peguero-Lo Presti обладают высокой прогностической ценностью положительного результата, то есть позволяют диагностировать ГЛЖ без проведения ЭхоКГ. Однако критерий Peguero-Lo Presti позволяет выявить ГЛЖ лишь в 1 случае из 3, а критерий Корнелла — в 1 случае из 10, что требует выполнения ЭхоКГ при отрицательном результате этих критериев.

ОЦЕНКА САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ В СРЕДНИХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ПРИМЕРЕ ОДНОЙ ИЗ ШКОЛ Г. ТВЕРИ

*Е.И. Нилова, В.С. Богочанов, Д.А. Кириллова,
студенты 3 курса лечебного факультета;
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра гигиены и экологии
Научный руководитель: ассистент Е.С. Брюнеткина*

Ключевые слова: санитарно-гигиеническое обследование; санитарно-гигиеническая оценка; организация учебного процесса; организация медицинского обеспечения; организация физического воспитания; воздушно-тепловой режим; световой режим.

Цель исследования: провести санитарно-гигиеническую оценку условий обучения в среднем общеобразовательном учреждении г. Твери.

Материалы и методы: санитарно-гигиеническое обследование образовательного учреждения проводилось на основе показателей, представленных в карте санитарно-гигиенического обследования школы, с оценкой следующих критериев: качество организации учебного процесса, организация уроков физического воспитания, медицинское обеспечение, условия и организация питания, воздушно-тепловой и световой режимы, водоснабжение.

Результаты. В ходе исследования было выявлено несоблюдение ступенчатого режима занятий для учеников 1 класса: перерывы между основными и факультативными занятиями составляют от 5 до 10 минут, при нормативе не менее 20.

Расписание составлено рационально не для всех классов:

- в начальных классах не организована динамическая пауза;
- контрольные работы проводятся в конце учебной недели и в количестве более 1 в день;
- место занятий физического воспитания в расписании не всегда соответствует динамике работоспособности обучающихся в течение дня.

Спортивный зал размещен на 2 этаже и не удален от учебных помещений, что может оказывать влияние на качество образовательного процесса ввиду повышенного уровня шума. Оснащенность спортивного зала исправным спортивным оборудованием составляет более 80 %.

Кабинет врача имеет достаточную площадь (около 14 м²), уровень освещения соответствует нормам.

Вместимость столовой составляет 22 % от общего числа обучающихся, организация питания осуществляется в несколько смен, при этом количество умывальников менее 1 на 20 посадочных мест, но в необходимом объеме осуществляется подача горячей воды, присутствуют средства гигиены и электрополотенца.

Отопление центральное. Режим проветривания классов и коридоров соблюдается менее чем в 50 % помещений.

Санитарные узлы размещены не на каждом этаже, обеспечены горячим водоснабжением. Душевые не функционируют. Имеется отдельный санузел для персонала. Санузлы расположены в непосредственной близости от учебных помещений.

Учебные помещения имеют левостороннее естественное освещение, световой коэффициент — 1 : 4, коэффициент глубины заложения не более 2,5. Искусственное освещение осуществляется с использованием люминесцентных ламп. Практически все осветительные приборы в рабочем состоянии, чистые. Основные показатели достаточности искусственного освещения соответствует гигиеническим требованиям.

Выводы: санитарно-гигиенические условия обучения в среднем общеобразовательном учреждении г. Твери удовлетворительные, но были выявлены некоторые несоответствия требованиям СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи» и СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания».

В целях улучшения образовательного процесса, сохранения физического и психического здоровья обучающихся рекомендуется:

- увеличить продолжительность перерывов между основными и факультативными занятиями для учеников 1 класса до 20 минут;
- оптимизировать расписание уроков, учитывать при его составлении дневную и недельную умственную работоспособность обучающихся и шкалу трудности учебных предметов, определенную гигиеническими нормативами;
- осуществлять проветривание учебных помещений и рекреаций в соответствии с показателями продолжительности проветривания в зависимости от температуры наружного воздуха.

Также стоит отметить, что здание образовательного учреждения было построено еще в начале XX века, функционировало в качестве госпиталя во время Великой Отечественной войны. Неоднократное изменение целей использования здания и помещений, а также оптимизация санитарно-гигиенических требований с момента последней реконструкции могут являться причинами некоторых выявленных нарушений.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА

*Е.И. Нилова, Д.В. Кравченко, студенты 3 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра анатомии

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.А. Медведева

Ключевые слова: *левые отделы сердца; стенка левого желудочка; стенка левого предсердия; ушко левого предсердия.*

Цель исследования: изучить анатомические макропрепараты сердца, имеющиеся на кафедре анатомии Тверского государственного медицинского университета, оценить размеры и морфологию структур левых отделов сердца, сопоставить полученные данные с литературными.

Материалы и методы: были изучены десять анатомических макропрепаратов сердца, имеющихся на кафедре анатомии ТГМУ. Сердца отпрепарированы и фиксированы формалином. Измерения проводились с помощью штангенциркуля.

Результаты. Результаты измерения стенки левого желудочка варьируют от 14 мм до 26 мм. Среднее значение составляет 20 мм. Толщина стенки левого предсердия составила от 2 до 7 мм. Среднее значение — 5,62 мм. В норме толщина стенки левого желудочка у здорового взрослого человека составляет 8–11 мм, толщина стенки левого предсердия — 2–3 мм. Полученные данные превышают эти значения. Также была оценена морфология ушек левого предсердия. Были выявлены все четыре типа строения: «кактус», «куриное крыло», «флюгер» и «цветная капуста». Первый вариант — «кактус» (Cactus) характеризуется наличием у ушка основной центральной доли с отходящими от нее вторичными дольками, сохраняющими единое направление с центральной долей. Частота встречаемости — 30 %. Среди 10 исследованных препаратов было выявлено 3 сердца с данным вариантом строения ушка левого предсердия, что составляет 30 %. При втором варианте — «куриное крыло» (ChickenWing) — отмечается изгиб основной доли ушка в проксимальной или средней части. Этот вариант встречается в 48 % случаев. Данный тип был выявлен у 5 из 10 препаратов, что составляет 50 %. Для «флюгера» (Windsock) характерно наличие одной достаточно длинной основной доли, от которой в разных местах и в разных направлениях отпочковываются вторичные и даже третичные дольки. Встречается в 19 % случаев. Форму «флюгера» имели 2 препарата из 10, то есть 20 %. Четвертый вариант строения ушка — «цветная капуста» (Cauliflower) характеризуется наличием большого количества одинаковых по размеру долек, из которых сложно выбрать основную. Это самый редкий тип строения ушка левого предсердия, частота его встречаемости не превышает 3 %. Препарат с данным типом строения был один (10 %).

Выводы: толщина стенок левого предсердия и левого желудочка, полученная при измерении на анатомических препаратах сердца, превосходит толщину стенок левых отделов сердца у здоровых людей в два раза, что, вероятно, может быть обусловлено особенностями влияния фиксирующего вещества (формалина) на ткань миокарда, приводящими к набуханию и увеличению толщины стенок. Этот факт следует учитывать при изучении анатомического строения сердца на фиксированных препаратах, сопоставляя их с литературными данными о норме в популяции. Данные, полученные при оценке морфологии ушка левого предсердия, свидетельствуют о том, что на кафедре анатомии Тверского государственного медицинского университета для изучения на практических занятиях могут быть представлены все типы морфологии ушка левого предсердия.

ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДА И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*А.А. Нумонова студентка 3 курса лечебного факультета
Самаркандский ГМУ, г. Самарканд, Узбекистан
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель: ассистент Д.Ж. Камолова*

Ключевые слова: артериальная гипертензия; диастолическая дисфункция; левый желудочек; гестоз; преэклампсия.

Цель исследования: исследовать и внедрить комплекс мероприятий по прогнозированию, ранней диагностике и лечению преэклампсии на фоне артериальной гипертензии, что улучшит исходы беременности и родов, состояние новорожденных и младенцев у данного контингента женщин.

Материалы и методы: исследования проводилось у 17 беременных с артериальной гипертензией; у 11 — с преэклампсией, развившейся на фоне артериальной гипертензии (АГ); у 15 женщин — с физиологически протекающей беременностью. Методы исследования: клинико-статистический анализ, эхокардиография. Исследование диастолической функции сердца осуществлялось с помощью традиционной ЭхоКГ с доплерографией. Исследование выполнялось на базе СамГМУ (отделение кардиологии). Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате ACUCVIX (Южная Корея), обладающем анатомическим М-режимом. ЭхоКГ параметры определялись по стандартной методике с изменением основных гемодинамических показателей. По стандартной методике был проведен клинический анализ крови, биохимический анализ крови и мочи. Забор биохимического анализа крови и мочи был осуществлен в сроки 14–16 недель и 28–30 недель. Гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) у больной устанавливалась только в том случае, если толщина задней стенки ЛЖ достигала 12 мм и больше, а величина индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) была равной или превышала 110 г/м². Значения ИММЛЖ в пределах 89–109 г/м² для женщин рассматривали как пограничную массу миокарда.

Для определения пропорциональности ММЛЖ росту, САД, полу, ударной нагрузке использовали формулу, предложенную G.Simone с соавт (2002), должная ММЛЖ = 55,37+6,64 × рост(м 2,7)+0,64 × УН–18,07 × пол, где ударная нагрузка (УН) = ЭхоСАД × УО × 0,0144 ММЛЖ рассчитывали в двухмерном режиме по методу «площадь-длина».

Для изучения связи исследуемых показателей непропорционально высокой массы миокарда левого желудочка было введено понятие коэффициента диспропорциональности (КД) увеличения ММЛЖ. КД вычисляли как соотношение фактической ММЛЖ к должной ММЛЖ : КД (%) = фактическая ММЛЖ/должная ММЛЖ × 100.

Результаты. Анализ эхокардиографических параметров исследуемых беременных показал, что во II триместре достоверно меньшим из объёмных показателей оказалось среднее значение конечного диастолического объёма ЛЖ у пациенток с ПЭ на фоне АГ. При анализе линейных эхокардиографических показателей достоверное снижение КДР ЛЖ при ПЭ на фоне АГ прогрессировало с ростом беременности, составив в III триместре 15, тогда как при неосложненной беременности КСР возрастал и КДР. Толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) у беременных с АГ увеличивались в значительно меньшей степени, чем при сочетанном гестозе. Величина линейных меньшей степени, чем при сочетанном гестозе. Величина линейных (ТЗСЛЖ, ТМЖП, КСР) и объёмных эхокардиографических параметров левого желудочка систолу (КСО) свидетельствовали о наименее значительных метаморфозах морфофункциональной характеристики миокарда ЛЖ здоровых беременных. При анализе типов геометрии ЛЖ выявлено преобладание варианта эксцентрической гипертрофии у здоровых беременных более чем у каждой второй во II триместре (35,5 %) и практически у двух третей в III (65,5 %). В III триместре при сочетанном гестозе частота концентрической гипертрофии и ремоделирования возросла — 45,2 и 40,3 %, соответственно при АГ доминирующим стал вариант концентрического ремоделирования в 2,5 раза по сравнению с концентрической гипертрофией ЛЖ. Следовательно, необходимо подчеркнуть самостоятельное значение оценки характера диастолической функции ЛЖ, нарушение которой будет являться ранним маркером неадекватной перестройки сердечно-сосудистой системы у беременных с определенными анамнестическими факторами риска гестоза и гипертензивных нарушений. У пациенток с гестозом нарушенная ДФ также выявлялась достоверно чаще при тканевом доплере в два раза по сравнению с традиционными доплером, подтверждая его более высокую информативность. Данные, полученные нами в отношении параметров диастолической функции ЛЖ в группе здоровых беременных, в среднем свидетельствовали о ее сохранности, однако у 3,6 % женщин обнаруживалось некоторое увеличение продолжительности пика Е, что указывает на возможность изменения в диастолических измерениях по причине трансформации самой структуры миокарда, выражающейся в ремоделировании ЛЖ и его эксцентрической гипертрофии.

Выводы: необходимо подчеркнуть самостоятельное значение оценки характера диастолической функции ЛЖ, нарушение которой будет являться ранним маркером перестройки сердечно-сосудистой системы у беременных с определенными анамнестическими факторами риска гестоза и АГ. Исследование показало, что у беременных с преэклампсией на фоне АГ формированию концентрической геометрии и ДДЛЖ предшествует непропорционально высокая ММЛЖ.

НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ЛАКТОЗЫ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ФЕДЕРАЛЬНЫХ УНИВЕРСИТЕТОВ Г. АРХАНГЕЛЬСКА СГМУ И САФУ

*К.В. Ожигина, А.А. Непряхина, студенты 3 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Северный ГМУ, г. Архангельск, Россия*

Кафедра гигиены и медицинской экологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор А.С. Сарычев

Ключевые слова: студенты северных федеральных ВУЗов; непереносимость лактозы; физическое развитие; рациональное питание.

Непереносимость лактозы (син. интолерантность к лактозе, НЛ) — клинически проявляющаяся врожденная или приобретенная неспособность расщеплять молочный сахар лактозу.

Клинические симптомы непереносимости лактозы обычно развиваются в течение 30–60 минут после приема лактозосодержащей пищи. Ведущий симптом — абдоминальная боль, реже встречаются вздутие живота, метеоризм, незначительное разжижение стула. В отдельных случаях, клинические проявления НЛ не ограничиваются гастроинтестинальными симптомами.

Высокая частота встречаемости непереносимости лактозы, а также нерациональность питания в студенческой среде послужили основанием для формулирования цели исследования.

Цель исследования — оценить частоту встречаемости непереносимости лактозы среди студентов 1–3 курсов федеральных университетов г. Архангельска (СГМУ и САФУ) как фактора, определяющего особенности рациона питания.

Материалы и методы: использовался метод анкетирования на платформе Google Forms. В опросе приняло участие 110 респондентов в возрасте от 18 до 22 лет ($19 \pm 1,2$). Метод обработки статистических данных осуществлялся в поле Excel 2007 года.

Результаты. В опросе принимало участие $18,2 \pm 3,7$ % респондентов мужского пола и $81,8 \pm 3,7$ % женского пола. По индексу массы тела опрошенные распределились следующим образом: масса тела в дефиците (ИМТ < 18 кг/м²) оказалась у $17,3 \pm 3,6$ %, в норме (ИМТ 18,5–24,9 кг/м²) — у $67,3 \pm 4,5$ %, была выявлена избыточная масса тела (ИМТ = 25,0–29,9 кг/м²) у $12,7 \pm 3,2$ %, ожирение I степени ИМТ— 30,0–34,9 кг/м²) — у $2,7 \pm 1,5$ %. Для адекватного дозирования нагрузки в рамках занятий физической культурой студенты, участвовавшие в анкетировании, были распределены по группам в соответствии с их физическим развитием следующим образом: в специальную группу входило $6,25 \pm 2,3$ % студентов, в подготовительную — $25 \pm 4,1$ %, в лечебную — $31,25 \pm 4,4$ %, в основную — $37,5 \pm 4,6$ %.

В ходе проведенного исследования было установлено, что $16,4 \pm 3,5$ % респондентов ощущают вздутие живота, тошноту и диарею после употребления молочных продуктов и молока, $83,6 \pm 3,5$ % не имели никаких субъективных симптомов.

Значительная часть студентов ($85,5 \pm 3,4 \%$) непереносимость лактозы не подтвердила. О наличии НЛ утвердительно ответили $14,5 \pm 3,4 \%$ опрошенных, при этом у $53,3 \pm 4,8 \%$ из них она является врожденной, а у $46,7 \pm 4,8 \%$ — приобретенной. Среди лиц с непереносимостью лактозы не проходили обследования для подтверждения диагноза $87,5 \pm 3,1 \%$, а у $12,5 \pm 3,1 \%$ НЛ клинически была подтверждена. Частота встречаемости непереносимости лактозы по гендерному признаку была выше среди женщин ($68,8 \pm 4,4 \%$), чем среди мужчин $31,2 \pm 4,4 \%$.

В силу выраженного дискомфорта, обусловленного приемом молока и молочных продуктов, $50 \pm 4,8 \%$ студентов с НЛ полностью исключили молоко и молочные продукты (сгущённое молоко, сливки и др.) из рациона питания. Не употребляли в пищу кисломолочные продукты (кефир, творог, сметану и др.) $31,3 \pm 4,4 \%$, а $18,7 \pm 3,7 \%$ студентов исключили из своего питания как молоко, так и кисломолочные продукты. При этом в рационе $68,8 \pm 4,4 \%$ респондентов с непереносимостью лактозы преобладают белки мяса животных, а у $31,2 \pm 4,4 \%$ — белки растительного происхождения.

При оценке влияния структуры питания на уровень физического развития, в частности мышечной силы и выносливости, и, как следствие, на группу здоровья, определяемую на кафедре адаптивной физической культуры, было установлено, что: $6,3 \pm 2,3 \%$ студентов с непереносимостью лактозы занимаются в специальной группе, $25,0 \pm 4,1 \%$ — в подготовительной, $31,3 \pm 4,4 \%$ — в лечебной и $37,5 \pm 4,6 \%$ — в основной.

Выводы: среди студентов северных федеральных ВУЗов выявлен низкий уровень распространенности непереносимости лактозы. Частота встречаемости НЛ среди женщин выше, чем у мужчин. Зависимости между непереносимостью лактозы и группой здоровья на кафедре адаптивной физической культуры установлено не было. Вероятно, недостаток белков, поступающих в организм с молоком и молочными продуктами, компенсируется за счет белков животного и растительного происхождения, присутствующих в рационах обучающихся.

МАНИФЕСТАЦИЯ СИНДРОМА ВЕСТА У РЕБЕНКА 7 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Ключевые слова: эпилептическая энцефалопатия; синдром Веста.

Цель исследования: описать вариант развития эпилептической энцефалопатии у ребенка семи месяцев.

Материалы и методы исследования: анализ амбулаторной карты, выписных эпикризов из неврологического стационара. Мальчик Л., 2-х лет с выраженным отставанием в нервно-психическом, моторном развитии находится под наблюдением врача невролога. Ребенок не сидит, не стоит, отсутствует активная речь, понимание обращенной речи частичное. Из анамнеза жизни: беременность 5, с гестозом в 3 триместре, роды 3 путем планового кесарева сечения в 39 недель, оценка по шкале Апгар — 8/9 баллов, вес — 2 980 граммов, длина — 48 см. С рождения у ребенка отмечалось отставание в психомоторном развитии: взгляд начал фиксировать в возрасте 5 месяцев. Из анамнеза заболевания: в 7 месяцев дебютировали приступы по типу флексорных спазмов с большой частотой в течение суток, которые возникали сериями по 5–6 эпизодов, следовавших друг за другом. Мальчик в 7 месяцев был осмотрен врачом-неврологом на амбулаторном этапе. Отмечались жалобы на отставание в статикомоторном развитии и наличие пароксизмов в виде наклонов туловища и головы вперед. Был направлен по экстренным показаниям в неврологический стационар. В неврологическом статусе отмечалось: гидроцефальная форма головы, большой родничок 3,0 на 3,0 см, достаточно плотный, в сфере черепной инновации: взгляд фиксирует кратковременно, горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Мышечный тонус диффузно снижен, симметричный. Сухожильные рефлексии высокие. Выраженное отставание в моторном развитии: ребенок не переворачивался, не пытался садиться и ползать, опора на ноги отсутствовала. На МРТ головного мозга: МР-картина субдуральной гигромы в лобной области с 2-х сторон, расширение периваскулярного пространства в лобной и теменной долях. Наружная гидроцефалия. На ЭЭГ обнаружена картина гипсаритмии: высокоамплитудная медленноволновая активность с множеством острых волн по двум гемисферам.

Ребенок проконсультирован окулистом. Обнаружено сходящееся содружественное альтернирующее косоглазие. Проконсультирован нейрохирургом: данных за необходимость нейрохирургического лечения нет. Проконсультирован генетиком: синдромальная патология неуточненная. Было рекомендовано проведение ДНК-диагностики — секвенирование генома. Ребенку было назначено в условиях

стационара курс кортикостероидов, с положительным результатом. Также назначены препараты вальпроевой кислоты, на фоне приема которых приступы сохранялись, было принято решение назначить вигабатрин, на фоне приема приступы были купированы.

После лечения по рекомендации врача-генетика было проведено ДНК-исследование — клиническое секвенирование генома, где обнаружена следующая мутация: наличие делеции сегмента хромосомы 4 с приблизительными границами 80068501-83313000 и размером 3244499 п.н.

Результаты. На основании клинической картины, ЭЭГ-исследования и результатов генетического исследования была диагностирована возраст-зависимая эпилептическая энцефалопатия: синдром Веста.

Выводы: необходимо подчеркнуть важность наблюдения за детьми первого года жизни врачами-неврологами и педиатрами, пристальное внимание уделять детям с задержкой статико-моторного и психического развития, ведь ранняя диагностика и правильность выбора тактики лечения дают более положительные прогнозы на развитие и жизнь малышей.

ВОЗМОЖНОСТЬ РЕКОНСТРУКЦИИ НОСА ПО ЧЕРЕПУ

*А.В. Панасенко, Н.В. Обыденникова, студенты 4 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: идентификация личности; реконструкция; нос.

Цель исследования: изучить информацию о проблеме восстановления носа в доступной криминалистической и антропологической литературе.

Материалы и методы: анализ доступной медицинской литературы, содержащей информацию о методе реконструкции области носа по черепу и методе составления словесного портрета.

Результаты. Длина носа в криминалистике дифференцирована на абсолютную и относительную. Абсолютная длина измеряется в профиль от самого глубокого места переносья до кончика носа; относительная — является соотношением абсолютной длины и высоты лица. В антропологии длина носа определяется по расстоянию от nasion до rhinion.

Высота носа представляет собой расстояние от nasion до nasospinale и определяется одинаково в криминалистическом и антропологическом методах реконструкции.

Ширина носа в криминалистике дифференцирована на абсолютную и относительную. Абсолютная ширина определяется по величине расстояния между крайними точками крыльев носа; а относительная — соотношением абсолютной ширины к длине носа. При реконструкции по черепу ширину спинки носа позволяет определить ширина грушевидного отверстия на уровне носо-челюстных швов.

Ширина переносья при составлении словесного портрета определяется анфас по соотношению с шириной спинки носа. Глубина — в профиль по расстоянию от самой глубокой точки переносья до воображаемой прямой линии, которая проведена от кончика носа до глабеллы. В антропологии ширина переносья представляет собой самую маленькую ширину носовых костей в области переносья на середине высоты спинки.

Контур спинки носа в криминалистике определяется в профиль относительно линии, которая проведена через самую выступающую точку на кончике носа и наиболее глубокую точку на переносье. В антропологии контур наружного носа представляет собой зеркальное отображение контура грушевидного отверстия относительно линии, которая проведена через точку rhinion параллельно прямой, соединяющей точки nasion и prostion.

Положение основания носа в криминалистике определяется в профиль как угол между верхней губой и собственно основанием. При реконструкции по черепу основание носа зависит от подносового шипа.

Ширина кончика носа в криминалистике включает в себя: абсолютную, расстояние между крайними точками носа, и относительную — отношение абсолютной ширины кончика к ширине спинки. В антропологии кончик носа будет острым, если расстояние между носо-челюстными точками маленькое, основание подносового шипа узкое, округлым — если носовая ость широкая и короткая.

Конфигурация крыльев носа в криминалистике соответствует положению свободных краев крыльев носа относительно нижнего края перегородки носа. При антропологических измерениях высота крыла носа равна расстоянию между точками *conchale* и *subspinale*.

Контур ноздрей при составлении словесного портрета выстраивается путем сравнения с геометрическими фигурами.

Величина ноздрей в криминалистике определяется по размерам носовых отверстий с учетом толщины перегородки и крыльев носа.

Выводы: между описательными характеристиками носа и анатомическими элементами области носа на черепе имеется четкая зависимость. Представленные данные позволяют получить при исследовании черепа стандартизированный набор характеристик области носа, необходимых для составления словесного портрета.

НАЗВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ: ОСНОВНЫЕ СПОСОБЫ ТЕРМИНООБРАЗОВАНИЯ

*А.П. Панкина, студентка 1 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра иностранных и латинского языков
Научный руководитель: д.ф.н., доцент А.Ю. Соколова*

Ключевые слова: *англоязычная медицинская терминология; наименования стоматологических инструментов; способы терминообразования.*

В основе каждого профессионального языка лежит совокупность терминов, которые используются только в данной профессиональной сфере. Термином является слово или словосочетание, которое называет определенное понятие отдельной профессиональной области.

Наличие широкого терминологического аппарата свойственно и медицинской сфере в целом и каждой ее подсистеме в частности, а именно стоматологии.

Медицина, как и другие сферы науки и практики, стремительно развивается. С появлением новых заболеваний, открытием современных способов их профилактики, диагностики и лечения, с совершенствованием технологий, аппаратов и инструментов существенно обновляется и пополняется терминологическая система языка медицины.

Цель исследования — провести анализ моделей образования терминов подсистемы языка медицины «Стоматологические инструменты» в английском языке, выявить наиболее продуктивные модели.

Материалом исследования послужили справочные пособия для стоматологов на английском языке: Linda R. Bartolomucci Boyd «Dental instruments», Carmen Scheller-Sheridan «Basic Guide to Dental Instruments».

Материалы и методы исследования: в процессе исследования была проведена сплошная выборка терминов. Термины были проанализированы по лексико-семантическим критериям. Проведена классификация по терминообразовательным моделям. Выделены наиболее и наименее производительные модели.

Результаты. Анализ теоретической литературы позволил выделить несколько способов словообразования:

- синтаксический (С);
- морфологический (М): деривация и словосложение;
- семантический, связанный с изменением лексического значения слова (Л): метафоризация, метонимизация, эпонимизация;
- заимствование (З).

Проанализировав наименования стоматологических инструментов в английском языке, мы определили способы их терминообразования. Большинство специаль-

ных наименований представлено составными единицами, поэтому самым часто встречаемым способом стал синтаксический и его комбинации с другими способами образования терминов. В английской терминологии, касающейся наименований стоматологических инструментов, наиболее распространенный способ терминообразования синтаксический. Большинство терминов являются многословными — 93 %, что значительно превосходит количество однословных терминов — 7 %.

Синтаксический способ словообразования в чистом виде, как показало исследование, не является продуктивным, в основном он встречается в комбинации с другими способами, среди которых наиболее распространены морфологический, а именно деривация, заимствования и семантический (метафоризация и эпонимизация).

В английской терминологии наименований стоматологических инструментов по результатам исследования были выделены следующие способы и модели (комбинации способов) терминообразования:

1. Синтаксическое терминообразование: mouth mirror — 2 %;
2. Морфологическое терминообразование (деривация): explorer, plugger — 7 %;
3. С + З: cotton forceps, universal curette — 7 %;
4. С + Л (метафоризация, эпонимизация): enamel hatchet, Wedelstadt chisel — 9 %;
5. С + Л (метафоризация, эпонимизация) + М (деривация): Kilner cheek retractor, periodontal hoes — 48 %;
6. С + Л (метафоризация, эпонимизация) + З: spoon curette — 2 %;
7. С + Л (метафоризация, эпонимизация) + М (деривация) + З: posterior band remover, Williams periodontal probe — 5 %;
8. С + М (деривация): mouth spreader, angel former — 9 %;
9. С + М (деривация) + З: saliva ejector tip, gingival margin trimmer — 11 %.

Выводы: в английской терминологии стоматологических инструментов преобладают многословные термины, именно поэтому наиболее часто встречаемым способом терминообразования является синтаксический. Однако в чистом виде этот способ не является распространенным, как, впрочем, и морфологический. Два других способа (лексический и заимствование) встречаются только в сочетании с иными способами терминообразования. Исследование показало, что синтаксическое терминообразование используется в подавляющем большинстве моделей словообразования, в которых он сочетается с другими способами, например, с метафоризацией и эпонимизацией. Морфологический способ терминообразования часто встречается в виде деривации. Также широко используются заимствования из других языков — преимущественно из латинского. Наиболее продуктивная модель — сочетание синтаксического, лексического и морфологического способов терминообразования. Результаты исследования свидетельствуют о том, что в большинстве случаев для образования терминов используются собственные ресурсы английского языка. Без использования прямых заимствований, по данным исследования, было образовано 75 % терминов.

РОЛЬ ХУДОЖЕСТВЕННО-ПУБЛИЦИСТИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА

*Пасван Сачин, студент 3 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: художественная публицистика; писатели-врачи; медицинская этика и деонтология; личность врача; профессиональное воспитание.

Цель исследования: показать важную роль художественной публицистики в профессиональном воспитании и формировании личности будущего врача.

Материал и методы исследования: материалом исследования являются произведения врачей-писателей Н.М. Амосова, С.Н. Федорова, Ф.Г. Углова; использованы методы наблюдения, сравнения и обобщения.

Результаты. В произведениях врачей-писателей Амосова, Федорова, Углова в полной мере отразился их профессиональный интеллект, врачебная наблюдательность, особенности клинического мышления и стремление к своему профессиональному росту. Обращение к их произведениям является для будущих медиков хорошим стимулом к расширению профессиональных медицинских знаний, поскольку авторы на первый план выдвигают конкретные врачебные ситуации, приводят факты и дают их профессиональную оценку и практический комментарий. Кроме того, почти каждая ситуация сопровождается размышлениями морально-этического характера, в которых авторы обозначают свои профессионально-нравственные ориентиры.

Писатели-врачи обращаются к важнейшим вопросам медицинской этики и деонтологии. Публицистические сочинения Амосова, Углова, Федорова есть своеобразное «руководство» по воспитанию у будущих врачей профессиональных идеалов и ценностей. Гуманное отношение к больному есть основополагающий принцип работы медика. Амосов полагал, что «учитель и врач — два занятия, для которых любовь к людям обязательное качество». Федоров утверждал, что «добро нужно совершать в больших дозах», и был уверен, что «наша медицина будет фантастической индустрией гуманизма». Мысль о бескорыстном служении медицине, о профессиональном долге является одной из главных в публицистике этих авторов. «Спасать людей. Делать сложные операции. Разрабатывать новые — лучшие. Чтобы меньше умирали. Учить других врачей честной работе. Наука, теория — чтобы понять суть дела и извлечь пользу. Это мое дело. Им я служу, людям. Долг», — такова позиция Амосова. Неотъемлемыми качествами врача являются ответственность и добросовестность в работе, суть которых объясняет Амосов на примере своей клиники, где принят «свой кодекс о труде: врач работа-

ет столько, сколько нужно для больного. Начало — ровно в девять, а конец — когда будет сделана вся работа». Главным судьей в работе Амосов считал совесть.

Книги Углова, Амосова и Федорова являются хорошими помощниками в формировании профессиональной устойчивости обучающихся медицинских вузов. Приводя примеры из собственной врачебной практики, Углов предлагает обучающимся оценить такие врачебные ситуации, в которых врач должен проявить личностно-волевые качества, регулировать врачебные действия и инициировать единственное верное, спасительное действие. Например, как должен себя вести врач-стажер, не имеющий разрешения на проведение операции и ассистирующий хирургу-урологу, у которого «были на редкость плохие хирургические руки», причем «они сочетались с какой-то патологической страстью делать операции». В таких ситуациях молодой хирург «нередко вырывал» из рук уролога «скальпель и спасал больного от неминуемой катастрофы». Решительные действия молодого хирурга свидетельствовали о его умении целенаправленно регулировать свою практическую деятельность и предпринять единственно правильное действие, продиктованное «заботой о больном, естественной для врача потребностью излечить недуг». Данный фактор, безусловно, стал определяющим в формировании профессиональной устойчивости врача.

Важная роль в формировании личности врача принадлежит постоянной работе над культурой коммуникации в профессиональной среде медиков.

Выводы: использование художественно-публицистических произведений, созданных именно писателями-медиками, способствует профессиональному воспитанию и формированию личности врача.

ПОСТКОВИДНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ ТВЕРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*А.А. Пахомова, студентка 3 курса лечебного факультета; А.А. Бибилова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии
Научные руководители: к.м.н., доцент А.А. Бибилова, к.м.н.,
доцент Н.В. Блинова*

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция; COVID-19; осложнения; состояние здоровья; анкетирование.

Цель исследования — установить постковидные изменения в состоянии здоровья у студентов Тверского государственного медицинского университета.

Материалы и методы: опрос-анкетирование 60 студентов разных факультетов Тверского Государственного медицинского университета (ТвГМУ) в возрасте 18–25 лет по типу заочного контакта с респондентами путем публикации анкеты в интернете. Анкета включала 10 вопросов: время перенесения инфекции, состояния волос, кожи, изменение общего самочувствия, ощущение вкуса, запахов, состоянии пульса, наличие/отсутствия одышки, а также наличие/отсутствие какого-либо хронического заболевания.

Результаты. В опросе приняли участие 60 студентов ТГМУ в возрасте 18–25 лет без разделения по половому признаку, среди которых 41 опрошенный (68 %) перенес инфекцию более года назад, 12 человек (20 %) переболели год назад, а 7 студентов (12 %) — полгода назад. По общему самочувствию 36 человек (60 %) отметили, что их самочувствие не изменилось после перенесения коронавирусной инфекции, остальные 24 человека (40 %) отметили ухудшения общего состояния в виде более быстрой утомляемости при обычном режиме дня и отдыха. Большинство опрошенных студентов в количестве 44 человек (74 %) не заметили ухудшения состояния кожи, однако 16 человек (26 %) указали на появление сухости и шелушения кожных покровов. Большая часть анкетированных не слышит посторонних шумов — 48 человек (80 %), когда остальные 12 человек (20 %) отмечают периодические посторонние шумы в ушах. 16 человек (27 %) отметили одышку и нехватку воздуха при статической работе, остальные 44 человека (73 %) не предъявили какие-либо жалобы со стороны дыхательной системы. К 56 переболевшим студентам (94 %) вернулось обоняние и четкое чувство вкуса, в то время как 4 человека (6 %) сохранили искаженность запахов и вкусов. Ответы по сердечно — сосудистой системе разделились следующим образом: 40 человек (66 %) отметили учащение пульса (тахикардию), 26 студентов (44 %) не отметили никаких проблем со стороны сердечно-сосудистой системы.

Наше исследование показало, что после перенесенной новой коронавирусной инфекции у молодых людей могут оставаться долговременные негативные последствия. Наиболее серьезные воздействия COVID-19 оказывает на сердечно-сосудистую систему. Даже после длительного периода реабилитации ее деятельность не всегда приходит в норму. Синдром тяжелой общей интоксикации организма вызывает слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности и выносливости организма. В меньшей степени страдает нервная система. На основании опроса можно сделать вывод, что корковые центры обоняния и вкуса в головном мозге достаточно быстро начинают полноценно функционировать после выздоровления пациента. Еще в меньшей степени страдает кожа, что, по нашему мнению, связано с приемом комплекса витаминов в схеме лечения коронавирусной инфекции, где особое внимание отводится витамину «D», который участвует в иммунной интеграции.

Выводы: количество переболевших COVID-19 столь велико, что наличие на отдаленном этапе проблем со здоровьем у населения может спровоцировать еще один кризис в сфере здравоохранения. Очевидно, что изучение отдаленных последствий COVID-19 является сегодня актуальной задачей, которая имеет большое медико-социальное значение. Для предотвращения заболевания особого внимания требуют своевременная вакцинация и разработка программ реабилитации и диспансерного наблюдения.

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВРЕДНОСТЕЙ НА ЗДОРОВЬЕ ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ

*А.А. Пахомова, А.Г. Сарибекян, студентки 3 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра гигиены и экологии

Научный руководитель: старший преподаватель Е.В. Алеева

Ключевые слова: хирург; профессиональное заболевание; вредность, патология.

Актуальность: труд врачей-хирургов является социально-значимым, сложным и ответственным. Работа хирурга связана с выполнением оперативных вмешательств, диагностических и лечебных манипуляций и требует от врачей физической и психической выносливости. На врача-хирурга действует большое количество неблагоприятных производственных факторов. Врачам лечебного и медико-профилактического профиля необходимо знать и изучать профессиональную патологию для оказания грамотной, обоснованной терапии и проведения профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения профессиональных заболеваний.

Цель исследования: проанализировать и установить влияние факторов профессиональной деятельности хирургов на их здоровье.

Материалы и методы: в ходе настоящего исследования был проведен опрос-анкетирование 20 хирургов различных медицинских учреждений по типу заочного контакта с респондентами путем публикации анкеты в интернете. Все опрошенные были мужского пола, в возрасте от 33 до 57 лет. Анкета была создана на базе интернет ресурса и включала 30 вопросов, характеризующих гигиеническую оценку условий труда хирургов и состояние их здоровья. Для оценки полученных данных и их анализа использовались компьютерные программы и методы статистической обработки.

Результаты. По режиму своей работы все хирурги были разделены на две группы: работающие преимущественно в дневное время (50 % опрошенных) и хирурги, работающие равноценно и в дневное, и в ночное время (50 % опрошенных). Практически все хирурги из второй группы (85 %) отмечали значительное снижение работоспособности и концентрации внимания, также у них были выявлены нарушения сна и общего эмоционального фона. 60 % хирургов отмечали чувство усталости в течение дня, 25 % хирургов ощущали усталость в конце дня и 15 % чувствовали усталость сразу после пробуждения.

Вынужденная рабочая поза изменяет структуру позвоночного столба, вызывает изменения в межпозвоночных дисках. Следствием этого появляются жалобы на боль в различных отделах позвоночника, плечевом поясе, конечностях. На постоянные боли в спине в шейном и поясничном отделах позвоночника жалова-

лись 40 % опрошенных, 20 % испытывали периодические боли, 20 % испытывали судороги нижних конечностей.

Вследствие длительного пребывания стоя во время хирургических вмешательств у врачей-хирургов отмечаются проявления варикозной болезни (55 % опрошенных). В связи с длительностью и интенсивностью операций врачи хирургического профиля не всегда успевают соблюдать режим питания, поэтому большинство (80 %) хирургов вынуждены прибегнуть к быстрым и часто несбалансированным и нерегулярным перекусам. Различная патология со стороны желудочно-кишечного тракта была выявлена у 80 % хирургов.

При проведении оперативных вмешательств происходит большая нагрузка на зрительный анализатор, миопия была выявлена у 55 %, также отмечались синдром сухого глаза, спазм аккомодации.

Выводы: в результате настоящего исследования было выявлено, что врачи-хирурги в своей трудовой деятельности подвергаются воздействию различных вредных факторов, приводящих к возникновению заболеваний, связанных с их профессиональной деятельностью. Актуальным является разработка оздоровительных мероприятий по оптимизации условий труда хирургов, рациональная организация рабочего места. Можно рекомендовать создание в лечебных учреждениях комнат психоэмоциональной разгрузки.

ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ СОЧЕТАНИЯ С СОМАТИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ

*М.В. Петрук, студент 1 курса стоматологического факультета;
А.Т. Аксёнова, Н.Ф. Макарова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра русского языка
Научные руководители: к.ф.н., доцент А.Т. Аксёнова,
ассистент Н. Ф. Макарова*

Ключевые слова: *соматизмы; фразеологизмы; лексико-семантические группы.*

Цель исследования: выявить наиболее частотные фразеологизмы-соматизмы русского языка и установить их принадлежность к той или иной лексико-семантической группе.

Материалы и методы: метод сплошной выборки, метод лексико-семантического анализа.

Результаты: Лексемы с соматическим компонентом чрезвычайно активны во фразеобразовании в русском языке, так как они непосредственно связаны с восприятием мира, его познанием, изменением и вызывают ассоциации с жизнью, чувствами, физической и умственной активностью, характером человека. Наибольшее количество фразеологизмов в русском языке отмечается с компонентами «голова», «глаз», «сердце», «рука», «нога», что объясняется не только частотой употребления этих лексем, но и тем, что в фольклорных традициях русского народа с ними связано множество символов, означающих как определенные понятия и состояния, так и выражение конкретных эмоций.

В работе были исследованы пять компонентов фразеологизмов-соматизмов русского языка: «голова», «глаз», «сердце», «рука», «нога».

Соматизмы с компонентом «рука» являются наиболее употребительной группой русского языка. Такая их активность связана с осознанием русскими людьми руки как первичного и в то же время универсального органа труда. Компонент «рука» используется в следующих лексико-семантических группах: характер, физическое состояние, чувство-состояние, чувство-отношение, качественная характеристика человека, умственная деятельность, действия и поступки человека, социальное положение, степень удаленности от объекта. С точки зрения активности компонентов в образовании фразеологизмов было установлено, что среди соматизмов с компонентом «рука» в русском языке ведущее место занимает лексико-семантическая группа «действия и поступки человека».

Анализ соматизмов с компонентом «голова» показал, что в результате лексико-семантического преобразования он получает различные дополнительные значения в русском языке, такие как «сосредоточие мыслей, ума, суждений, представлений, па-

мяти» и «выражение лица, по которому можно прочесть выражение чувств и состояние ума», а также характеризует человека как «носителя каких-либо идей, взглядов, способностей», что в значительной степени обуславливает лексико-семантический потенциал этого слова как опорного компонента соматизмов.

Соматизмы с компонентом «голова» входят в следующие лексико-семантические группы: характер, физическое состояние, чувство-состояние, чувство-отношение, умственная деятельность, портрет, действия и поступки человека, социальное положение. При этом многочисленными в русском языке являются соматизмы, передающие умственную деятельность человека.

Компонент соматизмов «глаз» образует лексико-семантические группы: характер, физическое состояние, чувство-состояние, чувство-отношение, качественная характеристика человека, умственная деятельность, портрет, действия и поступки человека. В русских устойчивых словесных комплексах, кроме компонента «глаз», функционируют старославянские слова «око», «очи». Слово «глаза» обозначает орган зрения любого живого существа. Очи — это глаза человека, причем красивые, большие, выразительные. Именно очи характеризуют в русском языке не только физические, но и духовные способности человека к постижению явлений, т.е. внутреннее зрение, они — орган интуиции.

Во фразеологизмах компонент «нога» реализует в основном свое прямое значение, т.е. обозначает «орудие» передвижения человека. Он также передает различные оттенки, производные от главного на основе переноса: нога — опора, средство передвижения; нога — способ передвижения; нога — цель передвижения.

Компонент входит в следующие лексико-семантические группы: характер, физическое состояние, чувство-состояние, чувство-отношение, качественная характеристика человека, портрет, умственная деятельность, действия и поступки человека.

Не менее частотными являются и соматизмы русского языка с компонентом «сердце». Он присутствует в следующих лексико-семантических группах: характер, физическое состояние, чувство-состояние, чувство-отношение, качественная характеристика человека, умственная деятельность, портрет, действия и поступки человека.

Выводы: наиболее часто встречающимися фразеологизмами-соматизмами русского языка являются сочетания с компонентом «голова», «рука», «нога», «глаз», «сердце», которые чаще всего принадлежат к лексико-семантической группе «чувство-состояние».

ВЛИЯНИЕ САХАРОЗАМЕНИТЕЛЕЙ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

А.М. Печерских, студентка 3 курса педиатрического факультета;

С.А. Донсков, И.И. Лопина

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

Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии;

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии

Научные руководители: к.с-х.н., доцент С.А. Донсков, ассистент И.И. Лопина

Ключевые слова: сахарозаменители; ксилит; фруктоза.

Цель исследования: установить и уточнить характер влияния сахарозаменителей на морфофункциональное состояние внутренних органов экспериментальных животных в условиях их избыточного поступления в организм.

Материалы и методы: проведен эксперимент на нелинейных крысах-альбиносах ($n = 16$). Животные содержались в одинаковых условиях, с аналогичными режимами освещенности и чередованиями дня и ночи. Крысы были распределены на контрольную ($n = 4$; 2 самки, 2 самца) и две опытные группы. Крысы контрольной группы находились на стандартной диете — обычный корм вивария.

Крысы 1-й опытной группы ($n = 6$; 3 самки, 3 самца) получали стандартный рацион — сахарозаменитель в таблетках и 5 % раствор фруктозы вместо питьевой воды; крысы 2-й опытной группы ($n = 6$; 3 самки, 3 самца) — стандартный рацион, сахарозаменитель в таблетках и 5 % раствор ксилита вместо питьевой воды.

Крыс взвешивали до начала эксперимента и с периодичностью 1 раз в 2 недели, результаты взвешивания заносили в табличный редактор Microsoft Office Excel.

Животных выводили из эксперимента декапитацией с предварительным (за 16 ч) лишением корма и заменой раствора фруктозы/ксилита на питьевую воду. Для морфологических исследований брали образцы ткани печени, сердца, селезенки, почек. Полученные образцы тканей подвергали стандартным процедурам гистологической проводки. Препараты изготавливали и окрашивали гематоксилином и эозином.

Статистическую обработку данных морфометрии проводили с использованием описательных статистик стандартного пакета программы Statistica 6.0.

Результаты. При наблюдении за динамикой веса установлено, что у крысы обеих опытных групп имели статистически значимое увеличение массы тела по сравнению с группой контроля ($186,2 \pm 12,4$ и $175,8 \pm 9,8$ г у самцов и самок соответственно). Так, крысы первой опытной группы на момент окончания эксперимента имели массу $209,4 \pm 15,6$ и $194,0 \pm 9,58$ г у самцов и самок соответственно. Крысы второй опытной группы имели следующий разброс в массе тела: $197,0 \pm 10,5$ и $200,0 \pm 5,7$ г у самцов и самок соответственно.

При аутопсии обращали на себя внимание асцит у крыс второй опытной группы, напряженная капсула печени у 2 самцов из этой группы. Животные обеих опытных групп отличались избыточным отложением висцерального жира в области сальника и почечного ложа.

На микроскопическом уровне в изучаемых органах не было выявлено значимых различий в группе контроля и опытных группах. У двух самцов из 2 опытной группы отмечали неравномерное набухание гепатоцитов и их коллоидную деграцию, разволокнение капсулы органа и перипортальную воспалительную инфильтрацию. Только в одном случае из двух описанных мы смогли интерпретировать описанные нарушения как токсический гепатит.

Различий между контролем и опытом в других органах нами выявлено не было, патологических изменений на микроскопическом уровне в тканях сердца, селезенки, почек нет.

Выводы: на основании полученных в настоящем исследовании результатов можно сделать вывод о начальной стадии ожирения у крыс, вызванного повышенным содержанием фруктозы/ксилита и введением сахарозаменителя в рационе. При морфологическом исследовании убедительных данных за структурную патологию нами получено не было. Ограничения применения результатов настоящего исследования связаны с малой выборкой (в рамках пилотного проекта) и особенностями морфологических методов исследования. Нельзя считать повреждение печени у крыс опытной группы ассоциированными с действием сахарозаменителя.

ОСОБЕННОСТИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ

В.В. Пивиков, М.И. Колчина, М.И. Синюков, студенты 2 курса лечебного факультета; Д.Ю. Самуйлов, студент 1 курса лечебного факультета, Т.С. Мареева, 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: репаративная регенерация; перелом; трубчатая кость; костная мозоль; микросферы.

Цель исследования: изучение влияния медицинских изделий с микросферами на репаративную регенерацию трубчатых костей у крыс в эксперименте.

Материалы и методы: исследования проводились на 15 белых беспородных лабораторных крысах-самцах в возрасте от четырех до шести месяцев с массой 170 гр. Животных разделили на три группы по пять крыс, в каждой из которых было три опытных и две контрольных. Всем крысам перед операцией выбривали боковую часть голени, затем производили неингаляционный наркоз. После обработки операционного поля раствором 70 % этилового спирта выполнялся разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки длиной 2–3 см, в ране выделялся участок диафиза малоберцовой кости. Кость пересекалась с последующем ушиванием раны. Опытные крысы находились в отдельных клетках на изделиях с микросферами, а контрольные на обычных опилках. Рацион питания у всех животных был одинаков. Первая группа крыс после перелома оценивалась через 20 дней, вторая группа — 40 дней и третья группа — 60 дней. По истечении сроков производилась оценка группы крыс, которых выводили из эксперимента с соблюдением правил эвтаназии. Затем всем животным производили рентгенографию костей голени в двух проекциях. Использовался рентгеновский аппарат передвижной палатный «РЕНЕКС» (ТУ 9442-031-54839165-2005). При проведении рентгенографии лучевая нагрузка в среднем составила 0,04 микрозиверта (мЗв). После исследования производился забор малоберцовой кости для изготовления гистологических препаратов. Фиксация костной ткани проводилась в 10 % формалине 48 часов при комнатной температуре. Для декальцинации использовался электролитный декальцинирующий раствор. Проводка проходила стандартным способом, после чего материал заливался в парафин. Резка парафиновых блоков производилась на ротационном микротоме. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Микропрепараты были подробно изучены под световым микроскопом «OLYMPUS CX43», и были сделаны микрофотографии цифровой камерой «VideoZavr Standart».

Результаты. 1 группа животных (20 суток): у двух из трёх опытных крыс определялся поперечный перелом малоберцовой кости в нижней трети с признаками формирования первичной костной мозоли. У третьей крысы определялся косой перелом малоберцовой кости в нижней трети с расхождением отломков без признаков формирования костной мозоли. У первой контрольной крысы определялся несросшийся перелом, а у второй определялся поперечный перелом малоберцовой кости в нижней трети с признаками формирования первичной костной мозоли. 2 группа (40 суток): у двух из трех опытных крыс определялся перелом средней трети малоберцовой кости в стадии полной консолидации (с формированием вторичной костной мозоли), а у третьей определялся перелом средней трети малоберцовой кости в стадии неполной консолидации (с признаками формирования вторичной костной мозоли). У первой контрольной крысы определялся поперечный перелом малоберцовой кости на границе средней и нижней трети с начальными признаками формирования первичной костной мозоли, у второй — поперечный перелом малоберцовой кости в нижней трети без признаков формирования костной мозоли. 3 группа (60 суток): у первой опытной крысы определялся поперечный перелом малоберцовой кости в средней трети в стадии неполной консолидации (с признаками формирования вторичной костной мозоли), у двух из трех опытных крыс определялся перелом малоберцовой кости в нижней трети с расхождением отломков без признаков формирования костной мозоли. Это объясняется погрешностью во время проведения операции. В контрольной группе была одна крыса, так как вторая погибла на следующий день после операции. У оставшейся крысы определялся перелом нижней трети малоберцовой кости в стадии полной консолидации (с формированием вторичной костной мозоли).

Вывод: таким образом, использования изделий, наполненных микросферами, оказали положительный количественный и качественный эффект на течение репаративной регенерации трубчатых костей, что выражалось в сокращении сроков репарации и смены стадий регенерации костной ткани. Почти у каждой опытной крысы была выражена костная мозоль в сравнении с контрольными животными.

ХРОНИКА ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

М.Е. Пискарева, студентка 2 курса педиатрического факультета;

З.О. Максимишина, студентка 2 курса лечебного факультета;

Т.А. Смирнова

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

Кафедра основ общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины

Научный руководитель: ассистент Т.А. Смирнова

Ключевые слова: *Всемирная организация здравоохранения; история становления; медицина; наука; здоровье населения; международное сотрудничество; программа исследований; достижения; направления деятельности ВОЗ.*

Цель исследования: изучение истории создания и процесса реструктуризации международного формирования институтов в сфере здравоохранения, выявление предпосылок и условий к возникновению Всемирной организации. Важным разделом стало освещение ключевых моментов, основных идей и целей, поставленных мировым врачебным сообществом перед агентством. Неотделимой частью работы стало описание достижений ВОЗ на разных этапах ее функционирования с момента ее создания по настоящее время.

Материалы и методы: для решения поставленных в работе целей и задач нами были использованы следующие теоретические и эмпирические методы исследования: на базе рассмотренных и обобщенных информационных ресурсов, в которую вошли источники научной и учебной литературы, публикаций и исследований, посвященных процессу становления, развития и совершенствования структуры ВОЗ, были синтезированы положения предмета нашего исследования. В процессе подготовки к освещению данной темы нами изучены и проанализированы как учредительная документация Всемирной организации здравоохранения, так и материалы, содержащие информацию об утвержденных и реализованных глобальных проектах в целях понимания институциональной сущности ВОЗ. Следуя принципу историзма, мы предприняли попытку рассмотреть ВОЗ как динамическую систему в логической структуре развития событий медицинской жизни прошлого. На базе историко-системного метода рассмотрены результаты международного сотрудничества по решению задач в области охраны здоровья населения в различные исторические периоды.

Результаты. 75 лет назад, 7 апреля 1948 года, был принят Устав Всемирной организации здравоохранения. С этого времени берет свое начало международное сотрудничество в сфере здравоохранения под эгидой Совета ООН и подтверждает эффективность и своевременность предпринятых им мероприятий. Опираясь на богатый опыт предшественников, данная структура стала основным медицинским

агентством своего времени. Развитие науки неизбежно влекло за собой реформирование и совершенствование как самой организации, так и ее программ и методов работы. Благодаря совместным усилиям стран–участниц мировому сообществу удалось предотвратить распространение целого ряда эпидемических и эндемических заболеваний. В решении множества актуальных международных проблем и вопросов в системе охраны здоровья человечества ВОЗ институционально выступает в роли координирующей структуры. Объединение накопившихся знаний позволило систематизировать и стандартизировать подходы в диагностике, лечении и профилактике заболеваний.

Выводы: перед мировым сообществом всегда остро стояли проблемы сохранения жизни и здоровья людей. Вклад ВОЗ в решение многих из задач, направленных на «достижение всеми народами максимально возможного уровня здоровья», неоспорим. В рамках исследуемой темы были рассмотрены этапы работы сформированной под руководством ООН организации в глобальной системе здравоохранения, затронуты основные положения деятельности ВОЗ. Международное сотрудничество, направленное на улучшение качества жизни населения, безусловно, дает свои результаты. Вклад отечественной научной мысли неотделим от достижений мировой медицины. Опираясь на опыт предшественников и данные современных исследований, врачебное сообщество имеет мощный потенциал успешного развития.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОГО ГОЛОДАНИЯ НА ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У КРЫС

*О.А. Постникова, В. А. Бойкова студенты 2 курса лечебного факультета;
Ю.В. Козловская*

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии

Научный руководитель: к.б.н., доцент Ю.В. Козловская

Ключевые слова: *интервальное голодание; морфология крыс, щитовидная железа.*

Цель исследования: изучить морфологические изменения щитовидной железы крыс при различной длительности интервального голодания.

Материалы и методы: произведен анализ научной литературы о влиянии интервального голодания на изменения морфологии и функций щитовидной железы. Работа выполнена на 12 беспородных взрослых белых крысах массой 240-320 граммов. Крысы были разделены на 3 группы: первая группа — контрольная группа, вторая и третья группа — опытные. Вторая группа животных находилась на интервальном голодании по схеме 16/8 (16 часов без еды, 8 часов для еды) на протяжении 65 дней. Третья группа — находилась на интервальном голодании (по схеме 16 часов без еды, 8 часов для еды) 125 дней. Под интервальным голоданием 16/8 подразумевается определенный план приема пищи, позволяющий переключаться между голоданием и употреблением еды, в соответствии с конкретным графиком питания. Все группы крыс получали питание в соответствии с нормами кормления лабораторных животных в виде комбикорма «Рецепт ПК-120 — для содержания лабораторных животных (капуста белокочанная, свекла кормовая, морковь посевная, яблоко Гренни Смит)». Доступ к воде был постоянный. Животные первой группы имели постоянный доступ к корму в соответствии с ежедневной нормой. Животные второй группы имели доступ к корму с 10.00–18.00, объем доступного корма соответствовал ежедневной норме. После окончания эксперимента было произведено морфологическое исследование гистологических препаратов щитовидной железы. Для получения материалов исследования была проведена аутопсия щитовидной железы. Биоптаты были зафиксированы в течение 10 дней в 10 % водном растворе формальдегида, затем промывали под холодной проточной водой. Для обезвоживания (проводки) использовали батарею спиртов изопрена (изопрен 1-изопрен 8) повышающейся концентрации. На следующем этапе изготовления гистологических препаратов проводили заливку материала в затвердевающие среды (парафин) на заливочном модуле MTPPOINT TECHNOLOGY ESD-2800-M. Гистологические срезы изготавливали с помощью ротационного микротомы HEOTION ERM 3100 (средняя толщина 12 мкм). Для окрашивания препаратов применяли красители гематоксилин и эозин. Для изучения полученных

гистологических препаратов использовался световой микроскоп с фотоаппаратом OLIMPUS MC-10 №XC1318.

Результаты. В ходе гистологического исследования были выявлены изменения в морфологии щитовидной железы, свидетельствующие об увеличении активности щитовидной железы у животных третьей группы относительно контрольной группы. Были обнаружены вакуолизированные участки коллоида и увеличенные фолликулярные клетки. Данные изменения могут быть связаны с процессом массовой аутофагии и недостаточным поступлением в клетки питательных веществ. Также наблюдалось изменение поведения животных данной группы: крысы проявляли агрессию. Изменений в морфологии щитовидной железы во второй группе относительно контрольной группы выявлено не было.

Выводы: изменения в морфологии щитовидной железы происходят при продолжительном применении интервального голодания, при непродолжительном применении интервального голодания изменений в морфологии щитовидной железы не наблюдалось.

АНАЛИЗ АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ В ТВЕРИ И ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

*М.В. Прасолова, В.П. Алтынцева, М.С. Вяткина, А.Д. Гурьева,
студенты 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: ст. преподаватель О.А. Судакова*

Ключевые слова: аптечные сети; интернет-сайты; мобильные приложения.

Цель исследования: изучение представленных на фармацевтическом рынке Твери и Тверской области аптечных сетей и их сравнительный анализ.

Материалы и методы: сайты картографических компаний, интернет-сайты и мобильные приложения аптечных сетей ООО «Ригла», ООО «Апрель», ООО «Планета Здоровья», ООО «Горздрав», ООО «Аптека Вита Экспресс», ООО «Аптекаб-9плюс», сравнительный анализ по критериям: возраст компании, количество точек продаж, особенности сайтов и приложений, количество и распределение розничных точек в Твери и Тверской области.

Результаты. В настоящее время количество аптечных организаций в РФ составляет 74,3 тысячи единиц, из них 20 677 (28 %) аптечных точек локализуются в Центральном федеральном округе. На 10 тысяч населения количество точек составляет 5,1. В связи с этим в городах России отмечен рост конкуренции между многочисленными фармацевтическими сетями. Так, например, на фармацевтическом рынке Твери и Тверской области помимо местных сетей (ОГУП «Фармация», МУП «Аптека №1», ЗАО «Тверская оптика», ЗАО «Фарминторг НР», ООО «Сияние») за последние 20–25 лет появились новые аптечные сети из других регионов. Проведенное исследование выявило экспансивный рост таких сетей, как ООО «Ригла» (Москва, 2001 (год регистрации)), ООО «Апрель» (Краснодар, 2000), ООО «Планета Здоровья» (Пермь, 1998), ООО «Горздрав» (Москва, 1989), ООО «Аптека Вита Экспресс» (Самара, 2002), ООО «Аптекаб9плюс» (Саратов, 2008). Первые три аптечных сети занимают лидирующие позиции в «ТОП-200 аптечных сетей по выручке в России» рейтинга Vademecum в 2022 году. Количество аптечных точек в их структуре составляет соответственно 3507, 4059, 2343 единицы по всей России. При этом в Твери ООО «Ригла» насчитывает 18 розничных точек и 30 точек в Тверской области под разными названиями «Ригла», «Будь здоров» и «Здравсити». Сеть аптек ООО «Апрель» по Твери насчитывает 15 точек, при этом часть из них позиционирует себя как аптеки с дистанционной формой продажи под названием ООО «Аптечный склад «Тверь» и по Тверской области — еще 18 филиалов. ООО «Планета Здоровья» также широко представлена в Твери (19 аптек) и Тверской области (6 аптек). Сеть аптек ООО «Аптека Вита Экспресс» представ-

лена в 40 регионах России (8 место в ТОП 200, Vademecum), в том числе в Твери (12 точек) и Тверской области (6 точек). Сеть аптек ООО «Горздрав» входит в группу компаний «36,6» (7 место в ТОП 200, Vademecum) наряду с юридическими лицами «36,6» и «Калина Фарм». На тверском рынке — 54 точки (Тверь — 27, Тверская область — 27). У компании ООО «ДОН», есть 85 торговых марок, одна из которых ООО «Аптека69плюс» зарегистрирована в январе 2019 года, в Твери — 10 точек и Тверской области — 5 точек.

Все представленные в исследовании аптечные сети имеют собственные сайты, на которых они предлагают похожий набор сервисов, в том числе подбор более дешевого аналога, доставка товара на дом, и отличаются преимущественно по широте фильтров для индивидуального подбора товара (наиболее широкий фильтр представлен в ООО «Ригла» и ООО «Горздрав»).

Также все анализируемые аптечные сети имеют мобильное приложение, с помощью которого можно осуществлять поиск и заказ товара с доставкой на дом, поиск адресов ближайших аптек, а также ознакомиться с инструкцией по применению. Приложение позволяет загружать карту лояльности и получать индивидуальные предложения. Наивысший рейтинг потребителей в Googleplay имеет приложение ООО «Горздрав» (4,8), далее по нисходящей: ООО «Планета здоровья» (4,5), ООО «Ригла» (4,4), ООО «Аптека Вита Экспресс» (4,1), ООО «Апрель» (3,3), ООО «Аптека69плюс» (2,7). Мобильные приложения могут отличаться между собой наличием голосового поиска ЛП, поиска по штрих-коду, функции напоминания о времени приема лекарств и загрузки рецептов в приложение.

Выводы: проанализированы аптечные сети Твери и Тверской области по возрасту компании, количеству точек продаж в РФ, количеству и распределению розничных точек в Твери и Тверской области, особенностям интернет-сайтов и мобильных приложений.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА САМОЛЕЧЕНИЕ

Е.П. Прокудина, В.И. Логункова студенты 4 курса фармацевтического факультета; Н.В. Абрамов

ФГБОУ ВО Кемеровский ГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Кафедра фармации

Научный руководитель: старший преподаватель Н.В. Абрамов

Ключевые слова: реклама; самолечение; здоровье; лекарственные средства; лекарственные препараты.

В современных условиях реклама используется для продвижения разных товаров, в том числе фармацевтических. Кроме общих положений, предъявляются также и особые требования, ограничения. Нельзя: обращаться к несовершеннолетним, упоминать случаи полного выздоровления или улучшения состояния здоровья в результате приёма определенного ЛП, гарантировать положительное действие ЛП, безопасность ЛП, эффективность, отсутствие побочных действий, а также объяснять это тем, что имеет естественное происхождение, создавать представление о преимуществах ЛП, ссылаясь на проведение исследований, а также сравнивать с другими ЛП, предполагать наличие у потребителей рекламы каких-то болезней, что необходимо принимать именно этот препарат, создавать впечатление о ненужности обращения к лечащему врачу.

Реклама ЛП, отпускаемых по рецептам, сильнодействующих, ядовитых, наркотических лекарств, их прекурсоров запрещена. При этом в органе законодательной власти выдвигаются предложения о запрете рекламы безрецептурных лекарственных препаратов на телевидении и радио. С одной стороны, подобные изменения могут затруднить получение информации о препаратах обычными гражданами. С другой стороны, цель предложения — снижение количества граждан, которые занимаются самолечением.

Статистика показывает, что каждый год от неправильного самолечения гибнет примерно 50 тыс. человек, а еще большее количество ухудшает свое текущее заболевание. В некоторых странах (Канада, Швеция) введён полный запрет на рекламу фармацевтической продукции на радио и ТВ. Это сводит показатель самолечения к минимальным значениям.

Цель исследования — изучить отношение к рекламе ЛП студентов фармацевтического факультета.

Материалы и методы: исследование проведено с использованием методов контент-анализа, логического, социологического. Проведено анкетирование респондентов в количестве 120 студентов фармацевтического факультета КемГМУ.

Результаты. Среди респондентов 68,9 % занимаются самолечением, при этом 33,3 % не обращают внимание на рекламу препаратов и БАД. Подбор терапии опира-

ется на рекомендации фармацевтического работника (44,4 %), на рекламу и ценовой сегмент (по 33,3 %), на советы знакомых (22 %) и собственный опыт (10 %). На вопрос «Доверяете ли Вы рекламе?» всего 22 % ответили положительно. Для 67 % опрошенных не имеет значение наличие рекламы препаратов на ТВ и радио, 22 % считают это не важным, а 11 % — важным. 33 % респондентов считают, что нужно рекламировать препараты. Отказ от рекламы лекарственных препаратов может повлечь за собой как положительные, так и отрицательные последствия.

Снижение уровня самолечения может уменьшить число смертей и негативного влияния на здоровье граждан, при этом сэкономит денежные средства покупателей, потому что в стоимость ЛП не будут закладывать затраты на рекламу. При этом, если оценить отрицательные последствия отмены рекламы, то возможно увеличится нагрузка на врачей, также возможно снижение товарооборота безрецептурных ЛП, что снизит прибыль фармацевтических организаций. А также те, кто не готовы идти к врачу, пойдут за консультацией к провизору, что повлечет увеличению нагрузки на них.

Выводы: 33 % считают, что реклама безрецептурных ЛП и БАД необходима, но при этом не должна создавать впечатление, что излечит заболевание и что перед покупкой нет необходимости консультироваться со специалистом. Запрет рекламы безрецептурных препаратов может иметь возможные положительные и отрицательные последствия. В случае одобрения законопроекта медицинским и фармацевтическим организациям следует подготовиться к повышению нагрузки на персонал.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН

*В.В. Проницына, студентка 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра хирургии и анестезиологии-реаниматологии
Научные руководители: д.м.н., профессор Д.В. Федерякин,
к.м.н., доцент Д.Г. Галахова, к.м.н., доцент С.А. Копосова*

Ключевые слова: ожог; хирургическое лечение; кожная пластика.

Цель исследования: изучить существующие подходы к хирургическому лечению ожоговых травм.

Материалы и методы: было проанализировано 14 статей научной электронной библиотеки elibrary.ru, из них 5 источников входят в ядро РИНЦ, 6 иностранных статей национальной медицинской библиотеки PubMed в период с 2018 по 2023 гг.

Результаты. Показанием к хирургическому лечению независимо от сроков получения ожоговой травмы, площади поражения, других клинических и организационных факторов является наличие глубокого ожога. После иссечения некроза выполняется кожная пластика — хирургическая процедура, направленная на восстановление кожи на поверхности раны, которая не заживает во время терапевтического лечения. Тактика лечения пострадавших от ожогов с повреждениями глубоких анатомических структур заключается в некрэктомии, остеэктомии и закрытии грануляционных ран с помощью аутодермопластики. Хирургическое лечение необходимо для профилактики нарушений и восстановления кровоснабжения прилежащих тканей, профилактики и лечения раневой инфекции, снижения уровня раневой интоксикации, восстановления целостности кожного покрова. В последнее время появилось направление в лечении глубоких ожогов, заключающееся в раннем хирургическом иссечении некроза и замещении дефектов полнослойными лоскутами. Замещение дефекта кожи может быть выполнено кожей человека, животных, искусственными тканями. Операции выполняются следующими способами: свободной пластикой при использовании трансплантатов из донорской области и несвободными способами с использованием лоскутных трансплантатов на питающей ножке. Операция по пересадке свободных тканей — наиболее эффективный способ устранения сложных дефектов. Преимущества в использовании пластики местными тканями заключается в одностадийном характере и в отсутствии вынужденного положения пациента. Контролируемое растяжение тканей вблизи дефекта — одно из преимуществ данных операций. Свободная кожная пластика с применением электродерматома явилась прорывом в хирургическом лечении ожоговых ран. Использование сетчатого аутоотрансплантата позволило одновременно закрывать большую раневую поверхность. Однако это оправда-

но только в случае обширных и глубоких ожогов, которые имеют недостаточные донорские ресурсы и недопустимы на функционально активных участках. Микрохирургические методики в пластической хирургии позволили осуществлять свободную имплантацию сложных кожных лоскутов с осевым кровоснабжением в различных областях тела. Но по мере накопления опыта выяснилось, что опорно-двигательный лоскут имеет два существенных недостатка: отсутствие собственных чувствительных нервов и значительную толщину. В связи с этим для улучшения эстетических и функциональных результатов часто требовалась повторная корректирующая операция. Выбор своевременного и рационального хирургического лечения ожоговых ран наряду с комплексной терапией позволяет значительно улучшить результаты и сократить сроки лечения пациентов.

Выводы: применение кожных трансплантатов остается стандартным для быстрого и постоянного закрытия глубоких ожогов. Прогресс в пластической хирургии улучшил лечение пациентов с ожогами, но многие оперативные методы до сих пор имеют свои недостатки, поэтому перспектива разработки новых методов лечения глубоких ожоговых ран остается актуальной.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОПИИ

*Д. Пырзу, М.М. Алешин, И.С. Каракаев, А.Ю. Кунтышева, А.А. Едигарян,
студенты 3 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра патологической физиологии
Научный руководитель: старший преподаватель Е.В. Немытышева*

Ключевые слова: *миопия; факторы риска; синдром дисплазии соединительной ткани; патогенез близорукости.*

Близорукость, или миопия, является самым распространенным нарушением рефракции. По данным ряда авторов, процент распространения этой патологии составляет от 10–30 % до 80–90 % (в некоторых регионах Азии). На данный момент не существует единой теории патогенеза миопии. В качестве основных факторов этиологии и патогенеза рассматриваются наследственность, высокие зрительные нагрузки, недостаточные инсоляция и время прогулок в светлое время суток, синдром дисплазии соединительной ткани.

Целью исследования являлась ретроспективная оценка факторов риска, влияющих на формирование близорукости, у респондентов с данной аномалией рефракции.

Материалы и методы: проводилось анкетирование обучающихся ТвГМУ. Анкета содержала вопросы о возрасте, поле, наличии или отсутствии аномалии рефракции, времени ее выявления. Также анкетлируемые отвечали на вопросы о характере зрительной нагрузки в детские годы, продолжительности прогулок. Кроме того, в анкету вошли вопросы о наличии изменений, косвенно свидетельствующих о синдроме дисплазии соединительной ткани.

Результаты. В исследовании приняли участие 106 человек. Миопия была выявлена у 66 из числа анкетлируемых, что составило 62,3 %. Средний возраст постановки диагноза миопии составил 14 лет, что согласуется с литературными данными о том, что основной пик диагностики миопии приходится на школьные годы. У 39 (59 %) выявлена наследственная отягощенность — оба родителя (у 27,2 %) или один из родителей (у 31,8 %) страдали миопией. По литературным данным, наследственный фактор является одним из самых значимых в патогенезе миопии. Например, наличие миопии у обоих родителей повышает вероятность развития данной аномалии у потомства до 0,84. Также выявлено, что большинство респондентов в детском возрасте проживали в городах (75,8 %). Это согласуется с литературными данными о том, что одним из факторов риска развития близорукости является урбанизация. Подавляющее большинство респондентов в детские годы проводили на свежем воздухе не более 2-х часов (44 человека, 66 %). Большинство опрошенных часто использовали в часы досуга различные гаджеты

для просмотра видео и другого контента (50 человек, 43,8 %). Это также согласуется с одной из теорий патогенеза близорукости, в которой ведущая роль отводится повышению нагрузки на орган зрения при рассматривании близкорасположенных предметов. Вместе с тем просмотр телевизора у современных детей занимал в среднем не более 1,5 часов в день, на чтение книг в детстве у большинства приходилось менее 1 часа. Следует отметить недостаточность прогулок на свежем воздухе в детском возрасте и, соответственно, инсоляции и синтеза витамина Д у большинства респондентов. Только треть опрошенных проводили на воздухе более 3-х часов в день, столько же отводили прогулкам 1 час и менее. Согласно одной из теорий патогенеза миопии, именно витамин Д стимулирует выработку в сетчатке дофамина, что препятствует осевому росту глаза и развитию миопии. Также многие опрошенные (33,7 %) имели признаки дисплазии соединительной ткани, такие как пролапс митрального клапана и гипермобильность суставов. Синдром дисплазии соединительной ткани связывают с мутацией генов, отвечающих за синтез или распад компонентов экстрацеллюлярного матрикса. Современные теории патогенеза миопии рассматривают данный синдром как один из факторов развития и прогрессирования миопии.

Выводы: таким образом, проведенное исследование полностью согласуется с литературными данными о значимости в патогенезе миопии таких факторов, как наследственность, синдром дисплазии соединительной ткани, высокие зрительные нагрузки, отсутствие должного количества прогулок на свежем воздухе. Понимание значимости и механизмов воздействия данных факторов позволит прицельно заниматься профилактикой близорукости. Педиатры, врачи общей практики, офтальмологи должны активно пропагандировать такие элементы здорового образа жизни, как прогулки на свежем воздухе, должны обучать детей и родителей правильно контролировать зрительную нагрузку, а также заниматься диагностикой и коррекцией синдрома дисплазии соединительной ткани с использованием методов медикаментозной и немедикаментозной терапии.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЛЕЧЕНИИ АНЕМИЙ

*А.М. Ракович, студентка 5 курса лечебного факультета
Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно,
Республика Беларусь
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: ассистент В.И. Левин*

Ключевые слова: *анемии; хлороз; железо; античность.*

Цель исследования: исследовать способы лечения анемий в различные периоды мировой истории.

Материалы и методы: материалом для данного исследования послужили летописные упоминания, медицинские трактаты, книги и учебники, а также научные статьи, выпущенные в изучаемый период. В работе применялись сравнительно-исторический метод и метод анализа.

Результаты. Первые упоминания об анемиях появились еще в античности. В греческой мифологии, как и во всем мире, признавалась важность железа для жизнедеятельности организма. Врачи Египта, Греции, Римской империи и других государств издавна использовали железо в магических целях. Для придания воинам силы лекари добавляли в питьевую воду или вино жидкость, в которой хранились ржавеющие мечи. Согласно преданию, в эпоху античности в Греции врач Мелампас для избавления принца Ификласа Тезалия от полового бессилия, возникшего вследствие постгеморрагической анемии, давал ему вино с ржавчиной.

Знания, накопленные в эпоху античности, частично были утрачены в раннем средневековье, но арабскими учеными предпринимались новые попытки исследования уже известных заболеваний, так благодаря этому знания о способах лечения анемий снова вернулись в практическую медицину. Например, Ибн Сина в X веке для устранения худобы и улучшения цвета лица использовал железосодержащие препараты. В Европе данные знания стали применяться систематически лекарями в эпоху Ренессанса: так, Парацельс для лечения анемий применял окись железа.

Встречаемость анемий среди населения связана с двумя причинами: большой потерей железа из организма и недостаточным поступлением железа в организм. Первый особенно явно проявил себя в Средние века, так как в эту эпоху было довольно много кровопролитных войн, дуэлей, была высокая потеря крови у женщин в родах.

Что касается второй группы причин, то вследствие недостатка поступления железа анемия как самостоятельное заболевание была очень распространена среди молодых девушек. Симптомы были следующие: слабость, бледность, постоянные обмороки, отказ от приемов пищи. Самым распространенным способом лечения анемий считали кровопускание, которое в редких случаях приводило к улучшению.

Изначально для лечения анемий врачами применялись разные растворы, содержащие ржавчину, и диета с продуктами, богатыми железом. Эффективным еще с древних времен было употребление блюд, содержащих кровь животных. Самым распространенным из них в средневековье была кровяная колбаса, которая изготавливалась чаще из бычьей и/или свиной крови, очищенной от сгустков.

В 1700 г. впервые в истории было предложено лечение анемии сульфатом железа, но из-за первоначальных малых доз эффект оказался недостаточным, с 1832 г. сульфат железа был общепризнан для лечения хлороза.

В 1893 г. английский врач Р. Стокман впервые ввел подкожно трем молодым женщинам с хлорозом цитрат железа. После курса инъекций количество гемоглобина в крови резко увеличилось.

В середине XIX века Т. Эдиссоном и А. Бирмером был описан вид анемии, которую они называли пернициозной, или злокачественной. До 1926 г. это заболевание считалось неизлечимым, но потом Майно и Мерфи получили положительный результат при лечении таких больных сырой печенью, а уже в 1934 г. за это открытие эти ученые были удостоены Нобелевской премии.

В 1928 г. У. Касл выяснил, что пернициозная анемия часто возникает после удаления желудка, поставил опыт на себе и сделал вывод о том, что для предупреждения пернициозной анемии необходимо наличие в кишечнике двух веществ: одно из них поступает с пищей, которое после он назвал внешним фактором, а другое содержится в желудочном соке (внутренний фактор Касла).

Вывод: таким образом, на протяжении длительного периода люди сталкивались с таким заболеванием, как анемия, и изучали его. Особый прорыв в исследовании хлорозов пришелся на XIX–XX века. В настоящее время термин «хлороз» употребляется лишь в редких случаях как дань уважения памяти истории, однако даже в наши дни с современным уровнем медицины, а также уровнем жизни населения планеты данная патология не перестала быть менее актуальной. Многие методы лечения, такие как использование препаратов железа и рацион с повышенным его содержанием, применяются и до сих пор.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ВЫНОСЛИВОСТИ ОРГАНИЗМА ШКОЛЬНИКОВ, УЧАСТНИКОВ ВОЕННО-ПАТРИОТИЧЕСКОГО ДВИЖЕНИЯ ЮНАРМИЯ

*А.Д. Раменский, студент 3 курса лечебного факультета;
В.А. Филатова, студентка 1 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра физической культуры*

Научный руководитель: старший преподаватель Э.В. Буланова

Ключевые слова: юнармейцы; работоспособность; максимальное потребление кислорода.

Цель исследования — оценить уровень выносливости организма школьников — участников Всероссийского детско-юношеского военно-патриотического общественного движения ЮНАРМИЯ — по величине работоспособности и максимальному потреблению кислорода.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе «МБОУ СОШ № 5 им. Героя России Клещенко В.П.» города Торжка. В исследовании приняли участие 28 школьников, участников военно-патриотического движения ЮНАРМИЯ, средний возраст которых $12,5 \pm 1,5$ лет: мальчиков (М) — 17 (средний возраст $12,6 \pm 1,4$), девочек (Д) — 11 (средний возраст $12,3 \pm 1,3$) ($p > 0,05$). От родителей школьников получено информированное согласие на участие их ребёнка в исследовании. Всем участникам проведено измерение массы тела (m , кг) и степ-тест PWC170 для определения уровня работоспособности организма; рассчитаны показатели общей работоспособности ($PWC170 = PWC170 \text{ 1кг} \cdot m$), максимального потребления кислорода на 1 кг массы тела ($МПК/кг = (1,7 \times PWC170 + 1240)/m$, мл/мин·кг). Оценка показателей осуществлена по возрастным таблицам. Обработка данных проведена в программе Excel с расчётом средней арифметической (X), сигмального отклонения (y), ошибки средней арифметической (x). Достоверность различий определена по критериям Стьюдента и Фишера.

Результаты. Регистрация пульса в покое позволила установить его среднее значение ($X \pm \sigma$): у девочек — $76,9 \pm 17,0$ и мальчиков — $81,2 \pm 15,0$. По оценке пульса школьники распределились следующим образом: выраженная брадикардия — 3,6 % (М — 0 %, Д — 9,1 %), умеренная брадикардия — 21,4 % (М — 17,6 %, Д — 27,3 %), норма — 60,7 % (М — 64,7 %, Д — 54,5 %), умеренная тахикардия — 10,7 % (М — 17,6 %, Д — 0 %), выраженная тахикардия — 3,6 % (М — 0 %, Д — 9,1 %). Статистически значимо среди школьников преобладали лица с нормальным пульсом ($p < 0,001$), девочек с брадикардией зарегистрировано больше, чем мальчиков, мальчиков с тахикардией — больше, чем девочек ($p > 0,05$). По результатам степ-теста PWC170 определена общая работоспособность: у девочек — $579,6 \pm 204,3$ и мальчиков — $674,9 \pm 299,5$ ($p > 0,05$). Установлен более высокий

прирост пульса у девочек, по сравнению с мальчиками, на первую ($\Delta P_s 1$, уд. в мин.) и вторую нагрузки ($\Delta P_s 2$, уд. в мин.). $\Delta P_s 1$: девочки — $59,5 \pm 15,1$, мальчики — $32,8 \pm 20,0$ ($p < 0,05$); $\Delta P_s 2$: девочки — $92,7 \pm 26,5$, мальчики — $67,8 \pm 21,7$ ($p > 0,05$). По оценке общей работоспособности школьники распределились следующим образом: низкая — 3,6 %, ниже среднего — 10,7 %, средняя — 50 % ($p = 0,0045$), выше среднего — 17,85 %, высокая — 17,85 %. Среди девочек преобладали лица со средней работоспособностью — 63,6 % ($p = 0,012$), лиц с низкой работоспособностью и работоспособностью ниже среднего не выявлено. Работоспособность выше среднего и высокая зарегистрирована у 18,2 % и 18,2 % девочек соответственно. Среди мальчиков преобладали лица со средней работоспособностью — 41,2 % ($p = 0,003$), однако их зарегистрировано меньше, чем среди девочек ($p > 0,05$). Также среди мальчиков выявлены лица с низкой работоспособностью — 5,9 % и работоспособностью ниже среднего — 17,6 %. Количество мальчиков с работоспособностью выше среднего (17,6 %) и высокой (17,6 %) незначительно меньше, чем среди девочек ($p > 0,05$). По результатам степ-теста RWC170 не установлено различий по средним значениям МПК между девочками ($46,9 \pm 9,7$) и мальчиками ($46,7 \pm 10,1$) ($p > 0,05$). По оценке МПК школьники распределились следующим образом: низкое — 25 %, ниже среднего — 35,7 % ($p = 0,0025$), среднее — 17,9 %, выше среднего — 7,1 %, высокое — 14,3 %. Среди девочек преобладали лица с оценкой МПК ниже среднего — 45,4 % ($p = 0,0215$), лиц с низким МПК не выявлено. МПК с оценкой среднее определена у 9,1 %, выше среднего — у 9,1 %, высокое — у 36,4 %. Среди мальчиков преобладали лица с оценкой МПК низкое — 41,2 % ($p = 0,003$), лиц с высоким МПК не выявлено. Значительно больше, чем среди девочек, выявлено мальчиков с оценкой МПК среднее — 23,5 % ($p > 0,05$). МПК с оценкой ниже среднего определена у 29,4 % ($p = 0,028$), выше среднего у 5,9 % мальчиков, что незначительно меньше, чем среди девочек ($p > 0,05$).

Выводы: таким образом, уровень выносливости организма школьников-юнармейцев не соответствует требованиям нагрузки, которая предъявляется к участникам данного движения. Более высокие показатели выносливости организма установлены у девочек, по сравнению с мальчиками.

По результатам данного исследования нами проведён семинар «Выносливость как основной показатель физической подготовки юного армейца» с обучением школьников способам повышения уровня выносливости их организма.

ПРЕИМУЩЕСТВА СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНОЛОГИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*А.А. Романова, П.Ю. Фёдорова, студенты 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: Ю.С. Нечаева

Ключевые слова: кесарево сечение; модификация; преимущества.

Цель исследования: проанализировать современную методику операции кесарева сечения и выделить основные клинические преимущества модифицированной техники абдоминального родоразрешения.

Материалы и методы: исследование было проведено на базе Областного родильного дома города Твери. Ретроспективно были изучены 100 историй родов за 2022 и 2000 год. Возраст обследуемых составил от 18 до 44 лет. Обращалось внимание на соматический статус, гинекологический и акушерский анамнез, факторы риска, течение настоящей беременности, технику кесарева сечения, течение послеоперационного периода, состояние здоровья новорождённых по шкале Апгар.

Результаты. Среди сопутствующей хронической патологии встречались заболевания органов дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной систем. Отмечалась вредная привычка в виде курения у 8 беременных. Гинекологическая патология была представлена: миомой матки, эрозией шейки матки, синдромом поликистозных яичников, кистой яичника, первичным ановуляторным бесплодием, вторичным трубным бесплодием, эндометриозом, общеравномерносуженным тазом 1–2 степени, хроническим сальпингоофоритом, полипом тела матки, аномалией влагалища. К осложнениям настоящей беременности относились: ранний гестоз, анемия 1–2 степени, артериальная гипертензия, вызванная беременностью, отёки, вызванные беременностью, фето-плацентарная недостаточность 1а степени, ложные схватки до и после 37 недель, инфекции половых путей, многоводие, маловодие, ОРВИ без подъёма температуры, тромбоцитоз, тромбоцитопения, синдром задержки роста плода, умеренная преэклампсия, подвывих лонного сочленения. Показаниями к кесареву сечению со стороны матери были: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО), незрелые родовые пути, дискоординация родовой деятельности, нарастание гестоза, длительный безводный период, неудачная попытка родостимуляции, ложные схватки, состояние после конизации шейки матки, первородящая старше 35 лет, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА), отказ от родов через естественные родовые пути. Показаниями к кесареву сечению со стороны плода были: крупный плод, внутриутробная гипоксия плода, тазовое предлежание, косое положение, одно- и двукратное обвитие пуповины вокруг шеи плода со сдавливанием и без сдав-

ления, истинный узел пуповины. Срок родоразрешения колебался от 35 до 41 недели беременности. Технология кесарева сечения включала в себя: лапаротомный доступ по Джоэл-Кохен. Разрез передней брюшной стенки производили по прямой поперечной линии на 2,5–3 см ниже линии, соединяющей передние верхние подвздошные ости. Подкожную жировую клетчатку и мышцы живота разводили тупым способом (билатеральной тракцией). Брюшину вскрывали в поперечном направлении. Тип разреза в нижнем сегменте матки поперечный (по Старку). Особенностью данной техники является то, что брюшина практически не подвергается воздействию режущих хирургических инструментов, что позволяет избежать травм мочевого пузыря и петель кишечника. Восстановление передней брюшной стенки проводили по одной из двух методик: отдельные кетгутовые швы с непрерывным швом по Ревердену полигликоидной нитью на основе полигидроксиацетиловой кислоты (ПГА) или двухрядный непрерывный шов по Ревердену тем же материалом или синтетическим рассасывающимся шовным материалом из полидиоксанона (ПДС). Не производилась перитонизация шва на матке пузырно-маточной складкой. Брюшину и мышцы передней брюшной стенки не ушивали. Длительность операции составляла от 18 до 72 минут. Интраоперационная кровопотеря была около 400 мл, но в одном случае 900 мл. Послеоперационный период у большинства женщин протекал удовлетворительно. Послеоперационные осложнения включали постгеморрагическую анемию 3 степени с проведением гемотрансфузии в одном случае и умеренную артериальную гипертензию также в одном случае. Оценка новорождённых по шкале Апгар составила от 7/8 (6/8 в одном случае) до 8/9 баллов.

Выводы: основными преимуществами операции кесарева сечения по Джоэл-Кохэн являются: минимальная травматизация тканей и, как следствие, меньшая кровопотеря (в результате того, что большая часть манипуляций производится мануально), сокращение в послеоперационном периоде частоты гнойно-септических осложнений и гематом передней брюшной стенки. Отсутствие зашивания брюшины обеспечивает меньший болевой синдром и расход анальгетиков в послеоперационном периоде, сокращает время операции, уменьшает риск пареза кишечника. Обеспечивается заживление матки с формированием компетентного рубца, что значительно уменьшает риск разрыва матки по рубцу при будущих беременностях. Проводимая ранняя активизация родильницы является неспецифической профилактикой тромбоэмболических осложнений и застойной пневмонии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

П.О. Ротанкова, студентка 6 курса лечебного факультета; Т.В. Медведева, М.А. Пегашова

ФГБОУ ВО Ярославский ГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Кафедра факультетской терапии

Научные руководители: к.м.н. Т.В. Медведева, к.м.н. М.А. Пегашова

Ключевые слова: *коронавирусная инфекция; сахарный диабет; ожирение; пневмония; коморбидная патология.*

Цель исследования. Коронавирусная инфекция, вызванная штаммом вируса SARS-CoV-2 (COVID-19), протекает в различных формах — от бессимптомных до крайне тяжёлых с развитием двусторонней пневмонии, полиорганной недостаточности и сепсиса. Пациенты, имеющие хронические заболевания, являются особой группой риска и требуют повышенного внимания. Такие заболевания, как сахарный диабет 2 типа (СД2), гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), являются предикторами тяжелого течения COVID-19. В то же время у пациентов с коморбидной патологией выше риск осложнений и летального исхода. Цель настоящего исследования — определить частоту встречаемости сердечно-сосудистой коморбидной патологии у госпитализированных больных с COVID-19 при разном объеме поражения легких и установить взаимосвязь степени выраженности пневмонической инфильтрации с особенностями таких лабораторных показателей, как СРБ, ферритин и Д-димер.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 51 истории болезни пациентов, проходивших лечение в терапевтическом отделении ГБКУЗ ЯО «Клиническая больница им. Н.А. Семашко» в 2021–2022 годах. Среди пациентов было 17 мужчин (33,3 %) и 34 женщины (66,6 %), средний возраст которых составил $62,9 \pm 9,4$ и $61,6 \pm 11,8$, соответственно. У всех пациентов была подтверждена двухсторонняя интерстициальная пневмония с помощью компьютерной томографии органов грудной клетки. Вирус SARS-CoV-2 был идентифицирован у 44 (86,3 %) человек.

Результаты. Установлено, что у 59,5 % госпитализированных объем поражения легких составил до 25 % (КТ 1), у 31 % — 26–50 % (КТ 2), у 9,5 % — 51–75 % (КТ 3). Поражение легких свыше 75 % ни у кого из пациентов, попавших в выборку, выявлено не было. У всех обследованных имелись сопутствующие заболевания. Причем в группе с КТ 3 у 100 % пациентов была ГБ, у 60 % — СД2 и у 40 % — ИБС, что достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с лицами в группе с КТ 1, в которой ГБ имела у 57 % госпитализированных, СД2 — у 23 %, ИБС — у 7 %. В группе с КТ 2 ГБ страдали 81 % больных, СД2 — 12,5 %, однако досто-

верных отличий частоты встречаемости этих заболеваний при КТ 2, по сравнению с КТ 1 и КТ 3, получено не было. Исследование также показало, что у лиц с ожирением 3 степени достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялся объем поражения легких, соответствующий КТ 3.

Исследование показало, что уровень С-реактивного белка (СРБ) в группе лиц с КТ 3 достоверно выше, по сравнению с КТ 1, а концентрация ферритина в группе больных с КТ 2 выше, чем у лиц с КТ 1. Также в ходе работы установлено, что уровень Д-димера в группах с КТ 1 и КТ 2 находился в пределах нормы, но у пациентов с КТ 3 он выходил за пределы референсных значений и был достоверно выше, чем при КТ 1 и КТ 2. Выявлены достоверные положительные корреляционные связи между объемом пневмонической инфильтрации и уровнем СРБ и ферритина. У всех пациентов на фоне проводимой терапии наблюдалось снижение вышеуказанных показателей, при анализе их в динамике.

Выводы: 1. Установлено, что у госпитализированных пациентов с коронавирусной инфекцией с КТ3 достоверно чаще, чем при КТ1, встречается такая коморбидная патология, как ГБ, СД2 и ИБС. 2. У больных с ожирением достоверно чаще встречается объем поражения легких, соответствующий КТ3. 3. Выявлены положительные корреляции между уровнем СРБ, ферритина и объёмом поражения легких. 4. Уровень Д-димера у госпитализированных с КТ 3 превышает референсные значения и достоверно выше, чем при КТ1 и КТ2, что позволяет предполагать повышенный риск тромбозов и тромбоэмболических осложнений у таких пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПОГИПЕРТРОФИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

*Д.Р. Рыбакова, Т.М. Калинин, студенты 3 курса педиатрического факультета;
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия
Кафедра профилактики детских болезней с курсом общего ухода за детьми
Научный руководитель: к.м.н. Н.В. Евдокимова*

Ключевые слова: дети; сахарный диабет 1 типа; липогипертрофии; инсулинотерапия.

Цель исследования: определить факторы риска развития липогипертрофий у детей с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы: обследовано 40 детей с сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 1 года до 17 лет (20 мальчиков и 20 девочек), находящихся на лечении в клинике ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России в эндокринологическом отделении. Проводилось изучение медицинской документации пациентов, осуществлялась оценка катамнестических данных и данных наблюдения, а также регулярный контроль уровня глюкозы и липидного профиля. Статистическая обработка результатов проводилась в программе Microsoft Excel 2007 с использованием методов описательного статистического анализа.

Результаты. Стаж заболевания у 31 пациента (78 %) составил от 1 года до 10 лет, у 9 детей (22 %) сахарный диабет 1 типа манифестировал впервые. 34 обследованных ребенка (85 %) получали инсулинотерапию по интенсифицированной схеме, 6 детей (15 %) – посредством помпы. Инсулинотерапия проводилась современными аналоговыми препаратами, такими как аспарт, лизпро, апидра, деглюдок в среднесуточной дозе 1,8 Ед на кг массы тела в сутки в область бедер, живота, плеч и ягодиц. У 18 пациентов (45 %) имелись такие осложнения сахарного диабета 1 типа, как диабетическая ретинопатия, катаракта, полинейропатия, нефропатия. Также у 18 детей (45 %) детей в качестве сопутствующей патологии встречался аутоиммунный тиреоидит без нарушения функции щитовидной железы. 30 обследованных пациентов (75 %) прошли школу диабета. Регулярно контролируют уровень сахара крови (не менее 4-х раз в день) и ведут дневник самоконтроля 20 человек (50 %). При анализе анамнеза жизни обращало на себя внимание, что 24 ребенка (60 %) детей родились с низкой массой тела 2 640 [2 400; 2 750] г. Также практически у всех обследованных детей выявлен отягощенный аллергоанамнез.

Состояние углеводного обмена у обследованных детей: уровень гликемии натощак составил 7 [6,4; 8,8] ммоль/л, через два часа после еды 9,9 [8,4; 12] ммоль/л, вариабельность гликемии в течение суток 7,5 [2,2; 14] ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина составил 8,7 [6,8; 13] %.

Состояние липидного обмена: у 12 детей (30 %) выявлена дислипидемия, характеризующаяся гиперхолестеринемией 6,1 [5,8; 6,2], снижением ЛПВП 0,81 [0,85; 0,9], повышением ЛПНП 3,05 [2,8; 3,2]. Клинически липогипертрофии выявлены у 28 детей (70 %). Наиболее частая локализация липогипертрофий — в области живота и бедер (64 % и 56 % соответственно). Реже липогипертрофии отмечались в области плеч и ягодиц (42 % и 11 % соответственно). Причем липогипертрофия встречалась чаще у девочек (58 %). В 52 % случаев липогипертрофии отмечалась у пациентов со стажем диабета более 3 лет. У 36 детей (90 %) первые признаки липогипертрофий появились через 1–3 месяца после начала лекарственной терапии. При расспросе установлено, что все дети использовали иглы длиной 4–6 мм. 33 % пациентов меняют иглы каждый раз, 25 % — каждый день и 42 % делают это раз в несколько дней или раз в неделю. Разницы между пациентами, получающими препараты по интенсифицированной схеме и посредством помпы, не обнаружено. 70 % пациентов производили ротацию мест инъекций каждый раз при проведении инъекций или каждый день, а 30 % — производили смену мест раз в несколько дней или реже. Всем детям с липогипертрофиями для лечения были назначены физиотерапия, фототерапия, массаж.

Выводы: основными факторами риска развития липогипертрофий у детей с сахарным диабетом 1 типа являются недостаточная частота смены и редкая ротация мест инъекций, стаж заболевания более 3 лет, декомпенсация обменных процессов, наличие осложнений. Чаще липогипертрофии встречаются у девочек 13–17 лет, получающих большие дозы инсулина и имеющих аутоиммунный тиреоидит, дислипидемию и низкую массу тела при рождении.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

*В.В. Рябчикова, В.С. Бурская, студенты 6 курса лечебного факультета;
Н.В. Перевалова, ординатор кафедры травматологии-ортопедии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра детской хирургии
Научный руководитель: д.м.н., профессор В.В. Мурга*

Ключевые слова: повреждения сухожилий; травма кисти; тендопластика; первичный сухожильный шов; тенолиз.

Цель исследования: оценка эффективности методов лечения повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти у детей.

Материалы и методы: в ходе исследования был проведен анализ историй болезней 35 детей с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти, находившихся на лечении в травматолого-ортопедическом отделении ГБУЗ ДОКБ г. Твери в период с 2017 г. по 2022 г. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel.

Результаты: Было обследовано и пролечено 7 пациентов (20 %) в возрасте до 3-х лет, от 4-х до 7 лет-4 ребенка (11,4 %), от 8 до 12 лет – 11 детей (31,4 %), от 13 до 17 лет- 13 больных (37,1 %). Мальчиков было 29 (82,8 %), девочек 6 (17,2 %). Основными причинами повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти были ранения острыми предметами: порез стеклом (17 случаев – 48,6 %), о металлическую кромку забора (11 пациентов – 31,4 %), ножом (5 детей – 14,3 %), 1 пациент получил травму во время работы с электроинструментом (болгаркой) и 1 ребенок пострадал от укуса собаки. У 19 (54,29 %) пациентов был поврежден один палец, у 16 (45,71 %) детей – встречались ранения сухожилий двух и более пальцев. У 57,1 % пострадавших была травмирована правая рука, у 42,9 % – левая. Сухожилия сгибателей пальцев кисти были повреждены в первой анатомической зоне в одном случае (2,86 %), во второй зоне – у 26 детей (74,28 %), в третьей – у 5 пациентов (14,29 %), в четвертой – у одного ребенка (2,86 %), в пятой – у 2 больных (5,71 %).

Тактика лечения зависела от характера ранения и возраста пациента. При сильном загрязнении раны, размозжении мягких тканей, укушенной ране и детям раннего возраста при поступлении проводили первичную хирургическую обработку раны, иммобилизацию, а сухожилия сгибателей пальцев кисти восстанавливали в плановом порядке. Так, в период от 2-х недель до 6 месяцев после повреждения у 7 пациентов (24,14 %) был выполнен вторичный сухожильный шов, у 13 детей (44,83 %) – одномоментная тендопластика. У 7 пациентов (24,14 %) в течение 24 часов с момента травмы был выполнен первичный сухожильный шов.

В большинстве случаев сухожилия сгибателей пальцев кисти сшивали по М.М. Казакову, а в качестве аутотрансплантата использовали поверхностные сгибатели пальцев кисти. Двум пациентам с застарелыми частичными повреждениями сухожилий был проведен тенолиз.

В послеоперационном периоде придерживались определенной общей тактики: иммобилизацию осуществляли с помощью гипсовой лонгеты от кончиков пальцев до средней трети плеча в положении функционального сгибания пальцев и ладонного сгибания кисти до 100°. Сроки иммобилизации зависели от тяжести травмы и возраста пациентов и составили от двух до четырех недель. У детей с застарелыми повреждениями сухожилий использовали мазовые повязки «Бранолинд Н» с перуанским бальзамом.

Разработку движений в межфаланговых суставах начинали выполнять на 5–7 сутки с момента операции во время перевязок. Физиотерапевтические процедуры проводили после снятия швов, применяли фонофорез с гидрокортизоном, магнитотерапию.

Ближайшие результаты лечения в большинстве случаев были положительные (в 71,43 %) — у детей появились активные и пассивные качательные движения в межфаланговых суставах. У 4 пациентов (11,4 %) исходы лечения были неудовлетворительными: образовались рубцовые сгибательные контрактуры пальцев, в связи с чем им были выполнены повторные хирургические вмешательства — тенолиз.

Выводы: анализ результатов лечения пациентов показал, что качественная оперативная техника в сочетании с грамотно подобранной послеоперационной реабилитацией приводит к большему количеству благоприятных исходов.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АНДРОГЕНЗАВИСИМЫХ ДЕРМАТОПАТИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

*А.Д. Савельева, студентка 6 курса, П. Нестеренко, студентка 5 курса
лечебного факультета; Е.Г. Некрасова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Некрасова Е.Г.*

Ключевые слова: андрогензависимые дерматопатии; студенты; наследственность; эндокринная патология.

Андрогензависимые дерматопатии (АДП), такие как акне, андрогенная алопеция и гирсутизм, развиваются вследствие генерализованного или локального воздействия избытка андрогенов на волосяные фолликулы и сальные железы. Причиной данных заболеваний может быть усиленный синтез андрогенов или повышенная к ним чувствительность рецепторов органов-мишеней. Учитывая возможную вовлеченность эндокринной системы в развитие андрогензависимых дерматопатий, необходим комплексный подход к обследованию данной группы пациентов, который включает в себя оценку внешних признаков метаболического синдрома и другой эндокринной патологии, регулярности менструального цикла у женщин, репродуктивных жалоб и, при необходимости, уровня половых гормонов.

Цель исследования: определить распространенность и характер течения андрогензависимых дерматопатий среди студентов, а также их взаимосвязь с эндокринной патологией.

Материалы и методы исследования: в рамках исследования методом случайной выборки врачом дерматовенерологом были осмотрены 82 студента 4 курса Тверского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 23 лет (средний возраст составил $20,5 \pm 1,9$), из них 90,2 % оказались лица женского пола. Исследуемым также было предложено пройти анкетирование, которое включало в себя основные клиничко-anamnestические вопросы, касающиеся истории заболевания, применяемых ранее методов обследования и лечения. В исследование не включались студенты, получающие системную эндокринную терапию.

Результаты. Обнаружено, что 31,5 % молодых людей на момент осмотра имели проявления акне, из них 12,3 % — папуло-пустулезные акне тяжелой степени (у 10,9 % девушек, у 3,7 % юношей), остальные — единичные комедоны. Сочетанное поражение кожи лица и других областей, а именно груди и спины, встречалось у 43,8 % обследуемых, при этом у 24,3 % имеются осложнения акне в виде поствоспалительной пигментации или атрофических рубчиков. Большинство молодых людей (80,5 %) заявляли об отсутствии проявлений акне у родителей в этом возрасте. Наличие данного заболевания тревожит 49,3 % студентов;

многие признались, что дополнительно травмируют воспалительные элементы (60,3 %).

Большинство студентов уже обращались за консультацией к врачу дерматовенерологу ранее и на момент осмотра проводят наружное лечение, но утверждают, что оно эффективно только при постоянном применении (46,6 %), 4,1 % молодых людей указали на опыт лечения системными антибиотиками, который также имел временный эффект, 8,2 % девушек использовали для лечения акне оральные контрацептивы, но отмечают рецидив акне при их отмене, 11 % студентов прошли курс терапии акне системными ретиноидами с полным клиническим выздоровлением.

По результатам осмотра и анкетирования диагностировано, что 13,7 % обследованных девушек имеют явления гирсутизма, а 6,8 % – начальные проявления андрогенной алопеции. Также выяснено, что у трети девушек, страдающих акне, имеются нерегулярные менструации (30,1 %) и среди них преимущественно оказались девушки, имеющие тяжелую степень папуло-пустулезного акне. Как оказалось, все они в анамнезе имеют установленную эндокринную патологию (синдром поликистозных яичников, врожденная дисфункция надпочечников, заболевания гипофиза). Значительная часть студентов во время анкетирования отметили у себя наличие лишнего веса (30,1 %). На взаимосвязь обострения акне и употребления пищевых триггеров указали 20,6 % обследуемых, из них 27,4 % считают блюда богатые углеводами причиной новых высыпаний, 2,7 % – молочные продукты.

Выводы: акне является наиболее частой андрогензависимой дерматопатией среди молодых людей в возрасте 18–23 лет (31,5 %), у части из них оно сочетается с андрогенной алопецией (4,1 %) и гирсутизмом (6,8 %). Большинство студентов не имеют жалоб и внешних проявлений эндокринных заболеваний, причиной АДП у этих молодых людей является относительный или незначимый абсолютный гиперандрогенизм. Нарушение менструального цикла у девушек может указывать на наличие эндокринно-гинекологической патологии и требует расширенного обследования и лечения у профильного специалиста. Ожирение у молодых людей с выраженными проявлениями АДП также указывает на необходимость проведения консультации эндокринолога у лиц обоего пола и требует совместного ведения с дерматологом. У молодых лиц без признаков эндокринной патологии определяющей является дерматологическая тактика.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ КАК ФАКТОРА РИСКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

*Д.Ю. Самуйлов, студент 1 курса лечебного факультета; Л.М. Ганина, ученица 10-3 класса МОУ «Тверской лицей»; Н.А. Костюничева
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра основ общественного здоровья, здравоохранения и истории
медицины
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии
Научные руководители: д.м.н., профессор А.Г. Иванов,
старший преподаватель Н.А. Костюничева*

Ключевые слова: факторы риска; газированные напитки; твердые ткани зуба.

Здоровье населения, в том числе подростков, обусловлено влиянием целого комплекса факторов. Факторы, способствующие возникновению заболеваний, являются факторами риска. К ним относятся газированные напитки, содержащие кислоты, оказывающие негативное влияние на состояние твердых тканей зубов, употребление которых в последние годы существенно возросло. Установлено, что тонкая белковая оболочка, покрывающая эмалевые призмы зубов, устойчива к воздействию кислот. При этом деминерализация эмали под их воздействием начинается при значении водородного показателя (рН) менее 5,5, а газированный безалкогольный напиток «Кока-кола» имеет рН 2,5.

Безусловная очевидность состоит в том, что в России отмечается значительный рост повреждений твердых тканей зубов некариозного происхождения — различных видов стираемости твердых тканей зубов, в том числе эрозий. Возможно, это связано с увеличением распространенности употребления газированных напитков, содержащих различные кислоты.

Цель исследования: выявить факторы риска и определить характер повреждений твердых тканей зубов под влиянием кислот газированных напитков на основе анкетирования респондентов, оригинальной методики моделирования и визуальных исследований в комплексной лаборатории морфологических исследований Тверского ГМУ.

Материалы и методы: для выявления факторов риска и их негативного воздействия на твердые ткани зубов проанализировали результаты анкетирования. В анкетировании принимали участие: 30 школьников 9 класса МОУ «Тверская гимназия № 6», 35 студентов и 25 преподавателей Тверского ГМУ. Установлено, что респонденты наиболее часто употребляли газированные напитки «Фанта», «Кока-кола» и энергетик Burn. Основная категория потребителей — школьники, которые не знали о негативном воздействии кислот на эмаль зубов. Объектом исследования служили интактные экстрагированные зубы пациентов, полученные в хирургическом отделении стоматологической клиники «Ютас» г. Твери. Зубы

были разделены на три группы в соответствии с употреблением указанных выше газированных напитков и одну контрольную группу (употреблялась вода). Исследуемые объекты были помещены в стаканчики с жидкостями, что обеспечивало прямой и длительный контакт твердых тканей зубов с кислотами вызывает развитие эрозии. Для чистоты эксперимента газированные напитки меняли 1 раз в 3 дня. Через определенное время проводили исследование на основании внешней морфометрической оценки и визуального осмотра зубов.

Результаты. Визуальный осмотр твердых тканей зубов показал, что на ранних сроках наблюдается потеря блеска эмали. Далее с помощью препаровальной иглы выявлялись дефекты эмали и цемента различной степени глубины поражения. В зубе с незначительным повреждением эмали при удалении, в месте дефекта наблюдалось потемнение и размягчение дентина.

Выводы: неоднократный контакт зубов с кислотами, входящими в состав газированных напитков, приводит к появлению дефектов эмали и цемента различной степени и глубины, что является причиной размягчения твёрдых тканей зубов, и как следствие — постепенное разрушение. Наличие микротравм эмали способствует распространению патологического процесса на дентин зубов. В связи с недостаточным освещением в СМИ актуальности этой проблемы для сохранения здоровья, целесообразно активизировать информирование населения, в том числе подростков учебных заведений, о негативном влиянии кислот газированных напитков на твердые ткани зубов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ НЕМАССИВНОЙ ТЭЛА У 18-ЛЕТНЕГО ЮНОШИ НА ФОНЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

М.М. Сарматина, А.В. Глинкина, студенты 5 курса педиатрического факультета

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Кафедра внутренних болезней

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л.Ю. Пальмова

Ключевые слова: острая немассивная ТЭЛА; внебольничная пневмония; острый венозный тромбоз.

Актуальность: тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является одной из самых urgentных ситуаций и занимает третье место среди причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Источником ТЭЛА во многих случаях являются глубокие вены нижних конечностей. ТЭЛА осложняет течение заболеваний терапевтического профиля у пациентов различного возраста, имеющих факторы риска (ФР). Одним из ФР являются тромбофилические состояния. Популяционная частота гетерозиготной мутации гена FV (Leiden) составляет 3–7 % среди европейцев, и в 18–20 % она ответственна за развитие венозных тромбоэмболических осложнений. Случаи гомозиготного носительства данной мутации чрезвычайно редки. Мутация гена протромбина FII G20210A встречается у 1–3 % представителей европейцев. Воспалительные процессы могут стать провоцирующим фактором для формирования внутрисосудистых тромбов в венах нижней конечности и привести к развитию ТЭЛА у больных с тромбофилиями.

Цель исследования: проанализировать клинический случай и выработать у будущих врачей настороженность в отношении тромбоэмболии у молодых лиц.

Материал и методы исследования: сбор анамнеза, объективное исследование, анализ данных истории заболевания и листа назначения.

Результаты. Пациент А., 18 лет, заболел остро с подъемом температуры до 39 градусов и развитием малопродуктивного кашля с зеленоватой мокротой, заложенностью носа. Свое состояние пациент связывал с переохлаждением. С этими жалобами обратился в приемный покой многопрофильного стационара, где была проведена Ro-грамма органов грудной клетки (ОГК), взяты анализы крови и мазок на COVID-19 (отрицательный). При объективном осмотре: кожные покровы физиологической окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Частота дыхательных движений — 20 в минуту, SpO₂ — 98 %, левая половина грудной клетки отставала в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в задне-боковой области слева отмечалось притупление перкуторного звука, при аускультации в этой же области — резко ослабленное дыхание. В аксиллярной области слева определялось умеренное количество влажных мелкопузырчатых звучных хрипов.

Сердечно-сосудистая и пищеварительная системы без патологий. Данные лабораторных исследований: в общем анализе крови выявлен нейтрофилез, смещение лейкоцитарной формулы влево, моноцитоз, повышение СОЭ. По данным Ro-граммы ОГК отмечалось негетерогенное затемнение в проекции нижней доли левого легкого средней интенсивности. Контуры неровные, нечеткие. Заключение: левосторонняя нижнедолевая пневмония. На основании жалоб, данных физикального осмотра, лабораторных исследований и Ro-граммы ОГК был выставлен диагноз: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония средней степени тяжести. Была назначена антибиотикотерапия (азитромицин, цефтриаксон) с положительным эффектом. Однако на 5 сутки нахождения в стационаре у пациента А. 18 лет появились новые жалобы на боль в левой голени, которой первоначально не придали значения. На следующие сутки присоединились боли в передне-боковой области грудной клетки слева выраженной интенсивности и кровохарканье. С подозрением на ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии, острый венозный тромбоз левой голени в срочном порядке были проведены следующие обследования: коагулограмма, Д-димер, ЭХО-кардиоскопия, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов вен нижних конечностей, компьютерная томография (КТ) ОГК. Выявлен тромбоз задней большеберцовой вены (ЗББВ) и подколенной вены (ПкВ) левой конечности, КТ-признаки острой немассивной ТЭЛА с окклюзией нижнедолевой ветви легочной артерии, сегментарных ветвей легочной артерии нижней доли левого легкого. Была срочно начата внутривенная гепаринотерапия с последующим переводом в отделение неотложной ангиохирургии.

Выводы: ввиду молодого возраста пациента представленный случай острой ТЭЛА на фоне внебольничной пневмонии следует рассматривать на предмет возможной врожденной тромбофилии, требующей специальной диагностики. В данном случае необходимо обследование на гомозиготное носительство полиморфизма генов: фактора Лейдена (G1691A), протромбина (G20210A), фибриногена (G455A).

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ Г. МИНСКА

*А.М. Сивец, А.А. Кожемякина, студенты 5 курса педиатрического факультета; Н.В. Галькевич, А.А. Астапов
БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь
Кафедра детских инфекционных болезней
Научные руководители: к.м.н., доцент Н.В. Галькевич, к.м.н.,
доцент А.А. Астапов*

Ключевые слова: ветряная оспа; энцефалит; неврологические осложнения; дети.

Цель исследования. Коронавирусная инфекция внесла свой вклад в распространенность «обычных» инфекций. За счет активного соблюдения личной гигиены, ношения масок уменьшилось количество кишечных инфекций, передающихся респираторным путем. Однако отсутствие карантинных мероприятий в учреждениях образования продолжило распространение ветряной оспы, которая не всегда протекала гладко. Рядом авторов показано, что наиболее частым осложнением ветряной оспы является поражение мозга с развитием мозжечковой атаксии. Нами было решено оценить клиничко-лабораторные изменения неврологических осложненной ветряной оспы у детей в г. Минске.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование, в которое были включены 16 больных в возрасте от 2-х до 4-х лет, госпитализированных в Городскую детскую инфекционную больницу г. Минска в период с 2018 по 2022 годы с неврологическими симптомами на фоне течения ветряной оспы или в период реконвалесценции после заболевания. Все пациенты были иммунокомпетентны, никто не получал иммуносупрессивную терапию.

Результаты. Всего за 5 лет поступило 16 пациентов, причем в 2018 году (до пандемии) их было 6 (37,5 %), по 3 человека в 2019, 2020 и 2022 годах (по 18,75 %), меньше всего в 2021 году – 1 ребенок (6,25 %). Больше всего детей было в осенне-зимний период (81,25 %), летом – ни одного. Средний возраст детей составил $4,2 \pm 0,6$ лет (минимальный – 2 года, максимальный – 4), наиболее часто осложнения наблюдались у детей 4-х лет (62,5 %). Из инструментальных методов диагностики проводилось МРТ головного мозга. Поражения нервной системы практически у всех детей проявлялось энцефалитом в виде мозжечковой атаксии (шаткая походка, головная боль, изменения в ликворе, не характерные для менингита). Только у 3-х детей выявлены проявления менингоэнцефалита (наблюдались головная боль, судороги, очаговая симптоматика). У одного ребенка течение ветряной оспы сопровождалось экстрабуккальной скарлатиной. У всех детей заболевание протекало в среднетяжелой форме. Средняя длительность лечения составила $12,3 \pm 5,5$ дней. Большинство детей (81,25 %) выписано с улучшением,

остальные (18,75 %) — с выздоровлением. Летальных исходов в результате неврологических осложнений ветряной оспы не было.

Одним из основных исследований для исключения или подтверждения заболеваний ЦНС является анализ спинномозговой жидкости. Из 16 пациентов он был проведен у 7 детей (при наличии менингеальных симптомов). В 6 случаях (85,71 %) ликвор был бесцветным, в 1 случае (14,29 %) серовато-розовым, однако после центрифугирования стал бесцветным, слабо-мутным, с небольшим осадком из неизмененных эритроцитов. Содержание белка значимо не изменялось ($0,40 \pm 0,35$ г/л), было повышено только у 3 пациентов (максимально до 1 г/л), содержание глюкозы у всех было в пределах нормы. У 4 пациентов (57,14 %) незначительно понижено содержание хлоридов — 118–119 ммоль/л (норма 120–130 ммоль/л). Цитоз ликвора был повышен в 6 случаях (85,71 %), из них только в 2-х выше 100 клеток (144 и 221), в среднем цитоз составил $78,00 \pm 77,56 \times 10^6$ л, преобладали нейтрофилы — $62,43 \pm 18,73$ %, лимфоциты составили $37,57 \pm 18,73$ %.

В общем анализе крови чаще всего изменялось количество лейкоцитов. Так, у 5 пациентов этот показатель был выше 10×10^9 /л. У 5 детей (31,25 %) отмечался нейтрофилез за счет сегментоядерных нейтрофилов. В свою очередь СОЭ была ускорена у 6 детей (25 %) выше 10 мм/час, максимально до 39 мм/час. Количество тромбоцитов было в норме у всех детей. В биохимическом анализе крови отмечено незначительное повышение С-реактивного белка в 4 случаях (25 %), максимальное значение 14,5 мг/л.

Восьми детям в связи с тяжестью состояния был определен уровень лактата. У 5 из 8 детей наблюдалось его умеренное повышение (максимально до 3,1 ммоль/л).

Выводы:

1. Наиболее часто ветряная оспа с неврологическими осложнениями протекала у детей 4 лет (средний возраст $4,2 \pm 0,6$ лет).
2. Практически у всех детей поражение нервной системы проявлялось энцефалитом в виде мозжечковой атаксии (87,5 %), у 3 детей в сочетании с менингоэнцефалитом.
3. Наибольшая заболеваемость отмечалась в осенне-зимний период.
4. При анализе показателей ликвора в 6 случаях (85,71 %) имело место повышение цитоза, в среднем цитоз составил $78,00 \times 10^6$ /л.

Воспалительный характер общего анализа крови был отмечен в 10 случаях (62,5 %). Чаще всего имелись умеренный лейкоцитоз, у трети детей — нейтрофилез за счет сегментоядерных нейтрофилов, умеренное повышение СОЭ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ В ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*Ю.В. Симонова, студент 4 курса педиатрического факультета;
М.Д. Карьюс, ординатор 1 года обучения кафедры неврологии, реабилитации и
нейрохирургии; Т.В. Сороковикова
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: расстройства аутистического спектра;
электроэнцефалограмма; транскраниальная доплерография.

Расстройства аутистического спектра (РАС) — это большая группа разнообразных по клиническим проявлениям расстройств психологического развития. При данном заболевании типичны снижение качества социального взаимодействия, ограничение способов и продолжительности общения, стереотипные варианты реагирования и самоуспокоения. Степень выраженности проявлений РАС индивидуальны у каждого пациента и у отдельных пациентов в течение жизни, так как заболевание может манифестировать в раннем детстве (в более редких случаях — в первые пять лет жизни) и протекает без периодов ремиссии.

На данный момент нет единой схемы патогенетического развития РАС. Самая распространенная теория предполагает, что РАС развивается из-за незрелости центральной нервной системы вследствие нарушения возникновения связей между областями мозга, отвечающими за развитие социальных и коммуникативных способностей. В качестве иницилирующего фактора могут выступать увеличение объема головного мозга, избыточное возникновение синаптических связей, нарушение миграции нейронов в антенатальном периоде, повышенный уровень серотонина, дисфункция тормозных нейронов коры головного мозга.

Единой концепции возникновения РАС до сих пор не существуют, но прослеживаются схожие черты патологических изменений на органическом и функциональном уровнях работы центральной нервной системы таких пациентов.

Цель исследования: изучение данных электроэнцефалограммы, магнитно-резонансной томографии, транскраниальной доплерографии, рентгенограммы шейного отдела позвоночника у пациентов с расстройствами аутистического спектра.

Материалы и методы: проведен анализ 74 амбулаторных карт пациентов с расстройствами аутистического спектра в возрасте от 4 до 17 лет, изучены данные электроэнцефалограммы, магнитно-резонансной томографии, транскраниальной доплерографии, рентгенограммы шейного отдела позвоночника.

Результаты. ЭЭГ-исследование выявило снижение функции тормозных нейронов у 11,1 % пациентов, выраженные изменения биоэлектрической активности

головного мозга с замедлением темпов формирования основного ритма — у 15,5 % (в том числе с акцентом на диэнцефальном уровне — 5,1 %), диффузное раздражение нейронов коры в фоновом режиме — у 9,6 % детей, паттерн чрезмерной быстрой активности — у 4,4 % пациентов. Специфическая эпилептиформная активность по обеим гемисферам, множественные вспышки, единичные случаи эпилептиформной активности в виде спайков, острых волн, комплексов пик-волна, острая медленная волна и паттерн электроэнцефалограммы «вспышка — подавление» встречались в единичных случаях (по одному пациенту на явление).

По данным транскраниальной доплерографии тенденция к повышению индексов периферического сопротивления, нарушению цереброваскулярной реактивности, избыточное влияние симпатического отдела ВНС, признаки венозной внутричерепной дисфункции по ангиодистоническому типу в обоих полушариях встречались в 5,1 % случаев. Гипертонус передней, средней и задней мозговых артерий — в 3,7 %.

МРТ-исследование выявило единичные случаи органических нарушений строения головного мозга: один случай лейкоареоза в перивентрикулярных отделах задних рогов обоих боковых желудочков, один случай перивентрикулярной лейкопатии задних отделов больших полушарий, со вторичной вентрикуломегалией и ретроцеребеллярной кистой, один случай единичного узла субэпендимарной гетеротопии серого вещества в правой теменной доле с единичным очагом глиоза в правой теменной доле.

Рентгенограмма шейного отдела позвоночника проводилась при жалобах на повышенную утомляемость, головные боли (в том числе — головные боли напряжения), нарушения цикла «сон — бодрствование». По результатам обследования диспластические изменения выявлены в 11,1 % случаев.

Выводы: таким образом, наблюдается полиморфизм нарушений развития и функционирования центральной нервной системы, однако ни одна из найденных патологий не является специфической для РАС и не может считаться патогенетической причиной развития заболевания. Пациенты с РАС относятся к группе риска по развитию эпилептиформной активности и недостаточности, связанной с диспластическими изменениями в шейном отделе позвоночника. В связи с этим обследование детей с РАС должно быть выполнено с привлечением методов инструментальной диагностики, а последующее лечение должно включать в себя симптоматическую терапию, направленную на нивелирование нежелательных проявлений.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

*Сингх Вивек Ашок, Кхан Сахил, студенты 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра поликлинической терапии

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.Ю. Зенина

Ключевые слова: синдром старческой астении; депрессия; пожилой и старческий возраст.

Цель исследования — оценить распространенность синдрома старческой астении, депрессии и нарушений функциональной активности у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: обследовано 70 пациентов ГБУЗ «Городская поликлиника №8» г. Твери в возрасте от 65 до 89 лет (средний возраст — $73,8 \pm 7,5$ лет). Все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 38 (54,2 %) человек пожилого возраста (от 65 до 74 лет), а вторую — 32 (45,7 %) пациента старческого возраста (от 75–89 лет). В каждой возрастной группе проводилось общеклиническое обследование, а также анкетирование с использованием опросника «Возраст не помеха» (5 и более баллов — вероятная старческая астения) и гериатрической шкалы депрессии (GDS-15), включающей 15 вопросов. Депрессия диагностировалась при количестве положительных ответов 5 и более. Для определения уровня функциональной активности оценивали инструментальную функциональную активность (шкала Лоутона).

Результаты. Признаки старческой астении выявлены у 68 % пожилых пациентов и у 82 % обследуемых старческого возраста. При этом в первой группе у 78 % анкетированных отмечалась легкая и умеренная тяжесть синдрома старческой астении, а во второй — преимущественно тяжелая (72 % пациентов).

Депрессия в первой группе обследуемых выявлена у каждого третьего пациента, а во второй группе — у каждого второго пациента.

У всех пациентов пожилого и старческого возраста регистрировались сопутствующие хронические заболевания. В первой группе гипертоническая болезнь определялась у 54 % пациентов, ишемическая болезнь сердца — у 21 %, хроническая ишемия головного мозга — у 15 %, хроническая обструктивная болезнь легких — у 11 %, сахарный диабет 2 типа — у 6 %. Нарушения слуха выявлены у 25 % обследуемых, нарушения зрения — у 62 %, заболевания суставов — у 33 % пациентов. Во второй группе у пациентов старческого возраста регистрировались гипертоническая болезнь (58 %), ишемическая болезнь сердца (29 %), хроническая ишемия головного мозга (33 %), хроническая обструктивная болезнь легких (6 %), сахарный диабет II типа (6 %), нарушения слуха (41 %), нарушения зрения (78 %).

заболевания суставов — у 43 % пациентов. Достаточную инструментальную функциональную активность в первой группе имели все обследуемые, а во второй группе — 82 % обследуемых.

Выводы: высокая распространенность социально значимых гериатрических синдромов — старческой астении и депрессии — свидетельствует о необходимости использования в клинической практике комплексной гериатрической оценки с целью разработки адекватного плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление и/или поддержание уровня функциональной активности, снижение смертности и увеличение продолжительности жизни пациентов пожилого и старческого возраста.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ И ПУТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

*А.Н. Сирица¹, студентка 6 курса медико-фармацевтического факультета;
К.В. Мельник¹, студентка 5 курса 1 лечебного факультета;
Ю.А. Лыгина¹, Р.Н. Андреев², В.И. Толстюк²*

*¹ — ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика, Россия*

*² — Территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Донецкой
народной Республике в городах Макеевка, Авдеевка, Ясиноватая,
Ясиноватском районе, г. Макеевка, Донецкая Народная Республика, Россия
Кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением
и эпидемиологии*

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. А. Мельник

Ключевые слова: *вирусный гепатит А, эпидемический процесс, профилактика, факторы передачи.*

Цель исследования: установить современные закономерности эпидемического процесса вирусного гепатита А (ВГА) в Донецком регионе и определить наиболее эффективные пути и методы его профилактики.

Материалы и методы: проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ВГА за 2021–2022 гг. в Донецкой Народной Республике (ДНР) по материалам эпидемиологического отдела Республиканского центра санэпиднадзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения ДНР (РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2016.

Результаты. В ходе проведенного исследования установлено, что заболеваемость ВГА в 2022 г. регистрировалась на спорадическом уровне (8 случаев, интенсивный показатель — 0,3 на 100 тыс. населения), отмечено снижение на 37,2 %. В 2021 г. заболеваемость ВГА также была спорадической (10 случаев), интенсивный показатель составил 0,44 на 100 тыс. населения. Наибольшее количество случаев заболевания было зарегистрировано в период с июля по ноябрь, что соответствует описанной в научной литературе летне-осенней сезонности ВГА.

В возрастной структуре заболевших в 2021–2022 гг. преобладали взрослые преимущественно в возрасте 19–39 лет (в 2021 г. их удельный вес составил 50,0 %, в 2022 г. — 62,5 %). Следует также отметить, что в 2021 г. удельный вес заболевших детей школьного возраста, которые являются одной из основных групп риска распространения заболевания ВГА, снизился до 11,0 %, что является благоприятным прогностическим признаком.

Неблагоприятный прогноз по ВГА будет определять наличие большого количества скрытых источников инфекции на фоне некачественной диагностики заболеваний, дефицита и негарантированного качества питьевой воды. Кроме того,

необходимо учитывать возможность заноса возбудителя с пограничных с ДНР территорий.

Проверка проб водопроводной воды сотрудниками коммунального отдела РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР показала отсутствие антигена ВГА. Изучение аварийных ситуаций на водопроводных и канализационных сетях также позволило определить отсутствие условий, способствующих загрязнению питьевой воды.

Согласно данным собранного эпидемиологического анамнеза, на протяжении исследуемого периода ведущая роль в передаче ВГА принадлежала бытовому фактору, в том числе в семейных очагах (60,0 %). Однако 30,0 % случаев заболеваний были связаны с дефицитом водоснабжения, затруднением соблюдения личной гигиены и употреблением для питьевых целей воды из запасных емкостей. В 10,0 % путь и фактор передачи не были установлены.

Следует отметить, что, согласно мировым научным данным, вакцинация против ВГА является эффективным средством экстренной профилактики заболевания. В настоящее время на территории ДНР не отмечается тенденции к эпидемическому подъему заболеваемости, однако выборочная иммунизация групп риска, в том числе среди детей, является одним из перспективных направлений для повышения качества профилактической и противозидемической работы.

Выводы: таким образом, эпидемическая ситуация по ВГА на территории ДНР в настоящее время остается относительно благополучной. Однако необходимо учитывать, что имеются предпосылки для распространения инфекции, связанные с дефицитом водоснабжения вследствие сложившейся на территории ДНР социально-экономической ситуации. Для эффективной профилактики роста заболеваемости ВГА необходимо обеспечить население качественной питьевой водой, а также проводить санитарно-просветительскую работу относительно соблюдения правил личной гигиены, в том числе детьми школьного возраста.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УТОЧНЕНИЯ ЭТИОЛОГИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

*М.С. Смирнова, студентка 6 курса лечебного факультета;
М.В. Медведева, М.В. Баукин, студенты 5 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: цирроз печени; аутоиммунный гепатит; маркеры; иммуносупрессивная терапия.

Цель исследования — анализ сложного клинического случая верификации этиологии цирроза печени.

Материалы и методы: изучение клинических и анамнестических данных больной с наблюдением в динамике за процессом обследования и лечения.

Результаты. Женщина 58 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на выраженную слабость, резкое похудение на 14 кг за последние полгода (за последние 8 лет похудела на 40 кг). При активном расспросе выявлена повышенная кровоточивость, забывчивость, инверсия сна. В течение 8 лет наблюдается у терапевта с сахарным диабетом и артериальной гипертонией. В анализах крови неоднократно отмечалось повышение аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 6–8 верхних границ нормы (ВГН), при этом маркеры вирусных гепатитов не обнаруживались. Назначалось курсовое лечение препаратами эссенциальных фосфолипидов, урсодезоксихолевой кислотой на фоне базисной терапии (метформин, лозартан). Курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективно: рост 176 см, вес 62 кг, ИМТ 20,0 кг/м², кожные покровы сухие, с гиперпигментацией. На коже лица, шеи, груди, верхних конечностей множественные телеангиоэктазии и петехиальная сыпь, выражена пальмарная эритема. Дыхание везикулярное, хрипов нет, 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные, 84 в мин. Язык влажный, малиновый, слегка обложен. Живот подвздут, мягкий, безболезненный. Печень +5 см из-под края реберной дуги, 14–13–12 см, край плотный, круглый, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: эритроциты $3,4 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин 110 г/л; цветовой показатель 0,98; лейкоциты $7,3 \times 10^9$ /л; базофилы 0 %, эозинофилы 2 %, палочкоядерные 3 %, сегментоядерные 57 %, лимфоциты 32 %, моноциты 4 %; тромбоциты 96×10^9 /л; СОЭ 51 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,5 ммоль/л, креатинин 120 мкмоль/л, калий 3,9 ммоль/л, общий белок 65 г/л, альбумин 35 г/л, холестерин 4,5 ммоль/л, АСТ 362 Ед/л (9 ВГН), АЛТ 124 Ед/л (3 ВГН), билирубин 56 мкмоль/л, прямой 8,2 мкмоль/л, не прямой 47,8 мкмоль/л, ГГТП 426 Ед/л, щелочная фосфатаза 108 Ед/л, ПТИ 85 %.

Маркеры вирусных гепатитов В и С отрицательные.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: гепатомегалия, диффузные изменения печени, общий желчный проток не расширен, диаметр воротной вены 13 мм. Единичные конкременты желчного пузыря до 12–14 мм. Селезенка увеличена, размерами 130 × 62 мм, эхогенность не изменена, селезеночная вена 9 мм.

Эластография и эластометрия: упругость печени соответствует F4 по шкале METAVIR.

Предварительный диагноз: «цирроз печени» аутоиммунный (?), токсический (?), начальная стадия, высокой активности, компенсированный (класс А по Чайльд-Пью). ЖКБ: «бессимптомное камненосительство». «Анемия легкой степени». «Сахарный диабет», 2 тип. «Артериальная гипертония».

Эзофагогастродуоденоскопия: «эрозивно-геморрагический гастрит», вены пищевода не расширены.

Маркеры аутоиммунного поражения печени: выявлены в высоком титре антинуклеарные антитела, ANA 640 (норма < 160), антимиохондриальные антитела, AMA 1 : 40 (сомнительный).

При беседе с родственниками больной выяснилось, что она длительно, регулярно, хотя и умеренно употребляет алкоголь («бытовое пьянство»).

Назначенное лечение: полное исключение алкоголя, «Метилпреднизолон» и «Азатиоприн» по схеме, урсодезоксихолевая кислота.

На фоне приема «Метилпреднизолон» — лейкоцитоз, нарастание гиперхромной анемии вследствие усугубления скрытого дефицита витамина В₁₂ и фолиевой кислоты при назначении антиметаболита последней, азатиоприна. Одновременно низкий уровень сывороточного железа, ферритина, витамина В₁₂ и фолиевой кислоты — полидефицитная анемия, характерная для лиц, злоупотребляющих алкоголем. Через 3 недели лечения появились отеки нижних конечностей и гипоальбуминемия (нарастание печеночно-клеточной недостаточности под влиянием иммуносупрессивной терапии). Отеки купированы назначением альбумина внутривенно и спиронолактона внутрь.

Через 8 недель лечения достигнута клиничко-лабораторная ремиссия с нормализацией уровня трансаминаз, билирубина, альбумина, гемоглобина и цветового показателя, снижение СОЭ при сохраняющейся тромбоцитопении 100–110 × 10⁹/л.

Выводы: представленный клинический случай свидетельствует о низкой настороженности терапевтов в отношении аутоиммунных поражений печени. Ошибочность диагностической тактики наряду с влиянием гепатотоксического фактора (алкоголя), отсутствием специфического лечения способствовало прогрессированию заболевания до стадии цирроза печени. Из-за сложности лечения данной патологии представляется важным своевременное направление пациентов с неясной этиологией поражения печени к врачу-гастроэнтерологу.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ РАССЕЛА-СИЛЬВЕРА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Е.И. Спирина, Е.В. Колышкин, студенты 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра эндокринологии

Научный руководитель: д.м.н., доцент А.В. Ларева

Ключевые слова: сахарный диабет; синдром Рассела-Сильвера; генетическое нарушение; витамин Д.

Цель исследования — оценить особенность течения и лечения сахарного диабета на фоне синдрома Рассела — Сильвера.

Материалы и методы: был применен комплексный метод обобщения информации из учебной, научной литературы и Интернет-ресурсов, а также анализа клинической истории болезни пациента с синдромом Рассела — Сильвера.

Результаты. На прием к эндокринологу обратился мужчина 26 лет. Жалоб активно не предъявлял, был направлен на консультацию после прохождения периодического медосмотра с впервые выявленной гипергликемией плазмы (натощак 7 ммоль/л).

Из анамнеза: мальчик от 5-й беременности, протекавшей с синдромом внутриутробной задержки развития плода, тяжелая асфиксия в родах. Роды 3-и срочные в 39 недель в ягодичном предлежании. Масса при рождении — 1500 г., длина тела — 38 см, по шкале Апгар 2/5 баллов.

В течение 3 месяцев находился на выхаживании в ДТБ №2 г. Твери, выписан с массой 2 150 г. с диагнозом «гипертензионно-гидроцефальный синдром, задержка психомоторного развития, постнатальная гипертрофия 3 ст». До года по линиям нервно-психического развития отставал на 2–3 эпикризных срока. В школу пошел с 9 лет. Окончил 11 классов, ТГУ, работает системным администратором.

В 2 года впервые проконсультирован эндокринологом и генетиком, заподозрен синдром Рассела — Сильвера. При дообследовании выявлен субклинический гипотиреоз, назначено лечение левотироксином натрия. С 12 лет по 18 лет получал гормон роста, за время терапии вырос на 34 см. По достижении 18 лет в связи с закрытием зон роста и снятием группы инвалидности гормон роста был отменен, левотироксин отменил самостоятельно. До 26 лет к эндокринологу не обращался.

Объективно: макроцефалия, лицо треугольной формы, оттопыренные уши, укороченные пальцы рук. Рост — 140 см (11 лет), вес — 36 кг, ИМТ — 18,37 кг/м². Физическое развитие очень низкое, дисгармоничное за счет сниженной массы тела.

При дообследовании: гликемия плазмы в динамике 8,43 ммоль/л (выше 7 ммоль/л), НвА1с — 8,8 % (выше 6,5 %), 25-ОН-Д — 29,5 нг/мл (30–100 нг/мл).

Выставлен диагноз: E13.8 Сахарный диабет на фоне генетического заболевания, впервые выявленный (HbA1c менее 6,5 %). Q87.1 Синдром Рассела — Сильвера. E 55.9. Недостаточность витамина Д. E64.0 Дефицит массы тела легкой степени.

Проведенное лечение: диета 9; дозированные физические нагрузки; калия йодид 100 мкг/сутки длительно; «Холекальциферол» 8000 МЕ в сутки — 2 месяца, далее 2000 МЕ в сутки длительно; элементарный кальций 1000 мг/сутки постоянно.

Результаты лечения (через 3 месяца): отмечает улучшение общего состояния (эмоциональный фон, мышечная сила); достигнуты целевые уровни гликемии (натощак менее 6,5 ммоль/л, через 2 часа менее 8 ммоль/л), HbA1c — 5,4 % (менее 6,5 %), 25-ОН-Д — 45,6 нг/мл (норма).

Выводы: к особенностям данного клинического случая следует отнести мягкое течение синдрома, отсутствие пороков развития внутренних органов, изолированный СТГ-дефицит (нет дефицита других тропных гормонов), гипотиреоз носил транзиторный характер, пациент полностью социально адаптирован. Для синдрома Рассела — Сильверана характерно развитие сахарного диабета. В данном случае уровень гликемии легко поддается коррекции диетотерапией.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО И СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ГИДРОНЕФРОЗОМ

*Ж.В. Станкуть, студент 4 курса лечебного факультета
УО «ГрГМУ», г. Гродно, Республика Беларусь
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель: к.м.н., доцент Г.И. Заборовский*

Ключевые слова: гидронефроз; почечная патология; беременность.

Цель исследования: изучить и проанализировать особенности состояния репродуктивного и соматического здоровья, а также перинатальные исходы у беременных женщин, страдающих гидронефрозом.

Материалы и методы: изучено 45 историй родов беременных, страдающих гидронефрозом, с родоразрешением в УЗ «ГОКПЦ» г. Гродно. Результаты обработки с использованием программ Microsoft Excel, Statistica 10.0.

Результаты. Средний возраст беременных, страдающих гидронефрозом, составил $26,5 \pm 0,6$ года и колебался в диапазоне от 16 до 41 года. Доминирующую группу составили женщины в возрасте от 20 до 24 лет (40,0 %).

На каждую женщину в среднем пришлось $1,5 \pm 0,1$ беременностей и $1,2 \pm 0,1$ родов. Исходом предыдущих беременностей в 75,5 % случаев явились роды, в 11,1 % – искусственный аборт, в 6,6 % – самопроизвольный выкидыш, в 4,4 % – мертворождение, в 2,4 % – неразвившаяся беременность.

Средний возраст наступления менархе составил $13,5 \pm 1,2$ года. Каждая четвертая женщина отмечала болезненность менструаций, каждая девятая – нерегулярность и чрезмерную обильность.

С учетом оценки соответствия массы тела и роста при постановке беременных на учет получены следующие результаты: ИМТ 18,5–24,9 кг/м² (66,7 %), ИМТ 25,0–29,9 кг/м² (24,4 %), ИМТ > 30 кг/м² (6,7 %), ИМТ < 18,5 кг/м² (2,2 %).

53,4 % женщин отрицают наличие гинекологических заболеваний. Среди остальных структура гинекологических заболеваний выглядит следующим образом: эрозия шейки матки (38,1 %), кольпит (19,0 %), эндометриозные кисты (14,3 %), аднексит (14,3 %), кондиломатоз вульвы (9,5 %), вагинит (4,8 %). У каждой девятой женщины (11,1 %) диагностировали ИППП, в виде уреаплазмоза и хламидиоза.

Структура соматической патологии у беременных с гидронефрозом: заболевания щитовидной железы (40,0 %), миопия (26,7 %), анемия (22,2 %), болезни желудочно-кишечного тракта (8,9 %) и др. У каждой пятой женщины (20,0 %) отмечалась сопутствующая патология – хронический пиелонефрит.

Беременность протекала без особенностей у 66,7 % женщин. Среди осложнений наиболее часто встречались угроза преждевременных родов (60,0 %), поздний гестоз (33,3 %). У 15,6 % женщин имели место преждевременные роды. У

каждой второй роженицы (51,1 %) отмечено раннее излитие околоплодных вод. Из других осложнений родов наблюдались аномалии родовой деятельности (26,7 %), разрывы промежности (13,3 %).

Операция кесарева сечения выполнена 51,1 % женщин, у остальных роды произошли через естественные родовые пути (48,9 %). Все дети родились живыми со средней массой тела 3420 ± 140 г, среди них у 4,4 % вес превышал 4000 г, а у 2,2 % – менее 2500 г. По шкале Апгар новорожденные оценены следующим образом: 8/9 (75,6 %), 8/8 (24,4 %). Наиболее частое осложнение раннего неонатального периода – желтуха (13,3 %).

Выводы: почти половина беременных с гидронефрозом была в возрасте до 24 лет. У каждой второй женщины отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. У всех имелась сопутствующая экстрагенитальная патология щитовидной железы, миопия, анемия, заболевания пищеварительной системы. Пятая часть женщин страдала хроническим пиелонефритом. У каждой третьей беременной имело место осложнение беременности, у каждой второй – раннее излитие околоплодных вод. Роды через естественные родовые пути и кесарево сечение наблюдались в соотношении 0,96:1 соответственно.

ТРУДНОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ. НАКЛАДКИ

А.И. Старикова, Л.Д. Жучкова, студенты 3 курса педиатрического факультета

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

Кафедра детских болезней

Научный руководитель: ассистент С.Ю. Нагаева

Ключевые слова: трудности грудного вскармливания; трещины и высыпания на сосках; накладки.

Грудное вскармливание (ГВ), безусловно, является самым предпочтительным видом вскармливания младенцев первого года жизни. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), его инициация должна быть выполнена уже в течение первого часа после рождения ребенка. Увеличение на 50 % доли детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании в первые 6 месяцев жизни, признано одной из глобальных целей в области питания человека до 2025 года. Несмотря на доказанную эффективность практики грудного вскармливания, ее распространенность даже в группе новорожденных не превышает 40 %. Это связано с трудностями, которые возникают при организации грудного вскармливания.

Цель исследования: выяснить, с какими проблемами чаще всего сталкиваются матери при организации грудного вскармливания.

Методы и материалы: среди женщин, имеющих детей различных возрастов, было проведено анонимное анкетирование, в котором принял участие 51 респондент. Участникам медико-социального опроса предлагалось ответить на вопросы по поводу трудностей, возникших у них при организации грудного вскармливания. Анкетирование — анонимное, без сбора персональных данных — проводилось на базе сервиса Google-формы. Анкета была размещена на платформе Вконтакте; включала 25 вопросов, 15 из которых предусматривали 1 вариант ответа, 9 вопросов — несколько вариантов и 1 открытый вопрос. Статистическая обработка результатов исследования проводилась в соответствии с общепризнанными методиками статистического анализа.

Результаты. Согласно данным опроса, у 60,8 % матерей возникли проблемы при грудном вскармливании. Из них 72,5 % столкнулись с трудностями при вскармливании первого ребенка, 5,0 % — второго ребёнка, 5,0 % — третьего ребенка, а 17,5 % — всех детей. Среди анкетированных 29 матерей имеют 1 ребенка, 12 матерей — 2 детей, 8 матерей — 3 детей, 2 матерей — 4 детей. Никто из матерей не имел соматической патологии, препятствующей грудному вскармливанию. Возрастная категория опрошенных составляла от 31 до 36 лет. Средний возраст матерей составил 31,75 лет. Разделив предварительно проблемы с грудным вскармливанием на 4 группы: психологические и социальные, организационные,

со стороны медицинских работников, со стороны ребенка, мы пришли к выводу, что 62,5 % опрошенных столкнулись преимущественно с психологическими и социальными проблемами (отсутствие мотивации на кормление грудью, отсутствие поддержки в семье; тревожное состояние; проблемная форма сосков, трещины на сосках), 25,0 % — с организационными трудностями (отсутствие раннего прикладывания к груди, совместного пребывания в роддоме, свободного вскармливания), 22,5 % — с трудностями со стороны медицинских работников (отсутствие помощи со стороны медперсонала) и 17,5 % — с трудностями со стороны ребёнка (отказ ребёнка от груди; врожденные пороки развития челюстно-лицевого аппарата). Больше половины опрошенных обращались за помощью к другим специалистам (54,2 %): 22,9 % — к педиатру, 6,3 % — гинекологу, 25,0 % — к консультанту по грудному вскармливанию. Остальные 45,8 % не обращались за помощью. И только 47,6 % обратившихся к специалистам помогли данные консультации. 25,0 % опрошенных смогли поддерживать грудное вскармливание до 7–12 месяцев, 19,2 % — до 1,5 года, 13,5 % — до 4–6 месяце, 13,5 % — до 1 месяца и 11,5 % — до 2–3 месяцев, 7,7 % — более 2-х лет, 5,8 % — до 2-х лет, 3,8 % не удалось с рождения. Главной причиной для завершения грудного вскармливания стало естественное осознанное завершение грудного вскармливания (59,6 %). Среди опрошенных 53,8 % столкнулись с проблемой трещин и высыпаний на сосках. Из них 44,8 % применяли ланолиновые средства, 41,4 % использовали специальные накладки для груди, 13,8 % выбрали комбинацию накладок и ланолиновых средств. Чаще всего используются накладки из силикона (81,8 %), а меньше всего из латекса (13,6 %) и резины (4,6 %). По результатам опроса, матери отдают предпочтение следующим фирмам накладок: Philips Avent (28,6 %), Medela Contact (14,3 %), Ameda (2,9 %) и Chicco (2,9 %). Не знают, как пользоваться накладками 23,9 % опрошенных матерей, а еще 28,3 % затрудняются ответить на данный вопрос. Наиболее частыми причинами для использования накладок оказались болезненность при первых кормлениях грудью (47,6 %), предотвращение повреждений сосков (28,6 %), отказ малыша от груди матери (9,5 %), прорезывание зубов (4,8 %), плоский, втянутый или слишком большой сосок (9,5 %). Большинство использовавших накладки видят в накладках больше плюсов, чем минусов (77,3 %).

Выводы: больше половины матерей сталкиваются с трудностями грудного вскармливания. В основном это психологические и социальные трудности. Меньше половины знают о накладках для груди, но половина опрошенных, использовавших их, отзывалась о накладках положительно и не видит в них минусов.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ПО ОНКОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ «КРАСНЫЕ ФЛАГИ» СРЕДИ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ФГБОУ ВО «УГМУ» МЗ РОССИИ

*Д.А. Степина, А.А. Штанова, 5 курс, лечебно-профилактический факультет
А.В. Акимова*

ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.В. Акимова

Ключевые слова: онкологические заболевания; онкологическая настороженность; амбулаторное звено; студенты старших курсов.

75–85 % всех больных, у которых далее выявляется рак, впервые обращаются за медицинской помощью по этому поводу к врачам общей практики. Именно на этом этапе своевременная диагностика рака имеет решающее значение, так как задержка выставления диагноза всегда связана с более плохими результатами лечения и показателями выживаемости. Чтобы не пропустить онкологию, врач-терапевт должен обращать внимание на, так называемые, симптомы «красные флаги». Cancer Research UK включает следующие симптомы в эту группу: постоянная необъяснимая боль, стойкое изменение мочеполовой симптоматики, незаживающая язва, постоянный кашель, необъяснимое кровотечение, дисфагия, необъяснимая потеря веса, изменение внешнего вида родинки. Студенты пятого и шестого курса, будущие врачи-терапевты, должны иметь повышенную онконастороженность и уметь выявлять «красные флаги» на амбулаторном приеме.

Цель исследования: определить уровень осведомленности студентов пятого курса УГМУ о симптомах «красных флагах», на которые должен обращать внимание врач-терапевт для раннего выявления онкопатологии.

Материалы и методы: исследование было проведено на базе Уральского государственного медицинского университета. В нем приняли участие 103 студента 5 курса. В качестве метода оценки уровня знаний использовалась анкета, включавшая в себя 10 вопросов о симптомах «красных флагах» и о самых распространенных онкопатологиях в РФ. Первый, второй, четвертый и пятый вопросы имели несколько правильных вариантов ответов; третий и с шестого по десятый вопросы имели только один правильный вариант ответа.

Результаты. В первом вопросе о красных флагах студенты в большинстве случаев выбирали необъяснимую потерю веса (92,6 %), изменения внешнего вида родинки (86,2 %) и необъяснимые кровотечения (78,7 %). Реже всего (47,9 %) студенты выявляли стойкое изменение мочеполовой симптоматики как «красный флаг». Во втором вопросе, посвященном методам исследования в онкологии, самыми частыми вариантами ответа были анализ крови на онкомаркеры (94,7 %) и маммография (93,6 %); реже всего (59,6 %) респонденты отмечали вариант

«флюорография». По мнению студентов 5 курса, оптимальным возрастом возникновения онконастороженности у пациентов является 40 лет (58,5 %) из всех вариантов представленных в третьем вопросе. Среди факторов риска развития онкопатологии в четвертом вопросе самым выбираемым был вариант «семейная наследственность» (95,7 %), которому уступали в несколько процентов курение (92,6 %) и профессиональные вредности (91,5 %). Отвечающие в большинстве случаев (93,6 %) назвали рак генетическим заболеванием в пятом вопросе. Первым местом метастазирования, по мнению большинства студентов, чаще всего являются регионарные лимфоузлы (73,4 %); вариант ответа «головной мозг» не был выбран ни разу в шестом вопросе. В седьмом вопросе абсолютное большинство студентов (95,8 %) выбрало рак молочной железы как самую частую злокачественную опухоль у женщин в России. Другие варианты ответа были выбраны минимальным количеством студентов. В восьмом вопросе о самой частой злокачественной опухоли у мужчин в России большинство студентов выбрали рак предстательной железы (71,6 %), а рак легких — всего 21 % студентов. Последние два вопроса были представлены в виде ситуационных задач и показали, что большинство студентов не знают правила вакцинации от рака шейки матки: всего 37,9 % правильно ответили на этот вопрос. О частоте профилактической рентгенографии легких при наличии в анамнезе нескольких факторов риска развития рака легких правильно ответили 67,4 % студентов.

Выводы: чтобы вовремя заподозрить онкологическое заболевание у пациента, врач-терапевт участковый должен знать симптомы — «красные флаги» онкопатологии. Студенты 5 курса, приступившие к изучению госпитальной терапии, должны впервые учиться дифференцировать терапевтическую патологию с опухолевыми заболеваниями. Наше исследование показало, что у студентов 5 курса Уральского государственного медицинского университета в большинстве случаев есть базовые знания о выявлении онкопатологии на амбулаторном приеме: больше половины респондентов выбрало правильный ответ в 8 из 10 вопросов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ В РОССИИ И В МИРЕ

Д.А. Степина¹, А.А. Штанова¹, 5 курс, лечебно-профилактический факультет;
О.Ю. Гевелюк²

¹ — ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

² — МО «Новая больница» (ГБ №33)

Кафедра онкологии и лучевой диагностики

Научный руководитель: О.Ю. Гевелюк

Ключевые слова: меланома; эпидемиология; факторы риска; заболеваемость; пораженность.

На фоне снижения количества новых случаев многих злокачественных новообразований заболеваемость меланомой продолжает расти. Для своевременного выявления и предупреждения перехода локализованной формы меланомы в метастазирующую необходимо знать факторы риска (ФР) развития данного заболевания в популяции.

Цель исследования: сравнить распространенность меланомы и ФР ее развития в России и в мире.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование с использованием статистического метода и сравнительного анализа. Использованы отчетно-учетные материалы о «Состоянии онкологической помощи населению России за 2017–2021 гг.». Показатели пораженности и заболеваемости были рассчитаны на 100 тысяч населения. Статистическая обработка выполнена в программе Microsoft Excel 2013. Для оценки достоверности различий использован критерий t Стьюдента. Значения $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. Динамика показателей пораженности и заболеваемости по меланоме в Российской Федерации с 2017 по 2021 гг. имеет тенденцию к росту. Пораженность меланомой стабильно увеличивалась с 61,2 на 100 тыс. населения в 2017 г. до 70,4 на 100 тыс. населения в 2021 г., что соответствует увеличению на 15 %. Заболеваемость также постепенно возрастала (7,65 новых случаев на 100 тыс. населения в 2017 г., 7,79 — в 2018, 8,16 — в 2019), за исключением 2020 г., когда заболеваемость уменьшилась на 15,1 % по сравнению с 2019 г. В 2021 г. опять наблюдался рост заболеваемости: 7,86 новых случаев на 100 тыс. населения, что соответствует увеличению на 12,7 %. Среди других онкологических заболеваний меланома с 2017 по 2021 гг. занимала около 2,5 %, с максимальной долей в 2021 г. — 2,62 %.

Пораженность и заболеваемость меланомой в мире в целом имеют точно такую же тенденцию, как и в России: наблюдается увеличение обоих показателей, хоть и менее выраженное. Пораженность в мире составила 27–28 на 100 тыс. населения за весь период изучаемого времени, увеличиваясь каждый год примерно

на 0,5 %. Заболеваемость возросла с 3,67 новых случаев на 100 тыс. населения в 2017 г. до 3,74 в 2019 г., что соответствует увеличению на 4 %. Среди других онкологических заболеваний меланомы с 2017 по 2019 гг. занимала около 0,4 %, с максимальной долей в 2019 г. — 0,44 %.

Все ФР развития меланомы можно разделить на факторы наследственной предрасположенности и действие внешних канцерогенов. Первая группа включает I–II фенотипы кожи по Fitzpatrick (Т. Фитцпатрик), более 50 невусов на теле, семейный анамнез относительно меланомы (случаи меланомы среди ближайших родственников), более 5 диспластических невусов. Среди внешних ФР развития меланомы воздействие ультрафиолетового излучения (УФ) считается первостепенным, особенно лучи с длиной волны 320–400 нм; по некоторым данным, УФ-излучение является причиной развития 65 % случаев меланомы. В России типичный пациент с меланомой представляет собой человека с II фенотипом кожи по Fitzpatrick в комбинации с клинически атипичными невусами, посещением солярия, отказом от использования солнцезащитных препаратов во время пребывания в местах активной инсоляции и солнечными ожогами. В европейских исследованиях более высокая частота развития меланомы была выявлена у мужчин старше 50 лет с наличием более 50 невусов на теле или более 20 невусов на коже рук диаметром более 2 мм, с меланоцитарными невусами менее 1,9 см и от 2 до 19 см, I–II фенотипом кожи по Fitzpatrick и фотоповреждением кожи в анамнезе.

Выводы: за период с 2017 по 2021 гг. показатели пораженности и заболеваемости меланомой как в России, так и в мире имеют тенденцию к росту, среди других онкопатологий меланомы за изучаемый период времени занимала около 2,5 % в России и 0,4 % в мире. Основным ФР развития меланомы как в России, так и в мире является контакт с УФ-лучами. Портрет пациента с меланомой в России изображает человека с семейной предрасположенностью к развитию заболевания (атипичные невусы, тип кожи) и постоянным контактом с УФ-излучением (солярий, солнечные ожоги, отказ от использования солнцезащитных кремов). Пациент, проживающий в Европе, кроме перечисленных факторов риска, также чаще является мужчиной старше 50 лет.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС РАБОТАЮЩИХ НА КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

*О.Д. Стрельникова, О.В. Карпенко, 4 курс, педиатрический факультет;
Л.Е. Смирнова*

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

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Л.Е. Смирнова

Ключевые слова: *артериальная гипертония; психосоциальный стресс; тревога; депрессия; психологическая дезадаптация.*

Цель исследования: оценить влияние артериальной гипертонии на психологическое состояние работающих во вредных условиях производства.

Материалы и методы: обследовано 60 работников крупного промышленного предприятия (ОАО «Полиграфический комбинат детской литературы» г. Тверь), работающих во вредных условиях производства (мужчин — 12, женщин — 48; средний возраст — $53,8 \pm 8,2$ года). Все добровольцы были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия у них артериальной гипертонии (АГ). В 1-ю группу (сравнения) вошли лица без АГ ($n = 28$), во 2-ю группу (основную) — с АГ ($n = 32$), из них 13 с АГ I степени и 19 с АГ II степени. Использовались психодиагностические методики: шкала психосоциального стресса Л. Ридера, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ). Исследования выполнялись с помощью психодиагностической программы «СМОЛ-Эксперт», версия 5.3 научно-медицинского центра «РАДИКС» (Москва).

Результаты. Психологическое тестирование по шкале Ридера показало, что в обеих группах наблюдения преобладал средний уровень психосоциального стресса — у 15 (53,6 %) лиц без АГ и у 18 (56,2 %) — с АГ. Реже встречался низкий уровень стресса: у 13 (46,4 %) в 1-й группе и у 10 (31,2 %) — во 2-й. Высокий уровень стресса был отмечен только у 4 (12,6 %) работающих из 2-й группы. В большинстве случаев в обеих группах тревога и депрессия отсутствовали. Так, субклиническая или клиническая тревога выявлялись в 6 (20,4 %) случаев в 1-й группе и в 11 (34,4 %) — во 2-й. Депрессия субклинического или клинического уровней определялась у 4 (14,3 %) лиц 1-й группы и у 7 (21,9 %) — 2-й. Усредненные показатели профилей СМОЛ в группах наблюдения имели ипохондрическую конфигурацию и не выходили за пределы нормативных значений. Наибольший подъем усредненных профилей отмечался по 1 шкале (ипохондрии). В группе с АГ отмечался второй подъем профиля по 4 шкале (психопатии) и менее выраженный в правой части профиля по 7-й (психастении) и 8-й (аутизации) шкалам. Значимые различия между группами наблюдались по клиническим шкалам 1 ($p < 0,05$)

и 4 ($p < 0,05$), что отражало усиление психопатологической симптоматики на фоне АГ. Индивидуализированный подход к оценке профилей СМОЛ выявил наличие нормальных профилей у 14 (50 %) обследованных 1-й группы и только у 8 (25 %) – 2-й ($\chi^2 = 4,02$; $p < 0,05$). Большая часть психологических изменений была представлена в виде актуальных психологических проблем или акцентуации личности с их значительным преобладанием при АГ, по сравнению с лицами без АГ (19 против 9; $\chi^2 = 4,45$; $p < 0,05$). Оценка уровня психологической адаптации по тесту СМОЛ показала, что признаки психологической дезадаптации отсутствовали у 8 (28,6 %) обследованных без АГ и только у 2 (6,3 %) – с АГ ($\chi^2 = 3,87$; $p < 0,05$). В 1-й группе преобладала слабо выраженная дезадаптация – у 14 (50 %), а во 2-й – умеренная и выраженная – у 18 (56,3 %). Обнаружены достоверные различия по частоте умеренной и выраженной дезадаптации между группами (6 против 18; $\chi^2 = 7,54$; $p < 0,01$), отражающие преобладание существенных нарушений психологической адаптации у работающих с АГ (у 56,3 %), по сравнению с таковыми без АГ (у 21,4 %).

Выводы: наличие АГ (даже I и II степеней) способствует увеличению частоты и выраженности психологических нарушений у работающих во вредных условиях производства. На фоне АГ значительно возрастает частота актуальных психологических проблем и акцентуации личности, усиливаются частота и выраженность психологической дезадаптации.

ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ

*И.А. Студеникина, студентка 4 курс стоматологического факультета,
В.А. Журбенко ассистент кафедры стоматологии детского возраста
ФГБОУ ВО Курский ГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия
Кафедра стоматологии детского возраста
Научный руководитель: ассистент В.А. Журбенко*

Ключевые слова: гигиена полости рта; аномалии зубочелюстной системы; профилактика стоматологических заболеваний.

Современная стоматология включает множество новых методов профилактики и дополнительных средств гигиены, но, несмотря на это, заболеваемость кариесом зубов не снижается. Это происходит ввиду недостаточной мотивации детей к соблюдению индивидуальной гигиены, слабого контроля и неосведомленности родителей о современных методах профилактики. Дети, как правило, не уделяют должного внимания очистке труднодоступных участков полости рта: межзубных промежутков, глубоких фиссур жевательных зубов, участков скученного положения зубов. Все это приводит к задержке пищи в таких участках, ускоряется формирование зубного налета, последующая минерализация которого провоцирует образование зубного камня. Выделяемые бактериями зубного налета органические кислоты приводят к разрушению структуры эмали, появлению кариозных дефектов твердых тканей зуба.

Цель исследования: оценка гигиены полости рта у детей 6–7 лет, выявление навыков использования дополнительных средств гигиены.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 80 детей в возрасте 6–7 лет. Был проведен осмотр полости рта и расчет упрощенного индекса гигиены (ИГ), для этого вестибулярные поверхности зубов 1.6, 1.1, 3.1 и 2.6 окрашивали раствором Шиллера – Писарева. Визуальную оценку окрашивания проводили в баллах. Также обращали внимание на состояние десны и оценивали привычные движения зубной щетки во время чистки зубов. Для выявления использования дополнительных средств гигиены полости рта и характера питания был проведен опрос.

Результаты. В ходе анализа полученных данных было установлено, что упрощенный индекс гигиены в исследуемой группе детей находится в пределах 0,9–1,6 баллов – показатель соответствует среднему уровню гигиены. Наиболее интенсивное окрашивание было выявлено в придесневой и пришеечной областях, что говорит о более интенсивном накоплении в этих зонах зубного налета. У 21 % детей была обнаружена гиперемия десневых сосочков (папиллит).

При анализе результатов опроса, в котором было предложено ответить на вопрос «Какие дополнительные средства гигиены Вы используете?» получены

следующие результаты: 35 % детей используют ополаскиватель полости рта, 33 % — зубную нить, 5 % пользуются межзубными ершиками, 8 % — скребком для языка, 19 % не используют дополнительные средства гигиены. Во время оценки характера движения зубной щетки при чистке зубов было выявлено, что у 73 % детей преобладают неправильные горизонтальные движения по вестибулярным поверхностям зуба. При оценке характера питания 67 % детей отметили употребление большого количества липких, быстроусвояемых углеводов, лишь у 33 % опрашиваемых в рационе преобладают овощи и фрукты.

Выводы: результаты исследования продемонстрировали недостаточный уровень гигиены полости рта у детей 6–7 лет. Накопление налета в придесневой и пришеечной областях зубов говорит о неправильно выполняемых гигиенических манипуляциях. Для более тщательной чистки зубов необходимо держать щетку параллельно вестибулярной поверхности зуба и производить выметающие вертикальные движения от десны к режущему краю. К сожалению, многие дети не пользуются дополнительными средствами гигиены для очистки межзубных промежутков, что повышает риск развития контактного кариеса. В период активного роста челюстных костей и начала смены зубов родителям необходимо более тщательно следить за качеством проведения гигиенических процедур, обучать ребенка правильным манипуляциям с зубной щеткой и дополнять чистку зубов применением зубной нити, ершиков и ополаскивателей полости рта.

ИСТОРИЯ НАУЧНОЙ ДИСКУССИИ И БОРЬБЫ ЗА ПРИОРИТЕТ В ОТКРЫТИИ ПРОЦЕССОВ БРОЖЕНИЯ МЕЖДУ ЛУИ ПАСТЕРОМ И АНТУАНОМ БЕШАНОМ

*О.А. Сурина, студентка 5 курса педиатрического факультета,
И.В. Березовский
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра основ общественного здоровья, здравоохранения и истории
медицины
Научный руководитель: к.м.н., доцент И.В. Березовский*

Ключевые слова: брожение; ферментация; вакцинация.

Цель исследования: на примере двух разных подходов к исследованию процесса брожения выявить приоритеты и аргументированность обвинений, которые озвучиваются антипрививочным сообществом в адрес Луи Пастера.

Материалы и методы: использованы идеографический и биографический методы исторического исследования. Материалы исследования — статьи и научные труды Антуана Бешана и Луи Пастера.

Результаты. Сторонники антипрививочного движения обвиняли и обвиняют Пастера в плагиате работ Антуана Бешана и их неправильной интерпретации. Вопрос о приоритете между двумя учеными впервые был поднят в связи с работами о брожении. Современники ученых прекрасно знали об их сложных взаимоотношениях, но для Антуана Бешана Пастер был фактически единственным оппонентом. Об этом даже говорит тот факт, что в основном собрании научных трудов «Микрозимы», состоящем примерно из 1000 страниц, Луи Пастер упоминается 921 раз.

Для честного сравнения заметим, что Пастер в сборнике работ, посвященных схожим научным вопросам и состоящих примерно из 1000 страниц, упоминает Бешана только 17 раз в достаточно нейтральной форме. И это совсем неудивительно, потому что Луи Пастер достаточно часто вступал в полемику и с другими учеными и отстаивал свои идеи. Например, с Феликсом Пуше, сторонником учения о самопроизвольном зарождении, и Робертом Кохом, который выступал с жесткой критикой французского ученого, обвинив его в неумении ни исследовать бактерии, ни разводить их в чистом виде.

Хронология исследований процессов брожения следующая. В 1855 г. Бешан публикует первую работу об инверсии сахара, в которой вообще не поднимается вопрос о влиянии плесени на этот процесс.

В ноябре 1857 г. Пастер печатает работу о молочнокислом брожении. Об этой работе ученый писал: «Я установил в первый раз, что молочнокислый фермент — это живой организм, что белковые вещества не имеют непосредственного отношения к причинам, вызывающим брожение, а служат только питательным веществом для фермента».

В декабре 1857 г. Пастер издает работу о спиртовом брожении. Через год, в январе 1858 г. Бешан публикует вторую работу об инверсии сахара и претендует на приоритет в выявлении роли фермента в брожении. В 1876 г. Пастер публикует свои «Исследования о пиве», где он оспаривает приоритет Бешана на выявление роли ферментов в брожении и аргументирует это тем, что в первой работе по инверсии сахара Бешан не упоминал действие плесени на сахар, а в исследованиях 1858 г. об этом уже говорится, как раз после работ Пастера 1857 г. При этом Бешан парировал, что как раз в тех мемуарах 1857 г. он определил это влияние, но все же дата этих трудов официально была обозначена 1858 годом.

После открытия бактерий молочнокислого, маслянокислого и ускусного брожений Луи Пастер стал изучать брожение белковых веществ. Основными идеями Пастера были следующие: брожение развивается в результате жизнедеятельности бактерий (бродил), которые появляются извне и никогда не рождаются самопроизвольно. Далее он сосредоточился на усовершенствовании способов нахождения и разведения бактерий, и все это приближало его к основной цели — разработке лечения от некоторых заболеваний. На тот момент уже был успешен опыт оспопрививания Эдварда Дженнера. Впоследствии это привело к череде опытов с бактерией куриной холеры, в которых удалось доказать, что прививка курам действительно предохраняла их от заболевания куриной холерой. На основании полученной методики Луи Пастер опробовал те же манипуляции с возбудителем бешенства. Сам вирус он не открыл, но ему удалось создать вакцину. Антуан Бешан в своей работе «Микрозимы» (1866 г.) выступил с критикой разработанной Луи Пастером вакцины от бешенства, прямо сказав, что Пастер «не находится в ситуации Дженнера», который имел право на такие опыты, потому что не осознавал опасность своих действий. Подобный взгляд, видимо, и является одной из причин, почему именно Антуана Бешана выбрали сторонники антипрививочного движения для противопоставления такой значимой фигуре в научном мире, как Луи Пастер.

Вывод: после изучения хронологии научных работ и их результатов можно сказать, что оба ученых внесли каждый свой вклад в изучение сложных химико-биологических процессов брожения, поэтому плагиат маловероятен, но приоритет в области изучения данных, на наш взгляд, принадлежит Луи Пастеру. Очевидно, что научные дискуссии между Бешаном и Пастером излишне драматизировались, в том числе с целью уничтожения репутации и значения вакцинации.

РОЖДЕННЫЙ ХИРУРГОМ

*А.Н. Сыромятникова, О.С. Прошина, Н.В. Бугашева, Л.В. Бутева
ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Донецк, ДНР, Россия*

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения, экономики
здравоохранения*

Научный руководитель: ассистент Н.В. Бугашева, доцент Л.В. Бутева

Ключевые слова: *развитие хирургии в Донбассе; подготовки специалистов-хирургов.*

Цель исследования: изучить жизнь и деятельность Валентина Антоновича Хараберюша; показать, что его профессиональный путь хирурга является образцом самоотверженного и бескорыстного служения медицине; доказать, что обращение молодого поколения врачей и студентов к личности, жизни и научно-практической деятельности Хараберюша важно и необходимо с точки зрения осмысления ими смысла жизни, получения знаний, освоения профессии и достижения поставленных целей.

Материалы и методы: материалы исследования — воспоминания коллег и мемуары родственников хирурга, интернет-источники, исторические очерки о жизни и деятельности В.А. Хараберюша. Использован метод анализа.

Результаты. Хараберюш Валентин Антонович (1927–2003) — советский хирург, заведующий кафедрой госпитальной хирургии № 2 Донецкого национального медицинского института им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы Украины. В 2012 году его именем названа улица в Калининском районе г. Донецка.

Он родился в селе Старомлиновка Велико-Новоселковского района Донецкой области, в трудолюбивой, порядочной, добродушной, патриотической крестьянской семье. Обучаясь в школе, Валентин не думал о медицине, хотя его мать втайне мечтала, чтобы сын получил профессию врача и спасал жизни людей. Учебу в школе пришлось прервать, потому что на родную землю пришла беда — началась война. Валентин добровольцем ушел на фронт и в 1943–1944 гг. участвовал в боях в звании рядового истребительного батальона. Во время службы в летно-истребительном батальоне получил тяжелые травмы, когда горел в подбитом самолете. Находясь на лечении в госпитале, он почувствовал сильное, неукротимое желание учиться и стать врачом. Медицинский институт он окончил после войны и начал работать хирургом в областной больнице. У выдающихся учителей-хирургов — А. Н. Ганичкина, И. М. Матяшина, Л. Г. Завгороднего — Валентин научился многим секретам профессии хирурга. Чуткое отношение к больному, доброта, чувство сострадания, стремление помогать пациентам, не щадя своих сил, сформировались еще в студенческие годы.

После войны В. А. Хараберюш создал кафедру абдоминальной хирургии на базе хирургического отделения ГБ №16 г. Донецка. Он сформировал четыре городских специализированных центра: по борьбе с желудочно-кишечными кровотечениями, эндокринной хирургии, проктологический, хирургии болезней вен нижних конечностей. Валентин Антонович серьезно и активно занимался научной работой: защитил кандидатскую, а позже докторскую диссертации, и ему было присвоено звание профессора. Он возглавил кафедру госпитальной хирургии № 2. Особое внимание профессор уделял учебно-методическим вопросам преподавания хирургии на выпускном курсе. С его участием были изданы пособия для студентов и врачей «Врачебные манипуляции», «Неотложные состояния», «Сборник тестовых задач по хирургическим болезням». Он является автором 40 публикаций по проблемам подготовки специалистов-хирургов.

Жизнь В.А. Хараберюша — раннее формирование гения и опытного специалиста. Он сразу родился хирургом, явился в мир как творец во всем блеске своего врачебного таланта. Еще в детстве семья сформировала у Валентина Антоновича благородное и сострадательное отношение к людям независимо от их материального достатка.

Валентин Антонович рассказывал, что хирургом он стал как-то само собой. На развитие его дара повлияло в большей степени окружение и стремление помогать людям, и, конечно, была велика роль его наставников. Валентина Антоновича глубоко уважали за прекрасные человеческие качества, жизнелюбие и трудолюбие, требовательность к себе, доброжелательность и сердечность в отношении к людям. За полвека медицинской практики его имя встало в один ряд с именами выдающихся хирургов современности и золотыми буквами было вписано в историю нашего университета. Будучи истинным гражданином своей страны, В.А. Хараберюш занимался общественной деятельностью: являлся членом правления Научного общества хирургов Украины, заместителем председателя областного Научного общества хирургов, академиком Украинской национальной академии научного прогресса.

Конечно, у каждого врача путь в профессию свой, особенный и чаще всего трудный, тернистый. А вот к Валентину Антоновичу успех и признание пришли практически сразу. Профессор основал свою научную школу, связанную с разработкой хирургических способов лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта. Валентин Антонович щедро делился со своими коллегами опытом врача-хирурга, ученого, педагога, имел много учеников и готовил достойную смену.

За многолетнюю и плодотворную деятельность по подготовке медицинских кадров ему было присвоено почетное звание «Заслуженный работник высшей школы Украины», а также звание академика Украинской академии наук национального прогресса. В. А. Хараберюш награжден знаками — «Шахтерская слава», «Отличник Высшей школы», «Отличник здравоохранения». За участие в Великой

Отечественной войне награжден орденом «Отечественной войны», «За мужество», медалями — «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» и 9-ю юбилейными медалями.

Вывод: Валентин Хараберюш прожил долгую жизнь, его привлекала практическая деятельность, всегда занимался самообразованием. Он был очень решительным, имел свои убеждения, и только нравственное самосовершенствование каждого специалиста может в конечном итоге привести к преобразованию общества. Многие ученики и коллеги прислушивались к мнению и советам Валентина Антоновича. Чтобы быть хорошим специалистом и честно жить, надо ошибаться, учиться, начинать и бросать, и опять начинать и вечно бороться. А спокойствие — это душевная подлость, которая не может быть присуща специалисту, представителю такой гуманной профессии.

ПОНЯТИЕ «РЕАНИМАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ»: SCOPING-ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ЗА 5 ЛЕТ

*П.В. Сысоева, студент 5 курса лечебного факультета;
И.В. Сбитнев, студент 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ, г. Тверь, Россия
Кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф
Научный руководитель: М.А. Петрушин*

Ключевые слова: реанимация повреждений; политравма; массивная гемоторансфузия; кристаллоидные растворы; догоспитальная помощь.

Цель исследования: определить границы понятия «реанимация повреждений», обозначить пробелы научного знания в этой сфере, обобщить стратегию применения данной технологии у пациентов с политравмой.

Материалы и методы: представлен предварительный scoping-обзор исследований за 5 лет, посвященных применению «реанимации повреждений» у пациентов с политравмой. Обзор выполнен в соответствии с принципами PRISMA-ScR. Поиск проводился в электронных базах данных Pubmed, Cochrane, Google scholar, eLIBRARY и cyberleninka.

Результаты. Были найдены 309 статей, 82 из которых соответствовали критериям включения. Все необходимые данные имелись только в 30 статьях. Однако были статьи, предметом изучения которых являлся только 1 компонент «реанимации повреждений», таких статей было насчитано 52 штуки, они были включены в наше исследование. Наиболее часто «реанимация повреждений» и ее составляющие упоминаются в статьях, опубликованных в США ($n = 23$). Больше половины источников представлены литературными обзорами ($n = 29$) и ретроспективными исследованиями ($n = 20$). Среди включенных публикаций был 1 мета-анализ 2017 года, в котором оценивалась эффективность нескольких направлений «реанимации повреждений». Наиболее изучаемыми вопросами в рамках исследуемой тактики с 2017 по 2022 гг. стали: травма-индуцированная коагулопатия ($n = 15$), массивная гемоторансфузия ($n = 13$) и догоспитальный этап ($n = 15$). При анализе динамики количества публикаций по годам был выявлен отрицательный тренд: 2017 г. ($n = 20$), 2018 г. ($n = 20$), 2019 г. ($n = 15$), 2020 г. ($n = 9$), 2021 г. ($n = 14$), 2022 г. ($n = 4$).

Выводы:

1. Массивная инфузионная терапия кристаллоидами не является стратегией выбора из-за развития делюционнoй коагулопатии и гиперхлоремического ацидоза. Современные исследования заставляют отдавать предпочтение «малым объемам» и контролируемой гипотонии. При сбалансированной реанимации введение жидкости ограничено, а гипотензия допускается до тех пор, пока не начнутся окончательные гемостатические мероприятия.

2. Массивная гемотрансфузия с соотношением компонентов 1 : 1 : 1 является наилучшим вариантом переливания. Цельная кровь в некоторых источниках считается лучшим выбором ввиду минимального содержания цитрата. Но тяжело обеспечить ее логистику. Цельная кровь может применяться как альтернатива компонентной гемотрансфузии, особенно в военных условиях («живые банки крови»).
3. Транексамовая кислота — гемостатик выбора, который при догоспитальном введении снижает потребность в компонентах крови, должен быть использован не позднее 3 часов от момента травмы.
4. Использование технологий ТЭГ и РОТЭМ позволяют определить фенотип травма-индуцированной коагулопатии и оценить эффективность лечебной тактики в динамике. Считалось, что коагулопатия, наблюдаемая у пациентов с геморрагией, является результатом реанимации, ацидоза и гипотермии. Таким образом, целью «реанимации повреждений» было избежать ацидоза и гипотермии, возникающих в результате агрессивной окончательной операции. Мало внимания уделялось раннему нарушению функции свертывания крови, вызванному самой травмой.
5. Гипокальциемия — недооцененный элемент «алмаза смерти» травматического шока. Требуется проведение более качественных исследований влияния цитрата натрия на содержание сывороточного кальция в условиях массивной гемотрансфузии.
6. РЭБОА может использоваться как вспомогательное средство для временной гемодинамической стабилизации у пациентов с крайне тяжелыми травмами. Растущий уровень доказательств поддерживает догоспитальную активацию протоколов «реанимации повреждений».

ОТХАРКИВАЮЩИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В АССОРТИМЕНТЕ АПТЕКИ

*А.В. Темежников, А.А. Симкин, М.А. Сирота, студенты 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: лекарственный растительный препарат; лекарственные растения; сборы; отхаркивающее действие.

Цель исследования: целью данного исследования является изучение ассортимента рынка отхаркивающих растительных препаратов на примере одной из аптек города Твери. В ходе исследования необходимо было выявить наиболее распространённые составы отхаркивающих растительных препаратов, сделать выводы о том, насколько полно и широко представлен ассортимент данных лекарственных средств.

Материалы и методы: анализ ассортимента отхаркивающих лекарственных растительных препаратов (в соответствии с определением ГФ 14 издания) проведен на базе аптеки ООО «Доброе сердце» по адресу г. Тверь, ул. Зинаиды Коноплянниковой д. 17. Товары аптечного ассортимента анализировали по показателям: лекарственная форма, производитель, лекарственные растения, входящие в составе фитопрепаратов.

Результаты. Анализ результатов исследования показал, что все лекарственные растения, обладающие отхаркивающим действием, входят в состав представленных в аптеке сборов, тогда как только 67 % из них присутствуют в ассортименте аптеки в качестве монопрепаратов.

Следует отметить, что доля комбинированных лекарственных растительных препаратов в ассортименте аптеки составляет 40 % (грудной сбор №1, грудной сбор №3, грудной сбор №4, отхаркивающий сбор), а доля монопрепаратов лекарственных растений — 60 % (алтей лекарственный, подорожник большой, багульник болотный, солодка голая, фиалка лекарственная, шалфей лекарственный, душица обыкновенная, мать-и-мачеха, сосны почки). В составе комбинированных фитотерапевтических препаратов, обладающих отхаркивающим действием, наиболее часто встречаются такие лекарственные растения, как алтей лекарственный, солодка голая и мать-и-мачеха в 50 % сборов, подорожник большой, багульник болотный, фиалка лекарственная, шалфей лекарственный, душица обыкновенная, сосны почки входят в состав 25 % сборов.

В результате исследования было установлено, что 45 % лекарственных растительных препаратов отхаркивающего действия в ассортименте аптеки представ-

лены в пачках россыпью, а именно алтей лекарственный, подорожник большой, грудной сбор №3, грудной сбор №4 и отхаркивающий сбор. Тогда как 55 % лекарственных растительных препаратов – в фильтр-пакетах (багульник болотный, фиалка лекарственная, шалфей лекарственный, сосны почки, грудной сбор №1 и грудной сбор №4). Грудной сбор № 4 имеется в аптеке в двух формах выпуска. Стоит отметить, что все проанализированные фитопрепараты в аптеке являются препаратами отечественного производства.

Выводы: ассортимент отхаркивающих фитопрепаратов аптеки достаточно широк и разнообразен, имеются различные лекарственные формы и вариации. Исследование показало, что наиболее широко в аптеке «Доброе сердце» представлены отхаркивающие лекарственные растительные препараты в виде монопрепаратов (60 %), доля же комбинированных препаратов составляет 40 %. В аптеке лекарственные растительные препараты отхаркивающего действия представлены в фильтр-пакетах (55 %) и в пачках россыпью (45 %).

Самыми распространёнными лекарственными растениями данной группы являются алтей лекарственный, солодка голая и мать-и-мачеха, они входят в 50 % представленных сборов. В двух формах выпуска представлен только грудной сбор №4.

Все исследуемые препараты – отечественного производства, данное обстоятельство свидетельствует о высоком уровне конкурентоспособности фармацевтической промышленности в данном направлении.

ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СОУСТЬЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА РАЗВИТИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНУС-ЛИФТИНГА

*М.М. Тимина, студентка 5 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра оториноларингологии
Научный руководитель: к.м.н. Р.А. Тригубенко*

Ключевые слова: синус-лифтинг; верхнечелюстной синусит; остиомеатальный комплекс.

Проблема дефицита костной ткани верхней челюсти при установке дентальных имплантатов решается путем наращивания дна верхнечелюстной пазухи при помощи костнопластических материалов (синус-лифтинга). Необходимым условием успешной послеоперационной реабилитации данной категории больных является своевременное выявление патологии полости носа и околоносовых пазух, ограничивающей проведение синус-лифтинга. Однако зачастую врач-оториноларинголог обнаруживает ранее имевшийся патологический процесс уже после проведения хирургического вмешательства на альвеолярном отростке верхней челюсти.

Цель исследования — оценка влияния анатомических изменений соустья верхнечелюстной пазухи, приводящих к ее гипоаэрации, на риск возникновения верхнечелюстного синусита после проведения синус-лифтинга.

Материалы и методы: проведено когортное исследование, в которое включались пациенты старше 18 лет с вторичной адентией и атрофией альвеолярного отростка после проведения внутрикостной имплантации с поднятием дна верхнечелюстной пазухи с одной стороны. В качестве основной группы изучались лица с анатомическими изменениями соустья оперированной верхнечелюстной пазухи, приводящими к ее гипоаэрации (искривление носовой перегородки, пневматизированная средняя носовая раковина, клетка Галлера). В качестве контрольной — лица, не имеющие анатомического блока соустья оперированной верхнечелюстной пазухи. Анатомические изменения диагностировались при эндоскопическом ЛОР-осмотре и на КТ с включением остиомеатального комплекса. Осложнение «острый верхнечелюстной синусит» — в соответствии с критериями, регламентированными в клинических рекомендациях.

Результаты. Основную группу составили 37 пациентов, контрольную — 30. Группы сопоставимы по полу, возрасту и объему выполненного оперативного вмешательства. Среди лиц, имеющих клинически значимый анатомический блок соустья, острый послеоперационный верхнечелюстной синусит развился у 8 пациентов. Среди условно-здоровых — у 3. Искривление носовой перегородки диагностировано у 23 человек (из них 11 с осложнением), пневматизированная средняя

носовая раковина — у 8 человек (из них 2 с осложнением), наличие клетки Галлера — у 6 человек (их них 2 с осложнением).

Пациенты с анатомическим блоком естественного соустья верхнечелюстной пазухи имеют 40,5 % [29,8; 46,4] ($p = 0,011$) риск развития острого послеоперационного верхнечелюстного синусита, что на 30,5 % выше ($p = 0,011$), чем у условно-здоровых лиц (10 %, $p = 0,011$). Наличие анатомического блока повышает риск развития послеоперационного синусита в 4 раза ($p = 0,011$) по сравнению с условно-здоровыми.

Вывод: частота возникновения острого послеоперационного верхнечелюстного синусита у пациентов с анатомическим блоком естественного соустья верхнечелюстной пазухи, вызванного искривлением носовой перегородки, пневматизированной средней носовой раковиной или наличием клетки Галлера, была статистически значимо выше. Перспективой дальнейшего исследования является оценка влияния отдельных типов искривления носовой перегородки и удельной доли патологии различных структур остиомаентального комплекса на риск развития острого верхнечелюстного синусита после проведения синус-лифтинга.

НРАВСТВЕННЫЕ ОРИЕНТИРЫ ВРАЧА: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

*Е.В. Титовская, Д.Р. Мартикайнен, О.В. Мороз, В.А. Морозова, студентки 4 курса лечебного факультета; к.м.н., доцент Е.Г. Королюк 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: нравственность; мораль; ценности.

Цель исследования: на примере деятельности известных врачей России определить нравственные качества, необходимые в профессии врача для реализации его профессиональных качеств в обществе и для максимальной пользы для людей.

Материалы и методы: при написании тезисов определения понятий «мораль», «нравственность» и других взяты из толкового словаря В. И. Даля. Примерами высоконравственного врачебного служения явились жизнь и деятельность Евгения Сергеевича Боткина, Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого, сестёр милосердия — Екатерины Михайловны Бакуниной, Великой княгини Елизаветы Федоровны, оказывавшей помощь раненым во время первой мировой войны. Кроме того, примерами высокого служения врачебному долгу являются наши современники — представители медицинских профессий всех уровней, которые оказывали медицинскую помощь соотечественникам во время проведения военной операции на Донбассе. При анализе материалов об этих людях были использованы исторический метод, аналитический метод анализа и обобщение.

Результаты. По определению Владимира Ивановича Даля, морфологически «нравственность» происходит от слова «нрав», что является одним из двух основных свойств духа человека. Ко нраву в свою очередь относятся воля, любовь, милосердие, страсти, а к уму — разум, рассудок и память. По определению Даля, согласный союз нрава и ума образует совершенство духа, а раздор этих начал ведет к упадку. К умственному относятся истина и ложь, к нравственному — добро и зло. Нравственность — это свойство целого народа, зависящее от условно принятого, житейских правил, привычек и обычаев.

Одной из главных функций нравственности является регулятивная, которая позволяет человеку корректировать своё поведение. Схожую функцию имеет и мораль, в роли критериев которой выступают добро и зло, достоинство и совесть, долг, честь и справедливость.

Для того, чтобы сохранить нравственные начала в любые времена, всегда надо придерживаться достойных ориентиров. Медицина, как область человеческой деятельности, наиболее связана с нравственным отношением, что проявляется во взаимодействии и с коллегами, и с больными. Вообще, для русского человека ха-

рактарны высоконравственнае адносіненне к людзям, вернасць выкананню долгу, служэнне Родзіне.

Один из примеров — это Екатерина Михайловна Бакунина (1810-1894), которая вошла в историю как одна из самых знаменитых сестер милосердия. Ее вклад в развитие военной медицины выдающийся хирург Николай Иванович Пирогов называл неоценимым. Будучи потомственной дворянкой, Екатерина Бакунина большую часть жизни добровольно провела на полях сражений Крымской и Русско-турецкой войн. В дни штурмов Бакунина по двое суток не отходила от операционного стола и сопровождала 50 ампутаций подряд. Из Севастополя она уехала только вместе с отступающей армией, последней из сестер милосердия. Екатерина Михайловна Бакунина внесла огромный вклад в дело помощи раненым солдатам на поле боя, жертвуя и рискуя при этом своей собственной жизнью. Она также помогала простым людям, заботилась о больных, оставаясь примером доброты, милосердия и совести как для своих коллег, так и для других людей.

Великая княгиня Елизавета Федоровна (1872–1918) во время Первой мировой войны заботилась о раненных в боях солдатах русской армии и военнопленных, которыми были переполнены госпитали. При ее участии в начале 1915 г. была организована мастерская по сборке протезов из готовых частей, получаемых из Петербургского завода военно-врачебных изделий, где работал протезный цех.

Евгений Сергеевич Боткин (1865–1918) известен не только как талантливый русский врач, но и как великодушный, отзывчивый и до конца своих дней преданный царской семье человек. Он посвятил свою деятельность спасению человеческих жизней в мирное время и во время русско-японской войны, куда отправился добровольцем. Когда Евгений Сергеевич преподавал в Военно-медицинской академии, то учил своих студентов не только лечить болезнь, но и быть милосердными, проявлять сочувствие к пациентам и искренне заботиться о них. Кроме того, Е.С. Боткин работал в больнице для бедных и считал, что надо с милосердием подходить к лечению пациента, независимо от его социального статуса.

Он был призван к тяжело болевшему царевичу Алексею и принял на себя это испытание. После Октябрьской революции 1917 г. Е. С. Боткин разделил с царской семьей все страшные испытания, выпавшие на его долю. Где бы он ни был, с кем бы ни общался, Е.С. Боткин всегда оставался отзывчивым, добрым и великодушным человеком.

В советское время примером нравственности и самопожертвования был Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (1877–1961), российский и советский деятель, врач-хирург, ученый и духовный наставник, автор трудов по анестезиологии и гнойной хирургии; доктор медицины, доктор богословия, профессор; лауреат Сталинской премии первой степени за монографию «Очерки гнойной хирургии». В его жизни и деятельности проявилось родство медицины и нравственных качеств, великое единение человеческого и морального, телесного и духовного, дви-

жимого высоким долгом беззаветного служения людям. Жизнь испытывала его в разных ситуациях: за операционным столом, в тюремных застенках, в личной жизни (случившаяся трагедия — потеря любимой жены). Высокие морально-этические качества Валентина Феликсовича, такие как честь, совесть, трудолюбие, чувство долга, уважительное отношение к человеческому достоинству могут служить ярким примером того, какие морально-этические принципы в профессии медика являются приоритетными.

В настоящее время врачи и медицинские сестры, жертвуя собой, пренебрегая опасностью, спасают раненых военнослужащих, гражданское население, больных и пленных на территории республик — ЛНР, ДНР, в Херсонской и Запорожской областях. Жизнь таких людей — это подвиг!

В жизни каждого медика, любого человека есть место для подвига. Его можно совершать каждый день. Заключается он в качестве жизни: качественно учиться, быть внимательным и милосердным к окружающим, особенно к нуждающимся в сострадании и поддержке. Надо, чтобы не очерствело сердце, не отвернулись взоры от чужой беды. «И как хотите, чтобы с вами поступали люди, так и вы поступайте с ними» (Лк.6:31) — это и есть главный нравственный закон.

Вывод: на основе изученных материалов можно сделать вывод, что место для подвига человека, посвятившего себя медицине, есть везде: на фронте и в тылу, в мирное время. Такие человеческие качества, как милосердие, трудолюбие, уважение человеческого достоинства, ответственность, чувство долга важны не только для сохранения личности врача, медика, человека, но и для укрепления общества и государства в целом.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА АЛЬПОРТА

*С.А. Тройникова, П.М. Комарова, студентки 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: наследственная нефропатия; синдром Альпорта.

Цель исследования — проанализировать клинический случай наследственной нефропатии для расширения клинических знаний о данном заболевании врачей терапевтических специальностей.

Материалы и методы: анализ современной медицинской литературы и материала историй болезни.

Результаты. Синдром Альпорта — это генетически детерминированная X-сцепленная доминантная патология клубочкового аппарата почек неиммунного генеза, обусловленная мутационными изменениями в ДНК-аппарате с последующей деструкцией коллагена 4 типа базальных мембран. Данный синдром представляет собой наследственную нефропатию, клиническими проявлениями которой являются макрогематурия, протеинурия, постепенное снижение функции почек и зачастую патология органов чувств — зрительного и слухового анализаторов.

Дабы наглядно продемонстрировать клиническую картину наследственной нефропатии, следует привести собственное ее наблюдение и анализ.

Пациент в возрасте 22 лет был госпитализирован в отделение нефрологии, при поступлении его беспокоила выраженная общая слабость.

Известно, что в раннем детстве имели место самопроходящие эпизоды выделения мочи красноватого оттенка, однако мать пациента не обращалась за медицинской помощью. По прошествии нескольких лет после перенесенной острой респираторной инфекции у пациента появились абдоминалгия без конкретной локализации и отечность лица. В ходе дальнейших лабораторных исследований был диагностирован хронический гломерулонефрит в гематурической форме.

Спустя 7 лет пациенту была выполнена биопсия почек, определена патология коллагена IV типа, установлен диагноз «наследственная нефропатия — синдром Альпорта».

Из Anamnesis vitae стало известно, что у пациента присутствует отягощенная наследственность по нефрологической патологии. Мать страдает тугоухостью и гематурическим нефритом, а старший брат — хроническим гломерулонефритом в нефротической форме.

Состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Периферических отёков нет. Частота дыхания 16 в 1 минуту, дыхание везикулярное, хри-

пов нет. Частота сердечных сокращений 80 уд. в 1 мин, артериальное давление 110 и 60 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Почки не пальпировались. Диурез сохранён до 1,6 л при выпиваемой жидкости около 1,8 л.

С целью окончательной верификации диагноза пациента и последующего назначения терапии было проведено комплексное лабораторное и инструментальное исследование.

В общем анализе мочи было обнаружено присутствие слизи, макрогематурия и умеренная протеинурия до 1,5 г/л. Креатинин крови составил 82,6 мкмоль, скорость клубочковой фильтрации – 117 мл/мин. Показатели общего белка, альбумина и холестерина не отклонялись от нормы.

Согласно ультразвуковому исследованию почек были выявлены диффузные изменения почечной паренхимы.

На основании полученных результатов был поставлен клинический диагноз «синдром Альпорта», «хронический гломерулонефрит», латентная форма, обострение. «Хроническая болезнь почек 1 стадии».

Пациенту была назначена медикаментозная терапия: «Лизиноприл», «Пентоксифиллин».

В ходе проведенного лечения у пациента исчез симптом общей слабости, произошло снижение протеинурии. Впоследствии он был выписан из нефрологического отделения со следующими рекомендациями: диета со сниженным употреблением поваренной соли, прием «Дипиридамола» по 0,075 три раза в сутки на протяжении трех месяцев, «Лизиноприла» 0,005 утром ежедневно и наблюдение врача-нефролога на амбулаторном уровне с плановым осмотром спустя три месяца от момента выписки.

Выводы: характерной чертой данного клинического случая является то, что патология носит наследственный характер. Верификация диагноза наследственной нефропатии в раннем детском возрасте является достаточно сложной задачей в клинической практике. Однако генетический скрининг, нефробиопсия и адекватная медикаментозная терапия способны улучшить течение данной патологии и прогноз для жизни пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ИНФАРКТ МИОКАРДА — АДЕНОКАРЦИНОМА ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ — ПНЕВМОМЕДИАСТИНУМ

А.В. Трусова, А.Н. Борисова, М.А. Куканова 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 Л.Н. Коричкина; д.м.н., профессор

О.Б. Поселюгина

Ключевые слова: инфаркт миокарда; аденокарцинома; пневмомедиастинум; одышка; абдоминальная боль.

Цель исследования — представить клинический случай редкой острой полиморбидной патологии у больного преклонного возраста.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ истории болезни больного С.А.Г., 80 лет. Пациент был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница».

Результаты. Пациент поступил в тяжелом состоянии с клиникой острого живота и острого инфаркта миокарда (ОИМ). В течение недели отмечал боли в животе, чувство нехватки воздуха, одышку. За медицинской помощью обратился, когда появились приступы удушья и интенсивные боли в брюшной полости. В приемном отделении ОКБ осмотрен кардиологом и хирургом. Диагноз при поступлении: «перфорация полого органа, разлитой перитонит», «пневмомедиастинум», «сепсис», «септический шок». Сопутствующий диагноз: «ОИМ ниже-боковой локализации с подъемом ST, зубцом Q 2 типа», «гипертоническая болезнь III стадии», «постоянная форма фибрилляции предсердий», «цирроз печени».

Обследование. ЭКГ: признаки ОИМ, фибрилляция предсердий. КТ: в правой плевральной области в парамедиастинальных отделах — свободный воздух. В брюшной полости свободная жидкость, патологический субстрат в супрачрезерентериальном пространстве. Циркулярное утолщение стенок поперечно-ободочной кишки с признаками воспалительной реакции, контур печени бугристый, гипотрофия правой, левой и хвостатой долей.

Клинический анализ крови: лейкоцитоз — $10,62 \times 10^9$ /л, эритроциты — $5,2 \times 10^{12}$ /л, микроциты — 10,7 %, гемоглобин — 124 г/л, МСНС — 297 г/л, тромбоциты — 460×10^9 /л СОЭ — 3 мм/час. Тропонин I — 0,004 нг/мл. Общий белок — 62 г/л. ПТИ — 21,9 %, АЧТВ — 99,1 сек, фибриноген — 2,46 /л, МНО — 2,83 ед.

Через час наступил летальный исход. Патологоанатомический диагноз. Основное заболевание: «острый трансмуральный инфаркт миокарда (1 типа) задней стенки левого желудочка с распространением на межжелудочковую перегородку» (очаг 8×6 см, срок давности более 1–2 суток), «стенозирующий атеросклероз ко-

ронарных артерий 4 стадия, 3 степени» (сужение просвета правой венечной и левой до точечного, нестабильная с атероматозом и кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка правой венечной артерии, тромбоз правой венечной артерии). Осложнения основного диагноза: «острая сердечная недостаточность», «острое венозное полнокровие внутренних органов». Жидкое состояние крови. Сопутствующие заболевания: «низкодифференцированная аденокарцинома поперечно-ободочной кишки с прорастанием в брыжейку», «пневмомедиастинум», «гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени: эксцентрическая гипертрофия миокарда» (масса сердца 520 г, толщина стенки ЛЖ 2,1 см.), «крупноузловой цирроз печени».

В литературе не встретилось описания представленной сочетанной патологии. Сочетание абдоминальной формы ОИМ, рака поперечно-ободочной кишки с прорастанием в брыжейку и пневмомедиастинума представляет очень редкую патологию. Клиника этих заболеваний проявляется сильными болями в груди, ниже грудины, в животе, одышкой, что наблюдалось у нашего больного. Коронарный атеросклероз был доказан на секции, но представленные данные выходили за рамки ИБС, именно, тропонин не повышен, а в крови выраженный тромбоцитоз, что часто наблюдается при паранеопластическом синдроме рака желудка, кишечника, почек и может проявляться гиперкоагуляционным синдромом. Отмечены признаки развития гипохромной анемии: концентрации гемоглобина до 124 г/л, снижение МСНС и увеличение микроцитов. Аденокарцинома — очень злокачественная форма рака, которая проросла брыжейку и привела к микроперфорации и пневмомедиастинуму. С другой стороны, пневмомедиастинум может возникнуть при повышении внутригрудного (кашель, чихание, рвота) или внутрибрюшного давления (дефекация), а также может предшествовать перфорации толстой кишки.

Выводы: 1. Сочетание трех неотложных состояний: инфаркта миокарда, пневмомедиастинума и пенетрации аденокарциномы поперечно-ободочной кишки явилось тяжелой патологией для больного преклонного возраста и имело неблагоприятный прогноз, быстрая постановка диагноза не предотвратила летальный исход.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

*В.О. Тульчий, Е.А. Мамычкина, студентки 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: *тромбоэмболия легочной артерии; венозные тромбоэмболические осложнения; гинекология; прием комбинированных оральных контрацептивных препаратов; клинический случай; оценка клинической вероятности тромбоэмболии.*

Цель исследования: описать клинический случай тромбоэмболии легочной артерии, возникший у молодой женщины на фоне приема комбинированных оральных контрацептивов, привлечь внимание к возможности развития данного осложнения при бесконтрольном приеме гормональных контрацептивов, обозначить необходимость их употребления только по назначению врача.

Материалы и методы: пациентка А., 24 лет, обратилась к участковому терапевту в поликлинику по месту жительства с жалобами на незначительное повышение температуры тела (до 37 градусов), тяжесть в груди, сердцебиение, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты и одышку при подъеме на 3-ий этаж. Ранее данные симптомы никогда не беспокоили. Из анамнеза: женщина А. считает себя больной на протяжении 2 недель, когда появились первые симптомы — одышка при подъеме по лестнице, кашель, субфебрильная температура. Замужем, по назначению гинеколога в качестве контрацепции в течение 1,5 лет принимает оральный контрацептив регулон. Вредные привычки: курение и алкоголь отрицает. Отец страдал АГ и умер от ОНМК в возрасте 50 лет. Пациентка А. была направлена участковым терапевтом к кардиологу для уточнения клинического диагноза и исключения острого миокардита.

Результаты. На приеме у врача-кардиолога. Объективно: состояние средней тяжести. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный, частота сердечных сокращений 100 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. По данным лабораторных исследований: в ОАК и ОАМ патологии не выявлено. В БАК увеличен Д-димер — 454 нг/мл. По данным рентгенографии грудной клетки: патологии не выявлено. По результатам ЭКГ: синусовая тахикардия 110 в 1 мин, электрическая ось сердца не отклонена, признаки перегрузки правого предсердия. По данным ЭхоКГ: камеры сердца не расширены (ЛП — 35 мл, ПП — 36 мл). Аорта не расширена. МР — 1 ст. ТР — 2 ст. ЛР — 1ст. Глобальная сократимость миокарда в норме. ФВ ЛЖ — 58 %. Повышено давление в легочной артерии до 34 мм рт. ст. С уче-

том наличия у пациентки факторов риска ТЭЛА — регулярного приема оральных контрацептивов, клинической симптоматики в виде одышки и кашля, сердцебиения, повышенного давления в легочной артерии и увеличенного значения Д-димера — кардиологом была заподозрена ТЭЛА. По экстренным показаниям была выполнена ангиопульмонография, и выявлен округлый дефект контрастирования $2,1 \times 1,4$ см верхнедолевой ветви правой легочной артерии — ангиографические признаки субмассивной ТЭЛА. Пациентка А. была госпитализирована в ГУЗ ОКБ г. Твери с диагнозом ТЭЛА правой легочной артерии, субмассивная; был проведен селективный тромболитический. Больной было рекомендовано отказаться от приема комбинированных оральных контрацептивов, продолжить прием препаратов из группы новых оральных антикоагулянтов — Эликвис (Апиксабан) 5 мг 2 раза в день в течение 6 месяцев. Рекомендовано наблюдение у сосудистого хирурга.

Выводы: данный клинический случай подчеркивает опасность возникновения тромбоэмболических осложнений, что обязательно нужно учитывать у пациенток, принимающих комбинированные оральные контрацептивы.

ТРУД ВСЕЙ ЖИЗНИ (К 120-ЛЕТИЮ УЧЕНИЯ И.П. ПАВЛОВА ОБ УСЛОВНЫХ РЕФЛЕКСАХ)

*Л.В. Тюндюрова, Л.С. Борисова, Е.С. Зуевич, студенты 5 курса
педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра основ общественного здоровья, здравоохранения и истории
медицины
Научный руководитель: к.м.н., доцент И.В. Березовский*

Ключевые слова: *условный рефлекс; высшая нервная деятельность; корковая локализации центров; веха физиологии.*

Цель исследования: оценить значимость учения академика И. П. Павлова об условных рефlekсах в связи со 120-летием со дня его рождения.

Материалы и методы: в ходе написания тезисов были использованы идеографический и биографический методы исторического исследования. В качестве материалов использовались статьи и научные труды по физиологии.

Результаты. 28 апреля 1903 года в Мадриде на XIV Международном медицинском конгрессе И. П. Павлов представил доклад «Экспериментальная психология и психопатология на животных», в котором он впервые подробно описал теорию условных рефлексов. Учение об условных рефlekсах явилось оригинальным как по своей методологической сущности, так и по методическому содержанию. Оно коренным образом отличалось от всего того, что было создано на протяжении трехсот лет.

Иван Петрович Павлов (родился 26 сентября 1849 года, Рязань — умер 27 февраля 1936 года, Ленинград) — великий русский учёный-физиолог, академик, основатель крупнейшей российской физиологической школы, лауреат Нобелевской премии 1904 г. за работу по физиологии пищеварения. Создал методику хронического эксперимента, описал процессы регуляции пищеварения, создал учение об условных рефlekсах и высшей нервной деятельности, внёс огромный вклад в развитие физиологии, фармакологии, медицины, психологии, психиатрии, педагогике, генетике. В 1935 году на XV Международном конгрессе физиологов был признан «первым физиологом мира».

И. П. Павлов ввел понятие «условный рефлекс» или «рефлекс на расстоянии». Описал новый термин как приспособительный механизм и доказательство физиологической основы психики. Путем многочисленных опытов было установлено, что условный рефлекс является индивидуальной реакцией организма на определенные стимулы, формируется на основе безусловных (врожденных) рефлексов, не передается по наследству и исчезает при отсутствии раздражителя. Условный рефлекс приобретает в течение жизни путем научения. Механизм его формирования связан с образованием ассоциативных связей между корковыми центрами.

В 1904 году в Нобелевской речи И.П. Павлов сказал, что уже были сделаны «первые твердые шаги на пути нового исследования». Это привлекло еще большее внимание ученых всего мира как к работам Павлова, так и к его личности. Научное сообщество разделилось на два лагеря: сторонников и противников учения об условных рефлексах. Сторонники стремились работать с Павловым для освоения метода изучения функций «вполне здорового, непокалеченного организма». Противники же обличали его в том, что учение об условных рефлексах развивается якобы в полном отрыве от остальной физиологии нервной системы и что это делает учение изолированным и неинтересным для большинства физиологов.

Исследовательская работа И. П. Павлова развивалась по трем направлениям: изучение общих физиологических свойств условных рефлексов; изучение условных рефлексов со специальных рецепторов (изучение отдельных корковых анализаторов) и изучение нарушения и восстановления корковых функций в связи с экстирпациями коры больших полушарий.

Уже через несколько лет после Павлова в России (В.М. Бехтерев) и в Германии (Калишер) стали проводиться эксперименты с рефлексами. В.М. Бехтерев в опытах применял оборонительный рефлекс в виде двигательной реакции против болевого раздражения кожи. А Калишер, как и Павлов, применял пищевой рефлекс, но только при исследовании двигательной реакции собаки (в дальнейшем это исследование легло в основу дрессуры).

Общество русских врачей на протяжении многих лет стало ареной горячих споров между Павловым и Бехтеревым. Ни один из докладов павловской школы, касающихся проблемы корковой локализации центров, не обошелся без горячей дискуссии.

Вывод: таким образом, метод условных рефлексов стал вехой физиологии. На основе использования условных рефлексов была определена локализация корковых функций, установлены взаимодействия внутренних органов с корой, описаны влияния различных веществ на ЦНС, выявлены наследственные и приобретенные свойства высшей нервной деятельности, а также влияние воспитания на ее формирование. Были разработаны программы лечения нервных расстройств, фобий, панических атак, созданы основополагающие методы в педагогике, разработаны программы коррекции психических и физических нарушений. Эти методы активно применяются в воспитании, обучении, лечении, реабилитации и по сей день. Труд «Условные рефлексы» стал для академика И. П. Павлова делом всей его жизни и наследием для всего человечества.

НАЗВАНИЕ БОЛЕЗНИ В ЕЕ ИСТОРИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ (НЕМЕЦКАЯ КОРЬ)

*М. Умаркулова, студентка 3 курса лечебного факультета; Н.А. Буданова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра русского языка

Научный руководитель: к.ф.н. Н.А. Буданова

Ключевые слова: название болезни; диагностический поиск; история термина; русская медицинская терминология.

Цель исследования: проследить историю термина *немецкая корь*, рассмотреть синонимические названия болезни и объяснить происхождение этих названий в русской медицинской терминологии.

Методы: лексико-семантический, этимологический анализ лексических единиц.

Материалы: медицинские словари, этимологические словари, учебная медицинская литература, МКБ-10.

Немецкая корь в МКБ-10 имеет код В06, там же указано второе название болезни — краснуха. Название немецкая корь (в англоязычной литературе German measles) является эпонимом и связано с тем, что впервые симптомы этой болезни были описаны в 1740 г. Фридрихом Гоффманном (Hoffmann Friedrich), терапевтом из Германии. В настоящее время существует единственное правильное название болезни — краснуха, но на определенном этапе развития медицины в связи с трудностями диагностики двух болезней под краснухой подразумевался некий вариант кори (в МКБ-10 ее код В05).

Термины корь и краснуха вошли в русскую медицинскую терминологию разными путями. Термин корь перешел в научную терминологию из языка народной медицины. Болезнь была хорошо известна на Руси. Этимологически название болезни связано со словами «кора», «корявый», что объясняется внешними симптомами болезни: период пигментации характеризуется изменением цвета сыпи, появляется коричневый оттенок, а после исчезновения сыпи может появиться отрубевидное шелушение.

История термина краснуха непосредственно связана с историей самой болезни — ее описанием, выделением в самостоятельную нозологическую единицу. Несомненно, краснуха как болезнь исторически существовала давно, но только в 1814 г. Г. Матон (после описания Ф. Гоффманом ее симптомов) предположил, что краснуха является самостоятельной болезнью, а Г. Вел в 1866 г. описал эпидемию в Индии и дал этой болезни название на латинском языке «rubella». В названии отражается основной внешний признак проявления болезни — высыпания на коже красного цвета. В английском и французском языках название болезни образовалось путем калькирования латинского термина (rubella и rubiole), а в немецком

и русском языках — путем перевода термина на родной язык: Ricteln (Rihte 1. краснота, 2. румянец, Rot — красный) и краснуха (от красный).

В учебнике XX в. под редакцией основоположника советской педиатрии Г. Н. Сперанского клиническая картина краснухи описана так: «Сыпь, как при кори, начинается за ушами и на лице, где достигает наибольшей густоты... Сыпь редко держится более 24 часов и на 3-ий день бледнеет совершенно». Авторитетным мнением великого врача и его описанием болезни в этом учебном пособии можно объяснить существование у краснухи еще одного названия — трехдневная корь. В русской терминологии сложность дифференциальной диагностики болезни подтверждается существованием еще одного синонима — коревая краснуха, где смешиваются названия двух болезней, что нехарактерно для терминологии и противоречит ее базовым принципам. В России краснуха была признана самостоятельной болезнью только в 90-е годы XIX в. Таким образом, названия немецкая корь, трехдневная корь и коревая краснуха, когда речь идет о краснухе, указывают на трудность дифференциальной диагностики двух болезней в истории развития медицины.

В 1905 г. русско-французский врач Леон Шейнис предложил пронумерованную классификацию шести наиболее распространенных детских экзантем (инфекционных болезней, для которых характерна сыпь на коже). Краснуха в этом списке оказалась на третьем месте и получила еще одно название — «третья болезнь». Первые две болезни — это корь и скарлатина.

Выводы: в ходе проведенного обзора медицинской литературы были выявлены многочисленные синонимы названия болезни немецкая корь: трехдневная корь, коревая краснуха, краснуха, третья болезнь. Все эти термины отражают процесс постепенного понимания того, что краснуха является самостоятельной болезнью, отличной от других. Термин немецкая корь в современной русской медицинской терминологии имеет синоним краснуха, который является наиболее верным обозначением болезни, так как отвечает всем современным требованиям термина: обозначает научное понятие, имеет дефиницию, создан на базе национального языка, является однозначным и мотивированным.

ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

*И.Я. Умаров, студент 5 курса факультета медицинской педагогики Самаркандский ГМУ, г. Самарканд, Узбекистан
Кафедра внутренних болезней № 4
Научный руководитель: ассистент Н.Н. Махматмурадова*

Ключевые слова: неспецифическая интерстициальная пневмония, слизистая полости рта.

Цель исследования: установление характера изменений слизистой рта у больных, перенесших неспецифическую интерстициальную пневмонию.

Материал и методы: на базе кафедры внутренних болезней № 4 Самаркандского государственного медицинского университета в рамках консультативного совета был проведен прием 24 пациентов (8 мужчин и 16 женщин), перенесших неспецифическую интерстициальную пневмонию, с патологией слизистой полости рта с привлечением врача-стоматолога и применением клинико-лабораторных методов исследования.

Результаты исследования. Наблюдаемые пациенты предъявляли жалобы на различные высыпания, эрозии, появление бляшек, трещин на слизистой полости рта и губ. Большинство пациентов (86 %), в первую очередь, отмечали неприятный запах изо рта, нарушения вкусовой и обонятельной чувствительности. На слизистой оболочке щеки образовывались язвы, покрытые фибринозным налетом. На твердом небе отмечались множественные ярко-красные эрозии, которые обнаруживались и в ретромолярной области на фоне невоспаленной слизистой оболочки.

У 64 % пациентов после проведения бактериологического исследования был поставлен диагноз — кандидоз. У некоторых из них отмечался псевдомембранный налет на языке в виде белых бляшек. Слизистая оболочка твердого неба была частично гиперемирована, отмечались энантемы. Петехиальные изменения на слизистой встречались у 17,4 % пациентов.

Эритематозная сыпь у пациентов различалась по внешнему виду. В последнем случае на твердом небе наблюдались миллиметровые петехии без эритемы на фоне невоспаленной слизистой оболочки. Также пациенты отметили появление петехий до разгара болезни, что исключает реакцию слизистой на лекарственные препараты.

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний полости рта у пациентов, переболевших вирусной инфекцией, является хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Ведущим фактором этиопатогенеза является модуляция перекрестной иммунной реакции, в результате чего в полости рта образуются афты. При этом больные жалуются на наличие резко болезненного дефекта. Они отмечают появление небольшого, диаметром до 1 см, гиперемированного или анемич-

ного, резко ограниченного круглого или овального пятна, которое через несколько часов приподнимается над окружающей слизистой оболочкой, эрозируется и превращается в афту. Высыпания зачастую множественные, локализация афт — это переходная складка, боковые поверхности языка, слизистая оболочка губ и щек. По мере нарастания тяжести и длительности заболевания количество афт увеличивается, удлиняется период их заживления с 7–10 дней до 2–4 недель. В некоторых случаях афты покрыты фибринозным налетом, при этом афты полигональной формы, располагаются на слизистой оболочке нижней губы.

Также следует отметить, что у всех пациентов отмечались заболевания пародонта: гингивит и пародонтит. Гигиена полости рта была неудовлетворительной, отмечено обильное количество мягкого зубного налета, над- и поддесневого зубного камня.

Выводы: полученные результаты обследования полости рта у больных, перенесших неспецифическую интерстициальную пневмонию, демонстрируют разнообразные стоматологические проявления. При этом наблюдаются отдаленные неблагоприятные последствия в виде ослабления иммунитета или склонности к аутоиммунным процессам.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*П.Ю. Федорова, А.А. Романова, студенты 5 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: ожирение; метаболический синдром; сибутрамин.

Цель исследования: описать клинический случай ожирения в сочетании с метаболическим синдромом, который развивался на фоне неправильного питания, гиподинамии, и показать достигнутые результаты при правильной их коррекции.

Материалы и методы: пациентка О., 43 года, обратилась к участковому терапевту в поликлинику по месту жительства с жалобами на увеличение массы тела, периодическую тошноту, тяжесть в правом подреберье, особенно после употребления жирной пищи, отеки ног, возникающие к вечеру, на повышенную тревожность, раздражительность, эпизодические судороги в икроножных мышцах. Из анамнеза: до 33 лет — масса тела до 68 кг, в дальнейшем после 2-х родов — прибавка 20 кг. Самостоятельно прибегала к монодиетам, применяла БАДы, на этом фоне масса тела снижалась максимально на 15 кг за 4 месяца, однако стали беспокоить боли и тяжесть в области правого подреберья, тошнота. Диагностирован стеатогепатоз. Прекратила прием БАДов, вновь отметила постепенный набор веса. Год назад был опыт применения Саксенды (по рекомендации врача): эскалация дозы ассоциировалась с непроходящими со временем тошнотой, рвотой, головокружениями без эффекта в отношении массы тела. Терапия прекращена, за последний год масса тела увеличилась еще на 8 кг. Эпизодически на фоне стресса отмечает подъем артериального давления до 150/90 мм рт. ст.

Питание нерегулярное, завтрак отсутствует, любит сладкое, мучные изделия; эмоциогенное пищевое поведение. Физическая активность низкая (сидячая работа). Наследственный анамнез отягощен (у матери сахарный диабет 2-го типа, ожирение). Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отсутствуют. Имеется сопутствующая патология: неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП), варикозная болезнь нижних конечностей.

Результаты. Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, распределение ПЖК по абдоминальному типу. Повышенного питания. Рост 170,5 см, вес 89,6 кг, ИМТ 30,8 кг/м², окружность талии (ОТ) 108 см, окружность бедер (ОБ) 113 см, ОТ/ОБ 0,96. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, чистые, фолликулярный дискератоз на плечах, варикозное расширение вен нижних конечностей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево +1 см от левой ср. кл. линии. Тоны сердца звучные, ритм

правильный, частота сердечных сокращений 100 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Пастозность голеней до уровня нижней трети. Лабораторным данные: клинический анализ крови без особенностей. Биохимический анализ крови: общий белок — 72 г/л, альбумин — 44 г/л, АЛТ — 30 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, ЩФ — 56 Ед/л, креатинин — 72 мкмоль/л, мочевины — 4,2 ммоль/л, общий холестерин — 5,2 ммоль/л, ЛНП — 3,39 ммоль/л, ЛПВП — 0,9 ммоль/л, ТГ — 2,0 ммоль/л, магний — 0,68 ммоль/л, глюкоза натощак — 6,2 ммоль/л, 25 ОН вит Д — 19 нг/мл. Маркеры вирусных гепатитов — отрицательные. Гормоны: ТТГ — 1,8 мкМЕ/мл. Инструментальные данные: УЗИ органов брюшной полости и почек: диффузные изменения печени - по типу жирового гепатоза, лабильный перегиб желчного пузыря, билиарный сладж, диффузные изменения поджелудочной железы (липоматоз). Биоимпедансометрия: жировая масса — 37,2 кг, тощая масса — 52,4 кг, активная клеточная масса — 29,7 кг, доля активной клеточной массы — 56,7 %, внеклеточная жидкость — 17,0 кг. Консультация хирурга-флеболога: варикозная болезнь вен нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность 1 степени.

С учетом полученных данных анамнеза, жалоб, результатов лабораторного и инструментального методов исследования пациентке был поставлен клинический диагноз: Ожирение алиментарно-конституционального генеза 1 степени, абдоминальное ожирение. Сопутствующий диагноз: НТГ. НЖБП. ВБНК.

Рекомендована немедикаментозная терапия: регулярное питание, 3 основных приема пищи в день с интервалами до 4–5 часов, последний приема пищи за 4 часа до сна; гипокалорийное питание: 1400 ккал, жиры — до 45 г в день (преимущественно растительные), белка — 90 г в день, с обязательным употреблением некрахмалистых овощей и листовой зелени, ягод/фруктов — не менее 400 г (ягоды/фрукты — до 100 г в день); с ограничением легкоусвояемых углеводов, насыщенных жиров, поваренной соли до 3–5 г в день; общий водный режим: не менее 2700 мл воды в день; ежедневная ходьба не менее 10000 шагов, а также аэробная активность не менее 150 мин в неделю. В качестве медикаментозного лечения был назначен Редуксин Форте (Сибутрамин+Метформин) 10 мг+850 мг в день в течение 6 месяцев с контролем АД и ЧСС на фоне терапии. На фоне лечения в течение 3-х месяцев у данной пациентки наблюдалась положительная динамика. Масса тела — 84,0 кг (-5,3 кг), ОТ 100 см (-8 см). Отмечает снижение аппетита, на фоне чего удалось отрегулировать режим питания, исключить рафинированные углеводы; эмоциональное состояние ровное, судороги в икроножных мышцах не беспокоят; значительно уменьшилась выраженность отеков ног; АД при самоконтроле на фоне терапии — до 125/80 мм рт. ст., ЧСС 75–84 удара в мин; результаты контрольных тестов: АЛТ — 24 Ед/л, магний — 0,94 ммоль/л, нормализовался липидный спектр крови: общий холестерин — 4,9 ммоль/л, ЛНП — 2,8 ммоль/л, ЛВП — 1,35 ммоль/л, ТГ — 1,64 ммоль/л, глюкоза натощак — 5,6 ммоль/л, инсу-

лин натощак — 14,3 мкЕд/мл, 25 ОН вит Д — 40 нг/мл; УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, желчный пузырь — стенки не утолщены, содержимое гомогенное.

Выводы: данный клинический случай показывает, что сочетание немедикаментозной и медикаментозной терапии с использованием препарата Редуксин Форте (Сибутрамин+Метформин) 10 мг+850 мг позволяет добиться положительных результатов в лечении ожирения 1-й степени и метаболического синдрома. На фоне терапии отмечается закрепление правильных пищевых привычек и контролируемого чувства голода, улучшаются клинические и лабораторные показатели, что способствует профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ГИПЕРНАТРИЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ

Ю.Д. Филиппова¹, студентка 6 курса педиатрического факультета;

С.Р. Ягольницкая¹, студентка 6 курса лечебного факультета;

М.А. Петрушин^{1,2}, С.А. Воробьев¹

¹ — ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия.

² — ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница», г. Тверь, Россия

Кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф

Научный руководитель: ассистент М.А. Петрушин

Ключевые слова: ожоговая травма; гипернатриемия; интенсивная терапия.

Цель исследования: выявление частоты встречаемости гипернатриемии у пациентов с тяжелой ожоговой травмой и оценить ее влияние на летальность данного контингента больных.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ медицинской документации. Была отобрана 91 карта пациентов, госпитализированных в отделение анестезиологии и реанимации №3 Тверской областной клинической больницы с 2015 по 2019 гг. Критерии включения: возраст от 18 лет, площадь ожоговой поверхности от 25 % до 100 % общей поверхности тела, нахождение в ОРИТ более 1 суток. Критерии исключения: возраст пациентов до 18 лет, терминальные состояния, площадь ожоговой поверхности менее 25 %. Терапия проводилась в соответствии с принятыми клиническими рекомендациями. Инфузионная терапия рассчитывалась по формуле Паркланда впервые сутки госпитализации. Проводилась оценка объема инфузионной терапии 1, 2, 3, 5, 7 и 10 сутки соответственно.

У всех пациентов оценивали уровень гемоглобина, креатинина, натрия, лактата, рН на 1, 2, 3, 5, 7 и 10 сутки от момента госпитализации. Оценка органной дисфункции производилась по шкале SOFA также на 1, 2, 3, 5, 7 и 10 день. При появлении гипернатриемии ее устраняли консервативными методами с использованием титрованных доз диуретиков. При показателях уровня натрия выше 160 ммоль/л принималось решение об инициации экстракорпоральной гемокоррекции. Использовали методы описательной и аналитической статистики.

Результаты. Среди обследованных пациентов было 62 (68,1 %) мужчины и 29 (31,9 %) женщин. Средний возраст составил $52,89 \pm 16,72$ года. В дальнейшем пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили выжившие пациенты 42 (46,2 %), вторую — умершие (соответственно 49 (53,8 %) человека).

Средняя длительность лечения в группе выживших составила $8,05 \pm 7,44$ дня, а в группе умерших — $10,65 \pm 10,85$ дня соответственно ($p = 0,185$).

Оценка по SOFA: в группе выживших на 1 сутки регистрировалось $2,45 \pm 1,54$ балла, а в группе умерших — $5,36 \pm 3,3$ балла соответственно. Максимально дан-

ный показатель был зарегистрирован в группе выживших на 7 день госпитализации и составил $3,54 \pm 0,97$ балла, в группе умерших — $7,18 \pm 3,02$ балла на 10 день госпитализации соответственно ($p < 0,0001$). Объем инфузионной терапии на 1 сутки госпитализации в группе выживших составил $6858,45 \pm 4008,98$ мл, а в группе умерших — $8098,10 \pm 4929,95$ мл. соответственно ($p = 0,084$). Искусственная вентиляция легких потребовалась 52,7 % пациентов. У 18,9 % пациентов в течение всей госпитализации развилась острая почечная недостаточность, у 37,8 % была проведена процедура гемодиализа, и у 28,9 % проводилась продолжительная вено-венозная гемодиализация.

Летальность пациентов с тяжелыми ожогами в ОРИТ за время госпитализации с 1 по 64 сутки составила 53,8 %. Исследованием установлено, что гипернатриемия была выявлена у 61,54 % пациентов. Среди погибших пациентов гипернатриемия отмечалась у 41 (83,67 %) человека на 5 день госпитализации в ОРИТ. Также было получено, что увеличение уровня натрия на 5 день в группе умерших высоко статистически значимо ($p < 0,0001$), а в группе выживших — $p = 0,174$. Важно отметить, что гипернатриемия на 5 сутки в группе умерших была выше и составила $149,42 \pm 9,29$, а в группе выживших — $141,29 \pm 5,3$ соответственно.

Показатели органной дисфункции при тяжелых ожогах по шкале SOFA были существенно выше в течение госпитализации у умерших в сравнении с выжившими. Максимальное значение наблюдалось на 7 день и в среднем составило $3,54 \pm 0,97$ баллов в группе выживших, в группе умерших — $7,18 \pm 3,02$ балла на 10 день соответственно.

Выводы: у 61,54 % пациентов с тяжелыми ожогами выявляется гипернатриемия. Наибольшее увеличение концентрации натрия в крови ожоговых пациентов наступает на 5 сутки госпитализации. Гипернатриемия существенно чаще выявлялась у погибших впоследствии пациентов. Гипернатриемия является прогностическим значимым фактором летального исхода у пациентов с ожоговой травмой.

АССИМИЛЯЦИЯ ЛАТИНСКИХ ЗАИМСТВОВАНИЙ В МЕДИЦИНСКОМ АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ (НА ПРИМЕРЕ ДЕМИНУТИВОВ)

*Е.Х. Хайдарова, студентка 2 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра иностранных и латинского языков
Научные руководители: к.ф.н., доцент Н.Г. Гавриленко,
старший преподаватель И.В. Музыкантова*

Ключевые слова: *ассимиляция; деминутив; уменьшительные суффиксы; медицинская терминология; латинский язык; английский язык.*

Цель исследования: изучение специфики и степени ассимиляции в медицинском английском языке (АЯ) латинских заимствований с уменьшительными суффиксами (деминутивов).

Материалы и методы: материалом для исследования послужили 64 лексические единицы (ЛЕ), имеющие в своем значении компонент «уменьшительность», выраженный суффиксами -ul-, -cul-, -ell-, -ill-, -ol- и финалью -cle. Корпус примеров был получен путем сплошной компьютерной выборки из Harrison's Principles of Internal Medicine, авторитетного справочника по внутренним болезням (около 4 тыс. страниц), составленного и отредактированного интернациональным коллективом ученых и практиков, что позволяет исключить авторские «предпочтения» определенных вариантов слов. ЛЕ были разделены на 3 группы в зависимости от рода (мужского, женского, среднего) мотивирующего существительного и подвергнуты структурному и семантическому анализу. Отнесенность заимствованных слов к одному из «родов» и наименование групп можно считать условными для целей исследования ввиду фактического отсутствия данной категории в современном АЯ. Возможность использования разных вариантов одной ЛЕ проверялась по словарям Collins Online Dictionary и Merriam-Webster Dictionary, а также иным англоязычным медицинским справочникам.

Результаты. Ассимиляция — это приспособление заимствованных ЛЕ к системе принимающего языка в фонетическом, графическом, грамматическом и семантическом планах. Все исследованные нами ЛЕ подверглись ассимиляции в той или иной степени.

Основным способом заимствования стала транслитерация, при которой графический облик слова не претерпел никаких изменений, в то время как звуковая форма подверглась трансформациям в соответствии с фонетическими нормами АЯ при сохранении акцентной модели (места основного ударения), что нашло подтверждение в словарях. В настоящем исследовании мы не затрагивали фонетический аспект ассимиляции.

В группе женского рода (27 ЛЕ) 86 % слов, имеющих в своем составе суффиксы -ul-, -ell-, -ill-, -ol- остались без изменений (scapula, lamella, foveola). В 4 случа-

ях у существительных с этими суффиксами наблюдались редукция окончания -а и появление традиционного для АЯ «немого» -е (*venula — venule*). Подобные единицы демонстрируют вариативность (*areola — areole*) и возможность использования наряду с традиционным английским -s «латинского» окончания множественного числа (*areolas — areolae*). У всех существительных данной группы с суффиксом -cul(a) (5 ЛЕ) произошло его преобразование в финаль -cle (*auricula — auricle*). Словари не дают вариативных форм для таких ЛЕ.

В группе среднего рода (15 ЛЕ) 67 % слов не претерпели никаких изменений (*frenulum, speculum, cerebellum*) и сохранили оригинальные окончания множественного числа. 33 % подверглись частичной ассимиляции, причем, в 4 случаях произошла редукция латинского окончания -um и замена суффикса -cul- финалью -cle (*tubercle, reticle*). Интересным представляется тот факт, что в случаях, когда словари предлагают 2 конкурирующих варианта в АЯ (*reticulum — reticle*), авторы медицинских текстов выбирают именно «латинский» вариант, который помечен в словаре как «*anat*», «*biol*», «*pathol*». Появление характерного для АЯ финального -е было зафиксировано лишь в 1 слове без суффикса -cul- (*granule*); вариативность словари не зарегистрировали.

В группе мужского рода (22 ЛЕ) 3 слова, не имеющие в своем составе суффикса -cul-, не подверглись изменениям (*alveolus, anulus, volvulus*). В остальных случаях зафиксирована редукция латинского окончания -us и присоединение английского немого -е (*ductule, bronchiole*). Среди слов с суффиксом -cul- можно выделить три подгруппы: слова, полностью сохранившие свой «латинский» облик (*canaliculus, colliculus*); слова, адаптировавшиеся к АЯ путем преобразования -cul(a) в финаль -cle (*follicle, fascicle*); слова, зафиксированные в словарях в двух вариантах (*utriculus — utricule*). В последнем случае медицинские источники отдают предпочтение исходному латинскому варианту, что и подтверждается словарными пометами «*anat*», «*biol*», «*pathol*».

Выводы: исследование показало, что ЛЕ может переходить из языка в язык без каких-либо модификаций или приобретать новую совокупность признаков. Наибольшую степень приспособления к системе АЯ продемонстрировали единицы с суффиксом -cul- вне зависимости от рода мотивирующего существительного. В случаях использования деминутивов исключительно в узкопрофессиональных контекстах отмечалась большая вероятность выбора латинского варианта слова с латинской флексией множественного числа.

ПРОБЛЕМА СТИГМЫ В ПСИХИАТРИИ

*А.Р. Хакназаров, студент 5 курса медицинского факультета; М.С. Гончарова
ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан*

*Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора
М.Г. Гулямова*

Научный руководитель: старший преподаватель З.Х. Нисанбаева

Ключевые слова: стигматизация; дискриминация; самостигматизация; психические расстройства; дестигматизация

Цель исследования: изучение основных тенденций и закономерностей, а также других факторов, способствующих возникновению стигматизации, дискриминации и самостигматизации психических больных.

Успехи в лечении психических расстройств, формирование гуманного отношения к людям с психическими расстройствами поставили перед психиатрией новые задачи. В современных условиях психиатры стараются проводить реабилитацию и лечение так, чтобы пациент мог полноценно социально функционировать. Необходимо, чтобы общество обеспечивало социальную и правовую поддержку больных с психическими расстройствами, оказывало противодействие их дискриминации.

Материал и методы: в исследовании приняли участие 67 пациентов, получавших стационарное лечение в психосоматическом отделении Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М.Г. Гулямова, и 78 пациентов, получавших амбулаторное лечение в Республиканском клиническом центре психиатрии. Были применены клинико-анамнестический и клинико-психопатологический методы исследования.

Результаты. Обследовано 145 больных. Из них — 99 мужчин и 46 женщин. Среди них диагноз: шизофрения — 81, эпилепсия — 21, расстройства личности — 13, старческие и предстарческие психозы — 9, умственная отсталость — 15, травматическая болезнь головного мозга с периодическими психозами — 6. Из них первоначально обратились к врачам-психиатрам всего 77 человек, остальные 47 человек сначала обратились к народным целителям, а 21 человек получали неспециализированную медицинскую помощь.

Как показали результаты проведенного исследования, 32,4 % пациентов из-за определенной стигматизации, самостигматизации и дискриминации, а также малой информированности о психических заболеваниях в первую очередь обратились за помощью к народным целителям. Анализ амбулаторных выборок показал, что к врачу-специалисту попадают только 43 % больных спустя 4 месяца от начала заболевания. В дальнейшем, через год, количество обращений увеличивается до 65 %, в течение следующих 5 лет увеличивается еще на 19 %. Реже всего к специалистам обращаются люди, живущие в отдаленных горных районах, — 31 % от общего числа.

Выводы: стигма психических расстройств и дискриминация по отношению к психическим больным остаются наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни этих людей. Неудовлетворительное состояние психического здоровья отрицательно сказывается на течении и исходе многих соматических заболеваний, на приверженности лечению. Кроме стигматизации лиц с психическими расстройствами по механизму обратной связи у них может возникать и самостигматизация, которая проявляется в изменении идентичности больного на личном и социальном уровне.

Для преодоления стигмы психических болезней разрабатываются программы по социальной толерантности и благосклонности в отношении этой когорты пациентов, а также на основе клинических и психотерапевтических подходов разрабатываются методики по преодолению самостигматизации.

Полученные данные говорят о том, что стигма, дискриминация и самостигматизация препятствуют раннему выявлению психических заболеваний и своевременному оказанию специализированной помощи. Своевременно начатое адекватное лечение на ранних этапах сдерживает изменения личности и способствует более продолжительной трудоспособности пациента.

ТЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

*В.О. Харенко, студент 5 курса лечебного факультета; И.А. Зябрева
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра факультетской терапии
Научный руководитель: к.м.н. И.А. Зябрева*

Ключевые слова: COVID-19; SARS-CoV-2; молодые люди.

Цель исследования: изучить особенности течения новой коронавирусной инфекции у лиц молодого возраста.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 103 добровольца (юноши — 26, девушки — 77) в возрасте от 18 до 25 лет (средний возраст $20,7 \pm 2,0$ года), перенесших новую коронавирусную инфекцию, что было подтверждено положительными результатами лабораторных тестов (ПЦР, IgM или IgG SARS-CoV-2).

Критерии включения в исследование: возраст от 18 до 25 лет; добровольное согласие на участие в исследовании; лабораторное подтверждение перенесенной инфекции SARS-CoV-2.

Все участники исследования заполнили специально разработанную в Google Forms анкету. Полученные результаты были внесены в электронную базу данных, созданную в пакете программ Microsoft Office Excel 2010.

Результаты. Все случаи заболевания протекали в легкой (69,9 %; $n = 72$) или среднетяжелой (30,1 %; $n = 31$) форме. Большинство обследованных проходили амбулаторное лечение (90,3 %; $n = 95$). Госпитализация потребовалась лишь 7,8 % ($n = 8$) респондентов.

На момент исследования подавляющее число анкетированных сообщало об однократном эпизоде инфицирования вирусом SARS-CoV-2 (83,5 %; $n = 86$), при этом средняя продолжительность заболевания составляла $13,2 \pm 7,3$ дней. Однако имели место случаи повторных заражений. Так, дважды перенесли COVID-19 13,6 % ($n = 14$) обследованных, трижды — 2,9 % ($n = 3$). Длительность болезни составила $12,2 \pm 7,2$ и $12,7 \pm 2,3$ дней соответственно.

Прививку от вируса SARS-CoV-2 сделали 68 % ($n = 70$) участников исследования. При этом в 26,2 % ($n = 27$) случаев вакцинация предшествовала развитию заболевания, в 29,1 % ($n = 30$) случаев была выполнена после, а в 12,6 % ($n = 13$) — до и после.

На момент возникновения болезни лишь 14,6 % ($n = 15$) опрошенных работали медицинских учреждениях, среди них в ковидном госпитале — 1 человек. Тесный контакт с больными новой коронавирусной инфекцией перед развитием заболевания отмечали 35 % ($n = 36$) респондентов.

Основными клиническими проявлениями SARS-CoV-2 у обследованных были повышение температуры в 82,5 % (n = 85) случаев, боли в мышцах и/или суставах — в 63,1 % (n = 65), нарушение обоняния и/или вкуса — в 62,1 % (n = 64), кашель — 61,2 % (n = 63), нарушение стула — 13,6 % (n = 14) и кожные высыпания — в 9,7 % (n = 10). Распространенность таких симптомов, как одышка, боли в горле, тошнота, головокружение, повышенная потливость и общая слабость, не превышали 1,9 %. В подавляющем большинстве случаев (88,3 %; n = 91) отмечалась комбинация вышеперечисленных жалоб. Бессимптомное течение заболевания наблюдалось у 5,8 % (n = 6) анкетированных.

Постковидный синдром продолжительностью более 3 месяцев ($9,2 \pm 6,2$ месяцев) выявлялся в 38,8 % (n = 40) случаев и был представлен нарушениями обоняния и/или вкуса и усилением выпадения волос (по 37,5 %; n = 15), одышкой (32,5 %; n = 13), нарушениями сна (30 %; n = 12) и аппетита (27,5 %; n = 11), головной болью (15 %; n = 6) и кашлем (10 %; n = 4). Распространенность остальных симптомов (кожных высыпаний, эмоциональной лабильности, когнитивных нарушений, повышенной утомляемости, болей в суставах, перебоев в работе сердца, нарушений менструального цикла) не превышала 7,5 %. В 65 % случаев (n = 26) отмечалась комбинация жалоб.

Выводы: в подавляющем большинстве случаев течение коронавирусной инфекции в молодом возрасте сопровождалось сочетанием симптомов, основными из которых были боли в мышцах и/или суставах, нарушение обоняния и/или вкуса, кашель, нарушение стула и кожные высыпания. Практически каждый 3 случай COVID-19 заканчивался формированием постковидного синдрома, к особенностям которого следует отнести высокую частоту избыточного выпадения волос.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА СО СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

*А.А. Харченко, студентка 5 курса лечебного факультета;
А.А. Дорохина, Л.Е. Механтьева
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия
Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности
Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.Е. Механтьева*

Ключевые слова: *студенты; эмоциональное выгорание; тревожность; адаптационный потенциал.*

Синдром эмоционального выгорания — это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической активности, проявляющийся в симптомах эмоционального и умственного истощения, физического утомления, личной отстранённости от окружающего (прежде всего социального) мира и снижения удовлетворения выполнением работы.

Синдром эмоционального выгорания представляет собой выработанный человеком некий механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Развитию синдрома эмоционального выгорания предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощён работой, даже в ущерб личным потребностям, не связанным с ней. В результате постоянной эмоциональной перегрузки наблюдается ухудшение состояния физического и психического здоровья человека, снижаются адаптивные возможности организма, появляются симптомы эмоционального и (или) умственного истощения, чувство личной отстранённости и недовольство качеством исполнения своей работы, а также физического утомления. Кроме того, формированию синдрома эмоционального выгорания способствуют некоторые личностные особенности — высокий уровень эмоциональной лабильности, высокий самоконтроль, рационализация мотивов своего поведения, склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, ригидная личностная структура.

Цель исследования состояла в установлении взаимосвязи коммуникативных качеств личности, выраженности эмоционального выгорания студентов и адаптационных возможностей организма.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие студенты 6 курса педиатрического факультета ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. Исследование проводилось с сентября по декабрь 2022 года в зависимости от прохождения группой учебного цикла «Медицина катастроф» на кафедре медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности, вне зачётных занятий и до начала сессии.

В ходе исследования определяли:

- уровень ситуативной и личностной тревожности по опроснику Спилбергера;
- адаптационный потенциал системы кровообращения по методике Р.М. Баевского и А.П. Берсенёвой;
- уровень эмоционального выгорания по опроснику В.В. Бойко, позволяющий определить фазы развития стресса: напряжение, резистенция и истощение.

Результаты. Анализ результатов тестирования студентов по опроснику Спилбергера показал умеренный уровень как ситуативной (63 %), так и личностной (64 %) тревожности у опрошенных.

При исследовании адаптационного потенциала системы кровообращения у большинства испытуемых (80 %) наблюдается удовлетворительная адаптация сердечно-сосудистой системы. В 18,3 % случаев отмечается напряжённость механизмов адаптации, а у 1,7 % выпускников выявлена неудовлетворительная адаптация со стороны функционирования сердечно-сосудистой системы.

Проведённое исследование показало, что 8,8 % студентов имеют сформировавшиеся фазы синдрома эмоционального выгорания, а у 15,5 % личностная деформация находится в стадии формирования.

Кроме того, выявлено, что студенты с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности имеют напряжённость механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы, а также у них сформированы фазы синдрома эмоционального выгорания (либо находятся в стадии формирования).

Выводы: полученные результаты позволяют сделать вывод о взаимосвязи между психологическими особенностями личности, выраженностью синдрома эмоционального выгорания и адаптационными возможностями организма.

ЭРГОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ С РАЗЛИЧНОЙ ДОМИНИРУЮЩЕЙ РУКОЙ

*А.А. Хачатрян, С.А. Степанов, Р.Р. Хабибулаев, студенты 4 курса
стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия
Кафедра пародонтологии
Научные руководители: д.м.н., профессор В.А. Румянцев, к.м.н, старший
лаборант А.В. Блинова*

Ключевые слова: эргономика; левши; правши; амбидекстрия.

Цель исследования: изучить распространённость различных проявлений межполушарной асимметрии среди студентов и врачей-стоматологов, её влияние на эргономику работы в повседневной стоматологической практике.

Материал и методы: для сбора информации была составлена анкета, содержащая 12 вопросов: 11 вопросов подразумевали выбор одного варианта ответа, 1 вопрос — множественный выбор. Опросник был загружен в Google-форму и распространён через социальные сети «ВКонтакте», «Telegram», а также мессенджер «WhatsApp». Всего в исследовании приняло участие 116 человек. Данные опроса представлены в виде абсолютных значений и долей (%). Статистический анализ включал в себя построение таблиц сопряженности. Значимость различий между качественными переменными оценивали при помощи точного критерия Фишера.

Результаты исследования. Среди опрошенных 49,1 % являлись студентами стоматологического факультета, 50,9 % — практикующими врачами-стоматологами, из которых 18,1 % — стоматологами-хирургами, 17,2 % — стоматологами-терапевтами, 8,6 % — стоматологами общей практики, 4,3 % — стоматологами-ортопедами, 1,7 % — стоматологами-ортодонтами, 0,9 % — детскими стоматологами. Число мужчин в выборке составило 37,1 %, женщин — 62,9 %. Из них правой рукой пишут 86,2 %, левой рукой при письме пользуются 11,2 %. Амбидекстрами, то есть людьми, пользующимися с одинаковой эффективностью обеими руками, считают себя 2,6 % опрошенных. Статистически значимой связи между полом опрошенного и его рабочей рукой при письме обнаружено не было ($p = 0,986$).

Дальнейший анализ показал, что существует ожидаемо тесная связь между тем, какой рукой пользуется человек при письме, и тем, в какой руке он держит стоматологические инструменты. Количество амбидекстров меняется в зависимости от типа инструмента. Так, стоматологическое зеркало в обеих руках держит 31 % опрошенных. Менять положение рук при работе с наконечниками могут 4,3 % опрошенных, хирургическими щипцами — 7,1 %, карпульным шприцем — 6,9 %. Интересно, что никто из опрошенных левшей ни разу не пользовался специализированными инструментами. При этом более половины опрошенных лев-

шей (58 %) изъявили желание попробовать применять в своей повседневной практике специализированное оборудование.

В зависимости от ведущей руки, отмечаются различные для левшей и правшей «наименее благоприятные» квадранты для работы. Так, специалисты, держащие инструмент в правой руке, испытывают сложности с доступом к зубам, расположенным во 2 квадранте (50,5 %), в то время как для левшей наименее удобно работать в 1 квадранте (42,8 %). О сложностях в работе во 2 и 3 квадранте не сообщил ни один из опрошенных левшей.

Данные опроса позволяют также делать выводы об особенностях расположения стоматологов по отношению к пациентам. Так, большинство опрошенных специалистов (64,8 %) занимают традиционное положение слева от пациента. 25 % предпочитают работать в положении «на 12 часов», считающемся в настоящее время наиболее биомеханически выгодным. При этом стоматологи, держащие наконечник и другие «активные» инструменты в левой руке, чаще, чем праворукие, предпочитают находиться в «нейтральной» позиции на «12 часов» ($p = 0,013$).

В ходе исследования была предпринята попытка проанализировать субъективные проявления мышечно-суставного напряжения, которые могут возникать во время длительных статических и динамических нагрузок, которыми неизбежно сопровождается работа врача-стоматолога. Наиболее распространёнными жалобами со стороны опорно-двигательной системы среди опрошенных стали боль в пальцах рук после проведения стоматологических манипуляций (85,3 %) и боль в суставах кистей (82,8 %). Статистически значимых различий по данным вопросам между опрошенными, пользующимися преимущественно правой, левой или обеими руками, обнаружено не было ($p > 0,05$).

Выводы: существует тесная связь между доминирующей на письме рукой и рукой, в которой специалист-стоматолог держит «активный» инструмент (наконечник, щипцы, карпульный шприц, остроконечный зонд). При этом возможность вынужденной амбидекстрии неодинакова для различных инструментов. Согласно полученным данным, никто из опрошенных левшей ни разу не пользовался специализированным инструментарием. Учитывая обнаруженные закономерности, представляется рациональным учитывать особенности моторных навыков левшей и правшей при организации работы как квалифицированных врачей-стоматологов, так и студентов, проходящих обучение по программе «Стоматология», в том числе обеспечивая знакомство со специализированным инструментарием.

ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У СТУДЕНТОВ-ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*К.Е. Хлопкова, И.В. Грейс, Д.С. Цыганова, студенты 4 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра детской стоматологии и ортодонтии
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.В. Беляев*

Ключевые слова: кариес зубов; интенсивность; студенты.

Кариес зубов является наиболее распространенным стоматологическим заболеванием населения во всем мире. Эффективность его контроля определяется многими факторами, среди которых лечебно-профилактические мероприятия, основанные на приоритетности оказания помощи пациентам с высокой интенсивностью кариеса, являются значимыми. Существует несколько вариантов оценки тяжести кариозного процесса. Среди российских исследователей наибольшее распространение получила методика П.А. Леуса (1990).

Цель исследования: оценка уровней интенсивности кариеса зубов у студентов медицинского университета.

Материалы и методы: в результате стоматологического обследования студентов, выполненного в стоматологической поликлинике Тверского ГМУ, были сформированы две исследовательских группы обучаемых (по 100 человек), имеющих кариес зубов: группа «С» — студенты-стоматологи, группа «П» — студенты-педиатры. Индекс УИК (Леус П.А., 1990) предусматривает четыре уровня: I (низкий), II (средний), III (высокий), IV (очень высокий). Критерии включения в исследование: принадлежность студента к целевой выборке; письменное информированное согласие обучающегося на участие в проекте и обработку персональных данных. Статистический анализ полученной информации выполнен с помощью программы IBM® SPSS® Statistics 23.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Распределение данных отличалось от нормального, что требовало применения непараметрических методов. Так как абсолютное большинство российских авторов аналогичных исследований используют параметрические подходы, для обеспечения сравнения результатов дополнительно были проведены параметрические расчеты.

Результаты. Медианное значение индекса КПУз в общей выборке обучающихся составило: $Me (P_{25}; P_{75}) = 6,5 (3,75; 12,0)$; $M (CI_{95\%}) = 7,96 \pm 0,69 (6,58-9,34)$; в выборке студентов-стоматологов — $Me (P_{25}; P_{75}) = 6,5 (3,75; 12,0)$; $M (CI_{95\%}) = 7,96 \pm 0,69 (6,58-9,34)$; студентов-педиатров — $Me (P_{25}; P_{75}) = 9,0 (3,0; 12,0)$; $M (CI_{95\%}) = 9,1 \pm 0,39 (8,31-9,87)$ ($U = 3758,5$; $Z = -2,032$; $p = 0,042$).

УИК-I имели 15,5 % студентов (С – 20 %, П – 11 %) ($\chi^2 = 3,092$; $p = 0,079$); УИК-II – 23 % (С – 28 %, П – 18 %) ($\chi^2 = 2,823$; $p = 0,093$); УИК-III – 47,5 % (С – 42 %, П – 53 %) ($\chi^2 = 2,426$; $p = 0,119$); УИК-IV – 14 % (С – 10 %; П – 18 %) ($\chi^2 = 2,658$; $p = 0,103$).

Для объективизации результатов была проведена систематизация полученных значений по дихотомическому принципу: УИК-У – умеренный уровень интенсивности кариеса (УИК-I, II) и УИК-В – высокий уровень интенсивности кариеса (УИК-III, IV). Данный подход позволил получить следующие результаты: УИК-У отмечен у 38,5 % студентов (С – 48 %; П – 29 %); УИК-В – 61,5 % (С – 52 %; П – 71 %) ($\chi^2 = 7,623$; $p = 0,006$).

В группах лиц мужского (м) и женского (ж) пола распределение уровней интенсивности кариеса составило: УИК-I: 24,3 % (м) и 10,8 % (ж) ($\chi^2 = 6,347$; $p = 0,012$); УИК-II: 31,4 % (м) и 18,5 % (ж) ($\chi^2 = 4,32$; $p = 0,038$); УИК-III: 32,9 % (м) и 55,4 % (ж) ($\chi^2 = 9,259$; $p = 0,002$); УИК-IV: 11,4 % (м) и 15,4 % (ж) ($\chi^2 = 0,591$; $p = 0,442$). УИК-У – 55,7 % (м) и 29,2 % (ж); УИК-В – 44,3 % (м) и 70,8 % (ж) ($\chi^2 = 13,478$; $p < 0,001$).

В группах лиц русской (р) и других национальностей (д) показатели составили: УИК-I: 16,1 % (р) и 12,8 % (д) ($\chi^2 = 0,266$; $p = 0,606$); УИК-II: 24,8 % (р) и 15,4 % (д) ($\chi^2 = 1,596$; $p = 0,208$); УИК-III: 46 % (р) и 53,8 % (д) ($\chi^2 = 0,782$; $p = 0,376$); УИК-IV: 13 % (р) и 17,9 % (д) ($\chi^2 = 0,627$; $p = 0,428$). УИК-У – 28,2 % (р) и 41 % (д); УИК-В – 71,8 % (р); 59 % (д) ($\chi^2 = 2,169$; $p = 0,141$).

В зависимости от места изначального проживания (т – г. Тверь, и – иной регион) УИК варьировали: УИК-I: 17,1 % (т); 15,1 % (и) ($\chi^2 = 0,067$; $p = 0,755$); УИК-II: 26,8 % (т); 23,9 % (и) ($\chi^2 = 0,427$; $p = 0,513$); УИК-III: 48,8 % (т); 47,2 % (и) ($\chi^2 = 0,034$; $p = 0,854$); УИК-IV: 7,3 % (т); 15,7 % (и) ($\chi^2 = 1,913$; $p = 0,167$). УИК-У – 43,9 % (т) и 37,1 % (и); УИК-В – 56,1 % (т); 62,9 % (и) ($\chi^2 = 0,636$; $p = 0,425$).

Таким образом, среднее значение интенсивности кариеса зубов (индекс КПУз) оказалось в группе студентов-педиатров выше, чем в группе студентов-стоматологов. Умеренный уровень интенсивности кариеса встречался у каждого второго студента стоматологического факультета и каждого четвертого студента педиатрического факультета, т.е. в последнем случае в два раза реже. Оказалось, что среди лиц женского пола высокая интенсивность кариеса отмечалась значительно чаще, чем среди лиц мужского пола. Место изначального проживания и национальность обучающихся не влияли на распределение уровней интенсивности кариеса зубов.

Выводы: высокая интенсивность кариеса зубов значительно чаще диагностировалась у обучающихся педиатрического факультета и лиц женского пола, что необходимо учитывать при планировании стоматологической помощи студентам медицинского университета.

НЕОЛОГИЗМЫ СОВРЕМЕННОЙ РУССКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Цамо Симо Ерин Моран, студентка 4 курса лечебного факультета;

Ю.В. Алгунова

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

Кафедра русского языка

Научный руководитель: к.ф.н. Ю.В. Алгунова

Ключевые слова: медицинская терминология; неологизмы; способы образования неологизмов.

Цель исследования: определить причины процесса неологизации русской медицинской терминологии, изучить способы образования неологизмов языка медицины, классифицировать неологизмы по различным критериям, выявить их эффективный словообразовательный механизм.

Материалы и методы: исследование было проведено на материале научных статей «Тверского медицинского журнала» за 2020–2022гг.; основными методами исследования стали аналитический, статистический, сравнительно-сопоставительный, дескриптивный, тематический, этимологический.

Результаты. Обогащение словаря, в том числе и медицинского, является естественным языковым процессом, что объясняется появлением новых предметов и понятий в самой медицине. Активное развитие науки, появление новых способов исследования заболеваний, их лечения, да и самих заболеваний способствует появлению неологизмов.

Неологизм — это новообразованное слово, отсутствовавшее ранее. Обычно новые слова в русском языке образуются: 1) средствами самого русского языка (например, путем прибавления нового значения уже существующим в языке словам или образования новой языковой единицы в результате изменения давно функционирующей морфемы); 2) с помощью заимствования слов (например, путем калькирования или активной фонетической и грамматической переработки иноязычной лексики). Чаще всего новые слова языка медицины — это названия, используемые для обозначения новых медицинских реалий. Анализ медицинской терминологии позволил выделить типичные способы образования неологизмов: 1) суффиксальный (например, клонировать — клонирование, ковид — ковидный); 2) префиксальный (например, ковидный — антиковидный, стрессовый — антистрессовый); 3) приставочно-суффиксальный, который характерен в основном для имен прилагательных, имеющих отношение к языку медицины (например, медицина — биомедицинский); 4) сложение основ или слов (например, иридология, лазеротерапия); 5) полная и частичная аббревиация (например, УВЧ, ЭКО — полная аббревиатура; гамма-ГТ, ДВС-синдром — частичная аббревиатура).

В результате исследования удалось классифицировать неологизмы языка медицины по основным направлениям:

1. Название новых медицинских отраслей (астромедицина, биомедицина, биоритмология, вертебрология, наномедицина, психонейроиммунология, телехирургия, фитотерапия, радиология и др.)
2. Названия врачебных специальностей (радиохирург, биофармаколог, биоэтик, иглотерапевт, биоинформатик, врач-кибернетик, нейропсихолог и др.)
3. Названия медицинских технологий (нилотинибная терапия, биопротез, киберпротез и др.)
4. Медицинские устройства, приборы и инструменты (нейростимулятор, нанокапсула, микробраш, литотриптор и др.)
5. Названия новых болезней (номофобия, птичий грипп, глоссофобия или логофобия, свиной грипп, игровая зависимость, коронавирусная инфекция и др.)
6. Названия, связанные со сферой нетрадиционной медицины (гемосканирование, иридодиагностика, этномедицина и др.)
7. Новые анатомические названия (слой Дюа и др.)

Выводы: проведенное исследование позволяет определить процесс обогащения медицинской терминологии неологизмами как весьма активный. Стремительное внедрение инноваций в медицину приводит к появлению целого ряда новых слов и словосочетаний. Необходимо отметить особенность появления медицинских неологизмов: чаще всего они возникают не в виде отдельных языковых единиц, а целыми рядами однокоренных слов, что характеризует подвижность и активное развитие современного русского языка в целом, а не только его подвида.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Е.А. Царькова, студентка 6 курса лечебного факультета; Т.А. Кахлерова, А.М. Варпетян, студентки 4 курса педиатрического факультета; Л.В. Чичановская, О.Н. 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: COVID-19, метаболические нарушения; постковидный синдром; сахарный диабет; гликированный гемоглобин.

Цель исследования: произвести анализ особенностей формирования метаболических нарушений у больных, перенесших коронавирусную инфекцию на фоне уже существующего сахарного диабета.

Материал и методы: на базе амбулаторно-поликлинического отделения диагностического центра ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России был произведен анализ медицинской документации 64 пациентов с постковидным синдромом за период 2020–2021 гг.

Все пациенты, в зависимости от наличия новой коронавирусной инфекции, были разделены на две группы: первая — больные, перенесшие ее на фоне анамнестически подтвержденного сахарного диабета, — 39 человек; вторая — больные, перенесшие коронавирусную инфекцию без сопутствующих метаболических нарушений, — 25 человек.

Всем больным проводили оценку роста-весовых соотношений по индексу Кетле, оценку жалоб и неврологического статуса, оценку уровня АД. Проводилась оценка уровня гликемии и гликированного гемоглобина.

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 анализе гендерных различий у больных с постковидным синдромом было выявлено, что больные 1 группы были несколько старше (средний возраст $66,0 \pm 11,21$ лет) по отношению ко 2 группе ($60,16 \pm 10,39$ лет).

В обеих группах выявлено достоверное преобладание женщин по отношению к мужчинам. В 1 группе — женщин 31 (79 %, $p < 0,05$ %) и мужчин 8 (21 %), в то время как во 2 группе — женщин 19 (76 %) и мужчин 6 (24 %), что можно считать сопоставимым. При этом в 1 группе мужчины были несколько моложе ($64,63 \pm 6,90$ лет), по отношению к женщинам ($66,38 \pm 12,21$ лет), а во 2 группе, напротив, возраст мужчин был старше ($61,50 \pm 9,18$ лет) женщин ($59,74 \pm 10,94$ лет).

Показатель глюкозы плазмы крови был достоверно больше в 1 группе ($9,3 \pm 3,57$ ммоль/л), чем во 2 ($5,17 \pm 0,74$ ммоль/л). В то же время показатель глики-

рованного гемоглобина (HbA1c) был выше в 1 группе ($7,7 \pm 1,87 \%$), чем во 2 ($5,7 \pm 0,14 \%$). При этом показатель HbA1c во 2 группе близок к пограничному, что может свидетельствовать о начальных стадиях развития метаболических нарушений.

При оценке показателей роста-веса и измерения ИМТ оказалось, что уровень ИМТ был значимо больше в 1 группе ($32,86 \pm 11,42 \text{ кг/м}^2$) по сравнению со 2 ($28,15 \pm 3,75$). В обеих группах преобладают лица с нормальной массой тела, что составляет 31 (79,49 %) и 23 (92 %) для 1 и 2 групп соответственно. При этом доля лиц с избыточной массой тела была сопоставима и составила 2 (5,13 %) для 1 группы и 1 (4 %) для 2 группы. Ожирение 1–3 степени было зафиксировано значимо больше среди больных 1 группы и составило 6 (15,38 %), в то время как у больных 2 группы был зарегистрирован 1 (4 %, $p < 0,05$) больной с ожирением 1 степени.

Анализ гемодинамических показателей отражает некоторую интенсификацию работы сердечно-сосудистой системы у больных с постковидным синдромом. При этом уровень АД 1 и 2 группы составил соответственно $130,0 \pm 22,5/75,56 \pm 13,33$ и $132,5 \pm 30,48/83,0 \pm 9,49$ мм рт. ст., а уровень ЧСС — соответственно $71,63 \pm 9,44$ и $77,75 \pm 6,54$ ударов в минуту.

Выводы: сравнительный анализ проявлений постковидного синдрома показал, что коронавирусная инфекция является опосредованным пусковым фактором для прогрессирования уже имеющихся метаболических нарушений у более возрастных пациентов, что особенно выражено у женщин, имеющих избыточный вес вплоть до ожирения, в сочетании с напряженностью всех физиологических систем организма, в том числе сердечно-сосудистой системы и значительной гипергликемии у больных сахарным диабетом.

Таким образом, коронавирусная инфекция приводит к прогрессированию не только имеющихся полиорганных нарушений у больных сахарным диабетом, но и в относительно здоровом организме провоцирует развитие метаболических расстройств.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СТУДЕНТОВ МЕДУНИВЕРСИТЕТА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

*Е.Ю. Цыба, студентка 2 курса стоматологического факультета;
С.И. Данилов
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: профессиональное здоровье; эмоциональное выгорание; стресс; выгорание студентов медицинского вуза; истощение; копинг-стратегии.

Профессиональное здоровье личности — это состояние физического, психического и социального благополучия человека, обладающего определенными качествами и способного эффективно выполнять профессиональные задачи, выдерживать высокие профессиональные нагрузки, при котором отсутствуют заболевания, включая профессиональные. Эмоциональное выгорание — серьезный фактор утраты профессионального здоровья, что обуславливает актуальность исследования, так как профессия врача — одна из самых «выгораемых» профессий.

Объектом исследования стало профессиональное здоровье студентов медицинского университета, предметом — эмоциональное выгорание студентов в процессе учебы. Цель — на основе эмпирического исследования выявление и изучение синдрома эмоционального выгорания студентов медицинского университета, причин его появления и способов борьбы с ним.

Материалы и методы. 1. В целях исследования был проведен опрос по методике диагностики профессионального «выгорания» К. Маслач и С. Джексон, в котором добровольно приняли участие 70 студентов второго курса стоматологического факультета ТвГМУ — 50 девушек и 20 юношей. Синдром психического выгорания по модели Маслач-Джексон представляет собой трехмерный конструкт, включающий в себя *эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений*. 2. Разработана и использована авторская анкета для уточняющего опроса студентов, состоящая из 10 вопросов; ее результаты отражают отношение опрошенных к выгоранию, симптоматику, избираемые ими способы борьбы с данным состоянием.

Результаты и обсуждение. Ответы 16 % опрошенных соответствуют высокому (25 и более баллов), 49 % — среднему (16–24 баллов) уровню эмоционального истощения. Высокая и очень высокая деперсонализация отмечена у 62 % (11 и более баллов), а средняя (6–10 баллов) — у 37 % студентов. Редукция профессиональных достижений зафиксирована: средняя (36–31) у 63 % студентов, высокая (менее 30 баллов) у 32 %. Если эмоциональное истощение не выявлено у 35 % студентов, то об отсутствии выраженности деперсонализации можно говорить

лишь у 1 %, а редукции профессиональных достижений только у 5 % студентов. В целом, общий индекс психологического выгорания для опрошенных студентов составляет: 31 % — высокое, 69 % — среднее выгорание.

Результаты уточняющего анкетирования позволили выявить симптомы и причины синдрома выгорания. По самооценке студентов-медиков, причины выгорания распределились по частоте упоминания следующим образом: отсутствие качественного сна — 67,6 %; излишнее волнение — 61,8 %; большое количество дел и обязанностей — 55,9 %; перфекционизм — 48,5 %; сложность дисциплин — 39,7 %; нехватка времени — 39,7 %; нехватка общения с друзьями — 33,8 %.

Во время сессии и в течение семестра студенты часто подвержены информационному стрессу: большой объем информации, требующей запоминания, сложность дисциплин, сформировавшееся у многих студентов еще в школьные годы стремление преуспевать в изучении всех дисциплин, хроническая нехватка времени вызывают отрицательные психо-физиологические реакции: состояние тревоги испытывают — 67,6 %; бессонницу — 52,9 %; головные боли — 51,5 %; отсутствие аппетита — 50,0 %; головокружение — 20,6 %; проблемы с желудочно-кишечным трактом — 20,6 %; тошноту — 17,6 %.

Психоэмоциональное состояние студента напрямую зависит от количества и разнообразия копинг-стратегий, которыми этот студент обладает. В ходе исследования выяснилось, что 79,4 % опрошенных смогли справиться с выгоранием, а 20,6 % нет (по самооценке).

Для совладания со стрессовыми ситуациями и предотвращения выгорания использовались: 1) хобби, любая деятельность, не связанная с учебой — 47,1 %; 2) прогулки и другая физическая активность — 45,6 %; 3) общение с друзьями и близкими — 58,8 %; 4) стали меньше уделять времени учебе — 25 %; 5) курение/алкоголь — 13,2 %; 6) стали больше спать и лучше питаться — 47,1 %, 7) прибегли к помощи специалиста — 5 %.

Выводы: студенты 2 курса стоматологического факультета сильно подвержены синдрому эмоционального выгорания. Основными причинами эмоционального выгорания студенты считают большую нагрузку, излишнее волнение, перфекционизм, нехватку времени на учебу, некачественный сон, желание перевестись на бюджетное место, закрыть экзамен автоматом, получить стипендию. Предпосылкой выгорания можно считать фрустрацию привычных потребностей: в общении, в привычной домашней обстановке (у иногородних), в хобби. В уточняющих беседах студенты нередко называют излишнюю строгость преподавателей, их скупость на поощрения и похвалы за старание и активность в учебной и научной работе, а также неудобное и даже нерациональное расписание. Таким образом, проблема эмоционального выгорания будущих медиков обнаруживается уже на раннем этапе овладения профессией — во время учебы в медицинском университете. Выгорание сказывается на отношении к будущей профессии, качестве учебы,

личностном и профессиональном становлении, профессиональной мотивации и профессиональной идентичности, отношении к будущим пациентам, удовлетворенности карьерой.

Заключение. Результаты исследования могут быть использованы при организации учебного процесса и внеаудиторной работы со студентами кураторов и специалистов психологической службы вуза. Для своевременного выявления и коррекции эмоционального выгорания у студентов-медиков предлагаются регулярные диагностики, внедрение программ релаксации, оптимизация расписания и объемов учебных заданий.

КОММУНИКАТИВНЫЕ ТРУДНОСТИ, СВЯЗАННЫЕ С РАЗЛИЧИЕМ ВЬЕТНАМСКОЙ И РУССКОЙ АНТРОПОНИМИЧЕСКИХ СИСТЕМ

*Чан Ань Ту, 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: антропонимическая система; антропонимическая модель; антропонимикон; антропоним.

Антропонимы являются важнейшим компонентом лексической системы любого языка и неотъемлемой частью культуры народа.

Цель исследования: сравнение русской и вьетнамской антропонимических систем и выявление основных коммуникативных трудностей, связанных с их различием.

Изучение национальной специфики антропонимии представляет особую актуальность в условиях межкультурного взаимодействия.

Материалы и методы: русский и вьетнамский антропонимикон (состав имен) и русская и вьетнамская антропонимическая модель (структура имени); основным методом исследования явился метод сопоставительного анализа.

Результаты. В ходе сопоставительного анализа установлено, что сходство двух антропонимических систем ограничивается лишь наличием трехчленной антропонимической модели, личного имени и фамилии. В остальном русская и вьетнамская антропонимические системы имеют глубокие типологические различия.

Сравниваемые антропонимические системы выглядят особенно контрастными с точки зрения наличия реестров разных частей именования. Так, в русском языке существует реестр имен, а во вьетнамском — реестр фамилий. Всего во Вьетнаме существует около 100 фамилий, причем наиболее употребительными являются только 10 из них. Количество русских фамилий неизвестно, хотя исследования в этой области ведутся.

Во вьетнамском языке количество личных имен не ограничено, в то время как в русском языке существует реестр имён. В русских словарях личных имен зафиксировано около 3 000 единиц, однако наиболее употребительными являются не более 200. В качестве личного имени во вьетнамском языке может использоваться любое имя нарицательное. Личное имя обязательно имеет значение, обычно отражающее представления о положительных качествах человека, в то время как в современном русском антропонимиконе подавляющее большинство личных имен десемантизированы. В России существует огромное количество тёзок, а во Вьетнаме — огромное количество однофамильцев, именно поэтому официальное обращение в России предусматривает использование фамилии, а во Вьетнаме — имени. Данное различие приводит к неверному восприятию вьетнамцами русских

антропонимов, а русскими — вьетнамских. Так, нормативное для русских официальное обращение по фамилии является ошибочным для вьетнамской антропонимической системы, где принято обращаться по личному имени. Обращение «студент Нгуен» к вьетнамцу так же неверно, как и «студент Андрей» к русскому.

Различна и позиция фамилии по отношению к имени. В русском языке фамилия может занимать как препозицию, так и постпозицию по отношению к имени или имени и отчеству. Во вьетнамском же языке фамилия находится только в препозиции по отношению к среднему и личному имени.

Национальная специфика сравниваемых антропонимических систем связана с наличием в русской антропонимической модели патронима (отчества), отсутствующего во вьетнамской антропонимике, а также с наличием во вьетнамской антропонимической модели среднего (подсобного) имени, значение и функции которого сложны и разнообразны. С непониманием функций среднего имени во вьетнамской антропонимической системе могут быть связаны коммуникативные трудности у русскоязычных коммуникантов. В русской антропонимической модели в случае препозиции фамилии за ней следует личное имя человека, а во вьетнамской модели это место занимает среднее имя, которое ошибочно расценивается русскими как личное имя вьетнамца. Обращение по среднему имени является типичной ошибкой русских при общении с вьетнамцами.

Во вьетнамском языке личное имя не изменяется. В русском языке широко употребляются варианты имен: полные, краткие и т.д. (Евгений, Женя, Жека, Женечка, Женёк). Наличие трёх компонентов в русском официальном имени и многочисленных кратких вариантов личного имени даёт возможность называть одного и того же человека в зависимости от ситуаций и отношений участников общения разными формами. Данные различия вызывают трудности в восприятии русской системы именования вьетнамцами и приводят к типичным ошибкам. Так, например, при чтении русских текстов один герой может восприниматься вьетнамским читателем как несколько разных персонажей. Это происходит, когда в одном и том же рассказе (пьесе, повести и т.д.) человек упоминается несколько раз по-разному (по полному имени, по краткому, по имени-отчеству, по фамилии и т.п.).

Выводы: таким образом, знание специфики именования человека в русской и вьетнамской лингвокультурах поможет избежать коммуникативных проблем, связанных с различием национальных антропонимических систем.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19

К. Д. Человечкова, В. А. Дёмкина, А. А. Павлова, студенты 6 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ Минздрава России, г. Иркутск, Россия

Кафедра инфекционных болезней.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. И. Малов

Ключевые слова: тромбозы; новая коронавирусная инфекция; COVID-19.

Цель исследования — изучить заболеваемость тромбозом глубоких вен нижних конечностей у больных, перенесших COVID-19.

Материалы и методы исследования: методом случайной выборки был проведен анализ 302 медицинских карт стационарного больного (форма 003/у) отделения сосудистой хирургии ОГБУЗ ИГКБ №1 за 2021 год с клиническим диагнозом «острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей». Из 302 исследуемых 124 имели лабораторно подтвержденный анализ на наличие РНК SARS-CoV-2 за предыдущие 6 месяцев. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2010. Расчёт коэффициента линейной корреляции проводился по Пирсону (метод квадратов).

Результаты исследования. Респонденты, перенёсшие COVID-19, распределились следующим образом: лица женского пола — 31 %, мужского — 69 %. Среди исследуемых преобладали лица в возрасте 61 года и старше — 48 %, 51–60 лет — 31 %. Средний возраст составляет $60,4 \pm 1,995$. 93 % пациентов, болевших новой коронавирусной инфекцией, имели сопутствующие патологии: на первом месте среди них стояла артериальная гипертензия (35 %), у 77 % исследуемых было выявлено два и более сопутствующих заболеваний. Отягощённый по тромбозам анамнез имели 25 % респондентов. 8 % больных поступили в отделение сосудистой хирургии сразу после выздоровления от COVID-19, 48 % — в течение 3–6 месяцев после заболевания, 30 % — в течение 1–3 месяцев, 15 % — в течение месяца.

В ходе исследования было выявлено, что 53 % больных перенесли COVID-19 в среднетяжелой форме, 40 % — в лёгкой, 7 % — в тяжёлой. Большинство из них (83 %) во время лечения не пребывали в палате интенсивной терапии.

178 респондентов с диагнозом «острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей» не болели COVID-19 в течение предыдущих 6 месяцев. Они распределились следующим образом: лица женского пола — 26 %, лица мужского пола — 74 %. В данной группе преобладают лица в возрасте 61 год и старше и составляют 53 %, 51–60 лет — 37 %. Средний возраст равен $68,4 \pm 1,941$. По данным исследования выявлено, что 97 % респондентов, не болевших COVID-19, имели сопутствующие заболевания,

среди которых чаще встречалась артериальная гипертензия — 39 %. У 89 % исследуемых было выявлено два и более сопутствующих заболеваний.

Была исследована взаимосвязь между заболеваемостью тромбозом вен нижних конечностей среди переболевших COVID-19 и не переболевших за последние 6 месяцев. Таким образом, 41 % переболевших лабораторно подтвержденным COVID-19 в течение 6 месяцев после заболевания обращались экстренно в стационар с острым тромбозом глубоких вен. Критерий хи-квадрат Пирсона равен 5,19, что больше критического 3.841, следовательно, зависимость между наличием тромбоза глубоких вен и наличием перенесенного COVID-19 — статистически значима. Уровень значимости данной взаимосвязи соответствует $p < 0.05$.

При анализе данных лиц, находящихся в возрастной группе до 50 лет и перенёсших COVID-19 за последние 6 месяцев, выявлено, что 70 % респондентов имели среднетяжёлое течение заболевания, 11 % — тяжёлое, из них 30 % находились в отделении интенсивной терапии. При этом большинство (78 %) исследуемых данной группы не имели сопутствующих заболеваний, а отягощённый анамнез имели только 7,4 %, тогда как в группе лиц, не перенёсших COVID-19, только 33 % не имели сопутствующих заболеваний, кроме того, пятая часть данной группы имела отягощённый анамнез по тромбозам. Эпизоды венозного тромбоза в прошлом также являются значимыми факторами риска развития тромбоза глубоких вен у пациентов с диагнозом COVID-19. Сопутствующие заболевания при тромбозе глубоких вен могут повышать риск венозной тромбоэмболии, вызывая гиперкоагуляцию, повреждение или дисфункцию сосудистой стенки.

При сравнении лабораторных показателей у лиц до 50 лет выявлены значимые отличия в уровне фибриногена и ПТИ. У лиц, перенёсших COVID-19, оба показателя выше.

Выводы: данные исследования показывают, что новая коронавирусная инфекция связана с высокой частотой тромбоза глубоких вен нижних конечностей у пациентов, имеющих среднетяжёлое и тяжёлое течение COVID-19, кроме того, находившихся в отделении интенсивной терапии в возрастной группе до 50 лет. Лица в возрастной группе старше 50 лет с наличием в анамнезе перенесенного венозного тромбоза, наличием сопутствующих заболеваний, а также перенесшие новую коронавирусную инфекцию, имеют более высокий риск тромбообразования, что объясняется влиянием нескольких факторов риска. Соответственно заболеваемость тромбозом глубоких вен нижних конечностей у пациентов выше при наличии вышеперечисленных факторов, поэтому необходима оптимизация подходов к профилактике и лечению тромботических осложнений у пациентов с COVID-19.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ КАЛЬЦИЯ В ЙОГУРТАХ

*Е.С. Черненко, С.А. Журавлева, студенты 2 курса педиатрического факультета; В.В. Жигулина
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра биохимии с курсом клинической лабораторной диагностики
Научный руководитель: к.б.н., доцент В.В. Жигулина*

Ключевые слова: кальций; йогурт; молочные продукты.

Цель исследования: человеческий организм не способен вырабатывать кальций самостоятельно, поэтому его уровень полностью зависит от его поступления с едой и всасыванием в кишечнике. В данной работе мы исследовали количество кальция, содержащегося в йогуртах.

Материалы и методы: орто-крезолфталеин образует комплексы с ионами кальция фиолетового цвета, интенсивность развивающейся окраски пропорциональна содержанию кальция в надосадочной жидкости йогурта и определяется фотокolorиметрически. Мы использовали для эксперимента три разных йогурта (биойогурт «Активиа» натуральный, биойогурт «Верховье» классический, биойогурт «Активиа» термостатный). С помощью центрифуги выделили надосадочную жидкость, разлили ее в три пробирки. В четвертую пробирку поместили стандартный раствор кальция. Затем во все пробирки добавили орто-крезолфталеин, перемешали и через 20 минут измерили оптическую плотность при 590 нм в кювете 5 мм против дистиллированной воды.

Результаты. В ходе исследования мы произвели расчеты по содержанию кальция в йогуртах. Расчеты содержания кальция в йогурте производят по формуле:

$$C(\text{оп}) = E(\text{оп}) \cdot C(\text{ст}) / E(\text{ст}), \text{ где}$$

- $C(\text{оп})$ — содержание кальция в йогурте;
- $E(\text{оп})$ — экстинкция опытной пробы;
- $C(\text{ст})$ — концентрация кальция в стандартном растворе (2 мМ/л);
- $E(\text{ст})$ — экстинкция стандартной пробы.

$$m(\text{Ca}) = C \times M \times V,$$

где C — это концентрация, M — молярная масса, V — объем в л.

Для исследования мы использовали следующие марки йогуртов:

- 1) Биойогурт «Активиа» натуральный (состав: нормализованное молоко, сухое обезжиренное молоко, йогуртовая закваска, бифидобактерии)

$$C_1(\text{оп}) = 23 \text{ мМ/л}$$

$$m_1(\text{Ca}) = 0,00552 \text{ г в 6 мл пробирки}$$

В 100 мл (100 г):

$$m(\text{Ca}) = 0,092 \text{ г} = 92 \text{ мг}$$

- 2) Биойогурт «Верховье» классический (состав: нормализованное молоко, молоко сухое обезжиренное, закваска молочных микроорганизмов, закваска пробиотическая Howaru Dophilus)

$$C_2 \text{ (оп)} = 21,7 \text{ мМ/л}$$

$$m_2 \text{ (Ca)} = 0,005208 \text{ г в 6 мл пробирки}$$

$$V \text{ 100 мл (100 г):}$$

$$m \text{ (Ca)} = 0,0868 \text{ г} = 86,8 \text{ мг}$$

- 3) Биойогурт «Активиа» термостатный (состав: нормализованное молоко, йогуртовая закваска, бифидобактерии Actiregularis)

$$C_3 \text{ (оп)} = 23,4 \text{ мМ/л}$$

$$m_3 \text{ (Ca)} = 0,005616 \text{ г в 6 мл пробирки}$$

$$V \text{ 100 мл (100 г):}$$

$$M \text{ (Ca)} = 0,0936 \text{ г} = 93,6 \text{ мг}$$

Выводы: кальций — это один из важнейших минералов, необходимых для правильного функционирования человеческого организма. Общий кальций (Ca) и ионизированный кальций (Ca^{2+}) участвуют в построении костей, зубов и кровеносных сосудов, влияют на общий гомеостаз и ход многих метаболических процессов, происходящих в организме. По результатам опытов мы выявили высокое содержание кальция: в биойогурте «Активиа» натуральном на 100 грамм — 92 мг; в биойогурте «Верховье» классическом на 100 грамм — 86,8 мг; в биойогурте «Активиа» термостатном на 100 грамм — 93,6 мг, что выше показателей ГОСТ Р 55331-2012 (действующего государственного стандарта), согласно которому в йогурте должно содержаться не менее 60 мг кальция на каждые 100 г продукта. Однако сколько бы кальция ни было в баночке йогурта, его будет недостаточно для покрытия суточной нормы. Но у потребления кальция из йогуртов все-таки есть свои плюсы: из молочных продуктов организм усваивает кальций легче, чем из растительных. Однако содержание этого элемента в йогуртах уступает содержанию его в других молочных продуктах, например, в сырах или молоке. Необходимо помнить, что с потреблением йогурта и других молочных продуктов, например сгущенного молока, в организм поступает также сахар, и, если превысить норму, могут произойти грубые нарушения обменных процессов.

ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТОВ ГОРЕНИЯ ПРИ ЛЕСНЫХ ПОЖАРАХ НА ДЫХАТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ ЧЕЛОВЕКА

*А.В. Чеснокова, Н.С. Калабушкин, студенты 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Кафедра безопасности жизнедеятельности

Научный руководитель: к.м.н., доцент К.Б. Баканов

Ключевые слова: *лесные пожары; поражающие факторы пожара; органы дыхания.*

Цель исследования: проанализировать официальные данные МЧС России по количеству крупных лесных пожаров и изучить влияние поражающих факторов пожара на дыхательную систему человека.

Материалы и методы: проведен обзор официальных данных МЧС России за 2019–2021 гг. о количестве природных пожаров с использованием методов экспертной оценки, обобщения научных данных и сравнительно-сопоставительного анализа.

Результаты. Исследование показало, что за последние 20 лет в России огонь проходит до 18 млн га лесов ежегодно. В год из-за пожаров погибает около 3 млн га лесов. В сравнении с 2019 г. количество лесных пожаров к 2020 г. увеличилось на 76 %. Пожары — наиболее негативные стихийные бедствия для лесов и человека, характеризующиеся воздействием опасных поражающих факторов. Многие из лесных пожаров приводят к гибели людей. Причиной более частого возникновения пожаров является высокая температура воздуха на фоне общего потепления при изменяющемся климате. Воздействие лесных пожаров определяется такими их поражающими факторами, как пламя и искры; дым (сажа); тепловой поток; повышенная температура окружающей среды; большая концентрация токсичных продуктов горения; снижение концентрации кислорода; снижение видимости в дыму. В группу наиболее восприимчивых к действию данных факторов относят детей, а также взрослое население с хроническими заболеваниями дыхательной и сердечно-сосудистой систем. В первые минуты лесного пожара температура окружающей среды повышается до 250 °С. Нагретый воздух является причиной ожогов слизистых оболочек носа, полости рта, трахеи и бронхов, что может вызвать рефлекторную остановку дыхания и на фоне резкого нарушения теплорегуляции в организме человека привести в дальнейшем к смертельному исходу. Повышенная концентрация токсичных продуктов горения является наиболее опасным фактором. Токсичные вещества начинают образовываться уже через несколько минут после возникновения пожара. Состав и концентрация вредных веществ зависят от состава горящего вещества и от условий его горения. Органические и неорганические горючие вещества состоят в основном из углерода, кислорода, водорода, серы, фосфора и азота. Из них углерод, водород, сера и фосфор способны окис-

ляться при высокой температуре и образовывать продукты горения: угарный газ, углекислый газ, акролеин, оксид фосфора. Основным токсическим продуктом является угарный газ. В организме человека он связывается с двухвалентным железом гемоглобина крови, что нарушает его основную функцию — обеспечение тканей кислородом, вызывая выраженные признаки гипо- и аноксии головного мозга. При концентрации в воздухе угарного газа 0,01 % заметного вреда для организма человека не обнаружено. Однако с повышением его концентрации в атмосферном воздухе до 1,0 % возникают признаки тяжелой интоксикации вплоть до летального исхода. Повышение во вдыхаемом воздухе углекислого газа влечет за собой усиление деятельности дыхательного центра, увеличение вентиляции легких, что приводит к возникновению гиперпноэ вплоть до диспноэ. Акролеин является сильным лакриматором, вызывая легкое головокружение, приливы крови к голове, тошноту, рвоту, замедление пульса, потерю сознания, отек легких. При этом иногда отмечаются сильное головокружение и дезориентация. Оксид фосфора является веществом раздражающего действия, способным вызвать отек легких.

Вывод: поражающие факторы лесных пожаров оказывают комплексное негативное воздействие на дыхательную систему человека как одномоментно, так и отсроченно за счет воздействия термического фактора, вредных химических соединений, взвешенных частиц и снижении концентрации кислорода в воздухе. Знание о воздействии данных факторов пожаров на организм человека позволит разработать меры защиты от них, а также поможет выработать тактику оказания медицинской помощи пострадавшим при данном стихийном бедствии.

СОСТОЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*А.С. Чучалин, студент 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров, Россия
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.В. Сапожникова*

Ключевые слова: *коронавирусная инфекция; эндопротезирование суставов; коморбидные пациенты; пожилые.*

Цель исследования: оценить клиническо-лабораторные, инструментальные особенности течения COVID-19 у пожилых коморбидных пациентов в послеоперационном периоде после эндопротезирования суставов.

Материалы и методы: в исследовании за 2022 год участвовало 50 больных, из них мужчин 9 (18,0 %), женщин 41 (82,0 %), находящиеся на стационарном лечении в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушениями функции периферической нервной системы КОБУЗ «Центр медицинской реабилитации» г. Киров. Средний возраст больных пациентов составил $67 \pm 8,23$ лет. Пациенты прошли эндопротезирование: коленного сустава — 30 человек (60,0 %), тазобедренного сустава — 20 человек (40,0 %). Показания к эндопротезированию суставов: неправильно сросшиеся переломы мышечков бедренной и большеберцовой кости, вальгусная деформация (54 %), переломы шейки бедренной кости (26 %), травматические повреждения суставов (10 %), хирургические вмешательства на суставах (8 %), ревматоидный артрит (2 %). Использовались анамнестические, клинические, лабораторные данные. Оценивались результаты рентгенографии легких, электрокардиографии, дуплексного сканирования вен нижних конечностей. Проводился анализ риска появления тромбоза легочной артерии по индексу Geneva. При статистической обработке результатов в случае нормального распределения количественных данных вычислялись среднее арифметическое значение (M), среднеквадратичное отклонение (y). При отличном от нормального распределения данных определялись медиана (Me), нижний (Q 25,00) и верхний (Q 75,00) квартили. Обработка качественных данных проведена с вычислением относительных величин (%) и 95 %-доверительных интервалов (метод Уилсона). При обработке результатов использовалась программа STATISTICA 10.0.

Результаты. В нашем исследовании определено, что в контакте с больными новой коронавирусной инфекцией находились 80,0 %, ДИ (69,35;90,69) % пациентов. Не вакцинированных против COVID-19 было 60,0 %, ДИ (46,95;73,09) % больных. Установлено, что от последней вакцинации прошло более 6 месяцев — у 26,0 %, ДИ (14,32; 37,72) % пациентов; менее 6 месяцев — у 14,0 %, ДИ (4,76;

23,27) % больных. Инкубационный период составил в среднем $5 \pm 2,34$ дней. Острое начало заболевания началось у 15 пациентов (30,0 %, ДИ (17,80; 42,24) %), постепенное — у 35 пациентов (70,0 %, ДИ (57,80; 82,24) %). Положение больных было ограничено из-за проведенной операции на суставах. Интоксикационный синдром с субфебрильной температурой отмечен у 48,0 %, ДИ (34,69; 61,35) %, фебрильной температурой — у 34,0 %, ДИ (21,38; 46,66) %. Выраженная общая слабость наблюдалась у 46,0 %, ДИ (32,73; 59,31) %. Также больные отмечали катаральные явления: заложенность носа — у 52,0 %, ДИ (38,69; 65,35) %, першение в горле у 76,0 %, ДИ (63,63; 87,41) %, боль в горле у 12,0 %, ДИ (3,35; 20,69) %, сухой кашель у 54,0 %, ДИ (40,73; 67,31) %, малопродуктивный кашель у 10,0 %, ДИ (2,02; 18,02) %, одышка — у 18,0 %, ДИ (7,77; 28,27) %. Частота дыхательных движений $16 \pm 2,11$. Снижение сатурации $\text{StrO}_2 < 96$ % определено у 6,0 %, ДИ (0; 12,35) %. При аускультации легких с обеих сторон выслушивалось жесткое дыхание у 20,0 %, ДИ (9,35; 30,69) % ослабленное везикулярное у 8,0 %, ДИ (0,78; 15,26) %. Мазок на коронавирусную инфекцию выполнялся в среднем на $2 \pm 1,31$ день с начала появления первых симптомов. При положительном результате на COVID-19 пациенты переводились в инфекционный стационар. При рентгенологическом исследовании грудной клетки признаков пневмонии не было. По результатам общего анализа крови до операции и после наблюдались изменения, которые указывают на вторичную (постгеморрагическую) анемию: снижение показателей эритроцитов до $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобина — до 107 г/л, гематокрита — до 31,4 %, тромбоцитов — до $158 \times 10^9/\text{л}$. Уровни лейкоцитов ($9,6 \times 10^9/\text{л}$) в периферической крови до операции были умеренно повышены (нормальный уровень лейкоцитов $4-9 \times 10^9/\text{л}$), что, возможно, было связано с асептическим воспалением при дегенеративно-воспалительных процессах в суставе. У всех пациентов определялись симптомы острой респираторной инфекции, а также положительный результат экспресс-теста на SARS-CoV-2 (Imbian). При регистрации электрокардиограммы выявлены: отклонение электрической оси влево — 74,0 %, ДИ (62,32; 85,72) %, АВ-блокада 1 степени — 6,0 %, ДИ (0; 12,35) %, гипертрофия левого желудочка — 56,0 %, ДИ (42,78; 69,26) %, синусовая тахикардия — 8,0 %, ДИ (0,78; 15,26), синусовая брадикардия — 6,0 %, ДИ (0; 12,35) %, фибрилляция предсердий — 4,0 %, ДИ (0; 9,25), блокады ножек пучка Гиса — 8,0 %, ДИ (0,78; 15,26), экстрасистолии — 6,0 %, ДИ (0; 12,35) %. Риск появления тромбоза легочной артерии по индексу Geneva составил $10,3 \pm 1,79$ баллов, что говорит о промежуточном и высоком риске. Кроме того, утяжеляли послеоперационный период тромбозы глубоких вен. Определены признаки тромбоза малоберцовой вены левой голени (6,0 %, ДИ (0; 12,35) %, малоберцовой вены правой голени (4,0 %, ДИ (0; 9,25) %). Часто регистрировались сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь — у 94,0 %, ДИ (87,68; 100,0) %, хроническая сердечная недостаточность — у 60,0 %, ДИ (46,95; 73,09) %, вторичная анемия — у 86,0 %, ДИ (76,76;

95,27) %. Реже отмечались: ожирение — у 20,0 %, ДИ (9,35;30,69) % сахарный диабет 2 типа — у 14,0 %, ДИ (4,76; 23,27) %, ишемическая болезнь сердца — у 10,0 %, ДИ (2,02; 18,02) %, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — у 6,0 %, ДИ (0; 12,35) %, диабетическая нефропатия — у 2,0 %, ДИ (0; 5,75) %, хронический гепатит В у 2,0 %, ДИ (0; 5,75) %, гипотиреоз у 2,0 %, ДИ (0; 5,75) %.

Выводы: новая коронавирусная инфекция COVID-19 развивалась после тотального эндопротезирования суставов у большинства пожилых невакцинированных пациентов (60,0 %). Течение COVID-19 характеризовалось умеренным интоксикационным и катаральным синдромом. До формирования пневмонии больные переводились в инфекционный стационар (100,0 %). Асептическое воспаление суставов после эндопротезирования проявлялось умеренным лейкоцитозом в общем анализе крови ($9,6 \times 10^9/\text{л}$). После тотального эндопротезирования суставов ухудшали течение раннего послеоперационного периода постгеморрагическая анемия (86,0 %) и риск тромбоэмболических осложнений (10,0 %). Чаще у пациентов отмечались сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (94,0 %) и хроническая сердечная недостаточность (60,0 %).

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ (SARS-COV-2-19) С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ И ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Х.С. Шавоева, студентка 5 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии
Научные руководители: к.м.н., ассистент Т.М. Некрасова,
ассистент А.А. Виноградова*

Ключевые слова: SARS-CoV-2 19; периферическая нервная система; постковидный синдром; демиелинизация; электронейромиография.

Цель исследования: определить характер патологии, степень выявленных нарушений со стороны периферической нервной системы (ПНС) у пациентов с диагностированным постковидным синдромом с применением методик стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ).

Материалы и методы: исследование выполнено на базе нейрофизиологической лаборатории Университетской клиники Тверского ГМУ. Критерии включения: наличие установленного диагноза по МКБ-10 U09.9 — постковидный синдром с поражением периферической нервной системы. Критерии исключения: заболевания, которые бы обуславливали клинически диагноз полинейропатии (ПНП) — сахарный диабет, интоксикации, аутоиммунные заболевания. В исследование вошли 20 пациентов удовлетворявшим критериям включения. Всем больным проведен неврологический осмотр и стимуляционная ЭНМГ верхних и нижних конечностей по стандартным протоколам исследования.

Результаты. Большинство исследуемых — женщины — 65 % (13 человек) и 35 % мужчин (7 человек). Средний возраст женщин — $46 \pm 10,56$ лет, что соответствовало среднему возрасту мужчин — $44 \pm 5,19$ лет. Чаще всего пациенты предъявляли жалобы на ощущения «ползания мурашек» в ногах (65 %), чувство покалывания в стопах (70 %), ощущения ходьбы на «ватных ногах» (80 %) или, наоборот, чувство «горячих стоп» (35 %), чувство «холода» нижних конечностей (28 %), онемения (60 %) кистей и стоп. У 15 (75 %) пациентов электрофизиологически были выявлены признаки демиелинизирующего поражения малоберцового и большеберцового нервов с двух сторон, при этом следует отметить, что у 4 пациентов (20 %) при неврологическом осмотре не было выявлено характерных клинических признаков в виде снижения сухожильных рефлексов и расстройств чувствительности, что позволяет отнести их к субклиническим формам полинейропатий. Отмечается снижение скорости распространения возбуждения (СРВ) по моторным волокнам до 30,4 м/с (при норме < 40 м/с), увеличение показателя

дистальной латентности (ДЛ), что составило в среднем 4,8 мс (при норме 4,5 мс), тогда как показатели амплитуды (А) негативной фазы М-ответа в дистальной точке оставались в пределах нормы. СРВ, ДЛ, А нервов верхних конечностей в пределах референтных значений. У 2 больных (10 %) было выявлено аксонально-демиелинизирующее поражение икроножного нерва с двух сторон (снижение А сенсорного ответа до 2,5 мкВ при норме 5 мкВ, снижение СРВ до 32 м/с (норма > 40,0 м/с), увеличение ДЛ (норма < 2,5 мс) до 4,0 мс. У 2 больных (10 %) было выявлено симметричное сенсомоторное демиелинизирующее поражение дистальных отделов срединного нерва (при норме в нижних конечностях) — средние показатели СРВ составили 42,7 м/с, что несколько ниже нормативных — (50 м/с); показатели ДЛ увеличены — 4,3 мс (при нормативных значениях — 3,5 мс), у 1 пациента (5 %) было выявлено симметричное сенсомоторное демиелинизирующее поражение локтевого нерва (при норме в нижних конечностях) — средние показатели СРВ составили 39,9 м/с при референтных < 50 м/с; показатели ДЛ выше нормативных — 4,9 мс при референтных 4,5 мс, тогда как показатели А негативной фазы М-ответа оставались в пределах нормы (< 3,5 мкВ для срединного и < 6 мкВ для локтевого нервов).

Выводы: у пациентов с постковидным синдромом и признаками нарушения периферической нервной системы при неврологическом осмотре выявляется снижение сухожильных рефлексов, нарушения поверхностной и глубокой чувствительности, что укладывается в классическую картину неврологических нарушений при ПНП. Электрофизиологически подтверждается наличие умеренного демиелинизирующего поражения волокон периферических нервов нижних конечностей, чаще всего регистрировались изменения в малоберцовом нерве (наиболее выраженные именно в сенсорной порции нерва). Гораздо реже — поражение периферических нервов верхних конечностей (12 % случаев — пациенты с симметричной сенсомоторной миеленопатией срединного нерва, 7,7 % случаев — симметричная сенсомоторная миеленопатия локтевого нерва). Следует отметить, что не было выявлено значимого аксонального поражения нервов верхних и нижних конечностей: в основном все выявленные изменения относятся к миеленопатиям.

Представляет особый интерес электрофизиологическое выявление субклинических форм ПНП — это подчеркивает недопустимость игнорирования жалоб пациентов при отсутствии «классической» картины ПНП на этапе неврологического осмотра. В таких случаях проведение электронейрофизиологического исследования диктуется необходимостью объективизации жалоб пациента, установления точного диагноза.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

А.О. Шаманов, Э.К. Хаккулов, Н.Р. Рахимбергенов, студенты 1 курса стоматологического факультета

Самаркандский ГМУ, г. Самарканд, Узбекистан

Кафедра урологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент З. Шодмонова

Ключевые слова: озонотерапия; антибактериальная терапия; воспалительный процесс.

Цель исследования: оценка эффективности применения озонотерапии в комплексном лечении больных острым необструктивным пиелонефритом. Исследование было выполнено в клинике урологии и оперативной нефрологии. В наше исследование положен анализ результатов лечения 72 пациенток в возрасте от 17 до 59 лет, поступивших в экстренном порядке с диагнозом острый необструктивный пиелонефрит.

Материал и методы: все больные условно были разделены на 2 группы. Первую (контрольную) группу составили 35 пациенток, получавших традиционную антибактериальную и инфузионно-детоксикационную терапию. Вторую группу составили 37 пациенток, получавших антибактериальную терапию в сочетании с внутривенным введением 200 мл озонированного физиологического раствора. Озонотерапия проводилась внутривенной капельной инфузией 200 мл физиологического раствора. Для приготовления озононасыщенного раствора использовалась концентрация в диапазоне от 2,0 до 2,5 мг/л. Скорость подачи газовой смеси 1 л/мин. в течение 10 мин. Введение озонированного раствора проводилось в течение 20 мин.

Результаты исследования. Оценка результатов лечения осуществлялась по клинико-лабораторным показателям. В ходе лечения в обеих группах отмечалось уменьшение болевого синдрома. Нормализация температуры тела в контрольной группе наступала на 6-е сутки, тогда как в основной группе — на 3-и сутки. Уменьшение симптомов интоксикации в контрольной группе на 5–6-е сутки лечения, в основной — на 3-и сутки.

Важными диагностическими признаками острого пиелонефрита по данным УЗИ является утолщение паренхимы почки, в которой происходит воспалительный процесс, относительно контрлатеральной почки, а также изменение эхогенности паренхимы пораженной почки. Из 37 пациенток основной группы у 32 (86,5 %) при поступлении выявлено утолщение паренхимы пораженной почки до $20 \pm 1,0$ мм по сравнению с контрлатеральной, и у 29 (82,9 %) из 35 пациенток контрольной группы толщина паренхимы составила $20,5 \pm 1,0$ мм. В ходе прове-

денного УЗИ мониторинга нормализация толщины паренхимы пораженной почки до $15 \pm 1,0$ мм у пациенток 2-й группы отмечалась к 5-м суткам лечения, а у пациенток 1-й группы — к 8-м суткам.

Изучение динамики лабораторных показателей при лечении острого пиелонефрита выявило, что у всех пациенток отмечается существенная разница в снижении лейкоцитоза крови в группах: средние значения его в основной группе при поступлении — $17,28 \pm 0,92 \cdot 10^9/\text{л}$, а на 3-и сутки лечения — $8,16 \pm 0,32 \cdot 10^9/\text{л}$; в контрольной группе при поступлении — $16,42 \pm 0,12 \cdot 10^9/\text{л}$, а на 6-е сутки — $7,78 \pm 0,35 \cdot 10^9/\text{л}$.

При поступлении в стационар у всех 72 пациенток отмечался палочкоядерный сдвиг нейтрофилов крови, средний уровень которых составил $12,0 \pm 5,3$ %. В основной группе уровень палочкоядерных нейтрофилов нормализовался до $1,6 \pm 0,5$ % в более ранние сроки (на 3–4-е сутки лечения), чем в контрольной группе (на 6–7-е сутки), и составил $1,8 \pm 0,5$ %.

Лейкоцитурия при поступлении установлена в основной группе в среднем на уровне $61 \pm 5,0$ в поле зрения, в контрольной — $58 \pm 5,0$ в поле зрения. Нормализация данного показателя на фоне традиционной антибактериальной терапии отмечалась на 7–8-е сутки, тогда как у пациенток, получавших комплексную антибактериальную и озонотерапию, лейкоцитурия купировалась на 5–6-е сутки лечения (среднее значение уровня лейкоцитов в общем анализе мочи — $1,5 \pm 0,5$).

При бактериологическом исследовании мочи после проведения озонотерапии было отмечено снижение степени бактериурии. Значимая бактериурия (более 10^5 КОЕ/мл) до сеанса озонотерапии была выявлена у 7 (18,9 %), умеренная бактериурия (менее 10^5 КОЕ/мл) — у 6 (16,2 %) пациенток. Чаще всего у пациентов высевались *E. coli* (24,3 %) и *Enterobacter spp.* (13,5 %).

Выводы: результаты проведенных исследований показали, что в группе больных, получавших антибактериальную терапию вместе с озонотерапией, купирование воспалительного процесса происходит в более ранние сроки по сравнению с группой пациентов, получавших традиционную терапию, что подтверждается данными клинико-лабораторных и ультразвуковых исследований. Данный факт обусловлен тем, что озон обладает выраженным противовоспалительным и детоксицирующим воздействием, собственной бактерицидной активностью, обеспечивает коррекцию нарушенных метаболических путей и потенцирует действие антибактериальных препаратов. Таким образом, применение озонотерапии в лечении острого необструктивного пиелонефрита повышает эффективность стандартной антибактериальной терапии, позволяет в более ранние сроки купировать признаки эндоген.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ДОВРАЧЕБНОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ

*А.С. Шацкая, К.А. Гумашьян, студенты 6 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра поликлинической терапии
Научный руководитель: д.м.н, доцент Н.П. Кириленко*

Ключевые слова: сахарный диабет; профилактика; доврачебный прием.

Цель исследования — изучить эффективность лечения больных сахарным диабетом 2 типа (СД) с помощью доврачебного профилактического консультирования населения.

Материалы и методы: на мобильной медицинской площадке в торговых центрах профилактически проконсультировано 1938 человек (мужчин — 36,4 %; женщин — 63,6 %). Проводилось: анкетирование, антропометрия, анализ глюкозы и холестерина. Учитывались: пол; возраст (20–29 лет, 30–49 лет, 50–59 лет и 60 лет и старше); поведенческие и алиментарно-зависимые факторы риска (ФР); систолическая артериальная гипертензия (САГ; ≥ 140 мм рт. ст.); диастолическая артериальная гипертензия (ДАГ; ≥ 90 мм рт. ст.); гиперхолестеринемия ($\geq 5,3$ ммоль/л); достижение целевого уровня глюкозы капиллярной крови (< 8 ммоль/л); гипертоническая болезнь (ГБ), стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда (ПИМ), нарушения сердечного ритма (НСР), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) и СД.

Результаты. СД был у 3,7 % человек. Он чаще регистрировался у женщин (4,7 %), чем у мужчин (2,04 %; $p = 0,002$). С увеличением возраста нарастала выявляемость СД (0,3 %; 1,0 %; 3,7 % и 8,1 %; $p = 0,000$). В возрасте 60 лет и старше он чаще был у женщин, чем у мужчин (9,7 % и 3,7 %; $p = 0,019$). Курение выявлялось чаще у лиц без СД (22,1 % и 11,1 %; $p = 0,027$). Это обусловлено тем, что женщины без СД курили чаще (16,1 % и 5,1 %; $p = 0,011$). Такого не выявлено у мужчин (32,3 % и 35,7 %; $p > 0,05$). Различий в употреблении малого количества овощей и фруктов у больных СД и без него не было (50,7 % и 58,4 %; $p > 0,05$). Это касалось и мужчин (64,3 % и 60,4 %; $p > 0,05$), и женщин (47,5 % и 57,3 %; $p > 0,05$). И больные СД, и без него одинаково часто досаливали пищу (21,9 % и 23,5 %; $p > 0,05$). Это не зависело от пола (21,4 % и 25,6 %; 22,0 % и 22,2 %; все $p > 0,05$). Гиподинамия одинаково часто выявлялась и у больных СД, и без него (54,5 % и 57,1 %; $p > 0,05$) вне зависимости от пола (мужчины: 50,0 % и 60,0 %; $p > 0,05$; женщины: 55,9 % и 55,5 %; $p > 0,05$). Злоупотребление алкоголем выявлялось чаще у лиц без СД (37,1 % и 21,9 %; $p = 0,008$). Это обусловлено тем, что женщины без СД злоупотребляли алкоголем чаще (32,4 % и 15,3 %; $p = 0,003$); у

мужчин такого не выявлено (45,5 % и 50,0 %; $p > 0,05$). Ожирение чаще регистрировалось у больных СД по сравнению с теми, у которых его нет (67,1 % и 26,9 %; $p = 0,002$). Это было у мужчин (64,3 % и 25,0 %; $p = 0,002$) и женщин (67,8 % и 28,0 %; $p = 0,000$). САГ чаще выявлялась у больных СД по сравнению с теми, у которых его нет (72,6 % и 31,3 %; $p = 0,000$). Это не зависело от пола (мужчины: 64,3 % и 33,2 %; $p = 0,018$; женщины: 74,6 % и 30,2 %; $p = 0,000$). ДАГ чаще регистрировалась у больных СД по сравнению с теми, у которых его не было (54,8 % и 33,7 %; $p = 0,000$). Подобное касалось женщин (54,2 % и 30,3 %; $p = 0,000$); у мужчин такого не выявлено (57,1 % и 39,3 %; $p > 0,05$). Гиперхолестеринемия чаще выявлялась у больных СД по сравнению с теми, у которых его не было (52,6 % и 38,0 %; $p = 0,035$). Подобное касалось женщин (54,6 % и 38,6 %; $p = 0,038$); у мужчин такого не выявлено (40,0 % и 36,9 %; $p > 0,05$). Только у 52,6 % больных СД уровни глюкозы капиллярной крови были ниже целевых значений. Это практически в равной степени касалось мужчин и женщин (40,0 % и 54,3 %; $p = 0,451$).

Выводы: СД имеется у 3,7 % профилактически проконсультированных. Он чаще регистрируется у женщин, чем у мужчин. С увеличением возраста нарастает выявляемость СД. В возрасте 60 лет и старше он чаще имеется у женщин, чем у мужчин. Курение выявляется чаще, если нет СД. Это относится к женщинам. Различий в гиподинамии, досаливании пищи и употреблении малого количества овощей и фруктов у больных СД и без него, а также в зависимости от пола не выявлено. Злоупотребление алкоголем выявляется чаще, если нет СД; женщины без СД злоупотребляют чаще. Ожирение чаще регистрируется у больных СД по сравнению с теми, у которых его нет. Это касается и мужчин, и женщин. САГ чаще выявляется у больных СД по сравнению с теми, у которых его нет. Это не зависит от половой принадлежности. ДАГ и гиперхолестеринемия чаще выявляется у больных СД по сравнению с теми, у которых его нет. Подобное касается женщин, а у мужчин такого не выявлено. У половины больных СД уровни глюкозы капиллярной крови были ниже целевых значений. Это в равной степени касалось мужчин и женщин. Необходимо повысить эффективность лечения больных СД.

ВЕТРЯНОЧНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*В.И. Швайко студент 4 курса педиатрического факультета;
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.В. Сороковикова; к.м.н. Г.А. Зуева*

Ключевые слова: ветряная оспа; энцефалит; ветряночный энцефалит.

Цель исследования: изучить возможный вариант течения ветряночного энцефалита, подчеркнуть важность своевременной диагностики и лечения во избежание осложнений и напомнить о важности вакцинации.

Материалы и методы: проанализирована история болезни ребенка формата №003/у, находившегося на лечении в центре детской неврологии и медицинской реабилитации города Твери.

Энцефалит — группа заболеваний, характеризующаяся воспалением паренхимы ткани головного мозга в результате прямой вирусной инвазии или как постинфекционного иммунологического осложнения, вызванного реакцией гиперчувствительности на сам вирус, либо же другой чужеродный белок. Ветряная оспа — острое антропонозное вирусное заболевание, вызываемое *Varicella Zoster (VZV)*, семейства *Herpesviridae*, отличающееся высокой контагиозностью, передающееся воздушно-капельным путем, сопровождающееся поражением кожи слизистой папулезной сыпью. Ветряночный энцефалит — редкое осложнение, развивающееся в 10 % случаев после перенесённой инфекции, встречающееся чаще всех других неврологических осложнений. Распространенность: по России от 55,6 до 86,28 человек на 100 000 населения. Патогенез характеризуется развитием мозжечковой формы поражения (93 %) — алергико-токсическое действие, формирующее постветряночный энцефалит, либо церебральной формы (6 %) — прямое повреждающее действие вируса на мозг, формирующее преветряночный или ранний ветряночный энцефалит. Профилактика — с помощью вакцины, включённой в национальный календарь прививок и разрешённой к введению с 12 месяцев жизни. Вакцина вводится двукратно, с минимальным интервалом в 6 недель, и защищает от заболевания ветрянкой в 92 % случаев, от тяжёлого течения — более чем в 98 % случаев.

Клинический случай. Мальчик четырех лет поступил в неврологическое отделение с жалобами на сонливость, вялость, шаткость при ходьбе, головную боль, рвоту. Анамнез жизни: наблюдался неврологом по поводу комбинированных тиков, получал курс лечения с положительным результатом. Анамнез заболевания: заболел остро, когда утром появилась однократная рвота, не приносящая облегчения, после обеда появилась слабость, невыраженный мелкоамплитудный тремор рук при движении, вечером — умеренная головная боль. После пробуждения на следующий день атаксия при ходьбе, однократная рвота.

Неврологический статус: в сознании, менингеальных симптомов нет. В сфере черепных нервов: выраженный горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Сухожильные рефлексy: с рук — средней живости; с ног: коленные и ахилловы — снижены, симметричны. Брюшные рефлексy резко снижены. Отмечается динамическая атаксия. В сфере высших психических функций изменений не обнаружено.

Данные дополнительных обследований. МРТ головного мозга: картина перивентрикулярной лейкопатии. ЭЭГ: корковый электрогенез соответствует возрасту, типичных форм эпилептической активности нет. ЭКГ — без патологий. УЗИ органов брюшной полости: мезентеральные л/узлы множественные, увеличены до 12 мм. Спленомегалия (92*46 мм). Проконсультирован окулистом: глазное дно — без патологии. Консультация психолога: уровень интеллектуального развития в норме, эмоционально лабилен. Консультация педиатра: соматически здоров. Консультация инфекциониста: острый энцефалит, вызванный вирусом герпеса 3 типа.

Данные лабораторных анализов. Общий анализ крови: анемия 1 степени. Биохимический анализ крови: без патологии. Клинический анализ ЦСЖ: белок 0,6 г/л, цитоз 25 кл, (лимфоциты 80 %), реакция панди — отрицательная.

Ребёнок получал лечение: в/м «Иммуновенин 13» (3,75г/курс); «Ацикловир» 250мг 3 р/д; «Цитофлавин» (2 мл/кг); Вит В12, вит В1, вит В6; перорально «Флуконазол» (150 мг); «Преднизолон» (20мг/сут). Состояние нормализовалось, неврологическая симптоматика купирована, ликвор санирован на 8 сутки. Ребёнок выписан с выздоровлением на 10 сутки.

Проведён анализ клинических данных детей, болевших нейроинфекцией (энцефалит, менингоэнцефалит, менингит) на базе ГБУЗ центра детской неврологии и медицинской реабилитации города Твери в период с 2019 по 2022 года, среди которых выявлено 22 больных. Ветряночный энцефалит среди заболевших выявлен у 12 мальчиков возрастом от 3 до 16 лет, наиболее часто болели возрастом 4 лет (5 пациентов) — 41 %, и 10 девочек (от 1 месяца до 12 лет), наиболее часто — возрастом до 2х месяцев (5 пациентов) — 50 %. Заболевшие были без специфической вакцинации и болели вирусом ветряной оспы впервые.

Результаты. Энцефалит при ветряной оспе характеризуется полиморфизмом клинических проявлений, чаще протекает в мозжечковой форме. Заболевание требует многопрофильного исследования и консультации узких специалистов. Предотвратить развитие заболевания, а соответственно и тяжелых форм инфекции, включая энцефалит, способна активная иммунизация вакциной, включенной в национальный календарь прививок.

Выводы: необходимо повысить настороженность педиатров и детских неврологов в плане ветряночного энцефалита, во избежание осложнений осуществлять просветительскую работу среди родителей о необходимости вакцинации против данного вирусного заболевания.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПСОРИАЗА

*А.С. Швец, студент 2 курса лечебного факультета, Г.В. Давыдов, студент 5 курса лечебного факультета; В.Г. Шестакова ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии
Научный руководитель: д.м.н., доцент В.Г. Шестакова*

Ключевые слова: псориаз; имиквимод; моделирование; гистологическая картина.

Псориаз — издавна известное хроническое заболевание человека, характеризующееся возвышенными, воспаленными и слущивающимися участками кожи. Около 3 % населения планеты страдает этим заболеванием и, несмотря на его распространенность, не имеет патогенетического лечения до сих пор, так как этиопатогенез этого мультифакториального заболевания не полностью изучен. Обращает на себя внимание тот факт, что исключительно человек и высшие приматы, обладающие геном резус-фактора, могут страдать этим заболеванием.

На данный момент не было создано ни одной модели псориаза на грызунах или других животных, все они имеют отличную от человеческой болезни природу, что затрудняет исследование патогенеза и этиологии заболевания. Однако сравнительно недавно появилась одна достаточно интересная модель, связанная с иммуномодулирующим веществом. В начале 2000-х годов людям с базальной карциномой для ее удаления выписывали препараты на основе имиквимода. Они справлялись со своей задачей, однако побочным эффектом являлось спонтанное появление бляшек, похожих на псориазные.

Цель исследования: изучить влияние имиквимода на кожу крыс и сравнение с гистологической картиной человеческих псориазных бляшек.

Материал и методы: эксперимент выполнен на 3-х нелинейных лабораторных крысах возрастом от 6 до 12 недель и средней массой тела 225 г. Предварительно дорсальная поверхность тела крыс была подвергнута эпиляции, затем через двое суток на сухую и лишенную волос кожу наносили крем Кераворт (имиквимод 5 %) однократно в сутки в течение 2-х недель. Аппликация занимала около 20 см² дорсальной поверхности кожи животного. Крыс содержали в стандартных условиях вивария со свободным доступом к воде и пище. Все экспериментальные исследования проведены с соблюдением Международных принципов Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов и других научных целей (Директива 2010/63/eu). Полученные на 14 сутки биотаты фиксировали в 10 %-м растворе нейтрального (рН 7,4) забуференного формалина в течение 24 часов, заливали в парафиновую среду Гистомикс с использованием заливочного модуля ESD-2800. Изготавливали микропрепараты, окрашивали их по стандартной методике гематоксилином и эозином. Микроскопическое изу-

чение полученного экспериментального материала проводили с помощью микроскопа Olympus CX21 (China) на малом ($\times 10$), большом ($\times 40$) увеличениях. Микрофотографии получали с помощью цифровой встроенной видеокамеры MC-10 (АО «ЛОМО», Россия), и компьютерная обработка полученных снимков осуществлялась с помощью пакета программ MC view Setup, MC view Dshow Setup и MC view Twain Setup (ООО «ЛОМО-микроанализ», Санкт-Петербург, Россия).

Результаты. Динамическое макроскопическое исследование показало постепенное ухудшение состояния кожного покрова на спине после процедур нанесения мази Кераворт в течение 2-х недель: характерное шелушение и развитие воспаления. В последние дни крысы активно пытались чесать спины, это приводило к появлению небольших ранок от расчесов, которые сильно кровоточили. При просмотре микропрепаратов кожи данных крыс явно наблюдались классические признаки псориаза: микроабсцессы Мунро, гиперорто- и гиперпаракератоз, расширенные капилляры, акантоз, лимфоцитарный инфильтрат.

Выводы: использование имиквимода при длительном применении для моделирования псориазоподобных поражений кожи крыс вызывает поражения, в значительной степени напоминающие аналогичные псориазоподобные кожные проявления у людей. Работа с данной моделью имеет много перспектив, так как она дешевая, наиболее близка к изогенности и может использоваться для изучения псориаза у людей.

ХАРАКТЕРИСТИКИ АТИПИЧНОЙ ТЕРАТОИДРАБДОИДНОЙ ОПУХОЛИ ПРАВОГО ПОЛУШАРИЯ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

*А.М. Шевченко, С.Ю. Гуреев, студенты 3 курса лечебного факультета;
Т.В. Сороковицова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.В. Сороковицова*

Ключевые слова: атипичная тератоид-рабдоидная опухоль (АТРО); статическая и динамическая атаксия; МРТ с КУ; запоры и страх дефекации; полихимиотерапия (ПХТ).

Цель исследования: на примере клинического случая выявить основные моменты динамики заболевания и отклонения неврологического статуса у ребенка с АТРО, а также продемонстрировать важность онконастороженности у врачей при выявлении у ребенка определенных симптомов.

Материалы и методы: анализ амбулаторных карточек и истории болезни, а также изучение научных публикаций по данной тематике.

Результаты. Мальчик А., 18.07.2017 года рождения. Из анамнеза заболевания известно, что 28.06.20 амбулаторно обратился к неврологу со следующими жалобами: головная боль, страх дефекации, косоглазие, эмоциональная лабильность, слабость, отказ от еды, запоры, рвота, невыраженное нарушение координации. В неврологическом статусе: сознание ясное, менингеальных симптомов нет. В сфере черепных нервов — сходящееся косоглазие больше левого глаза, лицо симметричное, язык по средней линии. Сухожильные рефлексы с асимметрией — слева выше, чем справа. Мышечный тонус по пирамидному типу слева. Сила мышц — 4,5 балла в левых конечностях, отмечается статическая и динамическая атаксия. Интенционный тремор больше справа. Функция тазовых органов не нарушена. Была назначена транскраниальная нейросонография, на которой в правой теменно-височной области выявлено округлое образование повышенной эхогенности с неровными четкими контурами размером 50 × 44 мм. 29.06.20 по экстренным показаниям направлен в нейрохирургический стационар ДОКБ города Твери для дообследования и оперативного лечения. На МРТ головного мозга с КУ от 30.06.20 — крупное объемное образование правого полушария ГМ с грубым сдавлением правого бокового желудочка, арахноидальных цистерн и латеральной дислокацией справа налево на 9 мм размерами 6,0 × 7,0 см с четкими контурами. 02.07.20 выполнена операция — удаление гигантской внутримозговой опухоли правой теменно-височной области с УЗИ ассистенцией. На МРТ с КУ от 10.07.2020 в области гиппокампа и базальных ядер определялся остаточный фрагмент образования — 1,9 × 3,3 × 3,4 см. По результатам гистологического исследования в «НМИЦ НХ им. Н.Н. Бурденко» поставлен диагноз: атипичная тератоид-рабдоидная опухоль. После консультации профессором рекомендована госпитализация в НПЦ для

проведения ПХТ по протоколу АТРО-2006. С 17.07.20 по 13.09.20 выполнено 7 недель ПХТ. 13.08.20 — установка вентрикулярного резервуара. С 16.10.20 по 27.11.20 проведен курс протонной лучевой терапии на область ложа и остаточной опухолевой ткани. С 09.12.20 продолжена ПХТ по протоколу АТРО-2006. Дата завершения последнего блока: 31.07.21. МРТ ГМ с КУ от 19.08.20: небольшой остаток опухоли в зоне операции. 14.09.20 выполнена повторная МРТ: в области операции — дефекты мозгового вещества с участками геморрагического пропитывания по контуру, перивентрикулярно тела правого желудочка сохраняются участки накопления КВ размерами: $7 \times 4 \times 5$ мм. Неврологический статус от 08.12.20: в сфере черепных нервов сходящееся косоглазие больше левого глаза, левосторонний гемипарез с положительной динамикой. Отмечается положительные проявления в двигательной координационной сфере: уменьшение статической и динамической атаксии. МРТ от 08.02.21: очаг накопления КВ размерами $20 \times 13 \times 13$ мм перивентрикулярно тела правого бокового желудочка. 17.08.21 по результатам контрольной МРТ-исследования ЦНС с КУ отмечались признаки продолженного роста остатков правой теменно-височной области с распространением на правый таламус, метастазов не выявлено. 30.09.21 проведено микрохирургическое удаление опухоли правой височной доли с УЗ-навигацией. После на МРТ с КУ от 29.10.21 отмечались признаки остатков опухоли зрительного бугра справа. 14.12.22 поступает в стационар «НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения г. Москвы» с продолженным ростом опухоли. Неврологический статус при поступлении: сознание ясное, менингеальных симптомов нет. В сфере черепных нервов — стробизм больше левого глаза, левосторонний прозопарез и левосторонний гемипарез с акцентом в руке. Мышечный тонус снижен в левых конечностях до 2 баллов в руке и 3,5 баллов в ноге. Сухожильные рефлексы выше слева. Ребенок ходит с поддержкой. Речь дизартрична. По заключению консилиума предполагается попытка лечения с проведением 2 курсов ПХТ по протоколу EU-RHAB. 27.12.22 выписан с неопределенным прогнозом. 17.02.23 МРТ с КУ: срединные структуры смещены влево на 0,4 см (на уровне базальных ядер). В правой теменно-височной области определяется зона кистозно-глиозной трансформации размерами: $3,6 \times 5,6 \times 4,0$ см. В глубоких отделах правой височной и теменной долей с распространением на область подкорковых ядер и таламус — объемное кистозно-солидное образование $4,7 \times 4,2 \times 4,5$ см, (на МРТ от 11.11.22 размеры: $3,5 \times 3,5 \times 3,5$ см). Аналогичное по структуре образование определяется в проекции пластины четверохолмия размерами 10×12 мм. Динамика отрицательная.

Выводы: данный клинический случай демонстрирует необходимость онконастороженности у врачей поликлинического звена в связи с разнообразием клинических проявлений данной группы заболеваний. Своевременная диагностика поможет на ранних стадиях обнаружить такого рода нозологическую форму, следствием чего станет более успешное лечение.

АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО РЫНКА ПРОБИОТИКОВ И ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ В СОСТАВЕ КОММЕРЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ-ПРОБИОТИКОВ

*А.М. Шевченко, К.С. Сведенюк, Д.В. Кравченко, С.Ю. Гуреев, студенты 3 курс
лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра микробиологии и вирусологии с курсом иммунологии
Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
Научные руководители: к. м. н., доцент Е.С. Михайлова,
к.ф.н., доцент Н.С. Попов*

Ключевые слова: пробиотики; лактобактерии; бифидобактерии.

Цель исследования: провести анализ потребительского рынка пробиотиков, а также сравнительную оценку выживаемости микроорганизмов в составе наиболее часто используемых коммерческих препаратов-пробиотиков в условиях *in vitro*.

Материалы и методы: в эксперименте использовали пробиотические микроорганизмы в составе отечественных и зарубежных коммерческих препаратов. Изучение выживаемости пробиотических микроорганизмов проводили на модели *in vitro*. Выбор пробиотических препаратов для исследования производился согласно результатам анкетирования, касающегося приема пробиотических препаратов и включающего 12 вопросов. Анкета включала в себя вопросы о симптомах, результатах анализах на дисбактериоз, факте обращения к специалисту, известных названиях пробиотиков, опыте приема, длительности и эффективности лечения. Были исследованы 10 коммерческих пробиотических препаратов: «Биоспорин», «Энтерол», «Колибактерин», «Биофлор», «Лактобактерин», «Ацилакт», «Биобактон», «Линекс», «Гастрофарм», «Бифидумбактерин». Срок годности препаратов не превышал сроков, указанных на упаковках. Выращивание пробиотических микроорганизмов проводили на плотных питательных средах рекомендованного состава. Содержание жизнеспособных пробиотических микроорганизмов в одной дозе препарата (КОЕ/»мл) определяли высевом соответствующих десятикратных серийных разведений исследуемых препаратов и суспензий на плотные питательные среды в чашках Петри с последующим подсчетом по истечении времени инкубирования выросших колоний.

Результаты. В анкетировании принимали участие 167 человек в возрасте от 18 до 60 лет, из которых 76,6 % составляли женщины, а 23,4 % — мужчины. Люди в возрасте от 18 лет до 21 года составляли 67,7 % опрошенных, от 22 до 30 лет — 16,8 %, от 31 года до 45 лет — 11,4 %, от 45 до 60 лет — 4,2 % соответственно. В вопросе о наличии диспептических изменений со стороны ЖКТ 70,3 % опрошенных испытывали тошноту, 44,2 % — изжогу, 38,8 % — метеоризм, 45,5 % — запор,

59,4 % — диарею, и только 13,3 % опрошенных не испытывали никаких симптомов. Анализ на дисбактериоз сдавали 84,4 % опрошенных, и у всех анализ подтвердил наличие дисбиотических изменений со стороны ЖКТ. Из них 57,5 % принимали пробиотики, а 42,5 % их не принимали. Из списка, представленного в анкете, опрошенным знакомы следующие названия: «Линекс» (83,3 %), «Энтерол» (61,1 %), «Лактобактерин» (43,8 %), «Ацилакт» (25 %), «Биофлор» (22,2 %), «Гастрофарм» (17,4 %), «Биоспорин» (11,1 %), «Биобактон» (9 %), «Колибактерин» (7,6 %), «Бактиспорин» (5,6 %). То, что им известны «Бактисубтил», «Споробактерин», «Бифидум бактерин», «Бифиформ», «Хилак форте», указали 4,9 % опрошенных. Участники анкетирования принимали «Бактисубтил» (0,9 %), «Бактиспорин» (0,9 %), «Споробактерин» (0,9 %), «Биоспорин» (1,8 %), «Субалин» (0,9 %), «Энтерол» (31,8 %), «Колибактерин» (0,9 %), «Биофлор» (4,5 %), «Лактобактерин» (25,5 %), «Ацилакт» (10 %), «Биобактон» (1,8 %), «Линекс» (65,5 %), «Гастрофарм» (1,8 %), «Бифидумбактерин» (2,7 %), «Аципол» (0,9 %). По рекомендации врача препараты принимали 62,4 % опрошенных, а 37,6 % принимали препараты самостоятельно. Опрошенные, принимавшие пробиотики курсом 1–5 дней, составили 27,3 %, 6–10 дней — 25 %, 11–14 дней — 18,18 %, 15–21 дней — 6,8 %, месяц и более — 22,72 %. После приема пробиотических препаратов улучшение состояния отметили 92,7 % опрошенных. И только 11 % после курса лечения повторно сдавали анализ на дисбактериоз.

В результате экспериментального культивирования штаммов из пробиотических препаратов число жизнеспособных пробиотических микроорганизмов в одной дозе препаратов «Линекс», «Энтерол», «Ацилакт», «Колибактерин», «Лактобактерин», «Биоспорин» снижалось на один-два порядка по сравнению с исходным количеством, заявленным на упаковке. А у препаратов «Биофлор», «Биобактон», «Гастрофарм», «Бифидумбактерин» на три порядка.

Выводы: таким образом, на основании полученных экспериментальных данных можно предположить, что при приеме этих пробиотических препаратов в ЖКТ человека поступает сниженное количество микроорганизмов. Предположительно это может быть связано с тем, что все пробиотические микроорганизмы чувствительны к нарушениям условий их хранения и транспортировки. Ввиду того, что пробиотики являются препаратами массового потребления, на сегодняшний день важной задачей является улучшение их качества и информирование населения об их правильном и рациональном применении.

ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНЫХ ГЛУБОКИХ ЭВТЕКТИЧЕСКИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ НА СОЭКТРАКЦИЮ ТЯЖЁЛЫХ МЕТАЛЛОВ ИЗ КОРНЯ *GLYCYRRHIZA GLABRA* L.

В.А. Шикова, студентка 2 курса фармацевтического факультета
ФГБОУ ВО СПХФУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия
Кафедра промышленной технологии лекарственных препаратов
Научный руководитель: к.фарм.н., доцент М.А. Буракова

Ключевые слова: *Glycyrrhiza glabra* L.; природные глубокие эвтектические растворители; NADES; тяжёлые металлы, экстракция.

Корни *Glycyrrhiza glabra* L. широко применяются в качестве противокашлевого, противовирусного и иммуностимулирующего средства. Экстракты солодки имеют большой потенциал при использовании в косметике. Основным биологически активным веществом солодки является глицирризиновая кислота.

В течение жизни в растениях накапливаются различные микроэлементы, в том числе и опасные для здоровья (Mn, Cu). Загрязнение фитоэкстрактов микроэлементами является одной из актуальных проблем. Микроэлементы могут вызывать побочные эффекты в организме, опасные для здоровья, и отрицательно влиять на стабильность и безопасность лекарств. Токсичность загрязнённых микроэлементами экстрактов для человека связана с их ежедневным потреблением. Природные глубокие эвтектические растворители (Natural deep eutectic solvents; NADES) — это новый класс растворителей, которые зарекомендовали себя, как экологически безопасные и эффективные для работы с растительным сырьём.

Цель исследования — изучить совместное экстрагирование природными глубокими эвтектическими растворителями микроэлементов и глицирризиновой кислоты из корней *Glycyrrhiza glabra* L.

Материалы и методы: в качестве объекта исследования использовали растительное сырьё «Корни солодки» АО «Красногорсклексредства» (12А.19.09.2021) (г. Красногорск, Россия).

Для синтеза NADES использовали сахарозу (Реахим), сорбит (Фруктовое счастье), холин хлорид (Вектон) молочную кислоту (Профимпорт) и лимонную кислоту (Реахим). Эвтектические растворители получали нагреванием при температуре $70 \pm 2^\circ\text{C}$ и постоянном перемешивании на магнитной мешалке в течение 60 мин (сахароза: молочная кислота 3 : 1, сорбит: молочная кислота 3 : 1 и хлорид холина: молочная кислота 1 : 3, сахароза: лимонная кислота 3 : 1, сорбит: лимонная кислота 3 : 1). Для снижения вязкости к растворителям добавляли 30 % воды.

Извлечения готовили методом мацерации при перемешивании при 600 об/мин и постоянном нагревании до 50°C в течение 30 мин. Корни солодки предварительно измельчали и просеивали через сито с диаметром отверстий 2 мм.

Количественное определение глицирризиновой кислоты проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ).

Концентрацию металлов (Al, Fe, K, Ca, Li, Mg, Mn, Cu и Na) в корнях солодки и извлечениях анализировали с использованием оптико-эмиссионного спектрометра с индуктивно связанной плазмой (ICP-OES) Perkin Elmer Optima 8000 (Perkin Elmer Inc., Massachusetts, США).

Результаты. Глицирризиновая кислота является одним из основных биологически активных соединений солодки. Пять различных природных эвтектических растворителей были синтезированы для оценки их эффективности извлечения глицирризиновой кислоты. Содержание глицирризиновой кислоты в полученных извлечениях из корней солодки варьировало от 0,145 мг/г до 0,495 мг/г. Будучи полярными растворителями, природные глубокие эвтектические растворители на основе карбоновых кислот способны совместно извлекать микроэлементы из растительного сырья. Из-за близости значений pK_a молочной и глицирризиновой кислот выход глицирризиновой кислоты в NADES на основе молочной кислоты был выше по сравнению с другими испытанными NADES.

Суммарное содержание элементов в корнях *G. glabra*, определенное методом атомно-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной плазмой, составило $19\,095 \pm 324$ мг/кг сухой массы. Установлена прямая зависимость между содержанием элемента в растительном сырье и концентрацией элемента в извлечениях. В целом способность NADES на основе молочной кислоты к совместной экстракции микроэлементов и глицирризиновой кислоты была выше по сравнению с другими растворителями. Переход отдельных элементов из корней солодки в извлечение колебался от 0,25 до 18,75 %. При этом наибольшие количества были обнаружены для элемента, уровень которого в сырье был незначительным (Li). Извлечение всех проанализированных элементов (кроме Li) исследованными природными эвтектическими растворителями было низким (менее 6 %), что свидетельствует о нетоксичности подобных экстрактов.

Выводы: изучено содержание некоторых элементов и глицирризиновой кислоты при экстракции корней солодки природными эвтектическими растворителями на основе карбоновых кислот. Установлено, что природные эвтектические растворители позволяют получать извлечения с низким уровнем загрязнения металлами при одновременной хорошей извлекающей способности целевых биологически активных соединений. Полученные извлечения не должны представлять потенциального риска для здоровья при местном применении и приёме внутрь.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*В.И. Шмелев, Л.А. Петрова, студенты 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России г. Тверь, Россия
Кафедра хирургии и анестезиологии-реаниматологии
Научные руководители: д.м.н., профессор Д.В. Федерякин,
к.м.н., доцент А.В. Калинов, к.м.н., доцент С.А. Копосова,
к.м.н., доцент Д.Г. Галахова*

Ключевые слова: щитовидная железа; тиреоидэктомия; отдаленные результаты.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты хирургических методов лечения щитовидной железы (ЩЖ), оценить эффективность профилактики послеоперационного пареза возвратно-гортанного нерва (ВГН) при его интраоперационной визуализации, проследить динамику изменения состояния пациентов в отдаленном послеоперационном периоде и провести оценку качества жизни после операции.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 132 историй болезни оперированных пациентов клиники ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России (г. Тверь) за период с 2019 по 2022 гг. Возраст пациентов составил от 20 до 85 лет. В исследование включены женщины — 113 (85 %), мужчины — 20 (15 %). По характеру патологии: 77 (58,4 %) больных оперированы по поводу нетоксического многоузлового зоба, 13 (9,8 %) — нетоксического одноузлового зоба, 31 (23,6 %) — тиреотоксикоза с диффузным зобом, 1 (0,7 %) — тиреотоксикоза с диффузным токсическим зобом, 1 (0,7 %) — аутоиммунного тиреоидита, 5 (3,8 %) — тиреотоксикоза с токсическим многоузловым зобом, 4 (3 %) — тиреотоксикоза с токсическим одноузловым зобом.

Были выполнены следующие операции: тиреоидэктомия с интраоперационной визуализацией ВГН 22 (16,6 %), тиреоидэктомия, субтотальная резекция ЩЖ, гемитиреоидэктомия 110 (83,4 %) выполнялись без интраоперационной визуализации ВГН.

Осмотр ЛОР врачом оперированных пациентов до и после операции.

Результаты

При анализе отдаленных результатов оперативных вмешательств установлено:

1. У 27 (20,3 %) пациентов с дооперационным синдромом компрессии трахеи исчезли характерные жалобы: чувство давления в области шеи, дискомфорт и одышка в положении лежа, ощущение кома в горле при глотании.
2. У 7 (5,3 %) пациентов в послеоперационном периоде развился парез ВГН в виде дисфонии и дисфагии. Эти пациенты составляли группу, в которой не проводился визуальный контроль ВГН во время операции.
3. При изучении жалоб до и после проведения оперативного вмешательства отмечено улучшение общего самочувствия, уменьшение чувства давления и кома в горле, тревоги, слабости.

4. По данным объективного контроля выявлена нормализация ЧСС, температуры тела, АД.
5. 126 пациентов регулярно контролируют ЗГТ. Коррекция осуществляется препаратами тироксин, эутирокс. Диапазон дозировки колеблется от 25 мг/сут до 150 мг/сут. В этой группе у 88 % отмечен эутиреоз; у 12 % — субклинический гипотиреоз.
6. В послеоперационном периоде 95 пациентам проведено УЗИ ЩЖ. У 92 пациентов (96,8 %) — патологии не выявлено, у 3 (3,2 %) — диагностирован рецидив узлового зоба.

Выводы: анализ представленных выше наблюдений позволяет определить, что:

1. Визуальный контроль ВГН во время операции позволяет избежать его повреждения.
2. Операции на ЩЖ по строгим показаниям улучшают качество жизни пациентов.
3. Контроль гормонального статуса и назначения достаточной ЗГТ позволяет компенсировать послеоперационный гипотиреоз и добиться эутиреоидного состояния у 92 % оперированных пациентов.
4. Пациенты, у которых диагностирован рецидив заболевания, нуждаются в динамическом наблюдении, аналогичном неоперированным.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЛЮКАГОН-ПОДОБНОГО ПЕПТИДА 1 И 2 НА ИЗМЕНЕНИЕ ТРАКТОГРАФИИ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

*Л.М. Шулико, студент 5 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО Сибирский ГМУ Минздрава России, г. Томск, Россия
Кафедра педиатрии с курсом детской эндокринологии
Научный руководитель: д.м.н., профессор М.В. Матвеева*

Ключевые слова: подростки; ожирение; трактография.

Цель исследования: оценить влияние глюкагон-подобного пептида (ГЛП) 1 и 2 на анизотропию по данным магнитно-резонансной трактографии у подростков с ожирением.

Материалы и методы: протокол исследования был рассмотрен и одобрен Этическим комитетом ФГБОУ ВО «СибГМУ» Минздрава России. До включения в исследование законные представители участников подписали информированное согласие. Из 54 подростков в возрасте 10–15 лет сформировано две достоверно различимые по SDS (Standard Deviation Score) индекса массы тела (ИМТ) ($p = 0,008$) и сопоставимые по полу и возрасту исследуемые группы. В основную группу вошли 18 мальчиков и 16 девочек с I (67 %) и II (33 %) степенями экзогенно-конституционального ожирения ($\text{SDS ИМТ} \geq +2,0$), в группу контроля 10 мальчиков и 10 девочек с нормальной массой тела. Критерии исключения из исследования: моногенные и синдромальные формы ожирения, сахарный диабет 1 и 2 типов, клинически значимые сопутствующие заболевания, черепно-мозговые травмы в анамнезе. Все исследуемые прошли комплексное обследование, которое включало оценку антропометрических показателей (рост, вес, окружность талии и бедер), забор венозной крови и магнитно-резонансную трактографию головного мозга. Антропометрические показатели использовались для расчета SDS ИМТ на калькуляторе ВОЗ «Anthro Plus». Содержание ГЛП 1 и 2 оценивалось методом иммуноферментного анализа сыворотки крови. Магнитно-резонансную трактографию головного мозга проводили на аппарате GE Sygna Creaton 1,5 Тесла с использованием метода HARDI (High Angular Resolution Diffusion Imaging), основанного на диффузионной визуализации с высоким угловым разрешением и позволяющего исследовать состояние проводящих путей головного мозга, провести их количественную оценку (определение плотности нервных волокон в тракте, площади поперечного сечения тракта). Сканирование проводилось в коронарной проекции. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программного обеспечения SPSS Statistics. При проведении сравнительного анализа критический уровень значимости (p) принимался равным менее 0,05.

Результаты. В ходе исследования были выявлены различия по уровням ГЛП 1 и 2 ($p = 0,02$; $p = 0,014$ соответственно) между группой подростков с ожирением

и группой контроля. В основной группе, по данным магнитно-резонансной томографии, выявлено левостороннее снижение фракционной анизотропии следующих проводящих путей: кортикоспинального тракта, проводящего сигналы от коры головного мозга к нейронам спинного мозга, контролирующего произвольные движения конечностей и туловища ($p = 0,03$); продольного пучка, соединяющего лобные области с теменными и височными, его основной функцией является обеспечение передачи сигналов для осуществления речевых и языковых функций ($p = 0,002$); крючковидного пучка, который соединяет переднюю височную долю, включая миндалину, с орбитофронтальной областью и нижней лобной извилиной. Он играет важную роль в лексическом поиске, семантической ассоциации и социальном познании, а также участвует в некоторых аспектах поведения, включая торможение реакции, мониторинг результатов, обучение ассоциациям объект – вознаграждение и мультисенсорную интеграцию ($p = 0,001$). Снижение уровня ГЛП 2 (медиана для основной группы 102,4 пг/мл [95,4; 483,1] для группы контроля 586,3 пг/мл [400,3; 666,6]) положительно коррелировало с целостностью левого кортикоспинального тракта ($r = 0,550$; $p = 0,022$) и отрицательно с состоянием верхнего продольного пучка слева ($r = -0,564$; $p = 0,018$). Достоверно значимой взаимосвязи уровня ГЛП 1 с нейровизуализационными изменениями выявлено не было.

Выводы: у подростков с ожирением как I, так и II степени, обнаружено снижение уровней инкретинов в сыворотке крови, что позволяет рассматривать нарушение секреции ГЛП 1 и 2 как патогенетический компонент ожирения.

Положительная корреляция сниженного уровня ГЛП 2 с изменениями фракционной анизотропии проводящих путей может свидетельствовать о влиянии метаболических изменений, связанных с ожирением, на состояние центральной нервной системы у подростков.

АНОМАЛИИ ХОРД И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

*Е.В. Шумкина, О.В. Шумкина, студенты 3 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: хорды сердца; аномалии; сердечно-сосудистая патология.

Цель исследования — изучение видов и вариантов аномалий хорд, распространенности данной патологии и её влияния на сердечно-сосудистую заболеваемость.

Материалы и методы: анализ доступной медицинской литературы.

Результаты. Среди малых аномалий сердца (МАС) аномально расположенные хорды (АХР) в виде одиночных и множественных тяжей в камере сердца составляют 71,4 % случаев. Аномалии хордальных нитей выявляются в левом желудочке в 88,6 % случаев; в правом желудочке (ПЖ) — 24,3 %; в правом предсердии — 4,3 %. Одиночные аномальные тяжи в левом желудочке диагностированы в 65,7 % случаев, в ПЖ — 18,6 %. Встречались по два (в левом желудочке — 17,4 %; в ПЖ — 4,3 %) и по три (в левом — 5,7 %; в ПЖ — 1,4 %) аномальных тяжа в одной камере сердца. Сочетание аномалий хорд правой и левой камеры сердца выявлены в 7 % случаев. В 47 % аномально расположенные сухожильные хорды располагались между сосочковой мышцей и стенкой желудочка, а в 38 % между сосочковыми мышцами и 15 % между стенками желудочков. Средняя длина аномально расположенных сухожильных хорд (АРСХ) левого желудочка составила $22,5 \text{ мм} \pm 12,5 \text{ мм}$, средняя толщина $0,8 \text{ мм} \pm 0,13 \text{ мм}$. В ПЖ средняя длина АРСХ составила $12 \text{ мм} \pm 3 \text{ мм}$, средняя толщина $1,6 \text{ мм} \pm 0,23 \text{ мм}$. Топографическая классификация АХР (J. Beattie) построена путём деления на 3 равных отдела: верхушечный, среднежелудочковый и базальный. При поперечном положении хорд точки ее прикрепления находятся в пределах одного отдела, при диагональной (сагиттальной) — в прилежащих отделах, при продольном — ложная хорда тянулась от верхушечных отделов к базальным. Поперечное положение хорд в ПЖ встречалось в 21,4 % случаев; диагональное положение — 2,9 %. В левом желудочке диагональное расположение аномальных хорд выявили в 5,7 % случаев; поперечное — в 5 %.

Гистологически выделяют фиброзные, фиброзно-мышечные и мышечные хорды. 49 % от общего количества АРСХ имели в своем составе мышечный компонент; в 7 % были обнаружены клетки, сходные с клетками Пуркинье, что объясняет возникновение нарушений проводимости у пациентов с АРСХ. Обнаружена прямая зависимость между формой сердца и количеством АРСХ. Наибольшее количество АРСХ наблюдалось у людей с долиховентрикулярной формой сердца. АРХ являются наиболее изученным висцеральным маркером недифференцирован-

ной дисплазии соединительной ткани (ДСТ). АРХ выступают причиной многих сердечно-сосудистых патологий, связанных с нарушением проходимости клапанного аппарата, нарушением сердечного ритма или диастолической дисфункцией. Если АРХ не сопровождается дисплазией, добавочная хорда может не проявлять себя в течение всей жизни и обнаруживается случайно при обследовании, чаще это одиночные апикальные продольно расположенные хорды. АРХ оказывают влияние на клапанный аппарат сердца. Проплапс трикуспидального клапана диагностировали в 6,9 % случаев обнаружения АРХ. Комбинация АРХ левого желудочка с пролапсом митрального клапана (ПМК) имела место в 31,6 % случаев; одиночные базальные АРХ в 1,4 % случаев сочетались с ПМК, в случае верхушечного положения хорды частота ПМК составила 1,9 % случаев. Гистологическое исследование миокарда показало, что площадь ишемии в зонах прикрепления АРХ превышает площадь ишемии вне зон АРХ. АРХ левого желудочка в 13,3 % случаях изменяли геометрию левого желудочка. При прикреплении АРХ левого желудочка на межжелудочковой перегородке в 4,1 % наблюдений имели место аневризмы мышечной части межжелудочковой перегородки. Чаще АРХ встречались в сочетании с другими МАС. Были обнаружены сочетания АРХ с аномалиями папиллярных мышц левого желудочка (55 %) и ПЖ (20,6 %), фенестрациями створок клапанов (35,3 %), аномалиями коронарных артерий (33 %), аневризмами синусов Вальсальвы (15,7 %) и т.д. Было выявлено, что у большинства лиц с внешними признаками ДСТ встречаются самые разнообразные нарушения ритма и проводимости сердца (трепетание предсердий, тахи- и брадиаритмии, экстрасистолы, синдром ранней реполяризации желудочков и др.). У лиц с внешними маркерами ДСТ (ПМК и АРХ) дополнительные пути проведения обнаруживаются в 3 раза чаще. Клиническое значение АРХ в проявлении нарушения ритма сердца заключается в том, что в их структуре могут быть клетки проводящей системы, которые при определенных условиях (болезни, физические нагрузки) или при особой их локализации (поперечное, базальное положение, множественность) могут создавать условия для циркуляции возбуждения по типу re-entry.

Выводы: АРСХ — частый вариант анатомии сердца, который приводит к нарушениям работы клапанного аппарата сердца, способствует возникновению нарушений проводимости, нарушает микроциркуляцию и утяжеляет локальную ишемию миокарда. Морфология АРХ позволяет объективизировать клинический и патоморфологический диагнозы.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ХИРУРГИИ

*Д.М. Щигорцов, студент 5 курса, педиатрического факультета;
Н.В. Перевалова, ординатор кафедры травматологии-ортопедии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра детской хирургии
Кафедра анатомии, гистологии и эмбриологии
Научные руководители: д.м.н., профессор В.В. Мурга,
д.м.н., профессор С.И. Волков*

Ключевые слова: отечественная хирургия; этапы развития; ортопедия; военно-полевая хирургия.

Цель исследования: изучить и сформировать основные этапы развития хирургии в нашей стране в период с XVI по XIX век.

Материалы и методы: были изучены материалы печатных изданий, альбом по истории хирургии (выпуск 1 «История русской хирургии» издание треста Медучпособия).

Результаты. Больницы в России начали появляться во времена Ивана IV (Грозного) во второй половине XVI столетия. В конце правления Ивана Грозного в 1574 году была образована аптекарская палата. В Москве на территории Кремля у Чудова монастыря была открыта в 1587 году первая аптека.

Развитие хирургии в России на государственном уровне начинается с 1653 года, когда в Москве при Стрелецком аптечном приказе была открыта «Костоправная школа» с числом обучающихся в 30 человек. В XVII веке в ходе Смоленской войны (1632-1634 гг.) в России была выработана определенная система эвакуации раненых. Во время правления Петра 1 был преобразован Аптекарский приказ, вместо него была создана Медицинская канцелярия во главе с архиятером (главным врачом). Также была открыта лекарская школа при Московском госпитале, она сыграла историческую роль в подготовке отечественных врачебных кадров и особенно — военных врачей.

В 1786 г. школы стали самостоятельными, т.е. были отделены от госпиталей и получили название медико-хирургических училищ. Училищам дали право присваивать ученую степень доктора медицины. К эпохе Петра 1 относится создание первой в России «инструментальной избы» (1720 г.). В XVIII веке в России возникло первое высшее учебное заведение — Московский университет — по инициативе великого русского ученого М. В. Ломоносова. В состав университета входил медицинский факультет.

XIX век — век крупных открытий и успехов в области хирургии. В Отечественную войну 1812 г. система лечения раненых «на месте» была заменена в русской армии эвакуационной системой. Эвакуацию раненых осуществляла целая система подвижных, развозных и временных госпиталей с промежуточными стан-

циями между ними. Все этапы медицинской помощи были оснащены хирургическим инструментарием, готовыми повязками, корпией и медикаментами.

Значительных успехов достигла в XIX веке топографическая и хирургическая анатомия. Также были заложены основы патологической анатомии и экспериментальной медицины. Н. И. Пирогов издал первый анатомический атлас под заглавием «Топографическая анатомия замороженных распилов человеческого тела, сделанных в трех направлениях».

Начало развития отечественной ортопедии относится к первой половине XIX столетия, когда в Петербургской медико-хирургической Академии стал читаться курс ортопедии (1824 г.). Отечественные врачи и механики уделяли большое внимание протезированию, они изобрели ряд оригинальных протезов.

Огромные успехи, достигнутые хирургией во второй половине XIX века, были связаны, прежде всего, с разработкой научных методов профилактики хирургической инфекции — антисептики и асептики. Появление обезболивания, антисептики и асептики открыло хирургам доступ ко всем областям и органам человеческого тела. Только после введения антисептики и асептики стала интенсивно развиваться полостная хирургия, нейрохирургия и др.

Новым этапом развития стало внедрение эндоскопии, которая зародилась еще в начале XIX века. Русский хирург-новатор проф. С. П. Федоров в 1896 г. предложил оригинальную конструкцию ректоскопа, первый в России применил цистоскопию с катетеризацией мочеточников и первый описал технику эзофагоскопии. Кроме этого, крупным достижением хирургии второй половины прошлого столетия является открытие способов свободной пересадки кожи, а в последующем и других тканей и органов. Были предложены варианты свободной пересадки кожи: пересадка кожи с ее сосочковым слоем (Янович-Чайский С. М., 1870), кусочков кожи в углубления между грануляциями (Пясецкий П.Я., 1870). А.С. Ясецко применил метод пересадки кожи во всю толщу для замещения кожного дефекта после огнестрельного ранения.

Выводы: в ходе изучения материалов печатных изданий по истории отечественной хирургии были найдены первичные исторические иллюстрации, доказывающие вклад отечественных ученых в медицину, выделены наиболее яркие и выдающиеся ученые, их деятельность и достижения, повлиявшие на развитие хирургии в нашей стране.

CHALLENGES OF MEDICAL TRANSLATION

*А.А. Щипкова, студентка 5 курса педиатрического факультета;
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия*

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель: старший преподаватель Д.В. Горбунова

Keywords: *English; medical terminology; synonymy; interlingual homonyms; abbreviations.*

The main feature of medical literature is the usage of special terminology. The translator must accurately convey the meaning of scientific terms and definitions, even if there is no equivalent in the native language. In this research work, we focus on a number of problems that may be encountered when working with medical texts, what, in turn, might result in various mistakes of similar origin. Thus, the relevance of the research lies in the necessity to pinpoint the challenging aspects of medical translation, and to tackle them while raising the translation competence.

The aim of the study was to make a classification that would systematize the mistakes and reflect the peculiarity and specificity of the translation of English terms. To achieve this aim, the following tasks are set: to define the concept of 'term', to analyze the specifics of medical texts, to consider the difficulties that a translator may encounter when translating medical texts, to study the problem of translating terminology from English into Russian.

The research materials included 20 authentic medical articles, explanatory (English-English and Russian) and bilingual (English-Russian) dictionaries.

Methods: continuous sampling, componential analysis, contextual analysis, comparison, lexicographic method.

Results. There is no unified definition of 'term' in the science, but it's generally accepted that there is a number of characteristics that a term should have – unambiguity, simplicity, brevity. The term is also characterized by the following features: logical correlation with other existing terms; its unified definition; uniqueness, neutrality. Besides, terms keep functioning only within the terminological field of the certain area of knowledge, as outside it they lose these characteristics.

When studying medical articles, special attention was paid to terms and phrases, the incorrect interpretation of which can lead to serious consequences for both the medical practitioner and the patient. Analyzing the texts, we selected the terms, which might be challenging for a medical translator and systemized them according to the most common problems:

1. Synonymy. For example, the literal translation of the term 'pressure ulcers' is 'язвы (из-за) давления', but it is incorrect as such a word combination is not natural for a target language. The correct Russian equivalent will be 'пролежни'. Other examples:

carcinoma — ‘рак/карцинома’, lymphadenopathy — ‘лимфаденопатия/увеличение лимфоузлов’.

2. Interlingual homonyms or ‘false friends of the translator’ (foreign words that are sound the same as Russian ones, but their spelling and meaning differ). The following are examples of terms with correct vs incorrect translation variants: pernicious anemia — ‘атрофический гастрит’ but not ‘пернициозная анемия’; cystic fibrosis — ‘муковисцидоз’ not ‘кистозный фиброз’; ectodermal dysplasia — ‘очаговая аплазия кожи’ not ‘эктодермальная дисплазия’.

3. Homonymous abbreviations. This phenomenon implies multiple meanings of seemingly the same abbreviation in the similar or different terminological fields. For example, ‘BPD’ covers completely different concepts: bipolar disorder, biparietal diameter, bronchopulmonary dysplasia, borderline personality disorder. When working with the text containing abbreviations, it is necessary to carefully study the context of what is being discussed, since the translation may be different.

4. Acronyms. These are the terms formed from the initial letters of the words, which altogether nominate an object, phenomenon, etc. As the rule, translators have to either select the unified equivalent to an acronym, or resort to descriptive translation. For instance, ‘AIDS’ we translate as ‘СПИД’ since, this acronym is included in the system of Russian terminology. But in case of ‘ADE’ (antibody-dependent enhancement), there is no corresponding acronym in Russian, meaning that in a translation text it must be spelled out (антителозависимое усиление инфекции).

Conclusion: the main difficulty of medical text comprehension lies in the terminological ambiguity; synonymy and polysemy, homonyms, acronyms and abbreviations require the translator to have a broad overlook, extensive professional expertise and language proficiency, as well as the readiness for the scrupulous search for the best option for equivalents and transforming the text to make it sound natural.

ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ СИНТЕТИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ

*А.С. Юнина студент 1 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г.Тверь, Россия
Кафедра химии
Научный руководитель: ассистент Л.Р. Волкова*

Ключевые слова: синтетические ткани; карбоцепная синтетика; гетероцепная синтетика; полиэфиры; полиамиды; полиуретаны.

Актуальность. В настоящее время синтетические ткани вытесняют натуральные. Практика показала, что синтетика характеризуется низкими химическими и физико-механическими свойствами (длительное удерживание неприятных запахов, плохое отстирывание). Летучие компоненты химволокон, в том числе токсичные, могут выделяться на протяжении нескольких месяцев при глажке белья. Людям, страдающим аллергией, кожными заболеваниями (в том числе экземой, псориазом), противопоказаны синтетические ткани. А материал низкого качества может вызвать дерматит даже у здорового человека. Доказано, что синтетические ткани — серьезная опасность для здоровья человека.

Цель исследования — изучить состав химических веществ, из которых состоит синтетический текстиль, их влияние на организм.

Материалы и методы: анализ состава и качества различных видов синтетических тканей с применением теоретических методов (сравнительного анализа, синтеза и классификации).

Результаты. По химической структуре веществ, являющихся основными компонентом синтетических тканей, их разделяют на две группы: карбоцепную и гетероцепную.

Химическая цепочка макромолекулы карбоцепной синтетики состоит в основном из атомов углерода (углеводородов). В группе выделяют следующие подгруппы: полиакрилонитрильную, поливинилхлоридную, поливинилспиртовую, полиэтиленовую, полипропиленовую.

В молекулярный состав гетероцепной синтетики кроме углерода включены атомы других элементов: кислорода, азота, фтора, хлора, серы.

В составе макромолекул таких тканей имеются полиэфирные, полиамидные, полиуретановые группы.

Так, полиамиды — полимеры на основе линейных синтетических высокомолекулярных соединений, содержащие в основной цепи амидные группы —C(O)NH—. К полиамидам относятся как природные (пептиды), так и синтетические полимеры, содержащие амидную группу (капрон и нейлон).

Полиэфирное волокно образовано из расплава полиэтилентерефталата или его производного. Преимуществом полиэфирного волокна является низкая сми-

наемость, отличная светостойкость и атмосферостойкость, высокая прочность, устойчивость к истиранию и органическим растворителям.

Полиуретаны — гетероцепные полимеры, содержащие незамещенные и(или) замещенные уретановые группы $-N(R)-C(O)O-$ (где $R = H$, алкил, арил или ацил-). Функциональные группы полиуретанов: простые эфиры и сложные эфиры (полиэфируретаны), амиды (полиамидоуретаны) и двойные связи (полидиенуретаны).

Влияние на организм. Анализ литературных источников позволил определить экологически чистые и вредные текстильные изделия.

Популярной тканью является полиэстер, часто выпускаемый для нижнего белья, детской одежды и т.д. Небольшое содержание данного волокна не нанесет серьезный вред, однако постоянный контакт ткани с кожей может вызвать раздражение. Токсичные испарения, образующиеся при глажке белья, могут вызвать обострение заболевания у астматиков, у людей с чувствительной слизистой — её воспаление.

Искусственная ткань акрил часто используется в качестве заменителя шерсти. Обладает низкой воздухопроницаемостью и может выделять вредные газообразные вещества, частицы которые, взаимодействуя с кожей/слизистой, приводят к её воспалению или(и) аллергической реакции.

Экологически чистой тканью является нейлон. Однако материал накапливает статическое электричество и выделяет токсичные компоненты (менее опасные) под воздействием солнечного света и тепла.

В гардеробе каждого человека можно найти вещи из синтетического волокна. Опасный для здоровья недостаток синтетических волокон — содержание большого количества химических веществ, состоящих из летучих токсичных компонентов. Стирка, глажка и сушка не могут полностью очистить ткани. Некоторым группам людей противопоказаны синтетические ткани: тем, кто страдает кожными заболеваниями, аллергией, тяжелой формой бронхиальной астмы. Дешевые и низкосортные ткани могут вызвать дерматит на совершенно здоровом теле. Синтетическое постельное бельё вызывает грибковые заболевания, поскольку концентрация грибков и плесени в синтетических волокнах в несколько раз выше, чем в натуральных.

Вывод: в ходе работы был проведен анализ классификации видов синтетических волокон, выявлены их положительные и отрицательные стороны, а также определен наименее вредный тип ткани — нейлон. Аллергическая реакция, в виде воспалительных процессов на коже/слизистых, обострение таких заболеваний, как астма и различные виды дерматита — наиболее распространенные реакции организма на химические компоненты синтетических тканей. Выбирая одежду из таких волокон, нужно знать возможные вредные последствия для здоровья.

ОПЫТ ОЦЕНКИ ИНФОРМАЦИИ О ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ПОПУЛЯЦИИ ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВА

*С.Р. Ягольницкая, М.А. Гаибова, 6 курс, лечебный факультет;
Н.П. Кириленко, Н.Н. Ильина
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра поликлинической терапии
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии,
фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии
Научные руководители: д.м.н., доцент Н.П. Кириленко,
канд. фарм. наук, ассистент Н.Н. Ильина*

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; гипертоническая болезнь; интернет-пространство.*

Цель исследования: изучить выявляемость, ассоциативные связи и лекарственную терапию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и гипертонической болезни (ГБ) в популяции интернет-пространства.

Материалы и методы: при помощи мессенджера WhatsApp и сервиса «Google Формы» опрошены две популяционные группы. В первой ($n = 1664$) регистрировались установленные врачами ГЭРБ, язвенная болезнь (ЯБ), хронический гепатит (ХГ), цирроз печени (ЦП), ГБ, нарушения сердечного ритма (НСР), цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), стенокардия, перенесенные мозговой инсульт (ПМИ) и инфаркт миокарда (ПИМ), нормальная масса тела — $18,5\text{--}24,9\text{ кг/м}^2$ и ожирение — 30 кг/м^2 и больше. Во второй ($n = 641$) изучались данные о приеме больными ГБ антигипертензивных препаратов (АГП) и антиагрегантов (АГ), а у больных ГЭРБ — ингибиторов протонной помпы (ИПП), прокинетики (ПК), альгинатов, гастропротекторов (ГП), адсорбентов и антацидов.

Результаты. Среди пациентов с ГЭРБ, ЯБ, ХГ и ЦП чаще регистрировалась ГЭРБ (8,1 %; 5,8 %; 1,7 % и 1,1 %), а среди больных ГБ, НСР, ЦВЗ, стенокардия, ПМИ и ПИМ — ГБ (13,0 %; 9,2 %; 4,6 %; 4,0 %; 3,7 %; 2,1 % и 1,8 %). ГЭРБ чаще отмечалась у женщин, чем у мужчин (9,0 % и 6,0 %; $p = 0,03$), а ГБ — одинаково часто (13,4 % и 12,1 %; $p > 0,05$). Выявляемость и ГЭРБ, и ГБ с увеличением возраста (до 30 лет, 30–49 лет и 50 лет и старше) нарастала (6,6 %; 9,0 % и 13,1 %; 2,9 %; 15,2 % и 54,7 %). Сочетанное течение ГЭРБ и ГБ было зарегистрировано в 2 % случаев. Оно было одинаковым у мужчин и женщин (1,8 % и 2,1 %; $p > 0,05$), но нарастало с увеличением возраста (0,6 %; 3,0 % и 6,9 %). У лиц с нормальной массой тела и ожирением выявляемость ГБ нарастала по мере увеличения возраста (1,8 %; 7,5 % и 40,0 %; 5,6 %; 30,0 % и 67,8 %). Выявляемость ГБ вне зависимости от возраста больше у лиц с ожирением. У лиц с нормальной массой тела выявляемость ГЭРБ нарастала с уве-

личением возраста (5,8 %; 8,7 % и 18,4 %); такое не зарегистрировано на фоне ожирения (10,6 %; 5,8 % и 13,6 %). Среди больных ГЭРБ без сопутствующих заболеваний органов пищеварения только 44,4 % принимали в домашних условиях лишь ИПП, а с сопутствующими заболеваниями органов пищеварения больные ГЭРБ чаще принимают ИПП, ПК, ГП, адсорбенты и антациды (73,9 %). Больные ГЭРБ без сопутствующих заболеваний органов пищеварения и с таковыми одинаково часто принимают в домашних условиях ИПП (44,4 % и 47,8 %; $p = 0,589$). Больные ГБ I–II стадий реже принимают АГП, чем больные III стадией (68,9 % и 94,7 %). Больные ГБ I–II стадий не принимают липидснижающие препараты, а III стадией — в 26,3 % случаев. Больные ГБ I–II стадий в единичных случаях принимают антиагреганты, а III стадии — в 42,1 % случаев.

Выводы: среди заболеваний органов пищеварения чаще регистрируется ГЭРБ, а среди сердечно-сосудистых заболеваний — ГБ. Их выявляемость нарастает с возрастом. Сочетанное течение ГЭРБ и ГБ выявляется редко, но увеличивается с возрастом. У лиц с нормальной массой тела и ожирением с возрастом нарастает выявляемость ГБ, тогда как при ГЭРБ на фоне ожирения такого не происходит. Больные ГЭРБ без других заболеваний органов пищеварения и больные ГБ I–II стадий реже принимают лекарственные препараты по сравнению с сочетанным течением ГЭРБ с другими заболеваниями органов пищеварения и больными ГБ III стадии.

СОДЕРЖАНИЕ

GRACHUNOVAO.D. Translation specifics of the pun	4
АБУ САЛЕХ АМЕР АМАР. Русские и арабские паремии лингвокультурологическом аспекте	6
АБУКЕРИМОВАС. К., КОЛОМИЕЦ Е. В. Острое нарушение мозгового кровообращения острый инфаркт миокарда: зависимость реабилитационного потенциала от модифицируемых и немодифицируемых факторов риска	9
АВАКЯН А.А., КОРОЛЕВ И.В., АЛЕКСЕЕВ Н.М. Сравнение прочности соединения с эмалью и дентином зубов композитного и стеклоиономерного цементов в случаях фиксации адгезивных конструкций.....	11
АВЕРЬЯНОВА П.В. Русский космизм	13
АВТАЙКИНА Л.А., БУДАНОВА А.В. Гендерные особенности отношения к репродуктивному здоровью у студентов-медиков	15
АГАРОНЯН Э. Лингвострановедческий потенциал традиционных русских брендов	17
АЛЕКСЕЕВА А.В., БАРКОВА О.В., КЛИМИНА А.Ю., РЫБАКОВ В.А., КОРОЛЮК Е.Г. Сравнительная характеристика демографических процессов в России: в дореволюционное, советское и современное время	19
АЛЕКСЕЕВА В.А., КОТЯКИНА А.В., ТАНГРИЕВ Н.Т. Анализ здоровьесберегающего поведения ов, имеющих хронические заболевания	22
АЛИЖАНОВ Ф.М., САФОНОВА А.С. Образ средневекового врача в романе Е. Водолазкина «Лавр»	24
АЛИМОВА С.Х., ПОЛНИКОВА Д.Р., ВИНОГРАДОВА А.А., БАХАРЕВА О.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика геморрагического инсульта	26
АЛМАЗОВА П.В., ДОНСКОВ С.А., ШЕСТАКОВА В.Г., КОСТЮНИЧЕВА Н.А. Моделирование условий полярного дня и полярной ночи на лабораторных животных	28
АЛЯБЬЕВА А.Е., ФЕДЕРЯКИНА О.Б. Клинические случаи перинатального поражения ЦНС в Тверской области	30
АМИРОВ А.А., ДУЛЬНЕВА Е.П., НЕВЕДОМСКИЙ А.Н., ЛЕБЕДЕВ В.В. Факторы риска гипертонической болезни у студентов тверских вузов	32

АНВАРОВА Р.А., АБДУХАБИБОВА Д.Д., ДАВЛАТБОЕВ М.Т. Гирудотерапия при проведении терапии синдрома диабетической стопы	34
АНДРЕЕВА А.В., ЭЙЕСТАД И.А., АКУЛИЧ Н.Ф. Динамика распространения генотипов вируса гепатита В в г. Витебске	36
АНУФРИЕВА А.И. Влияние ароматов на когнитивные способности человека	38
АТАДЖАНОВ И.Б., НИГМАТУЛЛИНА Л.И., ПАВЛОВ Р.Д., ШЕСТАКОВА В.Г., СЛЮСАРЬ Н.Н. Роль отдельных молекул межклеточного взаимодействия в прогнозе динамики опухолевого роста	40
АФАНАСЬЕВА С.И., ТОЛКАЧЕВА Н. Н. Гастрономическая картина мира в русской культуре	42
АШУРОВ А.Т., ВИТЛИНСКАЯ Л.Г. Географическое положение, культура и традиции Узбекистана	44
АЪЗАМОВ А.Ш. Рентгенологические изменения при неспецифической интерстициальной пневмонии	46
БАЙСАНГУРОВА М.А., МУКАГОВА К.М., КУДЗИЕВА К.А. Пандемия Covid-19 и рак молочной железы в Республике Северная Осетия-Алания	48
БАЛЯСНАЯ А.Е., ГАВРИЛОВА А.Р., ЕЛИСЕЕВА И.В. Анализ лечения синдрома релаксации влагалища квадрупольными динамическими радиочастотами в разных возрастных группах	50
БАРАДУЛЯ И.Н., БАРАДУЛЯ Р.Н. Формирование постмортальных трещин в зубах ..	52
БАРАНОВА Д.С., СЕДОВА Д.А., СМИРНОВА В.А. Анализ степени удовлетворенности полученными знаниями и навыками трудоустроенных студентов фармацевтического факультета	54
БАУКИН М. В., МЕДВЕДЕВА М. В., СМИРНОВА М. С. Дифференциальная диагностика диареи на фоне эпидемии новой коронавирусной инфекции	56
БАШЛЫКОВА С.О., ДАНИЛОВ С.И. Репродуктивное здоровье студенческой молодежи и контрацептивная культура	58
БЕЛЯКОВА Т.Ю., ГАСАНОВА Р.Р., ШЕВЦОВА В.В. Выбор тактики лечения у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом	61

БИБИКОВА М.А., ЖУЧКОВА Л.Д., КОВЗОВИЧ Е.А., ГУСЕЙНОВА С.Р. Свойства мембран эритроцитов в условиях моделирования прерывистой алкогольной интоксикации	63
БИГИНА Ю.В. Особенности использования медицинской лексики в устной коммуникации врачей на английском языке	65
БИГИНА Ю.В., ВЫЖИМОВА С.И. Структура питания: гендерно-возрастные особенности, семейные традиции, здоровье	67
БОГДАНОВА В.О., КОНОНОВА М.А. Коммуникативная нагрузка вопросительных предложений в беседе врача и пациента на английском языке	69
БОГОЧАНОВ В.С., КИРИЛЛОВА Д.А., НИЛОВА Е.И. Экспериментальное изучение морфологических проявлений каталептического трупного окоченения рыб	71
БОКИХОДЖАЕВ Ф.Ф., ТЁ Ю.Д., ТКАЧЁВА Р.А. «Я всё время хочу лишь одного: не вредить больному» (по повести В.В. Вересаева «Записки врача»)	73
БОРИСОВА А.Н., ТРУСОВА А.В., КУКАНОВА М.А. Клинический случай: инфаркт миокарда — аденокарцинома поперечно-ободочной кишки — пневмомедиастинум	75
БУКАТОВ К.С., ВОЛОДИНА А.А., НЕЧАЕВА А.С. Связь гипоальбуминемии и показателей азотистого и липидного обмена с выраженностью отеков в дебюте нефротического синдрома у детей	77
БУЛГАКОВА М.Е. Даосизм в жизни студентов медицинского вуза	79
БУРОВА М.Е., МАКАРОВА О.В., БАХАРЕВА О.Н., КОСОЛАПОВА В.С., БАХАРЕВ С.А. Системные нарушения летальных исходов ишемического инсульта в сочетании с коронавирусной инфекцией	81
ВАЙДИЧ Е.Н., ЧАЛЫХ А.Д. Сравнительный анализ влияния режима дня на общее состояние и работоспособность студентов, относящихся к разным биологическим профилям	83
ВАСЕНКОВА В.Л., ГАВРИЛОВА А.Р., КУЗНЕЦОВА Н.С. О возможности дифференциальной диагностики синдрома де Винтера и высокого заднего инфаркта по электрокардиограмме в 12 отведениях	85

ВАСИЛЬЕВ С.С., ФЛУСОВА А.И., БАХАРЕВА О.Н. Выраженность неврологического дефицита у больных с ишемическим инсультом в сочетании с коронавирусной инфекцией	87
ВАСИЛЬЕВА В.С. Ретроспективное исследование причин удаления временных зубов у детей	89
ВЕРДИЕВА Ф.Э. Визуальная метафоризация в медицинской рекламе	91
ВЕРШИЛО А.А. Анализ динамики когнитивных показателей школьников в процессе отдыха, организованного в течение урока разными способами	94
ВОРОБЬЕВ Г.Д., АНДРИАНОВА Я.В., АНДРИАНОВА Е.В. Определение содержания фитиновой кислоты в рисе и отрубях	96
ВОРОБЬЕВ Г.Д., СОРОКОВИКОВА Т.В. Неонатальная гипербилирубинемия, оценка неврологического статуса у детей в катамнезе	98
ВОРОБЬЕВ Г.Д., ФЕДУРУК Н.Ю., КОЗЛОВСКАЯ Ю.В. Особенности морфологии внутренних органов крыс при использовании диетических добавок, богатых фитиновой кислотой	100
ВОРОБЬЕВА Ю.В., КУНДАСОВА Е.П., ЗОКИРОВА У.Х., ДОНСКОВ С.А., ЛЕОНТЬЕВА А.В. Влияние контаминантов смотровых перчаток на развитие воспалительных явлений у экспериментальных животных	102
ВОРОБЬЕВА Ю.В., КУНДАСОВА Е.П., ЗОКИРОВА У.Х., ЛЕОНТЬЕВА А.В., ГАНИНА Е.Б. Микробиологический контроль чистоты рук после комплекса антисептических мероприятий	104
ГАВРИЛОВА Д.В. Оценка эффективности применения препаратов на основе солкосерила в местном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита	106
ГАЙБУЛЛОЗОДА ОЗОДАХОН, ПИРНАЗАРОВА ЛЕЙЛИ, СКАКОВСКИЙ В.Ю., БОРОДИНА Е.Ю. Использование фармакологической метафоризации в процессе понимания и восприятия медицинской терминологии	108
ГАНИНА Л.М., ГАНИНА Е.Б., ШЕСТАКОВА В.Г. Способы обработки костей скелета для изготовления анатомических препаратов	110

ГИРДАКОВА С.А., ГРИГОРЯН Д.А., ШЕСТАКОВА Е.М. Морфология аномально ориентированных сухожильных хорд сердца	112
ГЛУЩЕНКО И.А. Оценка вторичной системной капиллярной утечки у пациентов с абдоминальным сепсисом	114
ГОДЖАЕВА Н.Д., ГИНИЯТУЛЛИНА А.Р., ЛЕТИКОВА О.С., НАЗАРОВА С.В. Эффективные методы хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы	116
ГОЛУБЕВА Ю.А., ЛУПЕХИНА Я.М., САЛАМАТОВА В.С., СОРОКОВИКОВА Т.В. Первичные головные боли в школьном возрасте	118
ГОРБАЧЕВА Е.И., ЯРЕМЕЙ А.С. Мотивы студентов 1 курса к поступлению на специальность «Клиническая психология»	120
ГОРБАЧЕВА Е.М., САЙФУЛЛОЕВА П.И. Краниометрия при право- и леворукости	123
ГОРНАК В.А., КОРОНЧИК Е.В., НОВИЦКАЯ А.О. Знания основ проведения базовой сердечно-легочной реанимации среди учащихся старших классов	125
ГОРОХОВА А.В., ЛЯМИНА Е.Л. Спектр лекарственной устойчивости возбудителя у больных туберкулезом лёгких с широкой лекарственной устойчивостью	127
ГРИЧАНЮК А.А. Актуальность клятвы Гиппократата среди студентов	129
ГРИШКОВЕЦ П.Ю., ШУЛЬЦ К.В., КАЗЫЗАЕВА А.С., ЖУКОВА О.В. Влияние рационального питания на уровень стресса, тревожности и эмоционального выгорания	131
ГУЛЯЕВ В.С., ХАЙДАРОВА Е.Х., БУЛАНОВ В.В. Проблема профессиональной самореализации у студентов Тверского ГМУ	133
ГУМАШЯН К.А., СЕЛИМХАНОВА А.А., ШАЦКАЯ А.С., ДЖУЛАЙ Т.Е. Особенности кишечной микробиоты у пациентов с невоспалительными заболеваниями кишечника	135
ГУСЕЙНОВА А.А., СОПОЛЬКОВА А.Н. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЛУХОВЫХ АППАРАТОВ: С ДРЕВНОСТИ ДО НАШИХ ДНЕЙ	137
ГУСЕЙНОВА А.А., СОПОЛЬКОВА А.Н. Микробиоценоз полости носа у больных инфекционно-зависимым аллергическим ринитом	139

ГУСИНА У.В., ЗАХАРОВА В.Н., ПАТРОШКИНА В.В., СОЛДАТОВ И.К., БУГЛАК А.О. Использование изделий с микросферами при регенерации ожоговых ран в эксперименте на крысах	141
ГУЩИНА А.В., БУЗИНОВА А.В., ТАРУТАЕВ П.Б., КИРИЛЕНКО Н.П., ИЛЬИНА Н.Н. Фармакоэпидемиологические и фармакоэкономические аспекты использования больными гипертонической болезнью I и II стадий антигипертензивных средств при её лечении в домашних условиях	143
ДАВЫДОВ С.Д., ЛЯМИН Д.Д., Особенности формирования складок пальцев рук при мацерации	145
ДЁМИНА А.Ю., АДЫГЁЗАЛ М.А., ДЖУЛАЙ Т.Е. Коморбидность патологии органов пищеварения в развитии диарейного синдрома	147
ДЕНИЩИК А.А., Течение беременности и родоразрешения у женщин с преждевременными родами	149
ДЖАФАРОВ Т.Ф., МАИЛЯН Н.А. Детерминологизация медицинских терминов	151
ДОГАРУ Д.А., АПОЛЛОНОВА Н.В. Оценка факторов риска возникновения дисбактериоза кишечника у жителей г. Твери	153
ДОЛГАНОВА Д.Н. Этические проблемы работы стоматолога и его профессиональное здоровье	155
ДОЛЖЕНКОВА В.В., ЕВПАЛОВА И.Г. Возраст, избыточная масса тела и ожирение как факторы риска приобретенной мульти- и коморбидности в онлайн-популяции ...	157
ДОМРАЧЕВА А.С., ЗИНЬКОВСКАЯ С.К., Уровень личностной тревожности и особенности психологических защит у студентов Тверского ГМУ	159
ДОРОФЕЕНКО Е.В., АНАШКИНА М.А. Обзор методов диагностики при дисфункциях височно-нижнечелюстного сустава	161
ДУБ Н. Ассимиляция как причина неполного понимания иностранными курсантами значений англоязычных заимствований	163
ЕВДОКИМОВ Н.С., ПЛИГИНА Е.В., СЕМЕЛЕВА Е.В. Эпидемиологическая ситуация по Covid-19 в Республике Мордовия	165
ЕЖИНА А.Н., ЛЮТОЕВА В.Д., Проблема деградации современного человека и зависимость от социальных сетей	167

ЕРПЫЛЕВ А.В., ГУСЕЙНОВ З.Б. Отражение жизни и быта античности в анатомической терминологии	169
ЕФРЕМЕНКО Г.Д. Кость, открытая великим поэтом И.В. Гёте	171
ЖУЧКОВА Л.Д., БИБИКОВА М.А., КОВЗОВИЧ Е.А., СОСНОВСКИЙ Р.С. Исследование мышечного тонуса и неврологического статуса крыс в различных моделях хронической алкогольной интоксикации	173
ЗАБЕЛИН С.О., КУЗНЕЦОВА А.А., КОСОЛАПОВА В.С. Термины-мифологизмы в подъязыке клинической психологии	175
ЗАКИРОВА З.З., ГИЛЬМУТДИНОВА Н.Р. Клинический случай тяжёлой тромбоцитопении у онкопациента с циррозом печени в исходе хронического гепатита С.....	177
ИБРАГИМОВ С.Г. Влияние качества сна на психофизиологические показатели студентов первого курса	179
ИБРАГИМОВА П.И., КОЖЕВНИКОВА Д.Н. Влияние лесных пожаров на состояние атмосферного воздуха и здоровье человека	181
ИВАНОВА К.А., МАРКОВА О.А., ВИНОГРАДОВА А.А., СИЛАЕВ В.Н., БАХАРЕВА О.Н. Мотивация больных с ожирением к проведению бариатрического лечения	183
ИВАНОВА К.А., МАРКОВА О.А., СИЛАЕВ В.Н., БАХАРЕВА О.Н., ТОКАРЕВА С.Н. Метаболические проблемы больных, направленных на бариатрическое лечение	185
ИЛХОМЖОНОВА С.Т., НОРКУЛОВ М.М., ЭШМИРЗАЕВА С.И. Кардиоренальный синдром у больных хронической болезнью почек и сахарным диабетом	187
КАДУЦКАЯ М.А., ДЯДИН Е.С. Психологическая помощь студентам с низкими коммуникативными и организаторскими способностями	189
КАЗАКОВ В.В. Влияние философии Платона на студентов медицинского вуза	191
КАЛАЧНЮК А.В., СЕМЕНОВА А.В., СОРОКОВИКОВА Т.В. Особенности неврологического статуса у ребенка с синдромом Ди Джорджи. Клинический случай	193

КАМАЛОВА Н.Е., ФЕДЕРЯКИНА О.Б. Клинический случай множественного артериального тромбоза у новорожденного	195
КАХЛЕРОВА И.Н., МАГОМЕДОВА М.М. Изучение особенностей некоторых психофизиологических процессов у студентов медицинского вуза под влиянием ароматических веществ	197
КАЧМАЗОВА А.А., СЕДУНОВ В.В., СОРОКОВИКОВА Т.В. Заикание у детей	199
КИГАН М.А., НЕКРАСОВ Д.А. Количественное определение иридоидов в траве очанки лекарственной	201
КОВЗОВИЧ Е.А., ЖУЧКОВА Л.Д., М.А. БИБИКОВА, Н.С. САРРИ, Исследование поведенческой активности и когнитивных функций крыс в различных моделях хронической алкогольной интоксикации	203
КОДИРОВ Ш.Т., ГОНЧАРОВА М.С. Выраженность тревоги у пожилых пациентов с артериальной гипертонией	205
КОЖЕМЯКИНА А.А., СИВЕЦ А.М., ГАЛЬКЕВИЧ Н.В., АСТАПОВ А.А. Клинико-лабораторные особенности энтеровирусного менингоэнцефалита у детей дошкольного возраста г. Минска	207
КОЗЛОВ Н.Ю., БЕЛОВА Е.А., ПРИХОДЬКО В. С. Анализ знаний и навыков студентов медицинского университета на примере неотложных состояний при оказании первой врачебной помощи	209
КОЗЛОВА В.А., НАУМЕНКО В.В., ЧУХАРЕВА М.А., МАРЯНЯН Б.Н. Распространенность хронических заболеваний печени	211
КОЗЯТИНСКАЯ А. А., ТИМИНА М. М., СОЛОВЬЁВА Е. А., ЧЕРКАСОВА И.А., ЮСУФОВ А.А. Варианты дисплазии соединительной ткани органов брюшной полости у детей с ювенильным ревматоидным артритом	213
КОЛОСОВА Ю.А., КУЗНЕЦОВ Д.В., ЕГОРОВА А.А. Органолептический и химический состав питьевой воды в различных районах г. Твери	215
КОНИЩЕВА Л.А., ИЗВЕСТКИНА А.Ю., Получение и исследование водорастворимой формы метоксалена	217
КОНОПАКО Е.А., ФОРСОВА А.М., ШАВОЕВА Х.С. Влияние тревожности на регулярность менструального цикла у молодых женщин	219

КОНОПАКО Е.А., ЩИГОРЦОВ Д.М., ФОРСОВА А.М. Детский церебральный паралич — спастическая тетраплегия — как последствие гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы на примере клинического случая	221
КОРНИЛОВА В.В., ПАСТУХОВ Ю.А., ХАИТОВ А.К. Изучение поверхностной структуры дентина после тотального протравливания с применением препаратов ортофосфорной кислоты	223
КОТЯКИНА А.В., АЛЕКСЕЕВА В.А., ТАНГРИЕВ Н.Т. Анализ влияния хронического заболевания на образ жизни молодого человека	225
КОЦЮБА А. С., РОССИХИН С. Е. Влияние удаленности от ДОКБ на отсрочку диагностики острых лейкозов у детей	227
КОЦЮБА А.С., РОССИХИН С.Е., Клинико-диагностические особенности течения острого лейкоза у детей Тверской области	229
КРАВЧЕНКО Д.В., ГУРЕЕВ С.Ю., СВЕДЕНЮК К.С., ШЕВЧЕНКО А.М. Изменение основных гематологические показатели под воздействием милдроната в условиях стресс-синдрома у крыс	231
КРОШКИНА А.С., КАТУНИНА В.А., ПЛОТНИКОВА Л.Е. Вейпинг — безопасная альтернатива? результаты анкетирования студентов Тверского ГМУ	233
КУДРЯВЦЕВА С.А., РУГАЕВА Ю.Р. Использование мнемоники в англоязычной практике при сборе анамнеза	235
КУЗНЕЦОВА Т.А., НОВИКОВ М.Н. Морфологические аспекты диабетической нефропатии	237
КУЗНЕЦОВА Я.А., МАГОМАЕВА Д.О. Сравнительный анализ косметических средств с пробиотиками аптечных и косметических брендов	239
КУЗЬМИНА М.А., РУЛЕВА А.Ю., ТЕПЛУХИНА Д.А. Продолжительность чистки зубов студентами-стоматологами выпускного курса	241
КУКАНОВА М.А., СЕЛЕЗНЕВА В.Э., КИРИЛЕНКО Н.П. Хроническая ишемия мозга в онлайн-популяции и амбулаторных условиях: проблемы и пути решения	243
КУЛЕШОВА Э.Е., МУРАВЬЕВА Е.С., АЛЕКСАНДРОВА О.А. Комплексная терапия псориазической ониходистрофии	245

КУНГУРЦЕВА Е.М., РОНЖИНА Н.А. Мнемоника как эффективный способ обучения иностранному языку	247
ЛАГУТИНА А.О., ШИРОКОРАД Е.В., НЕВСКАЯ Д.П., РИМАШЕВСКАЯ А.О. .Психологический портрет студента ФГБОУ ВО ТГМУ предвыпускного курса и степень его готовности к социальной работе	249
ЛАЗАРЕВА А.С., ТКАЧ М.А., ПРОКОПЕНКО А.А., СОРОКОВИКОВА Т.В. Дебют рассеянного склероза после Covid-19 у ребенка	251
ЛАСТОЧКИНА Д.В. Характер поздних трупных явлений через год после захоронения	253
ЛИСИНА Т.А., НИЛОВА В.Ю., ШАТАЛОВ Д.В. Влияние введения дексаметазона на некоторые показатели углеводного обмена в эксперименте на кроликах	255
ЛИХОБАБИНА А.С. Восстановление системы здравоохранения в Воронеже и в Воронежской области после освобождения от немецко-фашистских войск	257
ЛОВКИС А.А. Психопатологическая структура личности больных параноидной шизофренией и специфическими расстройствами личности в период карантина Covid-19	259
ЛОГУНКОВА В.И., ПРОКУДИНА Е.П., АБРАМОВ Н.В. Научная деятельность в жизни студентов фармацевтического факультета	261
ЛЮТОЕВА В.Д., МАСЛОВА Е.В. Концепция научных революций Т. Куна и изучение истории медицины рубежа XIX-XX веков	263
ЛЫСЕНКО О.В. , ПОГОРЕЛОВА А.М. Сравнительная характеристика социально- возрастной номинации детей в русском и английском языках	265
МАГОМЕДОВА М.Г., ХАЛАТАЕВ М.А. Наблюдения за состоянием протезного ложа при съемном протезировании в зависимости от сроков наложения протезов	268
МАДЗИВАНИЙКА Л. Загадка как малый фольклорный жанр в народном творчестве России и Зимбабве	270
МАКЛЕЦКАЯ Д.И. Изучение содержания витамина р (рутина) в различных видах чая	272
МАКСИМОВ Г.С., ОВЧИННИКОВА С.А. Современные средства временной остановки наружного артериального кровотечения при ранениях и травмах в условиях чрезвычайных ситуаций	274

МАЛЯЕВ Р.А., КОРОТКОВ Д.О., ЯКОВЛЕВА М.Н. Иммунологические методы в диагностике инвазий человека	276
МАМЕДОВ Р.Э., СИНЮК В.П., БЕЛОВА Е.А., БЕЛОВА О.А. Клинический случай: полиоссальная фиброзная дисплазия верхней трети левой бедренной кости, левой большеберцовой кости	278
МАНДРЫКИНА Л.В. Индивидуально-психологические характеристики жертв буллинга	281
МАРКУ Д.В. Клинический случай бариатрической операции у пациентки с сахарным диабетом 2 типа	283
МАТВЕЙЧУК А.В., ЧУХАРКИНА А.Д., МОРЕВА В.А., ПАВЛОВ Р.Д., БУГЛАК А.О. Заживление полнослойных экспериментальных ран кожи при использовании изделий с микросферами	285
МАХМУДЖОНОВА С.Р. Состояние микрососудов ткани головного мозга при геморрагическом инсульте	287
МЕДВЕДЕВА М.В., БАУКИН М.В., СМИРНОВА М.С. Дифференциальная диагностика поражения печени на фоне эпидемии новой коронавирусной инфекции	289
МЕЛЬНИК К.В., ДЬЯЧЕНКО А.А., ЛЫГИНА Ю.А., АНДРЕЕВ Р.Н., ТОЛСТЮК В.И. Современное состояние по инвазированности аскаридозом населения Донецкой Народной Республики	291
МЕЛЬНИК К.В., ПРОХОЖАЕВА Е.Д., ЛЫГИНА Ю.А., АНДРЕЕВ Р.Н., ТОЛСТЮК В.И. Актуальная характеристика эпидемической ситуации по туберкулезу органов дыхания в Донецком регионе	293
МИЛОСЕРДОВА Е.А., ФЕДОСИАДИ С.А. Бронхолегочная дисплазия. Наблюдение в катамнезе	295
МИЛОСЕРДОВА Е.А., ФЕДОСИАДИ С.А., ТКАЧ М.А., АКИНЬШИН Г.А. Темпы развития травматической воспалительной реакции	298
МИНАЕВА Я.Р., ЗЕМСКОВА В.И., ЧИЧАНОВСКАЯ Л.В., БАХАРЕВА О.Н., БАХАРЕВА С.А. Сравнительный анализ течения ишемического инсульта на фоне коронавирусной инфекции	300

МИХАЙЛОВА А.Д., ФИЛИППОВА П.Е. Дистальная полинейропатия и факторы, на нее влияющие, у больных сахарным диабетом 2 типа	302
МИХАЙЛОВА А.Д., ФИЛИППОВА П.Е. Проявления климактерического синдрома у женщин на заместительной гормональной терапии и без нее	304
МОКЕЕВ А.С., САМОХИНА О.О., КОСОЛАПОВА В.С., БАХАРЕВА О.Н., ИЛЬИНА А.Е. Клиническая картина ишемического инсульта на фоне распространения нейротропных вирусных инфекций	306
МУРАВЕЙКО Т.А., КАЧМАЗОВА А.А., ПОЛКАНОВА А.А. Эндоскопическая имплантация внутрижелудочного баллона как метод лечения ожирения	308
МУХАНА ХИШАМ, САБАГ ЯЗАНЬ, ХУРИ ФАХИМ, ДАНИЛОВ С.И. Система паллиативной медицинской помощи в ИЗРАИЛЕ: история, современное состояние и перспективы развития	310
НАУМОВА С.А., КРЮКОВА А.Н., СОРОКОВИКОВА Т.В. Особенности неврологического статуса у ребенка, родившегося с экстремально низкой массой тела в результате ЭКО на 27 неделе беременности. Клинический пример его ведения	313
НЕЖНАЯ Э.Е., АЛЕКСАНДРОВА О.А., МУРАВЬЁВА Е.С. Эффективность применения ботулотоксина типа А при лечении мимических морщин в верхней трети лица	315
НЕЖНАЯ Э.Е., АЛЕКСАНДРОВА О.А., МУРАВЬЁВА Е.С. Эффективность сочетанного применения фотодинамической терапии и поли-L-молочной кислоты в лечении постакне	317
НЕКРАСОВ Д.А., КИГАН М.А., ЧАЙКА К.С. Проблема лечения и профилактики патологий щитовидной железы спустя 37 лет после аварии на Чернобыльской АЭС ...	319
НЕКРАСОВА А.А., АЛЕШИНА Л.С., КУЧЕЙ А.В., МЕЛЬНИКОВА Д.П., СИРЯКОВА С.М. Учебный видеофильм «Филогенетически обусловленные пороки развития сердечно-сосудистой системы»	321
НИКИТЕНКО Е.С., ГУММЕТОВА Д.Э., СОРОКОВИКОВА Т.В. Клинический случай синдрома Гийена-Барре	323
НИЛОВА Е.И. Диагностические возможности количественных электрокардиографических критериев гипертрофии левого желудочка у больных артериальной гипертензией	325

НИЛОВА Е.И., БОГОЧАНОВ В.С., КИРИЛЛОВА Д.А. Оценка санитарно-гигиенических условий обучения в средних общеобразовательных учреждениях на примере одной из школ г. Твери	327
НИЛОВА Е.И., КРАВЧЕНКО Д.В. Морфологические особенности левых отделов сердца	329
НУМОНОВА А.А. Особенности миокарда и диастолической дисфункции левого желудочка у беременных с артериальной гипертензией	331
ОЖИГИНА К.В., НЕПРЯХИНА А.А. Непереносимость лактозы среди студентов федеральных университетов г. Архангельска СГМУ и САФУ	333
ПАВЛОВА А.С., СОРОКОВИКОВА Т.В. Манифестация синдрома Веста у ребенка. Клинический случай	335
ПАНАСЕНКО А.В., ОБЫДЕННИКОВА Н.В. Возможность реконструкции носа по черепу	337
ПАНКИНА А.П. Названия стоматологических инструментов в английском языке: основные способы терминообразования	339
ПАСВАН САЧИНРОЛЬ Художественно-публицистической литературы в формировании личности врача	341
ПАХОМОВА А.А., БИБИКОВА А.А. Постковидные изменения в состоянии здоровья у студентов Тверского государственного медицинского университета	343
ПАХОМОВА А.А., САРИБЕКЯН А.Г. Влияние профессиональных вредностей на здоровье врачей-хирургов	345
ПЕТРУК М.В., АКСЁНОВА А.Т., МАКАРОВА Н.Ф. Фразеологические сочетания с соматическим компонентом в русском языке	347
ПЕЧЕРСКИХ А.М., ДОНСКОВ С.А., ЛОПИНА И.И. Влияние сахарозаменителей на морфофункциональное состояние внутренних органов экспериментальных животных	349
ПИВИКОВ В.В., КОЛЧИН М.И. А, СИНЮКОВ М.И., САМУЙЛОВ Д.Ю., МАРЕЕВА Т.С. Особенности репаративной регенерации трубчатых костей в различных условиях	351
ПИСКАРЕВА М.Е., МАКСИМИШИНА З.О., СМИРНОВА Т.А. Хроника Всемирной организации здравоохранения: история и перспективы развития	353
ПОСТНИКОВА О.А., БОЙКОВА В.А., КОЗЛОВСКАЯ Ю.В. Влияние интервального голодания на изменение морфологической структуры щитовидной железы у крыс	355

ПРАСОЛОВА М.В., АЛТЫНЦЕВА В.П., ВЯТКИНА М.С., ГУРЬЕВА А.Д. Анализ аптечных сетей в Твери и Тверской области	357
ПРОКУДИНА Е.П., ЛОГУНКОВА В.И., АБРАМОВ Н.В. Оценка влияния рекламы лекарственных препаратов на самолечение	359
ПЫРЭУ Д., АЛЕШИН М.М., КАРАКАЕВ И.С., КУНТЫШЕВА А.Ю., ЕДИГАРЯН А.А. Особенности хирургического лечения ожоговых ран	361
ПЫРЭУ Д., АЛЕШИН М.М., КАРАКАЕВ И.С., КУНТЫШЕВА А.Ю., ЕДИГАРЯН А.А. Факторы риска развития миопии	363
РАКОВИЧ А.М. История развития представлений о лечении анемий	365
РАМЕНСКИЙ А.Д., ФИЛАТОВА В.А. Оценка уровня выносливости организма школьников, участников военно-патриотического движения Юнармия	367
РОМАНОВА А.А., ФЁДОРОВА, Преимущества современной технологии кесарева сечения	369
РОТАНКОВА П.О., МЕДВЕДЕВА Т.В., ПЕГАСОВА М.А. Особенности течения коронавирусной инфекции у пациента с коморбидной патологией	371
РЫБАКОВА Д.Р., КАЛИНИЧЕНКО Т.М. Особенности липогипертрофий при сахарном диабете 1 типа у детей	373
РЯБЧИКОВА В.В., БУРСКАЯ В.С., ПЕРЕВАЛОВА Н.В. Особенности лечения детей с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти	375
САВЕЛЬЕВА А.Д., НЕСТЕРЕНКО П., НЕКРАСОВА Е.Г. Распространённость и особенности течения андрогензависимых дерматопатий среди студентов	377
САМУЙЛОВ Д.Ю., ГАНИНА Л.М., КОСТЮНИЧЕВА Н.А. Употребление газированных напитков как фактора риска повреждения твердых тканей зубов	379
САРМАТИНА М.М., ГЛИНКИНА А.В. Клинический случай острой немассивной тэла у 18-летнего юноши на фоне внебольничной пневмонии	381
СИВЕЦ А.М., КОЖЕМЯКИНА А.А., ГАЛЬКЕВИЧ Н.В., АСТАПОВ А.А. Клинико-лабораторные особенности неврологических осложнений ветряной оспы у детей г. Минска	383
СИМОНОВА Ю.В., КАРЬЮС М.Д., СОРОКОВИКОВА Т.В. Распространенность изменений в инструментальных исследованиях у детей с расстройствами аутистического спектра	385
СИНГХ ВИВЕК АШОК, КХАН САХИЛ Распространенность гериатрических синдромов у лиц старших возрастных групп	387

СИРИЦА А.Н., МЕЛЬНИК К.В., ЛЫГИНА Ю.А., АНДРЕЕВ Р.Н., ТОЛСТЮК В.И. Анализ эпидемического процесса вирусного гепатита А в Донецкой Народной Республике и пути его профилактики	389
СМИРНОВА М.С., МЕДВЕДЕВА М.В., БАУКИН М.В. Клинический случай уточнения этиологии цирроза печени	391
СПИРИНА Е.И., КОЛЫШКИН Е.В. Сахарный диабет у пациента с синдромом Рассела – Сильвера. Клинический случай	393
СТАНКУТЬ Ж.В. Состояние репродуктивного и соматического здоровья, перинатальные исходы у женщин с гидронефрозом	395
СТАРИКОВА А.И., ЖУЧКОВА Л.Д. Трудности грудного вскармливания. Накладки .	397
СТЕПИНА Д.А., ШТАНОВА А.А., АКимова А.В. Уровень знаний по онкологическим симптомам «красные флаги» среди студентов 5 курса ФГБОУ ВО «УГМУ» МЗ России	399
СТЕПИНА Д.А., ШТАНОВА А.А., ГЕВЕЛЮК О.Ю. Сравнительный анализ распространенности и факторов риска развития меланомы в России и в мире	401
СТРЕЛЬНИКОВА О.Д., КАРПЕНКО О.В., СМирнова Л.Е. Влияние артериальной гипертонии на психологический статус работающих на крупном промышленном предприятии	403
СТУДЕНИКИНА И.А., ЖУРБЕНКО В.А. Оценка гигиенического статуса полости рта у детей 6–7 лет	405
СУРИНА О.А., БЕРЕЗОВСКИЙ И.В. История научной дискуссии и борьбы за приоритет в открытии процессов брожения между Луи Пастером и Антуаном Бешаном	407
СЫРОМЯТНИКОВА А.Н., ПРОШИНА О.С., БУГАШЕВА Н.В., БУТЕВА Л.В. Рожденный хирургом	409
СЫСОЕВА П.В., СБИТНЕВ И.В. Понятие «реанимации поврежденных»: scoring-обзор литературы за 5 лет	412
ТЕМЕЖНИКОВ А.В., СИМКИН А.А., СИРОТА М.А. Отхаркивающие лекарственные растительные препараты в ассортименте аптеки	414
ТИМИНА М.М. Влияние анатомических изменений соустья верхнечелюстной пазухи на развитие послеоперационных осложнений синус-лифтинга	416
ТИТОВСКАЯ Е.В., МАРТИКАЙНЕН Д.Р., МОРОЗ О.В., МОРОЗОВА В.А., КОРОЛЮК Е.Г. Нравственные ориентиры врача: история и современность	418

ТРОЙНИКОВА С.А., КОМАРОВА П.М. Клиническое наблюдение синдрома Альпорта	421
ТРУСОВА А.В., БОРИСОВА А.Н., КУКАНОВА М.А. Клинический случай: инфаркт миокарда – аденокарцинома поперечно-ободочной кишки – пневмомедиастинум ...	423
ТУЛЬЧИЙ В.О., МАМЫЧКИНА Е.А. Клинический случай возникновения тромбоэмболии легочной артерии на фоне приема оральных контрацептивов	425
ТЮНДЮРОВА Л.В., БОРИСОВА Л.С., ЗУЕВИЧ Е.С. Труд всей жизни (к 120-летию учения И.П. Павлова об условных рефлексах)	427
УМАРКУЛОВА М., БУДАНОВА Н.А. Название болезни в ее историческом развитии (немецкая корь)	429
УМАРОВ И.Я. Характеристика слизистой полости рта при неспецифической интерстициальной пневмонии	431
ФЕДОРОВА П.Ю., РОМАНОВА А.А. Клинический случай амбулаторного наблюдения пациента с ожирением и метаболическим синдромом	433
ФИЛИППОВА Ю.Д., ЯГОЛЬНИЦКАЯ С.Р., ПЕТРУШИН М.А., ВОРОБЬЕВ С.А. Частота развития гипернатриемии у пациентов с ожоговой травмой	436
ХАЙДАРОВА Е.Х. Ассимиляция латинских заимствований в медицинском английском языке (на примере деминутивов)	438
ХАКНАЗАРОВ А.Р., ГОНЧАРОВА М.С. Проблема стигмы в психиатрии	440
ХАРЕНКО В.О., ЗЯБРЕВ И.А. А Течение новой коронавирусной инфекции у лиц молодого возраста	442
ХАРЧЕНКО А.А., ДОРОХИНА А.А., МЕХАНТЬЕВА Л.Е. Изучение взаимосвязи адаптационных возможностей системы кровообращения студентов медицинского вуза со степенью выраженности синдрома эмоционального выгорания	444
ХАЧАТРЯН А.А., СТЕПАНОВ С.А., ХАБИБУЛАЕВ Р.Р. Эргономические аспекты работы врачей-стоматологов с различной доминирующей рукой	446
ХЛОПКОВА К.Е., ГРЕЙС И.В., ЦЫГАНОВА Д.С. Оценка интенсивности кариеса зубов у студентов-выпускников медицинского университета	448
ЦАМО СИМО ЕРИН МОРАН, АЛГУНОВА Ю.В. Неологизмы современной русской медицинской терминологии	450
ЦАРЬКОВА Е.А., КАХЛЕРОВА Т.А., ВАРПЕТЯН А.М., ИЧАНОВСКАЯ Л.В. Ч, БАХАРЕВА О.Н. Оценка влияния коронавирусной инфекции на формирование метаболических нарушений	452

ЦЫБА Е.Ю., ДАНИЛОВ С.И. Эмоциональное выгорание у студентов медуниверситета в процессе обучения	454
ЧАН АНЬ ТУ Коммуникативные трудности, связанные с различием вьетнамской и русской антропонимических систем	457
ЧЕЛОВЕЧКОВА К.Д., ДЁМКИНА В.А., ПАВЛОВА А.А. Заболеваемость тромбозом глубоких вен нижних конечностей больных, перенёвших COVID-19	459
ЧЕРНЕНКО Е.С., ЖУРАВЛЕВА С.А., ЖИГУЛИНА В.В. Определение содержания кальция в йогуртах	461
ЧЕСНОКОВА А.В., КАЛАБУШКИН Н.С. Влияние продуктов горения при лесных пожарах на дыхательную систему человека	463
ЧУЧАЛИН А.С. Состояние коморбидных пациентов после тотального эндпротезирования суставов на фоне новой коронавирусной инфекции	465
ШАВОЕВА Х.С. Электрофизиологические особенности пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию (SARS-COV-2-19) с диагностированным постковидным синдромом и поражением периферической нервной системы	468
ШАМАНОВ А.О., ХАККУЛОВ Э.К., РАХИМБЕРГАНОВ Н.Р. Оценка эффективности озонотерапии в лечении больных острым пиелонефритом	470
ШАЦКАЯ А.С., ГУМАШЬЯН К.А. Оценка эффективности лечения больных сахарным диабетом 2 типа при доврачебном профилактическом консультировании населения	472
ШВАЙКО В.И. Ветряночный энцефалит. Клинический случай	474
ШВЕЦ А.С., ДАВЫДОВ Г.В., ШЕСТАКОВА В.Г. Экспериментальное моделирование псориаза	476
ШЕВЧЕНКО А.М., ГУРЕЕВ С.Ю., СОРОКОВИКОВА Т.В. Характеристики атипичной тератоидрабдоидной опухоли правого полушария на примере клинического случая	478
ШЕВЧЕНКО А.М., СВЕДЕНЮК К.С., КРАВЧЕНКО Д.В., ГУРЕЕВ С.Ю. Анализ потребительского рынка пробиотиков и оценка выживаемости микроорганизмов в составе коммерческих препаратов-пробиотиков	480
ШИКОВА В.А. Влияние природных глубоких эвтектических растворителей на соэкстракцию тяжёлых металлов из корня <i>Glycyrrhiza Glabra L.</i>	482
ШМЕЛЕВ В.И., ПЕТРОВА Л.А. Отдаленные результаты хирургического лечения патологий щитовидной железы	484

ШУЛИКО Л.М. Оценка влияния глюкагон-подобного пептида 1 и 2 на изменение трактографии у подростков с ожирением	486
ШУМКИНА Е.В., ШУМКИНА О.В. Аномалии хорд и сердечно-сосудистая заболеваемость	488
ЩИГОРЦОВ Д.М., ПЕРЕВАЛОВА Н.В. История развития отечественной хирургии	490
ЩИПКОВА А.А. Challenges of medical translation	492
ЮНИНА А.С. Химический состав синтетических тканей и их влияние на организм	494
ЯГОЛЬНИЦКАЯ С.Р., ГАИБОВА М.А., КИРИЛЕНКО Н.П., ИЛЬИНА Н.Н. Опыт оценки информации о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и гипертонической болезни в популяции интернет-пространства	496

Научное издание

МОЛОДЁЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА

ТЕЗИСЫ

69-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции
с международным участием

Редакционно-издательский центр
Тверского государственного медицинского университета
Оригинал-макет подготовила *О. Г. Ткаченко*
Дизайн обложки *О. А. Виноградовой*

Подписано в печать 29.06.2023 г. Формат 84×108/16.
Усл. печ.л. 58,48. Заказ 16.

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

ISBN 978-5-8388-0264-4



9 785838 802644