



***МАТЕРИАЛЫ ИТОГОВОЙ МЕЖВУЗОВСКОЙ  
СТУДЕНЧЕСКОЙ  
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
«СНО-2019»***

***ГУ ЛНР***

***«Луганский государственный медицинский  
университет имени Святителя Луки»,  
г. Луганск, 2019г.***

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени  
Святителя Луки»*

*г. Луганск*

***Оргкомитет конференции:***

*Врио ректора, доцент, кандидат медицинских наук - Торба Александр  
Владимирович;*

*Проректор по научной работе, профессор, доктор медицинских наук  
Пустовой Юрий Григорьевич;*

*Научный руководитель СНО, доктор медицинских наук, профессор  
Тананакина Татьяна Павловна;*

*Председатель совета СНО Вагапова Мария Тимуровна;*

*Зам. председателя Чекмарева Диана Гариковна и Зайченко Владислав Юрьевич*

***Члены редколлегии: Зайченко В.Ю.,***

***Чекмарева Д.Г., Колтунова А. М.,***

***Шибинская А.А.***

*Ответственность за содержание и достоверность сведений, предоставляемых для  
опубликования, несут авторы. Редакция не несёт ответственности за содержание  
предоставленного материала.*

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |                   |
|--|-------------------|
| <b>Колесников Д.А., Кондуфор О.В., Тананакина Т.П.<br/>АВАТАР-ТЕРАПИЯ – НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ<br/>ВЕРБАЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ У БОЛЬНЫХ<br/>ШИЗОФРЕНИЕЙ</b>   | <b>Стр. 12-13</b> |
| <b>Одуд А.А.<br/>АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ<br/>СИНДРОМЕ АСЦИТА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ</b>  | <b>Стр. 13-15</b> |
| <b>Стрельченко Н. Н., Передерий Е. А.<br/>АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА НООТРОПНЫХ<br/>ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ<br/>РЕСПУБЛИКИ</b>   | <b>Стр. 15-16</b> |
| <b>Пахолка Н. А., Мацегора А. К.<br/>АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АКНЕ СТУДЕНТАМИ</b>   | <b>Стр. 16-17</b> |
| <b>Яценко В. В.<br/>АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К МЕТОДУ ОСТЕОСИНТЕЗА<br/>ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК</b>  | <b>Стр. 18-19</b> |
| <b>Петруня О.М., Артеменко Ю. Е., Баграй А. Е.,<br/>Скобук И. А., Терехова Ю. П.<br/>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ, ВЫЯВЛЕННЫХ АНОМАЛИЙ<br/>РЕФРАКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ШКОЛЬНОГО<br/>ВОЗРАСТА, ПРОШЕДШИХ ДВА УГЛУБЛЕННЫХ<br/>ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯ В РАМКАХ<br/>ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ<br/>ПРОГРАММЫ ПО МЕТОДИКЕ В.П. БАЗАРНОГО</b> | <b>Стр. 19-21</b> |
| <b>Передерий Е. А., Передерий С. В.<br/>АНАЛИЗ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ,<br/>ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ<br/>ПАРОДОНТА</b>   | <b>Стр. 21-23</b> |
| <b>Передерий Е. А., Лисовская О. Л., Семененко Л. Р.<br/>АССОРТИМЕНТ, ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА И<br/>ФОРМИРОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО СПРОСА НА<br/>ОРТЕЗНЫЕ И ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ИЗДЕЛИЯ</b>  | <b>Стр. 23-24</b> |
| <b>Василенко К. Е.<br/>АУТОДЕРМАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ<br/>ПОЯСНИЧНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ</b>   | <b>Стр. 24-26</b> |
| <b>Жилкина Л. В., Богданова Е. О., Зинзикова А. Р.<br/>БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ<br/>ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО<br/>РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА</b>  | <b>Стр. 26-28</b> |
| <b>Передерий Е. А., Стрельченко Н. Н., Пузакова А. С.<br/>БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРОТИВ<br/>СИНТЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ: ВЫБОР<br/>ПРЕПАРАТОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ<br/>КРОВЕТВОРЕНИЯ И ГЕМОСТАЗА</b>   | <b>Стр. 29-30</b> |

|  |                   |
|--|-------------------|
| <b>Кузьмичева А.Г., Радионов В.Г., Шатилов А.В.</b><br><b>БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН</b>   | <b>Стр. 30-31</b> |
| <b>Липатникова А.С., Ревенко А.А., Задорожная В.П., Синченко М.В.</b><br><b>ВИРУСНЫЕ ПНЕВМОНИИ</b>   | <b>Стр. 32-33</b> |
| <b>Передерий Е. А., Каштанова М. А., Конюхова А. А., Белянская Ю. В.</b><br><b>ВИТАМИНЫ И АДАПТОГЕНЫ:<br/>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОПУЛЯРНОСТИ<br/>СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ<br/>РЕСПУБЛИКИ</b>                        | <b>Стр. 33-35</b> |
| <b>Говорова А. В., Весенко Ю. А.</b><br><b>ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ<br/>МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА<br/>РАННИХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ<br/>РЕГЕНЕРАТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ НА<br/>РОСТОВЫЕ ПРОЦЕССЫ В СКЕЛЕТЕ</b> | <b>Стр.35-37</b>  |
| <b>Борщ Д. В., Чайкина Д.В., Демьяненко Е. В.</b><br><b>ВЛИЯНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК<br/>НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТКИ<br/>КРОВИ КРЫС ПРИ ОСТРОМ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ<br/>СТРЕССЕ</b>                        | <b>Стр. 37-38</b> |
| <b>Грачёва А. Т., Каралкина Д. В.</b><br><b>ВЛИЯНИЕ СЛАДКИХ НАПИТКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО<br/>ПРОИЗВОДСТВА НА СОСТОЯНИЕ ЭМАЛИ ИНТАКТНЫХ<br/>МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ</b>  | <b>Стр. 38-39</b> |
| <b>Пихтерева Е.С.</b><br><b>ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО ДИСБИОЗА<br/>КИШЕЧНИКА НА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ<br/>МЕХАНИЗМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ<br/>ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ИХ КОРРЕКЦИЯ</b>  | <b>Стр. 39-40</b> |
| <b>Хижный Д. С.</b><br><b>ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ<br/>КАРИЕСА У ЖИТЕЛЕЙ ЛУГАНСКА</b>  | <b>Стр. 40-41</b> |
| <b>Хорошевская А. Р., Пащенко А. М., Григорян С. А., Ваиш И.Ю.</b><br><b>ВЛИЯНИЕ ФОРМАЛЬДЕГИДА НА ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ<br/>СТРОЕНИЕ ТИМУСА БЕЛЫХ КРЫС</b>   | <b>Стр. 42-43</b> |
| <b>Липатникова А.С., Самойлов А.В., Гоней Д.Р.</b><br><b>ВПС ТЕТРАДА ФАЛЛО, СЛОЖНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ<br/>СЛУЧАИ</b>   | <b>Стр. 43-44</b> |
| <b>Чекмарева Д.Г.</b><br><b>ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ</b>  | <b>Стр. 44-46</b> |
| <b>Липатникова А. С., Зайченко В. Ю., Колтунова А. М.</b><br><b>ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ИЛИ<br/>ГИПОТАЛАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ?</b>  | <b>Стр. 46-47</b> |

|  |                   |
|--|-------------------|
| <b>Сонина Е.В., Одуд А.А., Золотенина Ю.С., Сонин Д.Н.<br/>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ<br/>ИЗВИТОСТИ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ</b>   | <b>Стр. 48-50</b> |
| <b>Колесников Д. А., Демьяненко Е. В.<br/>ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ АПОТОЗА В<br/>ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ КРЫС ПРИ ОСТРОМ<br/>ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ И ВЛИЯНИЕ<br/>ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОГЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ<br/>СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК</b> | <b>Стр. 50-51</b> |
| <b>Черняева М.М., Соловьева И.В., Е.В. Демьяненко<br/>ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ<br/>МОНООКСИДА АЗОТА В КУЛЬТУРЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ<br/>СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ<br/>УСЛОВИЙ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ</b>       | <b>Стр. 52-53</b> |
| <b>Агеева Д. В., Донцов С. О., Таран О. В.<br/>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА<br/>МИОКАРДА И ОСТРЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ</b>   | <b>Стр. 53-55</b> |
| <b>Свинарева И.В., Демьяненко Е. В.<br/>ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ<br/>СИСТЕМЫ ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ КРЫС ПОСЛЕ<br/>ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ<br/>КЛЕТОК ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СТРЕССЕ</b>                       | <b>Стр. 55-58</b> |
| <b>Петриченко А. А.<br/>ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИНОВ И<br/>ХОЛЕСТЕРИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С<br/>ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ<br/>ПАРОДОНТИТОМ НА СТАДИЯХ ОБОСТРЕНИЯ И<br/>РЕМИССИИ</b>                               | <b>Стр. 58-59</b> |
| <b>Лисовская О. Л.<br/>ИЗУЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ И<br/>УСПЕШНОГО ОБУЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ГУ ЛНР<br/>«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ<br/>УНИВЕРСИТЕТ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»</b>  | <b>Стр. 59-60</b> |
| <b>Яковлева Е.О.<br/>ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТИРОЗОЛА В<br/>ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ У<br/>ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ</b>  | <b>Стр. 61-62</b> |
| <b>Сонина Е.В., Крамаренко К.А., Лямзин А.В., Паращенко А.Н.<br/>ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И СОСТОЯНИЕ<br/>ПОЛОСТИ РТА</b>  | <b>Стр. 62-63</b> |
| <b>Гончарова А.А., Радионов В.Г., Провизион Л.Н.<br/>К КЛИНИКЕ СИНДРОМА ТЕЙЧЛЕНДЕРА</b>  | <b>Стр. 64-65</b> |
| <b>Исакова Т. А., Провизион Л. Н., Хайминов Е.М.<br/>КИШЕЧНОПОЛОСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ В КЛИНИКЕ ВРАЧА<br/>ДЕРМАТОЛОГА</b>   | <b>Стр. 65-67</b> |
| <b>Мироненко Т. В., Мироненко М. О., Фулиди Е. В.<br/>КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ<br/>ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА НА</b>  | <b>Стр. 67-68</b> |

|  |  |                   |
|--|--|-------------------|
|  | <b>ФОНЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ</b>  |                   |
|  | <b>Грищенко А.А., Ромашова Т.И.<br/>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КРИТЕРИИ<br/>ОЦЕНКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО<br/>ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ<br/>ШИЗОФРЕНИЕЙ</b>   | <b>Стр. 68-70</b> |
|  | <b>Власова Е.А., Радионова С.И., Кондуфор О.В., Булкина Н.Э.<br/>КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ РАННИХ СТАДИЙ<br/>КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ</b>   | <b>Стр. 70-72</b> |
|  | <b>Данильченко Д. А., Андрианов И. И., Бурля Ю. А., Дровалева Е.<br/>В., Горбова В. А., Гончар А. В., Штыка Е.С., Победенная Г.П.<br/>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ<br/>ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ В<br/>ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ</b> | <b>Стр. 72-74</b> |
|  | <b>Решикова В.В.<br/>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРДИОМИОПАТИИ<br/>ТАКОЦУБО</b>  | <b>Стр. 74-76</b> |
|  | <b>Манищенкова Ю.А., Белая И.Е., Пидорван К.С., Евдокимов<br/>И.О.<br/>КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ<br/>АРТРИТОМ У НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА В ПЕРИОД<br/>АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ</b>  | <b>Стр. 76-79</b> |
|  | <b>Ляхова М.О., Кондуфор О.В., Радионова С.И., Тананакина Т.П.<br/>КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И НЕВРОТИЧЕСКОЙ<br/>ДЕПРЕССИИ С ЛЕЙКОЦИТАРНЫМ ИНДЕКСОМ<br/>ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ<br/>РАССТРОЙСТВАМИ</b>                                 | <b>Стр. 79-81</b> |
|  | <b>Ковалёва М.И., Кудрявцева В.Д.<br/>КРАНИОФАЦИАЛЬНЫЕ И ОДОНТОЛОГИЧЕСКИЕ<br/>ФЕНОТИПЫ С ПОЗИЦИИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ<br/>ОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СОВРЕМЕННОГО<br/>СТУДЕНТА ЛНР</b>   | <b>Стр. 81-83</b> |
|  | <b>Архипова Е.А., Провизион Л.Н., Шварева Т.И.<br/>ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ<br/>ТЕЧЕНИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ</b>   | <b>Стр. 83-85</b> |
|  | <b>Бисов А. С.<br/>МЕСТО И ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДИКИ DHS В ОСТЕОСИНТЕЗЕ<br/>ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА</b>  | <b>Стр. 85-87</b> |
|  | <b>Передерий Е. А., Юнусова И. А., Корж Д. Н., Грохотова К. А.<br/>МОНИТОРИНГ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЬНИЦ ЛНР<br/>И ВЛИЯЮЩИХ НА НЕГО ФАКТОРОВ</b>  | <b>Стр. 87-89</b> |
|  | <b>Мамедова В.С.<br/>МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И РЕЛИГИОЗНЫЕ<br/>ОЦЕНКИ НОВЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ</b>   | <b>Стр. 89-90</b> |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| <b>Мироненко Т. В., Фулиди Е. В.</b><br><b>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ</b><br><b>ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ АНЕВРИЗМ</b>   | <b>Стр. 90-91</b>              |
| <b>Трофименкова Т. Ю.</b><br><b>ОБОСНОВАНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ</b><br><b>ТЕРАПИИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ</b><br><b>НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ</b>  | <b>Стр. 91-92</b>              |
| <b>Хижный Д.С.</b><br><b>ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧЕСКОЙ</b><br><b>ПЛАЗМЫ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ (БТП) В</b><br><b>КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b>   | <b>Стр. 93-94</b>              |
| <b>Мамедова В.С.</b><br><b>ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СОЦИАЛЬНЫХ</b><br><b>СЕТЕЙ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ</b>  | <b>Стр. 94-95</b>              |
| <b>Халимова А.П., Орленко В.В., Демьяненко Е.В., Соловьева И.В.</b><br><b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА ДЛЯ</b><br><b>ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО</b><br><b>ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ</b><br><b>ПИЕЛОНЕФРИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2</b><br><b>ТИПА</b>                | <b>Стр. 96-97</b>              |
| <b>Войнова В.Ю.</b><br><b>ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ</b><br><b>КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ -</b><br><b>СТОМАТОЛОГОВ МЕТОДАМИ КОМПЬЮТЕРНЫХ</b><br><b>ТЕХНОЛОГИЙ</b>  | <b>Стр. 97-99</b>              |
| <b>Титенко М.С.</b><br><b>ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНСКОЙ</b><br><b>ТРОМБИРОВАННОЙ ВЕНОЗНОЙ АНЕВРИЗМЫ САФЕНО-</b><br><b>ФЕМОРАЛЬНОГО СОУСТЬЯ</b>  | <b>Стр. 100-</b><br><b>101</b> |
| <b>Передерий Е. А., Каиштанова М. А., Стрюкова Ю. С.</b><br><b>ОСОБЕННОСТИ ОБСЛУЖИВАНИЯ</b><br><b>ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В АПТЕКЕ</b>  | <b>Стр. 101-</b><br><b>102</b> |
| <b>Гнатюк Н.Д.</b><br><b>ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ</b><br><b>ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В</b><br><b>СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b>  | <b>Стр. 103-</b><br><b>105</b> |
| <b>Романов В.В., Шушпанова С.Ю., Брынза Е.Г., Манылова О.И.,</b><br><b>Назарова Е.В., Жиливостова Ю.В., Штыка Е.С.,</b><br><b>Колесниченко Т.В.</b><br><b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ</b><br><b>ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ</b><br><b>СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</b> | <b>Стр. 105-</b><br><b>107</b> |
| <b>Юнусова И. А., Передерий Е. А.</b><br><b>ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ</b><br><b>НОВОГО ЛС</b>   | <b>Стр. 107-</b><br><b>108</b> |

|   |                     |
|---|---------------------|
| <i>Мамедова В.С., Шварёва Т.И., Радионов Д.В.</i><br><b>ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ</b>  | <i>Стр. 108-110</i> |
| <i>Шупик А. С., Колесникова Е. Н., Демьяненко Е. В.</i><br><b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ КОСТНОМОЗГОВЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК И ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ КРЫС ПОСЛЕ ОСТРОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА</b> | <i>Стр. 110-112</i> |
| <i>Бондарь А.В.</i><br><b>ПАТОЛОГИЯ СТОПЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА</b>   | <i>Стр. 113-114</i> |
| <i>Мосягина Н.А., Хорошевская А.Р.</i><br><b>ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЯ ИНТРАВЕНОЗНОЙ ЛЕЙОМИОМЫ</b>  | <i>Стр. 114-115</i> |
| <i>Золотенина Ю. С.</i><br><b>ПОЛИПРАГМАЗИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЯ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ</b>   | <i>Стр. 116-117</i> |
| <i>Мельников Д. Д.</i><br><b>ПОЛНЫЕ СЪЕМНЫЕ И ЧАСТИЧНО СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ С МЯГКИМ БАЗИСОМ</b>   | <i>Стр. 117-118</i> |
| <i>Веснянцева А. Н., Акжигитова А.М.</i><br><b>ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕФЛОНА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b>   | <i>Стр. 118-119</i> |
| <i>Панилова Ю.Н., Молоткова Е.И., Войнова В.Ю.</i><br><b>ПРИКУС - ЧАСТНОЕ ИЛИ ОБЩЕЕ В КОНСТИТУЦИИ?</b>  | <i>Стр. 119-120</i> |
| <i>Лещенко Е.А., Бобык О.А., Кондуфор О.В., Радионова С.И.</i><br><b>ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b>  | <i>Стр. 120-122</i> |
| <i>Фулиди Е.В.</i><br><b>ПРИМЕНЕНИЕ СИРОПА КОРНЯ СОЛОДКИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ</b>   | <i>Стр. 122-123</i> |
| <i>Гаврилов В. А., Гнатюк Н.Д., Войнова В. Ю., Куценко А., Мохамед Али Ахмед Омер Абдель Баги, Пацало В. Е.</i><br><b>ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СПОРТСМЕНОВ, ИМЕЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ</b>  | <i>Стр. 123-124</i> |
| <i>Менчакова А. А., Мовчан С. А.</i><br><b>РАБОТА С ВОЗРАЖЕНИЯМИ</b>  | <i>Стр. 125-126</i> |

|  |                     |
|--|---------------------|
| <i>Букша М. В.</i><br><b>РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ</b>  | <i>Стр.126-128</i>  |
| <i>Чекмарева Д.Г., Шатохина Я.П.</i><br><b>РОЛЬ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В РАМКАХ<br/>ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ<br/>МЕДИЦИНСКОГО ВУЗа</b>  | <i>Стр. 128-129</i> |
| <i>Макаренко И. В., Романова Д. А.</i><br><b>СИНДРОМ ГУДПАСЧЕРА<br/>(СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)</b>   | <i>Стр. 129-131</i> |
| <i>Петизина О.Н., Мякоткина Г.В., Ярышова В.А., Григорьева Е.Ю.</i><br><b>СИНДРОМ КАПЛАНА</b>  | <i>Стр. 131-132</i> |
| <i>Болотская Ю. О., Краковская В. И., Липатникова А.С.</i><br><b>СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В<br/>ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА</b>  | <i>Стр.132-133</i>  |
| <i>Урусова Ю.В.</i><br><b>СИНТЕЗ И БИОСКРИНИНГ <i>IN VITRO</i><br/>ВНУТРИКОМПЛЕКСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ<br/>ДИОКСОМОЛИБДЕНА(VI) С ТИОСЕМИКАРБАЗОНАМИ<br/>И S-МЕТИЛ-ИЗОТИОСЕМИКАРБАЗОНАМИ</b>   | <i>Стр. 134-135</i> |
| <i>Ганущак Ю.В.</i><br><b>СИНТЕЗ И БИОСКРИНИНГ МОЛЕКУЛЯРНЫХ И<br/>ВНУТРИКОМПЛЕКСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ<br/>ДИОКСОМОЛИБДЕНА (VI) С<br/>ЗАМЕЩЁННЫМИ САЛИЦИЛИДЕНИЗОНИКОТИНОИЛГИ<br/>ДРАЗОНАМИ</b> | <i>Стр. 135-136</i> |
| <i>Цыганова Ю.А.</i><br><b>СИНТЕЗ И СТРОЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНЫХ И<br/>ВНУТРИКОМПЛЕКСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ<br/>ДИОКСИМОЛИБДЕНА(VI) С ЗАМЕЩЕННЫМИ<br/>САЛИЦИЛИДЕН-4-ИМИНОБЕНЗОЛСУЛЬФАМИДАМИ</b>       | <i>Стр. 136-137</i> |
| <i>Мосягина Н. А., Понасенко В.В.</i><br><b>СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ<br/>АСПИРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ<br/>В ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ НАРУЖНЫХ<br/>КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ</b>                      | <i>Стр. 138-139</i> |
| <i>Черняева М.М., Девдера А.И.</i><br><b>СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ<br/>ТЕХНОЛОГИИ САД/САМ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ<br/>ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ</b>                                 | <i>Стр. 140-141</i> |
| <i>Передерий Е. А., Передерий С. В.</i><br><b>СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ<br/>ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗЕ И ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ<br/>ПАРОДОНТИТА</b>  | <i>Стр. 141-143</i> |

|   |  |
|---|--|
| <p align="center"><b>Котова И.С., Победенная Г.П.</b><br/> <b>СОДЕРЖАНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА ПРИ<br/> СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ<br/> БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА</b></p>  | <p align="right"><i>Стр. 143-144</i></p> |
| <p align="center"><i>Тарасюк М. А., Шпулина О. А., Ульянов А.В.</i><br/> <b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ<br/> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ<br/> АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ<br/> РАЗНЫХ ВИДОВ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ У<br/> ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ МНОЖЕСТВЕННЫМ КАРИЕСОМ В<br/> ПЕРИОД РАННЕГО СМЕННОГО ПРИКУСА</b></p> | <p align="right"><i>Стр. 144-145</i></p> |
| <p align="center"><i>Кулакова Е. С.</i><br/> <b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КРОВОПОТЕРИ ПРИ<br/> ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.</b></p>  | <p align="right"><i>Стр. 146-147</i></p> |
| <p align="center"><i>Кривощечков М. В.</i><br/> <b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯТОРОВ</b></p>   | <p align="right"><i>Стр. 147-148</i></p> |
| <p align="center"><i>Придорожко А.С., Булкина Н.Э., Анищенко Е.В.,<br/> Пышнова А.В.</i><br/> <b>ТРЕВОЖНОСТЬ У СОЗАВИСИМЫХ, КАК ФАКТОР<br/> ВЛИЯНИЯ НА КАЧЕСТВО РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ С<br/> ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ</b></p>   | <p align="right"><i>Стр. 148-150</i></p> |
| <p align="center"><i>Баранова В.В., Коробка Ю.Н., Луценко А.И.</i><br/> <b>ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОЙНОЙ КОИНФЕКЦИИ:<br/> ТУБЕРКУЛЕЗ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ<br/> С.</b></p>  | <p align="right"><i>Стр. 150-151</i></p> |
| <p align="center"><i>Лисовская О. Л., Шарникова А. А.</i><br/> <b>ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ СТРУКТУРУ ТОРГОВОГО<br/> АССОРТИМЕНТА ПАРАФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ<br/> ТОВАРОВ, РЕАЛИЗУЕМЫХ В АПТЕЧНЫХ<br/> УЧРЕЖДЕНИЯХ</b></p>   | <p align="right"><i>Стр. 151-153</i></p> |
| <p align="center"><i>Гринченко Е.А.</i><br/> <b>СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ<br/> СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ<br/> ТКАНИ<br/> В ГОРОДЕ ЛУГАНСКЕ</b></p>  | <p align="right"><i>Стр. 153-154</i></p> |
| <p align="center"><i>Савченко В. Ф.</i><br/> <b>ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТУДЕНТОВ<br/> С ДИАГНОЗОМ СКОЛИОЗ И ОСТЕОХОНДРОЗ</b></p>   | <p align="right"><i>Стр. 155-156</i></p> |
| <p align="center"><i>Гаевая Д. А.</i><br/> <b>ФИТОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БАРХАТЦЕВ<br/> РАСПРОСТЕРТЫХ, ПРОИЗРАСТАЮЩИХ НА<br/> ТЕРРИТОРИИ ДОНБАССА</b></p>  | <p align="right"><i>Стр. 156-157</i></p> |

|  |   |                     |
|--|---|---------------------|
|  | <i>Колтунова А. М., Зайченко В. Ю.</i><br><b>Хирургическое лечение паховых грыж у женщин</b>  | <i>Стр. 157-159</i> |
|  | <i>Половинка А.А., Ковалевский В.В.</i><br><b>ЭВТАНАЗИЯ ИЛИ ИМЕЕТ ЛИ ЧЕЛОВЕК ПРАВО НА СМЕРТЬ?</b>   | <i>Стр. 159-160</i> |
|  | <i>Бочарова С.А., Тюренок А.А., Сенник Е.В.</i><br><b>ЭКОГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ПОСТУЛАТЫ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОСТИ(АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИМЕР)</b>                          | <i>Стр. 160-161</i> |
|  | <i>Водопьянова А. А., Кононенко Д. Д., Погорелов П. В., Погорелова И. А.</i><br><b>ЭСТЕТИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ТАТУИРОВОК НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА</b> | <i>Стр. 161-163</i> |
|  | <i>Скиба Т.А.</i><br><b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ</b>  | <i>Стр. 163-164</i> |
|  | <i>УДК 82-191</i><br><i>Мартынова А. М.</i><br><b>ВАШ ПОКОРНЫЙ СЛУГА ИВАН КРЫЛОВ</b>  | <i>Стр. 164-167</i> |
|  | <i>УДК 37.011.37</i><br><i>Морозов А. И.</i><br><b>ВАСИЛИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ СУХОМЛИНСКИЙ. СЕРДЦЕ ОТДАЮ ДЕТЯМ</b>   | <i>Стр. 167-169</i> |
|  | <i>УДК 82-31</i><br><i>Остапенко М. А.</i><br><b>Л. Н. ТОЛСТОЙ – ВЕЛИКИЙ ПИСАТЕЛЬ, ГОРДОСТЬ РУССКОЙ И МИРОВОЙ ЛИТЕРАТУРЫ</b>                                      | <i>Стр. 170-172</i> |
|  | <i>УДК 82-14</i><br><i>Пафнутов Е. А.</i><br><b>Ф. И. ТЮТЧЕВ – ПОЭТ, ДИПЛОМАТ, ПУБЛИЦИСТ, ФИЛОСОФ</b>   | <i>Стр. 172-174</i> |
|  | <i>УДК 82-31</i><br><i>Подгорная А. А.</i><br><b>ТАРАС МИХАЙЛОВИЧ РЫБАС. НЕУГАСАЮЩИЙ СВЕТ ЕГО ДУШИ</b>  | <i>Стр. 175-177</i> |
|  | <i>УДК 177</i><br><i>Харьковский В. Е.</i><br><b>КТО СТРЕМИТСЯ К ВЫСОКОЙ ЦЕЛИ – НЕ ДОЛЖЕН ДУМАТЬ О СЕБЕ. И. С. ТУРГЕНЕВ</b>                                       | <i>Стр. 177-179</i> |

**АВАТАР-ТЕРАПИЯ – НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВЕРБАЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Государственное учреждение Луганской Народной Республики  
«Луганский Государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кафедра  
дерматовенерологии, психиатрии и наркологии, г. Луганск, ЛНР

Государственное учреждение «Луганская республиканская клиническая  
психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики, г. Луганск, ЛНР

**Актуальность.** Шизофрения – хроническое психическое эндогенное прогрессирующее заболевание, возникающее, как правило, в молодом возрасте. По данным Всемирной организации здравоохранения шизофренией страдают более 23 миллионов человек по всему миру. Продуктивная симптоматика при шизофрении крайне разнообразна и представлена нарушением единства психических процессов (схизис). Также весьма характерным является то, что периоды обострения заболевания сопровождаются наличием вербальных галлюцинаций и бредовых идей различного содержания. Нередко в клинической практике встречаются такие состояния, когда проводимая инцизивная антипсихотическая терапия не имеет должного успеха в купировании продуктивных психопатологических расстройств психотического уровня, что серьезно ухудшает качество жизни пациентов. По мнению ряда исследователей, пациенты, которые могут наладить диалог со своими «голосами» чувствуют себя намного лучше, чем пациенты, которые не способны этого сделать, что сопровождается чувством беспомощности и безысходности.

Аватар-терапия, позволяющая пациенту взаимодействовать с компьютеризированной моделью своего «голоса», может помочь установить диалог с целью снижения негативного воздействия, осуществления контроля над враждебностью «голоса». Кроме того, в крупном слепом рандомизированном исследовании ряда крупных научно-образовательных учреждений Великобритании, включая «Институт психиатрии, психологии и нейробиологии», проведенном в 2017 году, была показана большая эффективность терапии Аватаром по сравнению с простым консультированием, включающим поддерживающую психотерапию. Потому, изучение новых методов, таких как Аватар-терапия, при проведении комплексных мероприятий по лечению вербальных галлюцинаций может открыть новые пути решения данной проблемы.

**Цель работы.** Изучение и обобщение материалов по методике Аватар-терапии, её клинических эффектов и других аспектов данного метода лечения.

**Результаты и обсуждение.** Создатель Аватар-терапии Julian Leff и его коллеги ставили перед собой задачу разработать метод, облегчающий диалог между пациентом, испытывающим вербальные галлюцинации, и субъектом, который, по его мнению, ведет с ним диалог. Попытка поддержания диалога с невидимым существом трудна по нескольким причинам. Во-первых, слыша «голос», оскорбляющий Вас стереотипными фразами, истощает психические ресурсы. Во-вторых, поскольку сущность невидима, нет никаких невербальных способов коммуникации, с помощью которых возможно узнать о согласии и готовности вести диалог. Метод, который выбрали создатели, состоит в том, чтобы позволить пациенту создать Аватар определенной сущности, вербальной галлюцинации, и побудить его вступить с ним в диалог. Основная цель терапии состоит в том, чтобы установить контакт между пациентом и Аватаром, для возможности пациента научиться

противостоять своей вербальной галлюцинации и в конечном итоге контролировать ее при поддержке врача-психиатра. Технически данный вид терапии обеспечивается специальной программой, в которой пациент выбирает внешность и голос Аватара, похожий по его мнению на его вербальную галлюцинацию. При непосредственном проведении Аватар-терапии пациент и врач-психиатр находятся в разных помещениях, взаимодействие с пациентом осуществляется через созданного Аватара, который отображается на экране монитора перед больным, голос врача трансформируется в голос Аватара, движения его губ синхронизируются с речью, благодаря программному обеспечению. Во время сеанса терапии врач имеет возможность наблюдать за пациентом при помощи веб-камеры, а также говорить, используя свой голос, выбирая определенную функцию в программе. Наиболее оптимальным является проведение 6 сеансов 1 раз в неделю продолжительностью 30 минут, что применялось авторами оригинальной работы. Авторы методики в своем исследовании использовали 12-недельный курс с продолжительностью одного сеанса 50 минут.

В соответствии с методикой, пациенту предлагается вступить в диалог со своим Аватаром и противостоять ему. В ходе терапии поведение Аватара постепенно меняется от враждебного к поддерживающему. Каждый сеанс записывается в цифровой форме, а аудиофайл переносится на персональный плеер, который предоставляется пациентам для использования в любое время, особенно в моменты, когда галлюцинации становятся слишком сильными и враждебными. Из 26 пациентов, которые участвовали в оригинальном исследовании авторов методики, 16 получали Аватар-терапию и продемонстрировали значительное снижение частоты и интенсивности «голосов», а также негативного влияния на их жизнь. Через 3 месяца с момента начала терапии наблюдалось дальнейшее снижение частоты и интенсивности «голосов». Кроме того, было обнаружено значительное уменьшение симптомов депрессии. Среднее значение эффекта терапии составило около 80%. Наиболее впечатляющие эффекты испытали три пациента, которые непрерывно слышали голоса в течение 16, 13 и 3,5 лет. У данных пациентов полностью исчезли слуховые вербальные галлюцинации после 3 сеансов терапии. Однако данный метод требует индивидуального дифференцированного подхода.

**Выводы.** Аватар-терапия может использоваться как альтернативный дополнительный метод лечения пациентов с хроническими вербальными галлюцинациями. Краткосрочность метода (5-6 сеансов продолжительностью до 30 минут) с условием достижения результата представляет определенный интерес в работе врача-психиатра при внедрении его в клиническую практику.

**УДК 616.381-003.217-07**

*Одуд А.А.*

## **АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ СИНДРОМЕ АСЦИТА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

*Научный руководитель ассистент Литвинова О.Н.*

*Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет*

*им. Святителя Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** Асцит (от греческого «askos» — сумка, мешок) — это состояние, при котором наблюдается патологическое накопление жидкости в брюшной полости. Фоном для развития асцита в 81,5% случаев являются заболевания печени (цирроз печени, острый алкогольный гепатит, цирроз-рак), в 10% — злокачественные опухоли, в 3% — застойная сердечная недостаточность, в 1,7% — туберкулезный перитонит. Поэтому, изучение данного состояния на амбулаторном этапе остаётся достаточно актуальной и во многом нерешённой проблемой современной медицины.

**Цель:** составить алгоритм действий врача общей врачебной практики при синдроме асцита на амбулаторном этапе.

**Материалы и методы.** Нами были изучены и проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы, посвященные изучению такого синдрома как асцит. В связи с тем, что более 80 % больных с асцитом страдают от хронического заболевания печени в стадии декомпенсации, вторая по частоте причина асцита — карциноматоз брюшины, далее следуют сердечная недостаточность, заболевания поджелудочной железы, нефротический синдром и различные заболевания брюшины.

**Результаты и их обсуждение.** Осмотр и опрос пациента чрезвычайно информативен. Если жидкость в брюшной полости накопилась быстро, то кожа живота напряженная, блестящая, при пальпации может отмечаться диффузная болезненность. В случае постепенного накопления жидкости можно отметить расширение эпигастрального угла, нижние ребра перемещаются вперед и вверх, в силу чего грудная клетка расширяется.

Перкуторно асцит выявляется при накоплении 1,5-2 л жидкости. При меньшем количестве жидкости тимпанический звук будет выявляться над всей поверхностью живота. При ненапряженном асците в вертикальном положении живот выглядит отвисшим, так как жидкость стекает вниз. Соответственно, при перкуссии живота стоя тимпанический звук отмечается в верхних отделах живота, притупление звука — в нижних. Если пациент лежит на спине, то содержащий воздух кишечник перемещается кверху, а жидкость смещается в задние части брюшной полости. Перкуторный звук будет тимпаническим над передней поверхностью живота и тупым над фланками (боками). Для того чтобы убедиться в наличии асцита, целесообразно перкутировать пациента в разных положениях: стоя, лежа на спине, а также на боках. При положении на правом боку тимпанический звук будет определяться над левым фланком,

в положении на левом боку — над правым.

При впервые выявленном асците, подозрении на инфицирование асцитической жидкости, злокачественную опухоль необходимо провести диагностический лапароцентез: извлечь небольшое количество асцитической жидкости (обычно 50-300 мл) для клинического, биохимического, бактериологического и цитологического исследования. Информативность анализа асцитической жидкости трудно переоценить.

Базисная терапия асцита состоит из нескольких этапов:

1. Лечение основного заболевания, приведшего к возникновению асцита.
2. Пациентам с выраженным асцитом рекомендуется постельный режим в первые 4-7 дней лечения.
3. Ограничение употребления соли.
4. Ограничение употребления жидкости до 750-1000 мл/сут. при отсутствии лихорадки.
5. Диуретическая терапия.
6. Динамический контроль эффективности диуретической терапии.

Пациенту с асцитом необходима срочная госпитализация, если асцит: впервые выявлен; резистентен к терапии, напряжен, осложняется гепаторенальным синдромом.

Наиболее типичными ошибками при ведении пациента с асцитом являются: интенсивная диуретическая терапия, форсированные лечебные лапароцентезы без адекватной заместительной терапии, недооценка значимости вторичной бактериальной инфекции.

**Выводы.** Изученные нами данные говорят о необходимости на амбулаторном этапе уделять как можно больше внимания выявлению такой грозной патологии как злокачественные новообразования брюшины, заболевания гепато-билиарной системы, хронической сердечной недостаточности, следствием которых зачастую могут являться проявления асцита. Следовательно, раннее начало терапии основного заболевания и осложнения в виде асцита, для больного будет прогностически удовлетворительным.

**УДК 615.21(477.61)**

*Стрельченко Н. Н., Передерий Е. А.*

## **АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА НООТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

*Луганской Народной Республики*

*Научные руководители к-т фарм. наук, доц. Передерий Е. А., ассист. Стрельченко Н. Н.*

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г. Луганск*

**Актуальность.** Актуальной проблемой сегодняшнего дня является возрастание темпа жизни. Увеличивается количество стрессовых факторов, объем информации, которую необходимо запомнить, социальное давление, множество дел одновременно все это откладывает негативный отпечаток на нервную деятельность человека. Однако эту проблему можно устранить при помощи ноотропных лекарственных средств, которые поддерживают активность, бодрствование, усиливают восприятие информационных потоков.

**Цель:** изучение ассортимента и проведение анализа ноотропных препаратов фармацевтического рынка Луганской Народной Республики (г. Луганск). Определить предпочтения населения в выборе ноотропных лекарственных средств.

**Материалы и методы.** Анкетирование населения с вопросом «С какой целью принимают препараты данной группы и главный критерий выбора?». Изучение ассортимента ноотропных препаратов и их цены на период с 10.11.18г. по 12.03.19г. В ходе работы нами были использованы статистические методы, а также анкетирование и интервьюирование. **Результаты и их обсуждение.** Нами проведены маркетинговые исследования в аптечных организациях Луганской Народной Республики по изучению ассортимента, условий отпуска, удельного веса ноотропных лекарственных средств. Проведен анализ ассортимента и цен ноотропных препаратов на период с 10.11.18г. по 12.03.19г. В результате исследования выяснено, что на фармацевтическом рынке преобладают препараты российского производства. Путем сравнения ассортимента ноотропных лекарственных

средств в Луганской Народной Республике установили, что 65% фармацевтического рынка это дженерики, так как у них меньше ценовая категория. В ходе изучения ассортимента лекарственных средств по условиям отпуска преобладают рецептурные препараты. Проанализировав состав препаратов, определили, что доля монопрепаратов составляет 80% от всех ноотропных лекарственных средств. При этом 35% представителей данной лекарственной группы в качестве действующего вещества содержат пирацетам, по 15% - винпоцетин и цинаризин, остальная доля приходится на глицин, гаммааминомаслянную кислоту, фенилпирацетам и другие.

Нами проведено анкетирование среди населения по поводу влияния рекламы на их выбор, предпочтение лекарственной формы. Выявили, что население принимает лекарственные средства в качестве профилактики. В качестве лекарственной формы 60% опрошенных респондентов предпочитают использовать таблетки, 23% - капсулы, 17% - инъекции. После проведения опроса по поводу ценовой категории ноотропных лекарственных препаратов, приобретаемых населением в аптечных организациях, выявили, что приемлемая цена до 150 руб. Также из опроса установили, что население выбирает препараты данной группы исходя из рекламы или из собственного опыта, а главным критерием выбора является цена препарата.

**Выводы.** На фармацевтическом рынке Луганской Народной Республики преобладают ноотропные препараты российского производства и большую долю рынка, занимая дженерики. По условиям отпуска большую долю рынка занимают рецептурные препараты. Основная доля ноотропных лекарственных средств содержит пирацетам в качестве действующего вещества. На сегодняшний день является актуальным расширение ассортимента ноотропных лекарственных средств в Луганской Народной Республике, улучшение качества информирования населения об опасности самолечения.

**УДК 314.44:616.5-057.875**

***Пахолка Н. А., Мацегора А. К.***

## **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АКНЕ СТУДЕНТАМИ**

***Научный руководитель ассист. Пахолка Н. А.***

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя*

*Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** Актуальность проблемы акне обусловлена несколькими причинами: высокая заболеваемость (около 80%); поражение молодых, социально активных лиц; хроническое течение с частыми обострениями; косметические дефекты (рубцы, пятна, кисты), которые снижают качество жизни пациентов; неэффективность стандартного лечения в ряде случаев.

**Цель:** доказать актуальность проблемы акне и ее масштабы посредством проведения опроса и обработки полученных данных; выявить заинтересованность в решении данной проблемы среди молодых людей; доказать роль определенных факторов в развитии данного заболевания.

**Материалы и методы.** Методами, которые были использованы для сбора необходимых данных, являются опрос среди лиц разных возрастов, а также использование официальных статистических данных по поводу вопросов акне. Для проведения опроса была разработана анкета с интересующими нас вопросами.

**Результаты и их обсуждение.** Были обработаны полученные данные:

| № п/п | Вопрос   | Ответы «ДА», % | Ответы «НЕТ», % |
|-------|--|----------------|-----------------|
| 1.    | Сталкивались ли Вы с акне?   | 89             | 11              |
| 2.    | Занимались (занимаетесь) ли Вы лечением акне?                                | 89             | 11              |
| 3.    | Является ли Ваш рацион питания сбалансированным?                             | 13             | 87              |
| 4.    | Придерживаетесь ли Вы режима дня?  | 88             | 12              |
| 5.    | Обращались ли Вы к специалисту для лечения акне?                             | 28             | 72              |
| 6.    | Существует ли данная проблема у Ваших родственников?                         | 33             | 67              |
| 7.    | Влияет ли Ваша проблема с акне на социальную жизнь?                          | 56             | 44              |
| 8.    | Пользуетесь ли Вы декоративной косметикой?                                   | 78             | 22              |
| 9.    | Используете ли Вы лекарственные препараты для лечения акне?                  | 45             | 55              |
| 10.   | Используете ли Вы методы народной медицины для лечения акне?                 | 54             | 46              |
| 11.   | Проводите ли Вы косметические процедуры для профилактики акне?               | 100            | 0               |
| 12.   | Удобно ли было бы Вам использовать антибактериальную маску для лечения акне? | 86             | 14              |

Также были заданы следующие вопросы:

1. Какую лекарственную форму для лечения акне Вы использовали (используете)? (например, мазь, таблетки, растворы, маски, гели и др.)

*Ответ:* мазь, гель.

2. В какое время суток Вам было бы удобнее использовать средства для лечения акне?

*Ответ:* вечером – 100%.

**Выводы.** В результате проведенного нами опроса и обработки полученных данных мы можем сделать вывод, что около 90 % опрошенных страдают таким заболеванием, как акне и пытаются ее решить посредством различных методов (применение лекарственных препаратов, методов народной медицины, обращение к квалифицированным специалистам и др.) Поэтому поиск и разработка новых и эффективных вариантов терапии, создание новых лекарственных форм и лекарственных средств и их комбинаций считается перспективным для дальнейшей работы в этом направлении.

**АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К МЕТОДУ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК**

*Научный руководитель ассистент к.м.н. Шевченко В. И.*

*Кафедра госпитальной хирургии, ортопедии и травматологии Луганского государственного медицинского университета им. Святителя Луки.*

*г. Луганск*

**Актуальность.** Ключевым моментом в технологии оперативного лечения больных с переломами лодыжек является операция. Её успех в большой мере зависит от правильно выбранного метода остеосинтеза переломов лодыжек. Этот выбор, в конечном счете, обуславливает исходы лечения больных. Подход к выбору метода остеосинтеза переломов лодыжек формируется на основе существующей парадигмы и определяет аргументы, которые принимаются во внимание хирургом при предоперационном планировании.

**Целью работы:** является анализ подходов к выбору метода остеосинтеза переломов лодыжек.

**Материалы и методы.** В работе проведен сравнительный анализ выбора метода остеосинтеза у 24 пациентов с переломами лодыжек. Он базировался на основополагающих принципах АО. Согласно этим принципам металлофиксатор должен располагаться таким образом, что бы при минимальной инвазии создавать оптимальную степень стабильности в зоне повреждения. Для этого он должен располагаться таким образом, чтобы создаваемые им усилия эффективно противодействовали вектору максимальной дестабилизирующей силы. В своей работе распределение больных по степени тяжести повреждения стабилизирующих структур голеностопного сустава вели с учетом двух классификаций: классификации АО-ASIF и классификации Lange-Hausen. Анализировался подбор и размещение металлоконструкции в зоне голеностопного сустава исходя из двух подходов к предоперационному планированию.

Первый подход отражает существующую в практическом здравоохранении парадигму, в основе которой лежит стремление к восстановлению костных структур голеностопного сустава и дистального межберцового синдесмоза. Он опирается на классификацию АО-ASIF и основывается на принципе технической доступности. Второй подход учитывает патомеханогенез травмы и базируется на принципе индивидуального подбора и размещения металлоконструкции. Концептуальные основы формирования этого подхода обосновываются пониманием того, что для успеха лечения необходимо восстановление биомеханики голеностопного сустава. Для учета степени повреждения голеностопного сустава использовалась классификация Lange-Hausen.

**Результаты и их обсуждения.** В работе показано, что при применении традиционного подхода неуспех оперативного лечения больных с переломами лодыжек связан с недоучетом степени повреждения стабилизирующих структур голеностопного сустава. Это ведет к неправильному подбору и размещению металлоконструкции. В последующем закономерно появляется нестабильность в регионе голеностопного сустава. Она обуславливает прелом или миграцию металлоконструкции и образование несостоятельности сумочно-связочного аппарата, что препятствует восстановлению биомеханики этого региона.

Основной проблемой при оценке тяжести повреждения стабилизирующих структур голеностопного сустава является проблема диагностики степени повреждения его сумочно-

связочного аппарата при применении общепринятых методов диагностики, таких как клиническое обследование и полипозиционная рентгенография. Так при сравнении таблиц распределения пострадавших можно обнаружить что отнесение больного к категории В<sub>2</sub> по классификации АО-ASIF не полностью отражает степени повреждения мягкотканых стабилизирующих структур голеностопного сустава. В эту группу могут попасть пострадавшие с повреждением SL II и пострадавшие с повреждением PA III по классификации Lange-Hausen. При повреждении SL II может происходить повреждение передней большеберцово-малоберцовой связки с частичным повреждением дистального межберцового синдесмоза. Задние отделы капсулы сустава или задняя связка остается интактной. В то же время, при повреждении PA III происходит разрыв передней и задней большеберцово-малоберцовой связки с возможным разрывом дельтовидной связки и частичным повреждением дистального межберцового синдесмоза. Повреждение PA III приводит к более выраженному повреждению мягкотканых стабилизирующих структур голеностопного сустава и требует более надежной фиксации. Становится ясным, что учет патомеханогенеза травмы необходим для правильной оценки степени повреждения мягкотканых стабилизирующих структур голеностопного сустава. Это поможет хирургу в предоперационном планировании с выбором металлоконструкции и методом её расположения в зоне голеностопного сустава.

**Выводы.** Подход к выбору метода остеосинтеза переломов лодыжек должен учитывать патомеханогенез травмы и базироваться на оценке характера и степени повреждения мягкотканых стабилизирующих структур голеностопного сустава. Расположение и характер фиксатора должен быть подобран с учетом измененной биомеханики голеностопного сустава индивидуально для каждого пациента.

**УДК: 617753070535**

*Петруня О.М., Артеменко Ю. Е., Баграй А. Е.,  
Скобук И. А., Терехова Ю. П.*

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ, ВЫЯВЛЕННЫХ АНОМАЛИЙ РЕФРАКЦИИ У ДЕТЕЙ  
РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОШЕДШИХ ДВА УГЛУБЛЕННЫХ  
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ПО МЕТОДИКЕ В.П. БАЗАРНОГО**

**Научный руководитель к. мед. наук, доцент Петруня О. М.**

Кафедра офтальмологии, оториноларингологии и урологии  
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет  
имени Святителя Луки»

**Актуальность.** Главным ресурсом любой страны, одним из гарантов ее национальной безопасности является образование как основа полноценного развития личности. Изменения в мире вызвали необходимость разработки новых подходов в системе обучения и воспитания, внедрение новых государственных стандартов. Но существует проблема: большинство детей сегодня рождается уже с ослабленными жизненными силами, большим количеством скрытой патологии. С возрастом из-за малоподвижного образа

жизни, не соблюдения правил гигиены состояния их здоровья усугубляется, в частности появляется зрительное утомление и, как следствие этого, снижение зрения. Самая тяжелая инвалидизирующая патология со стороны органа зрения начинается именно в школе. Нарушение остроты зрения, по данным литературы, среди школьников в ряде классов составляет 30-40%. Поэтому важными задачами на сегодняшнем этапе являются выявление причин, приводящих к снижению зрения, их профилактика, лечение уже имеющейся патологии. Чаще всего к снижению зрения в раннем школьном возрасте, в частности развитие «спазмов аккомодации» и прогрессирующей близорукости, приводит скрытая патология. К скрытой патологии относится гиперметропия, которая долгое время может не проявлять себя и диагностироваться только при углубленных специализированных офтальмологических осмотрах.

**Цель работы:** проанализировать результаты выявленных аномалий рефракции у детей младшего школьного возраста.

**Материалы и методы.** В период с апреля по ноябрь 2018 года, по плану было проведено углубленное офтальмологическое обследование детей, принимавших участие в осмотрах по методике В.Ф. Базарного. Обследования проводились на базе частного офтальмологического центра «Офтальмак», который является клинической базой кафедры офтальмологии ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Святителя Луки». Все дети на осмотр были приглашены с родителями, с которыми обсуждались все вопросы углубленного обследования, в частности, короткая циклоплегия. Обследование было проведено с учащимися первых классов СШ№17 и СШ№30. Всего было осмотрено 115 человек (СШ№17-63 ребенка, СШ№30- 52) Из них мальчиков – 57, девочек- 58.

Всем детям были проведены следующие обследования: визометрия с помощью фороптера Huvitz CRT 4000, авторефрактометрия с помощью авторефрактометра Huvitz HRT 7000, короткая циклоплегия препаратом Циклоптик 1% раствор однократно в оба глаза с повторным осмотром через пол-часа, повторная авторефрактометрия на циклоплегии, визометрия, определение характера зрения, коррекция с помощью набора пробных стекол. При необходимости обследование дополнялось определением ПЗО (передне-задний размер глаза) аппаратом Ultrascan, Alcon или В-сканирование аппаратом OcuScan, Alcon.

На основании проведенных обследований выявлены следующие результаты: детей без патологии при первичном осмотре – в СШ№17 – 24(38%) ребенка, при повторном – 17(27%) детей, что в 1,4 раза меньше; СШ№30 при первичном осмотре – 33(63%) ребенка, при повторном 26(50%), что в 1,7 раза меньше.

Скрытая гиперметропия выявлена при первичном осмотре СШ №17 у 25(39%) детей, СШ№30 – 6(12%) детей. Для профилактики зрительного напряжения всем этим детям были предложен режим зрительной нагрузки или очковая коррекция. При повторном осмотре отмечено, что дети, которые соблюдали рекомендации, не жаловались на зрительное утомление, и острота зрения их не менялась.

Гиперметропия была выявлена СШ№17 -7(11%) случаях, СШ№30 – 6(12%). Всем детям рекомендованы очки для профилактики зрительного напряжения. При повторном осмотре не было выявлено отрицательной динамики по остроте зрения у детей, которые проводили профилактику зрительного напряжения. У тех детей, которые не носили очки, накопился спазм аккомодации. Спазм аккомодации выявлен при первичном осмотре СШ№17- 6(9%), при повторном обследовании –9(14%), что показало увеличение количество спазмов в 1,5 раза. СШ№30 при первичном обследовании – 6(11%), при вторичном обследовании - 9(17%), таким образом увеличение количество спазмов оказалось в 1,5 раза.

Миопия выявлена при первичном осмотре СШ№17 – 2(3%), при повторном 4(6%), что в 2 раза больше. СШ№30 при первичном осмотре -4(7%), при повторном обследовании 16(30%), что в 4 раза больше чем при первичном осмотре.

Особой разницы между развитием патологии у мальчиков и девочек нами выявлено не было.

**Выводы.** На основании проведенных двух углубленных офтальмологических исследований мы пришли к выводу, что у 31 ребенка имеется скрытая гиперметропия, которая является риском развития спазма аккомодации. В том случае, когда родители соглашались на профилактические мероприятия, в частности, ношение очков для профилактики зрительного напряжения, спазм аккомодации не наступал, что подтверждают данные повторного обследования. В тех случаях, когда спазм аккомодации был пропущен, начинала развиваться близорукость, которая требует тщательного наблюдения и постоянного курса лечения. Тем детям со спазмами аккомодации и уже имеющейся миопией, которые нуждались в лечении, были предложены курсы специализированного ортоптического лечения на базе нашего центра. Проведена огромная работа с родителями по разъяснению рисков снижения зрения у детей и необходимости своевременной профилактики и лечения. Мы будем систематически проводить осмотры детей с целью своевременного выявления снижения зрения и проведения необходимых мероприятий по сохранению зрения.

**УДК 339.13:615.2:616.314.17-008.1-08**

***Передерий Е. А., Передерий С. В.***

**АНАЛИЗ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ  
ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

***Научный руководитель к. фарм. н., доц. Передерий Е. А.***

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя*

*Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** Воспалительные заболевания пародонта являются одной из наиболее актуальных проблем в стоматологии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболевания пародонта в различных регионах встречаются: от 55,0 до 99,0 % в возрастной группе от 15 до 20 лет, а в группе в возрасте от 35 до 44 лет этот показатель варьирует от 65,0 до 98,0 %.

В связи с устойчивостью организма ко многим антибиотикам всё больший интерес приобретают препараты из других групп антимикробных средств, при этом особое значение приобретают растительные субстанции.

**Цель:** провести анализ состояния современного фармацевтического рынка стоматологических препаратов для лечения заболеваний пародонта.

**Материалы и методы.** Объектом исследования является Государственный реестр лекарственных препаратов на территории Российской Федерации и справочник Видаль. В работе использован статистический метод исследования.

**Результаты и их обсуждение.** Для оценки ситуации на рынке стоматологических препаратов были проведены маркетинговые исследования ассортимента. Установлено, что по данным справочника Видаль доля стоматологических занимает – 1,6 %.

Препараты встречаются в следующих лекарственных формах: гели, пасты, спреи и аэрозоли, растворы и жидкости, пастилки и таблетки, а также суппозитории.

Наибольшее количество лекарственных препаратов представлены в твердой форме (пастилки, таблетки, порошки и лиофилизат для приготовления суспензий для внутреннего применения) занимают 43 %. Далее препараты в жидкой форме (растворы для местного и наружного применения, настойки) – 22,5%, в спреях и аэрозолях (12,5 %). Затем представлены перспективные для нанесения активных веществ мягкие лекарственные формы в виде паст, гелей и мази, при этом удельный вес перечисленных лекарственных форм составляет не более 10 % от общего числа представленных стоматологических препаратов. На последнем месте суппозитории – 0,8 %.

Согласно анализу стран-производителей лекарственных препаратов данной группы, представлены следующие государства: Россия, Индия, Польша, Латвия, Германия, Турция, Италия, Испания, Швейцария, Великобритания, Чешская Республики, Израиль, Украина, Македония, Босния и Герцеговина, Нидерланды, Словения, Франция.

Выявлено, что отечественная продукция составляет порядка 40 % от общего числа стоматологических препаратов.

Также следует отметить, что анализируя список активных веществ под международным непатентованным наименованием можно сделать вывод, что в качестве активных субстанций используют как субстанции синтетического, так и растительного происхождения (46% и 54 %). Лекарственные препараты на растительной основе оказывают мягкое терапевтическое действие, малотоксичны и не противопоказаны для длительного применения.

Анализируя данные реестра лекарственных средств России и справочника лекарственных средств Видаль, нас заинтересовала нозологическая группа K00-K14 - Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей в которую входит K05 «Гингивит и болезни пародонта», и относящие к ней подгруппы K.05.2 «Острый пародонтит» и K05.3 «Хронический пародонтит» таблица 1.

| Заболевание, согласно нозологического указателя | Количество препаратов | Количество торговых названий | Количество действующих веществ | % отношение торговых названий к количеству препаратов в рамках группы | % отношение торговых названий к общему количеству торговых названий лекарственных средств |
|---|-----------------------|------------------------------|--------------------------------|---|---|
| K05 Гингивит и болезни пародонта                | 974                   | 96                           | 66                             | 9,9%  | 1,6%  |
| K05.2 Острый пародонтит                         | 84                    | 15                           | 13                             | 17,9%   | 0,3%  |

|                             |     |    |    |       |      |
|-----------------------------|-----|----|----|-------|------|
| К05.3Хронический пародонтит | 140 | 19 | 16 | 13,6% | 0,3% |
|-----------------------------|-----|----|----|-------|------|

Таблица 1

**Вывод.** Таким образом, на основании проведенного анализа рынка стоматологических препаратов, можно сделать вывод, что при имеющемся на первый взгляд большом количестве торговых названий лекарственных препаратов, используемых для лечения гингивита и болезней пародонта фактически таких препаратов не достаточно. Так как большинство из них являются дубликатами. И особенно остро встает потребность в препаратах для лечения острого и хронического пародонтита.

УДК 339.133:616-77

*Передерий Е. А., Лисовская О. Л., Семененко Л. Р.*

### **АССОРТИМЕНТ, ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА И ФОРМИРОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО СПРОСА НА ОРТЕЗНЫЕ И ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ИЗДЕЛИЯ**

*Научные руководители к-т фарм. наук, доц. Передерий Е. А., Лисовская О. Л.*

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» г. Луганск*

**Актуальность.** В связи с политическим и экономическим положением Луганской Народной Республики все еще отмечается высокий уровень миграции молодежи, большую часть населения представляют люди старшего поколения, которые зачастую нуждаются в опоре и поддержке не только родных и близких, но и поддерживающих их привычный образ жизни приспособлениях, таких как корсеты, пояса, наколенники. Нельзя забывать о тенденции остеопороза у пожилых людей, когда переломы костей верхних и нижних конечностей становятся привычной неприятностью. Для того чтобы помочь людям адаптироваться в обществе с определенными ограниченными возможностями используются ортезные системы и ортопедические изделия медицинского назначения. Ортезные системы – комплекс технических средств, которые применяются для фиксации, разгрузки, коррекции, активации функций, пациента при патологических состояниях опорно-двигательного аппарата и являются востребованными изделиями медицинского назначения в аптеках и аптечных учреждениях города Луганска.

**Цель:** определить наличие и ассортимент ортезных и ортопедических изделий в аптеках, уровень потребительского спроса и закономерности реализации ортезных систем в зависимости от сезонности.

**Материалы и методы.** Для исследования применялись следующие методы: наблюдение, опрос покупателей и сотрудников аптек, анкетирование, выявление предпочтений при выборе данных товаров. В качестве источников для написания данных материалов использовались каталоги производителей, презентации, образцы ортезных и ортопедических изделий.

**Результаты и их обсуждение.** По теоретическим данным, нам известно, что в зависимости от назначения и способа действия ортезные системы делят на такие типы:

1. Статические ортезы (пассивные шины) – жёсткие, приспособленные для придания статичной позиции. Они предназначены для придания статичной позиции. Они предназначены для создания покоя сегмента после травмы, операции или острого воспаления сустава или сухожилия путём иммобилизации конечности в определённом (чаще всего - функциональном положении).

2. Динамические и функциональные ортезы позволяют дозировать объем движения в суставе.

3. Активно-пассивные шины. Их используют при укорочении мышечно-сухожильного аппарата.

4. Активные шины (ортезы) - приводятся в действие внешними источниками силы (например - газовые баллоны или батарейки). Их используют при больших параличах мышц.

5. Биотоковые шины (ортезы), которые в движение приводятся биотоками.

По нашим наблюдениям, в аптеке есть только статические и динамические ортезы; биотоковые и активные шины, по мнению провизоров аптек, - дорогие в цене и требуют индивидуального подхода, поэтому их провизоры не заказывают. В случае такой необходимости рекомендуют обратиться на протезный завод, где изготавливают данные изделия. Следует отметить, что статические и динамические ортезы серийного производства, (изготовленные по типовым моделям, выкройкам, шаблонам или собираются из типовых модулей), в аптеках называют ортопедическими изделиями, которые имеют определенные размеры, длину, ширину. Независимо от типа ортеза, при его выборе и использовании необходимо придерживаться таких требований: польза, правильно подобранный вес, комфорт, простота, эстетичность, доступность для больного - как по срокам изготовления, так и по цене, правильно определенный срок ношения ортеза.

**Выводы.** Ортезные системы и ортопедические изделия на фармацевтическом рынке представлены в очень скудном ассортименте, одна из причин – это индивидуальный подбор размера ортезного изделия, в связи с чем, сохраняется длительный срок ожидания заказа на протезном заводе. Закономерность реализации ортезных систем в зависимости от сезонности подтвердилась, в период зимнего снегопада и гололеда (декабрь - январь) продажа повязок фиксационных, эластичных и гипсовых бинтов увеличилась.

**УДК 616.281-007.43: 616-06-089**

*Василенко К. Е.*

## **АУТОДЕРМАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ПОЯСНИЧНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ**

*Научный руководитель кандидат мед. наук, доцент Брежнев В. П.*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя  
Луки»*

**Актуальность.** Поясничные послеоперационные грыжи возникают у больных, перенесших операцию на органах мочевыделительной системы из люмботомического доступа. Он характеризуется значительной травматичностью. При нем происходит пересечение не только мышечно-апоневротических структур, но и нервов. Это способствует развитию морфо-функциональной недостаточности этой области и создает условия для грыжеобразования. Кроме того, возникает приобретенная нейропатия боковой стенки, она становится причиной формирования нейропатических грыж, для которых характерно пролабирование всей боковой стенки.

**Цель работы:** Улучшить результаты лечения больных с поясничными послеоперационными грыжами путем использования эффективных способов аутодермальной герниопластики.

**Материалы и методы.** Нами разработан дифференцированный подход в лечении поясничных послеоперационных вентральных грыж. Он был применен у 26 грыженосителей, которые ранее были оперированы на органах забрюшинного пространства по поводу урологической патологии. Большинство больных 20 (76,9%) составили женщины. Возраст больных колебался от 49 до 70 лет. Правосторонняя локализация выявлена у 19 (73,1%) больных, левосторонняя у 7 (26,9%) больных. Все грыжи локализовались в пояснично-боковой области. Вправимая грыжа выявлена у 20 (76,9%) больных, у 6 (23,1%) больных - невправимая. Рецидивная грыжа отмечена у 7 (26,9%) больных. Из них ранее у 5 пациентов герниопластика произведена местными тканями, у 2-х применялась полипропиленовая сетка.

Состояние мышечно-апоневротических структур брюшной стенки оценивали комплексно, с использованием дополнительных методов исследования (УЗИ, КТ, термография). На основании комплекса полученных данных определяли степень атрофических процессов боковой стенки живота. Истинная послеоперационная боковая грыжа выявлена у 23 (88,5%) пациентов, невропатическая грыжа выявлена у 3 (11,5%) больных.

Из сопутствующих заболеваний: преобладали пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы - 21 (80,7%). Грыжевые дефекты средних и больших размеров отмечены у 18 (69,2%), гигантских - у 8 (30,8%) больных.

**Результаты и их обсуждение.** Для ликвидации послеоперационных дефектов пояснично-боковой стенки живота нами разработаны способы аутодермальной герниопластики. Они позволяют восстанавливать боковую стенку живота и ликвидировать асимметрию живота. Аутодермальный трансплантат укладывали и фиксировали в пространство между брюшиной и мышцами боковой стенки живота - от нижнего края реберной дуги до гребня подвздошной кости; от спигелевой линии до продольных мышц спины и поясничных мышц. Фиксацию выполняли полипропиленовой нитью узловыми швами. Края грыжевых ворот сшивали в трех вариантах. При удовлетворительном состоянии мышечно-апоневротических структур, они сшивались край в край. В случаях выраженной нейропатии, атрофичности и дряблости мышц, дополняли пластику дубликатурным способом. При несближаемых грыжевых дефектах производили шнурование истинных грыжевых ворот аутодермальной полоской.

Результаты хирургического лечения изучены у всех 26 больных. Оценка производилась путем анкетирования, клинического осмотра, а также с использованием ультразвукового исследования. В сроки от 6 месяцев до 5 лет не выявлено ни одного рецидива грыжи.

**Выводы.** Таким образом, использование аутодермальной герниопластики является одним из эффективных методов в лечении послеоперационных поясничных грыж.

**УДК: 618.2-055.25**

*Жилкина Л. В., Богданова Е. О., Зинзикова А. Р.*

## **БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*Научный руководитель к.м.н., доцент Гордиенко Елена Валентиновна*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г.Луганск*

**Актуальность.** За последние годы в мировой научной литературе все чаще можно встретить сообщения о беременности и родах у женщин старше 35 лет.

По данным литературы среди социальных причин роста числа беременностей позднего репродуктивного возраста ведущими являются: взросление старших детей (56%), достижение необходимого карьерного уровня и финансового положения (28%), развитие ВРТ (10%).

Поздняя беременность стала мультипрофессиональной проблемой т.к. с ее последствиями в практике сталкиваются не только акушеры-гинекологи, но и перинатальные психологи, педиатры, неонатологи и другие специалисты.

В первую очередь стоит акцентировать внимание на возрастных изменениях в органах женской репродуктивной системы. Известно, что после 40 лет яичник превращается в орган, богатый стромальными элементами и характеризующийся развитием в нем регрессивных процессов. У женщин старше 35 лет в конце беременности показатели эстрадиола значительно ниже, чем у женщин оптимального репродуктивного возраста. Установлено, что в активную фазу родов в миометрии число рецепторов к прогестерону у женщин также ниже.

Ослабление рецепторного аппарата и структурные изменения миометрия у пациенток старше 35–40 лет доказывают правомочность понятия «возраст матки». Ткани женского организма становятся менее эластичными, не позволяют добиться полного открытия родового канала, в частности шейки матки.

У женщин позднего репродуктивного периода способность к зачатию в 2–3 раза ниже, а риск прерывания беременности в 4–7 раз выше по сравнению с женщинами оптимального репродуктивного возраста. Так же следует заметить, что у женщин старшего репродуктивного возраста увеличивается число гинекологических и экстрагенитальных патологий, что бесспорно оставляет негативный отпечаток на возможность зачатия и особенности течения гестации.

Особый аспект «поздней беременности» – частые генетические аномалии плода. Считается, что накопление хромосомно-аномальных яйцеклеток может быть связано с их «перезреванием», обусловленным задержкой овуляции.

Учитывая разноречивые данные об особенностях течения беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста, поиск наиболее эффективных методов ведения беременных старше 35 лет имеет большое практическое значение в снижении частоты

осложнений, перинатальной и материнской заболеваемости и смертности чему и посвящено настоящее исследование.

**Цель:** Изучить особенности репродуктивного анамнеза, частоту соматической и гинекологической патологии и уточнить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин позднего репродуктивного возраста, и физического развития рожденных ими детей.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное аналитическое сравнительное исследование

В основную группу включено 60 женщин ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА:

30 – роды через естественные родовые пути

30 – родоразрешены операцией кесарева сечения

Контрольную группу составили 60 женщин ОПТИМАЛЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА:

30 – роды через естественные родовые пути

30 – операция кесарева сечения

**Результаты и их обсуждения.** Операцией кесарева сечения родоразрешено 185 рожениц, из них доля женщин позднего репродуктивного возраста составила 49 человек – 26,5%. Родоразрешение проведено в сроках  $39 \pm 1$  недели в обеих группах.

При анализе менструальной функции выявлено наличие нарушений менструального цикла в основной группе встречается в 2 раза чаще, чем в контроле. Возрастные изменения яичников и нерегулярный менструальный цикл, предшествующие менопаузе, оказывают свое действие на репродуктивную функцию уже после 35 лет. К основной особенности относится изменение функции гонад. Средняя масса яичников начинает уменьшаться после 30. В поздний репродуктивный период у женщин чаще возникают гормонально-зависимые заболевания органов малого таза (миома матки, гиперпластические процессы эндометрия).

Нами обнаружена определенная связь перенесенной гинекологической патологии и возрастом полового дебюта. Так, в основной группе возраст полового дебюта составил  $17 \pm 1.5$  года, в контроле  $15 \pm 0.5$  года. При этом среди перенесенных гинекологических заболеваний в основной группе отмечены вторичное бесплодие гормонально-воспалительного генеза 23% (7 человек) и лейомиома матки 30%(9). Тогда как в контроле 83,3% (25 пациенток) имели хронические воспалительные заболевания в виде аднексита, кольпита. Более раннее начало половой жизни привело к двукратному росту воспалительных заболеваний женских половых органов, обусловило развитие экстрагенитальной патологии: хронического пиелонефрита у 30% (9 человек) контрольной группы, этиологически связанного с уреоплазмозом у половины из них. Соматический анамнез женщин основной группы осложнен сосудистыми нарушениями, варикозным вен расширением нижних конечностей и ожирением –II степени у 50%.

Настоящая беременность у каждой второй беременной одинаково часто имела осложненное течение. Но при этом у женщин основной группы наиболее часто отмечена угроза невынашивания – у 14 – 46,7%, преэклампсия сочетанная на фоне сосудистых экстрагенитальных нарушений – 9 случаев (30%), тогда как в контроле наиболее часто выявлялась патология плацентации – низкая плацентация, фето-плацентарная дисфункция – нарушения - у 26 человек (86,7%)! По нашему разумению, эти осложнения связаны с наличием урогенитальной хронической, вялотекущей инфекцией. Согласно протокола ведения женщин позднего репродуктивного периода в условиях женской консультации, у 6 из них в 20% случаев проведен амниоцентез, в 100% пороков развития плода не

наблюдалось.

В основной группе родилось у женщин в позднем репродуктивном периоде в 2 раза больше девочек, в контроле – в 2 раза больше мальчиков. Средний вес детей приблизительно одинаков. Состояние новорожденных по шкале Апгар на 1 и 5 минуте составило: 8 – 8,6 баллов, в контроле: 8 -8,5 балла. У женщин позднего репродуктивного периода в 16,7% случаев проведена стерилизация.

Анализ исхода родов через естественные родовые пути: средний возраст женщин основной группы составил  $38 \pm 1,2$ , в контроле  $22 \pm 1,7$ . Первородящих женщин позднего репродуктивного возраста в 4 раза меньше, чем повторнородящих (20% и 80% соответственно). Половой дебют состоялся в основной группе в возрасте  $19 \pm 1,2$  года, в контроле в  $16 \pm 0,9$  г. Осложнения в акушерском анамнезе в 2 раза чаще имели место у женщин основной группы (аборты искусственные, самопроизвольные) – 74% против 40%. В гинекологическом и соматическом анамнезе выявлена та же, что и у прооперированных закономерность: частота воспалительных заболеваний в 2 раза выше у женщин контрольной группы, тогда как в основной чаще имело место гормонозависимые заболевания – миома матки, вторичное бесплодие. Эндоскопические вмешательства по поводу вторичного бесплодия проводились у 33,3 % (10 пациенток).

Течение беременности осложнялось угрозой прерывания в 2 раза чаще у женщин основной группы 50% против 25% в контроле. Общая продолжительность родов у женщин позднего репродуктивного периода была на 1 час 40 мин дольше. Осложнения в 3 периоде родов были только в группе основной – в 4 случаях 13,3% ручное отделение и выделение последа. Ручной контроль полости матки. Чем объясняется и средняя кровопотеря в 3 родах, которая составила 0,35% в контроле против 0,55% - в основной группе.

**Выводы.** 1) Особенности течения беременности у женщин позднего репродуктивного возраста являются наличие невынашивания в виде угрозы прерывания в ранние и поздние сроки беременности – 50%, тогда как у женщин оптимального репродуктивного возраста - низкая плацентация в 30% случаев и фето-плацентарная дисфункция – недостаточность в 40%.

2) Закономерные осложнения в течение беременности мы связали с более ранним половым дебютом у женщин оптимального репродуктивного возраста – на 2 года раньше. Влияние на течение беременности несомненно оказывает особенности гинекологического анамнеза: имели хронические воспалительные заболевания в виде аднексита, кольпита, у половины из них – сочетанная воспалительная нозология. Более раннее начало половой жизни поколения оптимального репродуктивного возраста привело к двухкратному росту воспалительных заболеваний женских половых органов, обусловило развитие хронического пиелонефрита у 30% (9 человек) контрольной группы, этиологически связанного с уреаплазмозом у половины из них.

3) При выборе метода родоразрешения, чаще проводится оперативное родоразрешение у женщин позднего репродуктивного возраста.

4) Состояние новорожденных в родах через естественные родовые пути в позднем репродуктивном периоде нарушено, на 0,4 балла по шкале Апгар ниже и составляет 7,6 баллов. Осложнения в третьем периоде родов, патологическая кровопотеря имеют место в 13,3% случаев.

**БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРОТИВ СИНТЕТИЧЕСКИХ  
ПРЕПАРАТОВ: ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ КРОВЕТВОРЕНИЯ И  
ГЕМОСТАЗА**

*Научные руководители к-т фарм. наук, доц. Передерий Е. А., ассист. Стрельченко  
Н. Н.*

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации  
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»,  
г. Луганск*

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всем мире: ежегодно по этой причине умирает большое количество людей, что не сравнится с другими заболеваниями. В частности, число сердечно-сосудистых заболеваний в Луганской Народной Республике возросло. Широкая распространенность связана с различными факторами: высоким показателем инвалидизации, экономической нестабильностью, а также политической ситуацией. Значимость данной проблемы определяется тем, что летальность при такой патологии высока, однако прогноз может быть относительно благоприятным при условии своевременной диагностики и адекватной терапии. В связи с этим был взят ряд препаратов, влияющих на реологические свойства крови, стимулирующих эритропоэз и лейкопоэз.

**Цель:** провести сравнительную характеристику биопрепаратов и синтетических препаратов, влияющих на реологические свойства крови, стимулирующих эритропоэз и лейкопоэз. Раскрыть преимущества и недостатки всех групп препаратов. Провести анализ ассортимента данных лекарственных средств в Луганской Народной Республике.

**Материалы и методы.** Для анализа были взяты биологические и синтетические препараты, применяемые при нарушениях кроветворения и крови. Анализ проводился по таким критериям как показания к применению, побочные эффекты, цена, наличие в Луганской Народной Республике.

Показания и побочные эффекты данных препаратов были взяты из их инструкций. Цена сопоставлена со среднестатистической ценой по Луганской Народной Республике, России.

**Результаты и их обсуждения.** Была рассмотрена первая группа – стимуляторы лейкопоэза. Сравнивали лейкомакс и полудан по вышеуказанным критериям. У синтетического препарата (полудан) и биологического (лейкомакс) выявлены идентичные показания в виде лейкопении и нейтропении. Однако лейкомакс имеет более широкий спектр показаний, в сравнении с синтетическим препаратом, поэтому спрос на него будет выше. Лейкомакс имеет гораздо больше побочных эффектов, нежели полудан, в связи с этим его применение будет ограниченным у части больных с тахикардией, диспноэ, гипотензией. Оба препарата отсутствуют на рынке Луганской Народной Республики, однако, биологический препарат в 3 раза дороже синтетического на рынке России.

Вторая группа, которая была рассмотрена – антикоагулянты, среди которых сравнивали пуролазу и варфарин. Эти препараты имеют такие показания для применения как тромбозы легочной артерии, ишемический инсульт, инфаркт миокарда. Пуролаза обладает более обширными и серьезными побочными эффектами, в сравнении с варфарином. Однако основное побочное действие – кровотечение - присутствует у обоих.

Биологический препарат пуролаза доступен лишь в лечебно-профилактических учреждениях, в отличие от синтетического лекарственного средства – варфарина. Варфарин является дешевым антикоагулянтом, по сравнению с пуролазой (если брать в пример рынок России).

Третья группа, которая была взята – гемостатические препараты. Анализировали фактор свертывания крови VIII и викасол. Оба препарата обладают разными спектрами действия, они направлены на устранения дефицита витамина К. Фактор свертывания крови VIII и викасол имеют, как одинаковые нежелательные эффекты – артериальная гипертензия, аллергические реакции, так и разные. Вследствие трудностей технологии производства биологического препарата, его цена в десятки раз выше, чем синтетического лекарственного средства. Поэтому викасол более распространенный препарат, в том числе и на рынке Луганской Народной Республики.

Заключительной группой анализа явились стимуляторы эритропоэза, из которой сравнивались эритропоэтин и феррум лек. Эти препараты имеют узконаправленные показания, что отличает их друг от друга. Из-за простого синтеза феррум лек более распространен на фармацевтическом рынке России и Луганской Народной Республики, в отличие от эритропоэтина, который доступен только в России. Так же на это влияет цена – препараты железа в несколько раз дешевле биологических стимуляторов эритропоэза.

**Выводы.** Препараты данных групп, широко распространены на территории России, однако в Луганской Народной Республике доступна лишь часть препаратов, в большей мере синтетических. Это связано с дороговизной и малой платежеспособностью населения.

Биопрепараты в связи со своим происхождением, имеют более выраженные побочные эффекты. Из-за малых затрат производства синтетических препаратов и малых количеств побочных действий, они более распространены на фармацевтическом рынке России и Луганской Народной Республики. Нельзя выделить важность биологических или синтетических препаратов, так как целесообразно часть препаратов из этих групп применять и назначать в комбинациях.

**УДК 616.5:616.9**

***Кузьмичева А.Г., Радионов В.Г., Шатилов А.В.***

**БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН**

***Научный руководитель к.м.н, доцент Шварева Т.И.***

***Кафедра дерматовенерологии, психиатрии и наркологии***

***ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г.***

***Луганск***

**Актуальность.** Каждый день человек подвергается множеству различных факторов, наносящих вред его организму. Внешние покровы защищают человека от пагубного воздействия отрицательных факторов. Основным барьером на пути проникновения возбудителей инфекционных заболеваний является кожа и слизистые оболочки. Однако стоит помнить о том, что травматизация кожных покровов снижает ее защитную функцию.

Укусы и царапины кошек, которые были носителями бартонел, могут вызывать локальные поражения кожных покровов и поражение регионарных лимфатических узлов.

**Цель:** ознакомить врачей дерматологов, инфекционистов, студентов медицинских вузов с данной болезнью и ее течением.

**Результаты и их обсуждение.** *Болезнь кошачьих царапин* (син.: лимфоретикулез доброкачественный) – это инфекционное заболевание, которое возникает вследствие повреждения кожных покровов кошкой и влечет за собой патологические изменения в зоне первоначального повреждения с дальнейшим развитием регионарного лимфаденита. Возбудитель заболевания - *Bartonella henselae*. **Клиника.** Инкубационный период БКЦ длится от 3 до 20 суток. В зависимости от клинических проявлений заболевания БКЦ делят на две формы: типичная (встречается в 90% случаев) и атипичная. Типичная форма проявляется в появлении первичного аффекта и регионарного лимфаденита. Небольшая болезненная папула, размером от 2 до 5 мм в диаметре, с ободком гиперемии кожи, возникает на месте зашившей ранки. Впоследствии папула превращается в везикулу, которая может перейти в язвочку, и покрывается сухой коркой. Приблизительно через 15-30 суток после заражения развивается гнойное воспаление лимфатических узлов в области травматизации кожных покровов. Воспаленные лимфатические узлы достигают 3-5 см; они становятся плотными и подвижными. Через месяц и более образуется густой гной с появлением застойной гиперемии с последующим формированием свища, из которого будет выделяться содержимое воспаленного лимфатического узла; при заживлении формируется рубец. Атипичная форма БКЦ включает в себя: глазные формы, поражение ЦНС, поражение органов, проявление болезни кошачьих царапин у ВИЧ-инфицированных. При попадании на конъюнктиву глаза слюны кошки, которая является носителем бартонел, возможно развитие глазных форм заболевания. Наблюдается покраснение и отечность конъюнктивы глаза, которые могут сохраняться до двух недель, а так же увеличение и нагноение околоушных или поднижнечелюстных лимфатических узлов. Поражение центральной нервной системы появляется через 1-6 недель после лимфаденопатии в виде энцефалопатии, полиневрита, радикулита, кратковременного нарушения сознания. Данная форма может развиваться на фоне типичного проявления болезни кошачьих царапин и являться ее осложнением. На фоне болезни кошачьих царапин, с ее атипичной формой проявления, могут наблюдаться изменения и в других органах и системах: миокардит, первичная атипичная пневмония, поражение селезенки и печени. У пациентов с иммунологической недостаточностью болезнь кошачьих царапин имеет не локализованный характер, а распространяется по всему организму. В начальных периодах болезни, наблюдается общее недомогание, снижение массы тела, повышенная утомляемость, а так же головные боли. Для пациентов с нарушением иммунного ответа характерно избыточное разрастание кровеносных сосудов и появление подкожных кровавых подтеков, а так же множественное поражение лимфатических узлов, внутренних органов и кожных покровов.

**Выводы.** Болезнь кошачьих царапин редкое заболевание, которое не зависит от климатических факторов и географии. В большинстве случаев данное заболевание характеризуется типичной формой проявления и не вызывает затруднения в постановке диагноза и лечения у врачей. Атипичная форма проявления доброкачественного лимфоретикулеза встречается крайне редко. Ее развитие может приводить к патологическим нарушениям в системах и органах живого организма.

**Резюме:** В данной работе представлена информация о знании студентов ЛГМУ о вирусных пневмониях и о возможных исходах пневмонии.

**Актуальность.** Грипп ежегодно является причиной 36000 смертельных исходов и около 200000 госпитализаций в стационар в развитых странах таких как США, Канада и т.д..

Одним из наиболее опасных осложнений гриппа является развитие вирусных пневмоний и острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).

Частота возникновения вирусных пневмоний тесно связана с эпидемиологическими вспышками вирусных инфекций таких как вирус кори, вирус гриппа А/Н1N1, вирус Эпштейн-Барра, парагрипп, рино вирусы, пикорна вирусы, вирус ветряной оспы и др.. Их подъем обычно приходится на осенне-зимний период.

К числу лиц, имеющих повышенный риск заболеваемости вирусной пневмонией, относятся дети раннего возраста, пациенты старше 65 лет, лица с ослабленным иммунитетом, сердечно-легочной патологией (пороками сердца, тяжелой артериальной гипертензией, ИБС, хроническим бронхитом, бронхиальной астмой, эмфиземой легких) и другими сопутствующими хроническими заболеваниями.

#### **Цель и задачи исследования.**

Изучить причины возникновения пневмонии, методы профилактики, возможные исходы, а так же провели анализ знаний студентов ЛГМУ 1-3 курса и пациентов хирургического отделения ГУ Луганского республиканского противотуберкулезного диспансера о вирусных пневмониях.

**Материалы и методы.** В анкетировании приняли участие 50 человек, из них 30 студентов 1 – 3 курса ГУ «ЛГМУ» им. Святителя Луки и 20 пациентов хирургического отделения ГУ Луганского республиканского

Тестирование проходило 24 мужчины и 26 женщины, разного возрастного периода :18 – 28 лет – 32 человека ; 29 – 38 лет – 5 человек; 39 – 48 лет – 5 человек; 49 – 59 лет – 8 человек.

Были предложены следующие результаты:

На вопрос «Часто ли Вы болеете ОРВИ (или другими респираторными заболеваниями)» были предложены ответы «да» и «нет». «Да» ответило 10% студентов и 14% больных, «НЕТ» ответило 43% суденты и 33 больные.

На вопрос «Занимаетесь ли Вы самолечением ОРВИ или пневмонии». Ответ «ДА» дали - 25% студенты 25% больные, НЕТ – 19 % студенты и 33% больные.

На вопрос « Часто ли вы обращаетесь к врачу при заболеваниях ОРВИ» были даны ответы «ДА, часто» - 8% студентов и 4% больных и «Нет, редко» - 38% студентов и 50% больных.

«Знаете ли вы о последствиях пневмонии» нам ответили «Знаю» - 19% студенты и 19% больные, «Частично знаю» - 2% студентов и 12 больных и «Не знаю» - 48%

больных. Это свидетельствует о том, что знания о последствиях пневмонии достаточно на низком уровне.

На вопрос «Знаете ли Вы что такое пневмония» 69% студентов и 25% больных ответили положительно, и только 6% из всех опрошенных ответили что не знают.

О причинах развития пневмонии знают только 75% опрошенных.

Большинство опрошенных знают о симптомах пневмонии – 74%, но только 3% перечисли их, 23% не знают о симптомах пневмонии.

Также был задан вопрос «Курите ли Вы? И по сколько сигарет в день? Сколько лет Вы курите?». 60% опрошенных ответили, что не курят, 40% оказались курильщиками. Стаж людей, которые курят составил

- От 3 до 10 лет – 60%;
- От 11 до 20 лет – 20%;
- От 21 до 30 лет – 20%.

Из всех опрошенных студентов и больных за период ноябрь-февраль 2018-2019 заболевание ОРВИ имело 30% опрошенных студентов и 37% опрошенных пациентов.

#### **Вывод:**

1. Частота заболеваемости ОРВИ и другими простудными заболеваниями достаточно не высокая.
2. Самолечением занимается в среднем 50% опрошенных.
3. Большинство опрошенных не обращаются к врачу в случае появления признаков простуды.
4. Знания о причинах развития пневмонии и что такое пневмония достаточно на высоком уровне.
5. Опрошенных которые курят гораздо меньше чем, тех которые не курят.

Среди опрошенных количество имеющих вредную привычку – курение составило 40% и заболеваемость ОРВИ у них значительно выше на периода ноябрь-февраль 2018-2019.

В дальнейшем наша работа будет продолжена, и будут предложены методы профилактики и просвещение этой темой населения.

В заключение хочется сказать, что своевременное обращение к врачу и выявление пневмонии с последующим лечением способно спасти жизнь человека.

**УДК 615.32+615.356]:616-05(477.61)**

***Передерий Е. А., Каштанова М. А., Конюхова А. А., Белянская Ю. В.***

## **ВИТАМИНЫ И АДАПТОГЕНЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОПУЛЯРНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

***Научные руководители к. фарм. н., доц. Передерий Е. А., ассист. Каштанова М. А.***

***Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации***

***ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»,***

***г.Луганск***

**Актуальность.** В осенне-весенний период люди разных возрастных групп страдают синдромом хронической усталости, снижается физическая работоспособность, адаптационные возможности организма, общий тонус, иммунитет. И так как в Луганской Народной Республике остро стоит вопрос нехватки кадров среди врачей, люди все чаще обращаются непосредственно в аптеку, с просьбой предоставить им препараты, которые смогут поддержать организм, ослабленный неблагоприятными факторами. Провизор находится перед выбором: предложить хорошо известные поливитамины (благодаря широкой рекламе в средствах массовой информации) или адаптогены (известные человечеству несколько тысячелетий, но потерявшие свою популярность). И особая сложность в подборе препарата состоит в том, что необходимо учитывать индивидуальную непереносимость веществ, входящих в лекарственный препарат, совместимость с другими препаратами, которые может применять пациент, противопоказания и так далее.

**Цель:** выявить уровень информированности людей о действии (показаниях, противопоказаниях, фармакологических и побочных эффектах), которое оказывают как витамины, так и адаптогены, а также, чему отдают предпочтение (витаминам или адаптогенам) жители Луганской Народной Республики при борьбе с повышенной утомляемостью, авитаминозами и для повышения иммунитета. Так же, с помощью опроса, мы попытались выявить эффективность применяемых препаратов (в частных случаях), по чьей рекомендации был выбран препарат.

**Материалы и методы.** Было проведено анкетирование в нескольких городах и поселках Луганской Народной Республики. Среди них: г. Краснодон и поселок Краснодон, г. Луганск, г. Красный Луч, г. Алчевск, п. Софиевка. А также дополнительно провели письменный опрос среди медицинских и фармацевтических работников этих городов. Опрос проводился среди жителей возрастной категории от 18 до 75 лет. Анкета состояла из 15 вопросов, благодаря которым, мы получили необходимую информацию.

**Результаты и их обсуждения.** По результатам анкетирования жителей мы получили следующие данные: поселки - 70% опрошенных предпочитают принимать витамины, а 30 % - отдают предпочтение адаптогенам, а в городах - 15 % людей, которые прошли анкетирование, принимают адаптогены, а 85 %-витамины. Среди всех опрошенных, 68% людей принимают либо поливитамины, либо адаптогены регулярно в осенне-весенний период. Среди врачей – 85%, предпочитают выписывать витамины. По результатам опроса фармацевтов (провизоров) мнения разошлись поровну: 50%- считает наиболее эффективными поливитамины, 50%- отдает предпочтение адаптогенам. Личное предпочтение влияет на рекомендации, которые провизоры (фармацевты) дают посетителям аптек.

**Выводы.** В ходе нашего исследования мы выявили следующую ситуацию: для борьбы с хронической усталостью, при сниженных адаптационных возможностях организма, для профилактики вирусных заболеваний население Луганской Народной Республики отдает предпочтение синтетическим поливитаминам, как среди жителей поселков, так и среди городского населения, однако, среди жителей поселков процент людей, принимающих адаптогены, выше в 2 раза, проведя более детальный опрос, мы выявили, что это связано с тем, что жители поселков больше отдают предпочтение препаратам растительного или животного происхождения, в то время как жители городов отдают предпочтение поливитаминам синтетического производства, объясняя это удобством применения. Так же выяснилось, что большая часть из опрошенных жителей городов и некоторые жители поселков даже не знают, что такое адаптогены, в тоже время все опрошенные хорошо

знакомы с несколькими представителями синтетических поливитаминов.

**УДК. 591.111:591.471.37**

**Говорова А. В., Весенко Ю. А.**

**ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА РАННИХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГЕНЕРАТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ НА РОСТОВЫЕ ПРОЦЕССЫ В СКЕЛЕТЕ**

**Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Лузин В. И., асс. Зинченко Е. В.**

*Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии*

*Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки,*

*г. Луганск*

**Актуальность.** В современной медицине все чаще прибегают к применению тканевой инженерии и клеточных технологий, не исключением стало и применение их в лечении дефектов костной ткани. Установлено, что обновление и регенерация тканей происходят при участии стволовых клеток. Мезенхимальные стволовые клетки (МСК), являются основной популяцией стволовых клеток взрослого организма. Главным источником МСК, которые принимают непосредственное участие в регенерации костной ткани являются МСК костного мозга, надкостницы и эндоста, МСК также получают из других тканей, таких как жировая, мышечная, кожа, пульпа зуба, периферическая кровь и др., но они обладают меньшей способностью к остеогенной дифференцировке. В литературе имеется большое количество работ, в которых установлено, что трансплантация МСК при лечении дефектов костной ткани запускает процессы остеогенеза и восстанавливает целостность кости. Но, несмотря на это, сведения о морфогенезе скелета при нанесении дефекта в одной из костей и внутривенном введении МСК в доступной нам литературе отсутствуют.

**Цель:** изучить темпы роста тазовых костей, XII грудного и III поясничного позвонков, у половозрелых белых крыс при нанесении дефекта в большеберцовой кости (ББК) и внутривенном введении МСК на ранних стадиях формирования костного регенерата.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на 120 самцах белых крыс массой 195–225 г, распределенных на 4 группы: 1-я группа - контрольные животные, 2-я группа - крысы, которым наносили сквозной дефект диаметром 2,2 мм в проксимальных отделах диафиза обеих ББК. В 3-й группе животным на 3-и сутки после нанесения костного дефекта внутривенно вводили, по 5 млн. МСК что соответствует 1-й стадии формирования костного регенерата (до 5-ти дней после травмы) – воспаление (Корж Н.А., Дедух Н.В. 2004), 4-я группа составила животных, которым на 10 сутки после нанесения костного дефекта внутривенно вводили, по 5 млн. МСК, соответствует 2-й стадии формирования костного регенерата (4-40 дней после травмы) - дифференцировка клеток и формирование тканеспецифических структур в области травмированной кости. Клетки костного мозга из полостей ББК взрослых животных помещали в питательную среду ИГЛА-МЕМ с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиком, культивировали 14 суток при температуре 37° в атмосфере 5% CO<sub>2</sub> в HF151UV CO<sub>2</sub>-инкубаторе со сменой среды 1 раз в неделю. Культуру фенотипировали непрямым иммуофлюоресцентным

методом с помощью специфических маркеров к МСК. Через 7, 15, 30, 60 и 90 суток после нанесения дефекта ББК животных выводили из эксперимента путем декапитации под эфирным наркозом и выделяли тазовые кости, XII грудной и III поясничные позвонки и проводили их остеометрию штангенциркулем ШЦ-1с с точностью до 0,05 мм по традиционной схеме. Полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ.

**Результаты и их обсуждение.** Нанесение дефекта на границе проксимального метафиза и диафиза ББК (группа 2) сопровождалось угнетением темпов продольного и аппозиционного роста, а также массы исследуемых костей, которое проявлялось во все сроки наблюдения. Масса ТК, в ходе наблюдения была меньше аналогичных показателей контрольной группы с 7 по 90 сутки на 5,89%, 7,28%, 8,41%, 5,86% и 5,01%. Масса XII ГП, также была меньше значений 1-й группы с 3 по 90 сутки эксперимента на 7,46%, 10,33%, 13,15%, 10,91% и 6,25% соответственно. Масса III ПП 2-й группы с 15 по 90 сутки была меньше аналогичных показателей контрольной на 9,53%, 10,77%, 7,82% и 6,30%. Максимальная длина ТК была меньше 1-й группы с 15 по 90 сутки наблюдения на 3,36%, 4,21%, 6,89% и 5,01%, а ее максимальная толщина с 30 по 90 день на 5,63%, 5,45% и 5,64% соответственно. Также мы наблюдали уменьшение высоты тела XII ГП с 7 по 90 сутки на 5,61%, 6,78%, 7,44%, 6,86% и 3,52%, и уменьшение его толщины с 30 по 90 сутки наблюдения на 5,83%, 6,62%, 7,15%. При измерении III ПП высота его тела была меньше контрольной группы на 30 и 90 сутки на 4,60% и 4,03%, ширина на 15, 30 и 60 сутки на 3,79%, 5,00% и 3,77% соответственно, а толщина была меньше контроля на 15, 30 и 90 сутки на 6,02%, 5,48% и 5,89%. Полученные нами данные соответствуют описанному в литературе и являются проявлением так называемого «синдрома перелома».

В том случае, когда подопытным животным наносили дефект ББК, а затем на третьи сутки внутривенно вводили МСК (группа 3), темпы роста и масса исследуемых костей угнетались менее значительно чем во 2-й группе. Так, масса ТК в 3-й группе была меньше значений 1-й группы на 7, 15 и 30 сутки на 7,10%, 8,16% и 3,50%, а ее максимальная толщина была меньше на 60 сутки наблюдения на 4,67%. Масса XII ГП была меньше контроля на 7 и 15 сутки на 11,70% и 8,97%, масса III ПП была меньше на 7 сутки на 10,04%. По сравнению с показателями 2-й группы в 3-й группе наблюдается восстановление массы и темпов продольного и аппозиционного роста исследуемых костей. Масса ТК была больше значений сравнения на 30 и 60 сутки на 5,35% и 6,00%, ее максимальная длина увеличилась на 15, 60 и 90 сутки на 2,26%, 7,22% и 4,38% соответственно. Масса XII ГП была больше чем во 2-й группе на 30 и 60 сутки эксперимента на 15,12% и 11,22%, высота его тела на 30 и 60 сутки - на 5,80% и 5,19%, толщина на 30, 60 и 90 сутки - на 5,31%, 8,85% и 7,69%, а ширина на 60 и 90 сутки наблюдения - на 4,09% и 6,69%. Наконец, масса III ПП превышала значения сравнения на 15 и 30 сутки на 6,01% и 10,49%, а ширина тела с 15 по 60 сутки - на 3,50%, 7,01 и 5,21%. Введение МСК на 10 сутки (4 группа) после нанесения дефекта ББК, также сопровождалось восстановлением темпов роста исследуемых костей: максимальная длина тазовой кости и ширина тела поясничного позвонка с 30 по 90 сутки были больше значений 2-й группы на 5,98%, 7,67% и 5,81% и на 7,89%, 6,52% и 3,81% соответственно, высота тела грудного позвонка и толщина тела поясничного позвонка к 30 и 60 суткам - на 5,36% и 5,63% и на 6,52% и 6,38%, а ширина и толщина тела позвонка к 60 и 90 суткам - на 7,73% и 5,80% и на 6,19% и 7,69%. Также, максимальная ширина тазовой кости к 60 суткам была больше, чем во 2-й группе, на 3,64%, а высота тела третьего поясничного позвонка к 90 суткам - на 5,08%.

**Выводы.** Нанесение дефекта на границе проксимального метафиза и диафиза ББК сопровождается замедлением темпов продольного и аппозиционного роста исследуемых костей, которое проявлялось во все сроки наблюдения и было максимально выражено к 15 и 30 суткам после нанесения дефектов. Внутривенное введение мезенхимальных стволовых клеток на 3 и 10 сутки после нанесения дефекта ББК, сопровождается восстановлением темпов роста исследуемых костей.

**УДК 57.043:577.121.9:602.9:616-003.96:616-092.19:616-092.9:616.61-003.93**

***Борщ Д. В., Чайкина Д.В., Демьяненко Е. В.***

**ВЛИЯНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА  
БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТКИ КРОВИ КРЫС ПРИ ОСТРОМ  
ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ**

***Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Бойченко П. К.***

*Кафедра медицинской химии*

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ ЕСПУБЛИКИ  
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск**

**Актуальность.** Острая иммобилизация – мощный стресс-фактор, при котором во внутренних органах изменяются биохимические показатели крови, проявляющиеся гиперферментацией, повышением уровня общего билирубина при снижении концентрации общего белка, увеличением концентрации мочевины и креатина в сыворотке крови, что приводит к дистрофическим и некротическим изменениям в клетке. Применение мезенхимальных стволовых клеток может корректировать состояние и влиять на восстановление функций тканей.

**Цель:** изучить показатели общего билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ), креатинкиназы (КК), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), креатинина, мочевины, общего белка, альбумина в сыворотке крови крыс при остром иммобилизационном стрессе после внутривенного введения мезенхимальных стволовых клеток (МСК).

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 208 самцов нелинейных белых крыс массой 200 – 250 грамм. Моделирование стресса проводилось однократной 24-часовой иммобилизацией животных в индивидуальных фиксирующих камерах. Получение клеток костного мозга осуществлялось вымыванием питательной средой полостей бедренных костей крыс, после помещалось в среду ИГЛА-МЕМ с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиками и культивировалось 14 дней в условиях CO<sub>2</sub>-инкубатора. Было выделено 3 группы животных: № 1 – интактная, № 2 – контрольная (иммобилизация без введения МСК), № 3 – экспериментальная (иммобилизация с внутривенным введением по 5x10<sup>6</sup> МСК). Декапитирование животных групп № 2 и № 3 осуществлялось на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки, после иммобилизации проводился забор крови для получения сыворотки, в которой на биохимическом анализаторе определяли содержание общего белка, альбумина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, ЛДГ, КК. Данные

обрабатывали программой «Statistica10.0» с использованием критерия Манна-Уитни. Результаты считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Зарегистрировано, что уровень общего билирубина в группах № 2 и № 3 был максимально повышен на 7 сутки, превышая интактные значения на 26,69% и 28,5% соответственно. Затем отмечалось постепенное снижение его уровня и достижение к 30 суткам интактных цифр в группе № 2, а в группе № 3 – к 14 суткам наблюдения. Было зафиксировано, что максимальное значение уровней АЛТ и АСТ в группах № 2 и № 3 было достигнуто на 3 сутки и что они превышали интактные значения для АЛТ соответственно на 129,48% и 133,5%, для АСТ – на 101,2% и 97,3%. В группах № 2 и № 3 показатели аминотрансферазы на 7 сутки оставались высокими, затем их уровень снижался, достигая к 21 суткам интактных цифр, а животных, леченных МСК, показатели были достоверно ниже значений контроля. Повышение уровней КК и ЛДГ в группах № 2 и № 3 относительно интактных значений отмечалось уже в 1 сутки исследования. С максимальной разницей на 7 (на 17,13%) и 21 сутки (на 16,14%) в группе № 3 значения КК во все сроки наблюдения были ниже контрольных. Уровни креатинина и мочевины на 3 сутки были достоверно выше интактных значений как в группе № 2, так и в группе № 3. Интактные цифры креатинина были достигнуты в группе № 2 к 30 суткам, а в группе № 3 – к 14 суткам наблюдения. Уровень мочевины к 30 суткам у крыс группы № 2 превышал интактные значения на 4,38%, в группе № 3 уже на 21 сутки достигал интактных цифр. При этом показатели группы № 3 были достоверно ниже контрольных цифр на всем протяжении исследования. Уровни общего белка и альбумина сыворотки крови животных групп № 2 и № 3 в 1 сутки снизились соответственно на 25% и 9,49% и 25,18% и 8,5% относительно группы № 1. До 7 суток уровни общего белка и альбумина в группе № 2 были низкими, в последующие сутки достоверно повышались и достигали интактных значений к 30 суткам. В группе № 3 эти показатели с 7 суток были достоверно выше контрольных значений.

**Выводы.** Острая иммобилизация непременно приводит к изменению биохимических показателей. Изменение констант крови зависит длительности постиммобилизационного периода. В эксперименте было установлено, что восстановление быстрее происходит после введения МСК, соответственно, способствовавшему более быстрому восстановлению функций организма, из этого был сделан вывод, что необходимо дальнейшее исследование использования клеточной терапии.

**УДК 616.314.13**

**Грачёва А. Т., Каралкина Д. В.**

## **ВЛИЯНИЕ СЛАДКИХ НАПИТКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА НА СОСТОЯНИЕ ЭМАЛИ ИНТАКТНЫХ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ**

**Научный руководитель: ассистент Труфанова М. С.**

*Кафедра стоматологии Государственного учреждения Луганской Народной Республики  
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность:** Одной из главнейших задач современной стоматологии является борьба с кариозной болезнью зубов. Перспективным направлением признана профилактика кариеса. Наиболее эффективными в свою очередь являются меры первичной профилактики, которые направлены на устранение кариесогенной ситуации в полости рта. Уменьшение уровня и числа кариесогенных факторов, т. е. тех, которые снижают резистентность эмали автоматически приводит к уменьшению риска развития кариеса зубов.

**Цель исследования:** Выявить влияние сладких напитков промышленного производства (соки, лимонады) на состояние поверхностных слоёв эмали интактных молочных зубов. Установить взаимосвязь между употреблением сладких напитков промышленного производства (соки, лимонады) и резистентностью эмали интактных молочных зубов.

**Материалы и методы:** Исследовали свежееудалённые молочные интактные зубы. После промывания изотоническим физиологическим раствором проводили витальное окрашивание эмали 1% водным раствором метиленового синего для определения базового уровня кариес резистентности. После этого зубы разделили на 2 группы и помещали на 36 часов в мультифруктовый сок промышленного производства и в газированный напиток промышленного производства. После этого зубы промывали изотоническим физиологическим раствором и повторяли витальное окрашивание 1% водным раствором метиленового синего. Проводили визуальную оценку пяти поверхностей зуба для определения площади деминерализации, степень деминерализации оценивали по шкале ТЭР.

**Результаты исследования:** Получили обширные очаги деминерализации всех поверхностей зубов в обеих группах, включая иммунные зоны. Степень деминерализации лежала в интервале 3-7 баллов по шкале ТЭР.

**Выводы:** Длительное употребление сладких напитков промышленного производства оказывает выраженное деминерализующее свойство на эмаль интактных молочных зубов, снижая их кариес резистентность. Можно утверждать, что это провоцирует развитие кариесогенной ситуации в полости рта.

УДК 612-083:616.233-002+616.34-008.87

*Пухтерева Е.С.*

**ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА НА  
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ  
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

*Научный руководитель к. мед. наук, доц. Гуляева Е.Р.*

*Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет*

*им. Святителя Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** Известно, что при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) дисбиоз кишечника (ДБК) способствует угнетению показателей системного и местного иммунитета трахеобронхиального дерева, вызывая ареактивное течение

эндобронхита и является, в сущности, отражением системного клеточноопосредованного иммунного дисбаланса.

**Целью** исследования было определить влияние сопутствующего дисбиоза кишечника на патогенетические механизмы хронической обструктивной болезни легких.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 57 больных ХОБЛ II стадии в возрасте от 39 до 57 лет, в том числе 42 (73,7 %) мужчин и 15 (26,3 %) женщин. Среди обследованных были сформированы две группы: I (19 пациентов), у которых отсутствовали клинические проявления ДБК и изменения кишечного микробиоценоза не были установлены при микробиологическом исследовании кишечного содержимого, и II (38 человек) - у указанных лиц одновременно с ХОБЛ был выявлен различной выраженности ДБК, находившийся в период обследования в стадии обострения.

**Результаты и их обсуждение.** Было установлено, что присоединение к основному заболеванию дисбиоза способствовало утяжелению клинических проявлений ХОБЛ, ухудшению инструментальных показателей. При поступлении в стационар у больных обеих групп были выявлены отклонения иммунных показателей по сравнению с таковыми у практически здоровых лиц: абсолютное количество Т-лимфоцитов (CD3+) у пациентов I группы было снижено в 1,2 и II - в 2,0 раза, относительное содержание, соответственно – на 18,3 % и 23,9 %; уменьшение содержания Т-лимфоцитов происходило, преимущественно, за счет относительного и абсолютного количества Т-клеток с фенотипом CD4+ (субпопуляция Т-хелперов/ индукторов). Индекс иммунорегуляции (CD4+/CD8+) был снижен у этих больных, соответственно, в 2,9 и 2,8 раз по сравнению с показателями референтной нормы. Данный факт отражал формирование у пациентов относительно супрессорного варианта вторичного иммунодефицитного состояния. Одновременно у больных обеих групп выявлялось угнетение фагоцитарной активности моноцитов, что проявлялось в уменьшении показателей ФИ и ФЧ соответственно, в 2,5 и 2,2, 1,9 и 1,7 раз по сравнению с практически здоровыми лицами. Нарастание в крови иммуноглобулинов основных классов, вероятно, было следствием увеличения функциональной активности В-лимфоцитов, а увеличение содержания Ig G свидетельствовало о напряжении антиинфекционного иммунитета как реакции на активацию микробной флоры в бронхиальном дереве, изменение микробного биоценоза кишечника, развитие эндобронхита и колита. Содержание ЦИК<sub>общ.</sub> превышало у пациентов обеих групп контрольные величины, соответственно, в 1,6 и 2,1 раз. Подобное увеличение происходило за счет изменения абсолютного и относительного содержания средне- и низкомолекулярной фракций ЦИК (напр., относительное содержание последних было увеличено у этих пациентов, соответственно, в 1,9 и 2,7 раз).

**Выводы.** Таким образом, выявленные у больных ХОБЛ, сочетаной с дисбиозом толстого отдела кишечника, нарушения иммунитета отражали формирование у больных относительно супрессорного варианта иммунодефицитного состояния.

*УДК 616.314-74*

*Хижный Д. С.*

## **ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У ЖИТЕЛЕЙ ЛУГАНСКА**

**Актуальность и научная новизна.** В последние годы появились десятки публикаций о влиянии стресса на уровень интенсивности развития кариеса. Однако авторы данных публикаций ограничиваются лишь подтверждением данной теории в лабораторных условиях (исследование лабораторных животных), либо, опираясь на теоретическое обоснование механизмов развития стресса, затрудняясь подтвердить актуальность этой теории на практике, у людей.

**Цель:** Целью нашего исследования было оценить увеличение уровня интенсивности кариеса у жителей Луганска до стрессовых событий и через некоторое время после них.

**Материалы и методы.** Мы изучили карты стоматологических больных 60 человек в возрасте от 31 до 44 лет (на момент записи в карте) за период с 2011 по 2013 год (до начала военных действий). Они сформировали группу А. А также записи о стоматологическом статусе еще 60 человек (оставшихся в городе на время боевых действий) того же возраста с 2015 по 2018 год (после окончания военных действий). Они были включены в группу В. Результаты были обработаны статистически. Для оценки интенсивности кариеса мы использовали индекс КПУ (Кариозные-Пломбированные-Удаленные). Дополнительно мы провели анкетирование среди 102 человек той же возрастной группы, которые также пережили военные действия. Анкета была разделена на пункты: уровень тревоги во время боевых действий (от 1 до 10); как долго сохранялась тревога после прекращения боевых действий; оценка нарушений сна во время и после боевых действий; наличие / появление неврологической патологии (невралгия тройничного нерва, глоссалгии, бруксизм). Для сравнения была проведена статистика с использованием 55 карт стоматологических больных (той же возрастной группы) за 2011–2013 годы (группа 1К) и за 2015–2018 годы (группа 2К) жителей городов Шахты и Донецк (Ростовская область, Российская Федерация), которые расположены на расстоянии до 100 км от Луганска, но там не было военных действий.

**Результаты и их обсуждение.** Согласно полученной статистике, в группе А, которая была обследована перед боевыми действиями, индекс интенсивности кариеса (КПУ) составил 13,44. Интенсивность кариеса (КПУ) в группе В, обследованных после боевых действий, составила 14,97. Таким образом, увеличение интенсивности кариеса между группами составляет 1,53. Статистика, проведенная в контрольной группе 1К, опрошенной в 2011–2013 годах, составила 13,78, а в группе 2К, опрошенной в 2015–2018 годах, - 13,65. Таким образом, наблюдается снижение интенсивности кариеса на 0,13. Были оценены результаты анкетирования. Таким образом, 34 из 102 респондентов дали максимальную оценку (10/10) уровню их тревоги во время военных действий (33,3%); 59 заявили о плохом качестве сна в течение более шести месяцев после окончания боевых действий (57,8%); 6 человек сообщили о развитии неврологических патологий (5,8%).

**Выводы.** Жители Луганска испытали хронический стресс во время военных действий, который не прошел бесследно, о чем свидетельствуют результаты анкетирования. Кроме этого, наблюдается возрастание уровня интенсивности кариеса у жителей Луганска, переживших боевые действия (в сравнении с довоенным периодом, и в рамках одной возрастной группы). Таким образом, полученные статистические данные позволяют предположить достоверность стрессовой теории развития кариеса

## **ВЛИЯНИЕ ФОРМАЛЬДЕГИДА НА ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ТИМУСА БЕЛЫХ КРЫС**

*д-р. мед. наук, проф. Волошин В. Н.*

*Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет*

*имени Святителя Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** За последние десятилетия все более очевидным стало то, что человек, как объект воздействия, одновременно подвергается множественным эффектам в различных жизненных условиях, а природа негативных воздействий сместилась в сторону негативного и постоянно растущего влияния химического и физического факторов.

Одним из распространенных химических веществ, загрязняющих окружающую среду, является формальдегид (ФА). ФА в организм поступает преимущественно ингаляционным путем в виде компонентов технологических выбросов промышленных предприятий, транспорта, а также в результате вдыхания табачного дыма, что приводит к росту заболеваемости населения.

**Цель:** исследование морфологических особенностей тимуса белых крыс, которые испытывали ингаляционное воздействие формальдегида в течение разных по длительности промежутков времени.

**Материал и методы.** Работа выполнена на 72 белых крысах-самцах с начальной массой тела 130-150 г. В соответствии с дизайном эксперимента животные были разделены на 2 серии. Каждая серия состояла из 6 групп (по 6 крыс в каждой). Первую серию (серия К) составили контрольные крысы. Во вторую серию (серия Ф) вошли животные, которые подвергались ингаляционному воздействию ФА в концентрации 2.766 мг/м<sup>3</sup>. Экспозиции осуществлялись 1 раз в день в течение 60 минут ежедневно. Продолжительность экспозиций – 10, 20, 30 и 60 дней. Отдельно изучался тимус крыс, которые после 60-дневного воздействия формальдегида 30 дней находились в стандартных условиях вивария (группа реадaptации). После завершения экспозиций ФА животные выводились из эксперимента путем декапитации под эфирным наркозом. Забор тимуса проводился в соответствии с общепринятыми методиками. После этого органы фиксировали в 10% растворе формалина. Изучение строения органа на светооптическом уровне проводилось с помощью микроскопа Olympus VX-41.

**Результаты.** На препаратах видно разделение тимуса на корковое и мозговое вещество. На малом увеличении видно, что площадь коркового вещества меньше в сравнении с контрольными данными. При этом корковое вещество окрашивается более интенсивно и выглядит темнее в сравнении с мозговым веществом. В отдельных случаях отличия между корковым и мозговым веществом не были столь выраженными в связи с тем, что некоторые участки гистологических препаратов имели признаки инверсии. Кроме этого между клетками в некоторых участках были видны скопления аморфного эозинофильного вещества. Количество клеток на площади 2500 мкм<sup>2</sup> субкапсулярной части коркового вещества у животных, подвергавшихся влиянию формальдегида в течение 10, 20 и 30 дней составило 131,19±4,20, 135,65±7,74 и 135,35±10,83, что меньше значений соответствующих групп крыс контрольной серии на 4,35% (p>0,05), 4,68% (p>0,05) и 3,72% (p>0,05)

соответственно. Через 40 и 60 дней этот показатель был ниже контроля на 8,90% ( $p < 0,05$ ) и 9,63% ( $p < 0,02$ ).

**Заключение.** Под действием формальдегида наблюдается уменьшение площади коркового вещества, что приводит к уменьшению корково-мозгового индекса. При этом наблюдаются явления инверсии коркового и мозгового вещества. Под действием формальдегида количество апоптотических клеток в корковом веществе возрастает, что приводит к появлению в корковом веществе тимуса картины «звездного неба». Уменьшение выраженности изменений в тимусе крыс, входивших в группу реадaptации, в сравнении с животными, получившими 90 экспозиций, свидетельствует об обратимости изменений, вызванных действием ФА.

**УДК 616.12-007.2-053.1**

**Липатникова А.С., Самойлов А.В., Гопей Д.Р.**

**ВПС ТЕТРАДА ФАЛЛО, СЛОЖНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ**

**Научный руководитель к.м.н., доцент Липатникова Анна Сергеевна**

**Кафедра пропедевтики внутренней медицины**

*ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ*

*«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ*

*СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск, ЛНР*

**Введение:** В настоящее время одной из актуальных проблем медицины является тема врожденных пороков сердца, в частности Тетрады Фалло. Тетрада Фалло - комбинированный врожденный порок сердца, включающий мембранозный дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии, гипертрофию правого желудочка, декстропозицию аорты (аорта располагается непосредственно над дефектом межжелудочковой перегородки). Известно, что без оперативного вмешательства, четверть детей с тетрадой Фалло умирают на первом году жизни, большинство — на первом месяце, к 3 годам погибает 40%, к 10 — 70%, к 40 — 95%. Основные осложнения, с которыми сталкиваются пациенты без коррекции порока, это: хроническая правожелудочковая недостаточность; осложнения, связанные с артериальной гипоксемией; осложнения, связанные с полицитемией и повышением плотности крови; инфекционный эндокардит. Также было установлено, что при отсутствии лечения пациенты с Тетрадой Фалло сталкиваются с дополнительными рисками, которые включают парадоксальную эмболию, ведущую к инсульту, легочную эмболию и бактериальный эндокардит. Обычная причина гибели — тромбоз сосудов головного мозга или абсцесс мозга. Проведение ранней радикальной коррекции данного порока сердца способствует устранению осложнений и большей выживаемости среди пациентов. По литературе известно, что радикальная коррекция Тетрады Фалло в возрасте от 1 года и до 3-х лет дает хорошую долгосрочную выживаемость с отличным качеством жизни, улучшение трудоспособности пациентов и предупреждения осложнений и летального исхода.

**Цель работы:** на примере двух клинических случаев изучить развитие осложнений у пациентов молодого и среднего возраста с учетом оперативных вмешательств.

**Материалы и методы.** За основу исследования были взяты 2 клинических случая. Женщина 1990 года рождения (пациентка А.) с **диагнозом:** ВПС. Состояние после радикальной коррекции тетрады Фалло \2003\, резидуальный дефект межжелудочковой перегородки, высокая легочная гипертензия, синдром Эйзенменгера. Женщина 1962 года рождения (пациентка И.), с **диагнозом:** ВПС, состояние после паллиативной коррекции тетрады Фалло, аорто-легочной анастомоз по Броку \1968\, значительная артериальная гипертензия. АВ-блокада I степени. ПБЛНПГ, экстрасистолия.

**Результаты:** в ходе проведенного исследования было установлено, что у пациентки И. после паллиативной коррекции тетрады Фалло, аорто-легочной анастомоз по Броку \1968\, отмечалось длительное время восстановление нормальной жизнедеятельности и минимизация осложнений. У пациентки А. после радикальной коррекции тетрады Фалло \2003\ наблюдается сложное течение патологии в течении жизни с развитием тяжелых осложнений: СН II Б, с сохраненной систолической функцией ЛЖ. Трифасцикулярная блокада: А-У блокада 1 степени. Эпизоды межпредсердной блокады 1 степени. Частая полиморфная, полиморфная, желудочковая экстрасистолия с эпизодами би, тригеминии, триплетами, пароксизмами неустойчивой желудочковой тахикардии, что требует постоянного контроля и поддерживающей терапии.

**Выводы.** В нынешнюю эпоху кардиохирургии дети с простыми формами тетрады Фалло имеют хорошую долгосрочную выживаемость с отличным качеством жизни. Лишь в некоторых случаях максимальная способность к физической нагрузке снижается. При отсутствии лечения пациенты с тетрадой Фалло сталкиваются с дополнительными рисками, которые включают парадоксальную эмболию, ведущую к инсульту, легочную эмболию и бактериальный эндокардит. Без хирургического вмешательства смертность постепенно возрастает: от 30% в возрасте от 2 лет до 50% в возрасте 6 лет. Смертность наиболее высока в первый год жизни и менее 5-10% пациентов доживают до конца второго десятилетия. Своевременно проведенная ранняя коррекция (паллиативная или радикальная) тетрады Фалло способствует нормализации жизнедеятельности, предупреждению развития осложнений и снижению летальности среди пациентов с данным пороком сердца. С учетом наших наблюдений, пациентка И. с паллиативным оперативным вмешательством имеет достаточно низкий рост осложнений, трудоспособна. В то время, как пациентка А. с радикальной коррекцией нетрудоспособна (является инвалидом III группы) с 20 лет, имеет высокий рост осложнений: СН II Б, развитие АВ-блокады, частые желудочковые пароксизмальные экстрасистолы.

**УДК 616.2-008.6:616.9**

**Чекмарева Д.Г.**

**ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ**

**Научный руководитель доцент, к.м.н. Борисенко В.В.**

**Кафедра нервных болезней и нейрохирургии ФПО**

**ГУ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск**

**Актуальность.** Гипервентиляционный синдром встречается у 8-11% пациентов, обращающихся в лечебное учреждение. Примерно 8% населения планеты страдают от гипервентиляционного синдрома, причем мужчины подвергаются этому заболеванию в 5 раз реже женщин. Максимум заболеваемости приходится на возрастной промежуток от 30 до 40 лет.

**Цель.** Исследование частоты встречаемости гипервентиляционного синдрома среди пациентов и поиск наиболее эффективного метода лечения.

**Материалы и методы.** Наблюдения, эксперименты, анализ и синтез статистических данных, анализ научной литературы, интервьюирование, обобщение, выводы.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе данного исследования было выявлено 28 пациентов с гипервентиляционным синдромом. Анализируя результаты опроса, осмотра и других методов обследования мы выяснили, что, несмотря на то, что у пациентов были разные причины возникновения гипервентиляционного синдрома, клинически синдром имел сходные признаки. Следовательно, кроме индивидуального этиологического лечения, мы можем предложить общее симптоматическое, учитывающее главный фактор возникновения гипервентиляционного синдрома - психогенный. Именно на этот фактор и будет направлено наше лечение. У 21 пациента гипервентиляционный синдром возник из-за наличия соматогенной ВСД на фоне хронического бронхита в стадии ремиссии. У 5 студентов-медиков гипервентиляционный синдром был обусловлен наличием наследственно-конституциональной ВСД. И у ещё 2 пациентов причиной стала посттравматическая ВСД (в анамнезе сотрясение головного мозга 2 и 3 года ранее). По нашему мнению, самыми эффективными для лечения данной патологии являются препараты: Коаксил (антидепрессанты с выраженными анксиолитическими свойствами), Витамины группы В (нейробион, нейровитан, нейрорубин) и препараты, содержащие электролиты – калий и магний (панангин), Магний-В6.

Нами было предложено следующее лечение: Коаксил - 1 таблетке 3 раза в день (суточная доза 37,5 мг), принимать в течение 1 месяца и Магне-В6 - по 2 таблетки 3 раза в день в течение 2 недель, а затем по 2 таблетки 2 раза в день ещё 2 недели, общая длительность терапии –1 месяц. После курса предложенной терапии мы наблюдали следующие результаты: нехватку воздуха до лечения ощущали 85,7%, после лечения- 7,1%. На чувство «неполного вдоха» жаловались 89,3%, после лечения- 3,6% (всего у 1 пациент). Симптом «кома» в горле наблюдался у 85,7%, после лечения- 10,7%. Головокружение отмечалось у 64,3% пациентов, а после терапии показатели снизились до 7,1%. От общей слабости страдали 96,4% пациентов, после лечения показатели снизились до 14,3%. У 85,7% исследуемых наблюдалась тревожность, после лечения на тревогу жаловались всего 3,6%. Внутреннее напряжения было выявлено у 81,2% пациентов, нам удалось добиться снижения этого показателя до 7,1%. На учащенное сердцебиение жаловались 71,4%, после лечения симптом сохранился всего у 7,1%. У 57,1% пациентов была выявлена выраженная гипотония, нам удалось добиться нормальных показателей АД у 46,4% исследуемых. На фоне гипотонии у 64,3% наблюдалась бледность кожных покровов, после лечения бледность наблюдалась только у 10,7%. У 67,9% исследуемых был выявлен гипергидроз, после лечения всего у 3,6%. 46,4% пациентов жаловались на онемение пальцев кистей и стоп, после приема рекомендованных нами препаратов жалобы остались всего у 1 пациента. У 28,65% в анамнезе были судороги в пальцах рук и ног, нам удалось добиться полного исчезновения данного симптома у всех пациентов.

**Выводы:** гипервентиляционный синдром, безусловно, существенно снижает качество жизни пациентов. Несмотря на всю тяжесть симптомов, заболевание не является столь серьезным. Для успешного выздоровления пациент должен, прежде всего, избавиться от главного звена патогенеза- психогенной причины. А, чтобы окончательно справиться с заболеванием, необходимо вмешательство опытных специалистов в сфере психотерапии и неврологии.

Применение антидепрессантов с выраженным анксиолитическим эффектом (коаксил) в сочетании с препаратами магния и витаминами группы В (В6) эффективны в терапии психогенного гипервентиляционного синдрома.

УДК 616.12-008.331.1:616-008.6

Липатникова А. С., Зайченко В. Ю., Колтунова А. М.

## ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ИЛИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ?

*Научный руководитель к.м.н., доцент Липатникова А.С.*

**Кафедра пропедевтики внутренней медицины**

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»,  
г. Луганск*

**Актуальность.** Патологии сердечно-сосудистой системы на сегодняшний день представляют собой ведущую причину инвалидности и смертности в мире. Одной из них является артериальная гипертензия (АГ), характеризующаяся стойким повышением цифр систолического давления более 140 мм. рт. ст. и диастолического давления более 90 мм. рт. ст. По статистике около 30% населения земного шара отмечают у себя повышенное АД.

Причины развития артериальной гипертензии весьма разнообразны. В данном исследовании показаны особенности гипертензии на фоне гипоталамического синдрома, который в 50-75% случаев сопровождается повышением АД выше нормы.

Гипоталамический синдром – комплекс эндокринных, обменных, вегетативных расстройств, обусловленных патологией гипоталамуса. Характеризуется изменением (чаще увеличением) массы тела, головными болями, неустойчивостью настроения, гипертензией, нарушением менструального цикла, повышенным аппетитом и жаждой, усилением или снижением либидо. Чаще развивается в подростковом (13-15 лет) и репродуктивном (31-40 лет) возрасте, преобладая у лиц женского пола (12,5–17,5% женщин).

Проблема медицинской и социальной значимости гипоталамического синдрома определяется молодым возрастом пациентов, быстро прогрессирующим течением заболевания, выраженными нейроэндокринными нарушениями, нередко сопровождающимися частичным снижением или полной утратой трудоспособности. Гипоталамический синдром вызывает серьезные нарушения репродуктивного здоровья женщины, а именно развитие эндокринного бесплодия, акушерские и перинатальные осложнения.

**Цель:** выявить, что причиной повышения АД является гипоталамический синдром, изучить особенности течения АГ при гипоталамическом синдроме, выявить наиболее эффективные методики лечения и коррекции АГ.

**Материалы и методы.** Анализ и синтез статистических данных, анализ научной литературы, изучение клинического случая, наблюдение за течением заболевания в стационаре, интервьюирование, обобщение, выводы.

### **Результаты и их обсуждения.**

В кардиологическое отделение обратилась женщина 40 лет с жалобами на непериодические не интенсивные головные боли при подъеме АД выше 200/120, неощущаемый подъем АД до показателей 180/110, кратковременные колющие боли в сердце.

В анамнезе имеются сведения о впервые зарегистрированном подъеме АД в возрасте 30 лет (цифры до 200/100). На фоне 2-й беременности (2 недели) АД сохранялось в пределах 140-130/90 мм. рт. ст. После преждевременных родов (32 недели) высокие цифры АД. Был установлен диагноз гипертонической болезни II (ГЛЖ, АС) 2 ст., риск 3 с неосложненным гипертоническим кризом и назначены гипотензивные препараты (Энап, Лизиноприл, Лориста). Однако эффект от приема лекарственных средств был незначительный, в связи с чем больная и обратилась в ЛРКД.

При обследовании обращают на себя внимание ожирение II степени по мужскому типу и цифры АД 180/120 мм. рт.ст., не сопровождающиеся другими жалобами.

В анализах увеличенное содержание ТТГ в крови, а также показатели индекса инсулинорезистентности (НОМА-IR) и инсулина, что дает повод задуматься о нарушениях со стороны эндокринной системы. Пациентка была направлена на консультацию к эндокринологу, который поставил диагноз «гипоталамический синдром средней степени тяжести».

На фоне полученных результатов анализов, заключения эндокринолога и предыдущей неэффективной терапии от «стандартных» гипотензивных средств, было принято решение применить лекарственные средства, действие которых направлено на альдостероновую систему. Так как нарушение данной системы является проявлением нейроэндокринной формы ГС, что со временем ведет к развитию вегетативно-сосудистой формы, а именно повышению АД. Препаратом выбора стал Верошпирон (Спиринолактон), который ингибирует действие гормона, снижая системное АД.

На фоне приема данного препарата наблюдалось заметное улучшение состояния пациентки и снижение цифр АД до нормальных значений (130/90 мм. рт. ст.).

Эти данные, а также наличие в анамнезе осложненного течения беременности и родов с возможными последующими гормональными нарушениями, позволяют утверждать наличие у пациентки вегето – сосудистой и нейроэндокринной форм гипоталамического синдрома.

**Вывод.** На примере данного клинического случая можно сделать вывод о том, что зачастую под маской гипертонической болезни на самом деле скрывается гипоталамический синдром.

У больных гипоталамическим синдромом с выраженными изменениями в сторону повышения АД применять одни лишь ЛС, используемые для лечения первичной гипертензии, нецелесообразно, так как они не влияют на непосредственную причину повышения АД и их действие малоэффективно и недлительно.

Следует применять комплексное лечение препаратами, включая Верошпирон, результат лечения которым представлен в клиническом случае, что подтвердило его эффективность в лечении АГ у больной ГС.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ**

*Научный руководитель: к. мед. наук, доц. Сонина Е.В.*

*Кафедра факультетской терапии*

*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

**Актуальность.** При обследовании больных с клиническими проявлениями стенокардии и признаками ишемии не наблюдается значимых сужений просвета сосудов, а только их извитость. Использование современных инвазивных и не инвазивных методов исследования сердечнососудистой системы расширило представление о коронарной патологии, вызванной процессами не атеросклеротического генеза и подтверждающих влияние извитости коронарных артерий (ИКА) на перфузию миокарда. Нарушение кровотока в извитом сосуде в некоторых случаях может приводить к ишемии миокарда или рефлекторному спазму сосудов, что часто проявляется безболевыми формами ишемии. Феномен ИКА (кинкинг) не является редким и регистрируется при проведении диагностической коронарографии у 10-20% больных с острым и хроническим кардиальным ишемическим синдромом, при этом венечные артерии остаются интактными. Клиническое его значения и возможность связи с проявлениями ишемической болезни сердца (ИБС) остаются актуальными.

**Цель:** на примере клинического случая показать метод диагностики ишемии миокарда у пациента без атеросклеротического поражения сосудов сердца и возможность медикаментозной коррекции.

**Результаты и их обсуждение.** Больной Б. 54 -х лет жалуется на чувство дискомфорта в прекардиальной области, сердцебиение и перебои в работе сердца возникающие при физической нагрузке (ходьба до 500 метров), слабость, быструю утомляемость. В анамнезе: на протяжении года отмечает повышение артериального давления (АД) на уровне 180-160/100-90 мм рт. ст. и по рекомендации терапевта принимает бисопролол 5 мг/сут. При самостоятельной отмене препарата возобновляются перебои при выполнении привычной физической нагрузки. В амбулаторных условиях было проведено холтеровское мониторирование, по результатам которого выявлена безболевая ишемия миокарда продолжительностью до 3,5 часов за сутки. Госпитализирован в кардиологическое отделение №1 ГУ «ЛРКД» ЛНР с диагнозом: ИБС. Прогрессирующая стенокардия (безболевая ишемия). Гипертоническая болезнь II (ГЛЖ), ст. 3, риск 4. СНI. . Объективно: состояние удовлетворительное, индекс массы тела – 25кг/м<sup>2</sup>. В легких – жесткое дыхание. Тоны ритмичны, АД 140/80 мм рт. ст., пульс – 72 уд/мин. Живот безболезненный. Полученные лабораторные данные на 2-е сутки: общий анализ крови - гемоглобин – 173 г/л, эритроциты –  $5,5 \times 10^{12}$ , лейкоциты –  $4,9 \times 10^9$ , формула не менялась, тромбоциты 180 г/л, СОЭ -14 мм/ч. Уровень сахара крови натощак – 6,0 ммоль/л. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 8,4 мкмоль/л, креатинин 101 ммоль/л, мочевины – 8,3 ммоль/л, общий белок – 81,8 г/л, аспартатаминотрансфераза (АСаТ) – 0,32 ммоль/л, аланинаминотрансфераза (АЛаТ) – 0,45 ммоль/л, холестерин (ОХ) – 6,76 ммоль/л, триглицериды – 1,34 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) – 1,1 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) – 5,05 ммоль/л, липопротеиды очень низкой

плотности (ЛПОНП) – 0,61 ммоль/л. Из инструментальных методов: суточное мониторирование АД – стабильная мягкая систоло-диастолическая артериальная гипертензия без симптомов гипотензии, высокое колебание АД с максимальным 180/109 мм рт. ст. и минимальным – 116/70 мм рт. ст., нормальная степень снижения АД в ночное время; электрокардиограмма (ЭКГ): ритм синусовый с ЧСС 75/мин, вольтаж сохранен, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка; эхокардиоскопия (ЭХОКс) – заключение: дилатация левого предсердия I степени, миокард утолщен, нормальная систолическая и диастолическая функция левого желудочка, створки митрального клапана, стенки аорты, аортального клапана уплотнены, апикальная косая трабекула с нарушением геометрии левого желудочка, фракция выброса 63%; холтеровское мониторирование – за время мониторирования определяется базовый синусовый ритм, нормосистолия, эпизоды тахикардии с максимальной ЧСС 126 в минуту в дневное время при подъеме по лестнице, с жалобами на сердцебиение, в дневное время суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия (13 эпизодов), эпизоды депрессии сегмента ST в утреннее время суток во время физической активности без ангинозных болей, низкая толерантность к физическим нагрузкам, пороговая частота около 90 ударов в минуту, эпизоды безболевой ишемии миокарда в области боковой стенки ЛЖ и верхушки общей длительностью 3 часа 37 минут. С диагностической целью и с учетом выявленных изменений больному была проведена МСКТ коронарография (64 среза) с внутривенным контрастным усилением «Ультравист 370». Заключение: преобладает левый тип кровоснабжения, участков сужения просвета и атеросклеротического поражения не выявлено. Определяется зигзагообразная извитость сосуда M1 за счет 8 симметричных поворотов. Для определения толерантности к физической нагрузке больному была проведена ВЭМ проба при выписке: на нагрузке 75 Вт при достижении частоты пульса 100 ударов в минуту зарегистрирована депрессия сегмента ST в отведениях V3-V6 до 2 мм без ангинозных жалоб.

Особенность клинического случая является возможность развития ишемии миокарда с интактными ВА при выраженной извитости. Учитывая вышеизложенные факты, у пациента имеет место безболевая ишемия при достижении ЧСС выше 90-95 ударов в минуту. Нужно учесть, что назначение в-блокаторов как основной терапии привело к стабилизации базового пульса на уровне 54 удара в минуту, что обусловило повышение толерантности к физическим нагрузкам и стабилизации стенокардии на уровне фк II (по итогам ВЭМ пробы). Кроме того дислипидемия (гиперхолестеринемия ПА по Фредриксену) выявленная у пациента является фактором, потенциально усугубляющим прогноз нашего больного и обуславливает необходимость приема статинов в адекватных дозировках. В качестве гипотензивного препарата, а также с целью профилактики ремоделирования миокарда больному назначен ингибитор ангиотензинпревращающего фермента – рамиприл 10 мг/сутки. При выписке АД стабилизировано на уровне 130/80 мм рт. ст.

Таким образом, представленный случай подтверждает развитие ишемических событий в миокарде без атеросклеротических поражений коронарных сосудов. Назначение многокомпонентной терапии с применением наиболее эффективных препаратов в адекватных дозах способствует стабилизации АД на целевом уровне и направлено на достижение адекватной органопротекции. В данном случае актуально назначение комбинации в-блокаторов и ИАПФ что прогностически благоприятно. Кроме того использование статинов необходимо для уменьшения риска сердечно-сосудистых осложнений.

**Выводы.** 1. Не только признаки стенокардии, но и ее эквиваленты в виде вегетативных нарушений, нестабильности артериального давления, пароксизмальной одышки необходимо учитывать в диагностике безболевого формы стенокардии.

2. Коронарография остается основным диагностическим методом для выявления патологической извитости коронарных сосудов.

3. В лечении пациентов с извитостью коронарных сосудов возможно использовать в-адреноблокаторы с целью урежения пульса, повышения толерантности к физическим нагрузкам, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – для предупреждения ремоделирования миокарда, а при выявлении дислипотеинемии необходимо применение статинов в целевых дозах для замедления атеросклеротического поражения коронаров.

**УДК 57.043:577.121.9:602.9:616-003.96:616-092.19:616-092.9:616.61-003.93**

*Колесников Д. А., Демьяненко Е. В.*

**ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ АПОТОЗА В ПОЧЕЧЕНОЙ ТКАНИ  
КРЫС ПРИ ОСТРОМ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ И ВЛИЯНИЕ  
ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОГЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**

*Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Бойченко П. К.*

*Кафедра медицинской химии*

*ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ ЕСПУБЛИКИ  
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность.** Почки, являясь одними из главных компонентов системы адаптации организма человека, крайне чувствительны к действию различных экзогенных факторов. Одним из таких факторов является иммобилизационный стресс. Острая иммобилизация способствует развитию микроциркуляторных нарушений и, как следствие, развитию гипоксии, что вызывает изменения в прооксиданто-антиоксидантном равновесии, количество активных форм кислорода, а также активность нитроксидергической системы, ответственной за контроль апоптоза. Одним из вариантов коррекции данных изменений выступает применение аллогенных мезенхимальных стволовых клеток.

**Цель:** изучить влияние применения аллогенных МСК на ренальных апоптоз по динамике таких биохимических маркёров как оксид азота и уровень фрагментации ДНК после острой иммобилизации.

**Материалы и методы.** Объектами исследования были 195 самцов беспородных белых крыс массой  $200 \pm 25$  грамм. Стресс моделировали однократной 24-часовой иммобилизацией, помещая животных в индивидуальные фиксирующие камеры. Клетки костного мозга получали путем вымывания питательной средой полостей бедренных костей взрослых крыс. Клетки культивировали в питательной среде «ИГЛА-МЕМ» с L-глутамином, 10% тельчей эмбриональной сывороткой и антибиотиками на протяжении 14 суток в условиях  $CO_2$ -инкубатора с заменой половины среды каждые 5 дней. Жизнеспособность оценивали по тесту с трипановым синим. Для фенотипирования культуры использовали метод непрямой флюоресценции с помощью маркеров к МСК.

Животных разделили на 3 группы: № 1 – интактные крысы ( $n = 15$ ); № 2 – крысы, подвергшиеся 24-часовой иммобилизации (контроль) ( $n = 90$ ), № 3 – крысы, которым после иммобилизации вводили по 5 млн МСК ( $n = 90$ ). Крыс декапитировали под легким эфирным наркозом на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки после иммобилизации. Извлекали почки, гомогенизировали в среде выделения. Суммарную концентрацию нитратов и нитритов устанавливали реакцией Грисса на спектрофотометре СФ-46 (длина волны 540 нм). Количество фрагментированной ДНК определяли цветной дифениламиновой реакцией с последующей спектрофотометрией на СФ-46 (длина волны 570 нм). Данные обрабатывали программой «Statistica 10.0» по критерию Манна-Уитни. Результаты расценивались как достоверные при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждения.** В ходе исследования установлено, что 24-часовая иммобилизация вызывает резкое увеличение суммарного содержания конечных метаболитов оксида азота (NOx) и уровня фрагментации ДНК в гомогенатах почечной ткани крыс, которые существенно изменяются после применения МСК. Так NOx довольно сильно возрос относительно интактных значений на 1 и 3 сутки как в группе № 2 (на 122,44% и 136,36%,  $p < 0,001$ ), так и в группе № 3 (на 122,73% и 130,86%,  $p < 0,001$ ). В дальнейшем в группе № 2 этот показатель постепенно снижался, но был достоверно выше значений интактной группы на 7 сутки на 109,94%, на 14 – на 84,375%, на 21 – на 60,51% ( $p < 0,001$ ). К 30 суткам эксперимента между показателями интактной и контрольной группы статистическая разница отсутствовала. У крыс, которым произвели введение МСК, уровень NOx на 7 сутки достоверно снижался на 21,38%, на 14 сутки – на 33,59%, на 21 сутки – на 33,27%, на 30 сутки – на 20,8% относительно контрольных значений ( $p < 0,001$ ). С 21 суток исследования показатели группы экспериментальной группы статистически не отличались от интактных цифр. Уровень фрагментации ДНК в 1 и 3 сутки после иммобилизации увеличился в группе № 2 на 225,75% и 329,66% ( $p < 0,001$ ), в группе № 3 на 229,66% и 309,95% ( $p < 0,001$ ) относительно интактных значений. У крыс групп № 2 цифры фДНК превышали интактные на 7 сутки на 289,87%, на 14 сутки – на 260,75%, на 21 сутки – на 160,03% ( $p < 0,001$ ). У крыс группы № 3 на 7 сутки уровень фДНК превышал интактные значения на 184,01% ( $p < 0,001$ ), но был ниже контрольных на 28,13% ( $p < 0,05$ ). На 14 и 21 сутки исследования уровень фДНК у крыс экспериментальной группы достоверно превышал значения группы № 1 на 111,19% и 58,08% ( $p < 0,05$ ), но был ниже контрольных на 41,46% и 39,21% ( $p < 0,001$ ). К концу эксперимента показатели фДНК у крыс групп № 3 достигли интактных цифр.

**Выводы.** В ходе работы установлено, что острая 24-часовая иммобилизация приводит к усилению апоптоза в паренхиме почек крыс, что подтверждается повышением уровня таких его маркеров, как монооксид азота и фрагментированная ДНК. Применение аллогенных МСК способствует более быстрому восстановлению некоторых биохимических показателей ткани, а, следовательно, и функционального состояния почек крыс экспериментальной группы по сравнению с контрольной.

**ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ МОНООКСИДА АЗОТА В КУЛЬТУРЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЙ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ**

*Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Бойченко П. К.*

*Кафедра медицинской химии*

*ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ ЕСПУБЛИКИ  
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Введение.** В последнее время при изучении реализации механизмов жизнедеятельности мезенхимальных стволовых клеток (МСК) большое внимание уделяется роли в этих процессах кислородных метаболитов, в частности, активных форм азота.

Среди активных форм азота особый интерес вызывает NO- маленькая липофильная диффундирующая, очень реактивная молекула, синтезируемая из L-аргинина NO-синтазами. Доказано, что монооксид азота в зависимости от концентрации способен оказывать на клетки цитотоксическое действие, ингибировать эндогенные защитные системы организма, выступать промотором апоптоза в одних клетках и ингибитором в других. Изучение связи между динамическими изменениями содержания NO и способности к пролиферации, дифференцировки стволовых клеток, поддержанию их жизнеспособности при смене условий микроокружения, развитием некоторых патологических состояний является целесообразным.

Особое внимание уделяется изучению ишемических поражений внутренних органов, в том числе и почек, паренхима которых, вследствие высокой метаболической активности, крайне восприимчива к любым повреждениям приводящих к острому повреждению почек (ОПП).

**Целью** исследования было изучение динамики изменений содержания монооксида азота в культуре мезенхимальных стволовых клеток в зависимости от различных условий культивирования

**Материалы и методы исследования.** В ходе исследования для получения клеточной культуры извлекали клетки красного костного мозга путём промывания питательной средой полостей бедренных костей здоровых взрослых лабораторных крыс. Клетки культивировали 14 суток в питательной среде «Игла МЭМ» («Биолот», Россия) с добавлением 5% сыворотки эмбрионов крупного рогатого скота в условиях CO<sub>2</sub>-инкубатора со сменой ½ питательной среды каждые 5 дней. Жизнеспособность клеток в культуре оценивали тестом с трипановым синим. Клеточные культуры фенотипировали методом непрямой флюоресценции с помощью маркеров к МСК. Было выделено 2 исследуемые группы: контрольную, в которой клеточную культуру выращивали в стандартных условиях, и экспериментальную, в которой клетки культивировали на питательной среде с добавлением гомогената почечной ткани крыс, перенесших экспериментальную острую почечную недостаточность. Острую почечную недостаточность воспроизводили на самцах беспородных белых крыс возрастом 3 – 4 месяца с использованием модели ишемия/реперфузия. Животных оперировали под тиопенталовым наркозом, с двусторонним пережатием почечных ножек на 30 минут. Забор почек проводился на 3 сутки после операции в стерильных условиях. На 3, 7, 14 сутки культивирования в культурах МСК контрольной и экспериментальных групп определяли

концентрации нитритов методом Грисса. Для определения нитратов проводили их предварительное восстановление цинковой пылью. Показатели определяли с использованием спектрофотометра СФ-46 при длине волны  $\lambda=540$ . Контролем служил дистиллят. Результат рассчитывали по кривой с использованием стандартных растворов нитрита натрия и нитрата калия. Статистическую обработку данных проводили пакетом программ «Statistica 10.0» по критерию Стьюдента. Результаты расценивались как достоверные при  $p<0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анализируя результаты исследования мы определили временную зависимость динамики изменений продукции нитрит и нитрат-анионов в контрольной и экспериментальной группе, культивируемой в апоптоз индуцированном окружении.

Содержание NO<sub>2</sub> и NO<sub>3</sub> в контрольной группе на 7 сутки культивирования уменьшилось по сравнению с 3 сутками на 24% и на 4% соответственно. На 14 сутки концентрация веществ увеличилась на 34% и на 4% по сравнению с 3 сутками и на 12,5 % / 9,9% по сравнению с 7 сутками культивирования, так как вследствие постепенного нарастания в клеточной культуре гипоксических условий, происходит стимулирование активности NO- синтаз и увеличение содержания NO<sub>2</sub>. Так же отмечалось повышение продукции свободных метаболитов оксида азота в культуре клеток, выращенных в условии апоптоз-индуцированного окружения во все сроки культивирования по сравнению с группой контроля.

Концентрация нитрит-иона в экспериментальной группе возросла на 3сутки в 2,3 раза, на 7 сутки в 3,3 раза, на 14 сутки в 1,7 раз относительно контроля. Уровень нитрат-аниона в экспериментальной группе на 3 сутки культивирования достоверно увеличился в 2 раза, на 7 сутки – в 2,2 раза, на 14 сутки – в 1,7 раза по сравнению с контрольными значениями. Данная картина может свидетельствовать об активации процессов гипоксии в клеточных культурах, которые культивировались в среде с добавлением активно апоптозирующих клеток почечной ткани после острой почечной недостаточности, и запуске процессов запрограммированной гибели в мезенхимальных стволовых клетках, выращиваемых в среде с проапоптотическими агентами.

#### **Выводы.**

1. Процессы гипоксии в культуре мезенхимальных стволовых клеток усиливаются вследствие увеличения сроков культивирования.
2. Продукция метаболитов оксида азота увеличивается со временем культивирования.
3. Добавление фрагментов активно апоптозирующих клеток в среду для культивирования ведет к увеличению уровня нитрит- и нитрат-анионов по сравнению с группой контроля.

*УДК 616.127-005.8+616.342-002.44]-079.4*

*Агеева Д. В., Донцов С. О., Таран О. В.*

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА И ОСТРЫХ  
АБДОМИНАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ**

**Актуальность.** Довольно часто наличие инфарктоподобных изменений на ЭКГ и выраженного болевого синдрома вызывают трудности при постановке правильного диагноза у пациентов с острой абдоминальной патологией. Несмотря на научно-технические достижения в ранней диагностике и лечении инфаркта миокарда (ИМ), возникают сложности дифференциации острого инфаркта миокарда с другими сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

В данном исследовании представлен клинический случай пациентки, у которой при поступлении в стационар был диагностирован острый коронарный синдром (ОКС) с подозрением на острый ИМ, а впоследствии выявлена язва задней стенки двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК).

**Цель:** Выяснить клинико-морфологические и патогенетические особенности язв двенадцатиперстной кишки при ишемической болезни сердца (ИБС) и ОКС для дальнейшей правильной дифференциальной диагностики ИМ задней стенки и острых абдоминальных патологий.

**Материалы и методы.** Анализ статистических данных, анализ научной литературы, изучение клинического случая, наблюдение за течением заболевания в стационаре, интервьюирование, обобщение, выводы.

**Результаты и их обсуждения.** Больная госпитализирована в кардиологическое отделение бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом ИБС, ОКС без элевации сегмента ST, гипертоническая болезнь (ГБ) II, степени 2, риск 3, сердечная недостаточность (СН) IIА, блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ), хр. холецисто-панкреатит в стадии ремиссии. На момент осмотра жаловалась на боли в правом подреберье и эпигастрии колющего характера, однократную рвоту, отдышку при ходьбе, при подъеме на 2-й этаж.

Данные симптомы беспокоят впервые, одышка беспокоит около 3-х лет, боли в сердце не беспокоили. Постоянно принимает Кардиомагнил, при повышении АД Эналаприл 10 мг.

АД при поступлении 140/90, пульс 65, t°С 36.7, глюкоза крови 3.8 ммоль/л.

В отделении был поставлен диагноз ИБС, впервые возникшая стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, ГБ II ст. стадия 2, риск 3. СН IIА НБПНПГ.

Больной было назначено лечение следующими группами препаратов:

- Антикоагулянты
- Антиагреганты
- Ингибиторы протонной помпы
- Диуретики
- Гипотензивные
- Антиангинальные

Также было проведено лабораторное обследование: анализ крови на уровень тропонинов, общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на сахар, общий анализ мочи, обзорный рентген грудной клетки ОГК, коагулограмму .

Лечение не улучшило состояние больной.

Так как анализ крови на уровень тропонинов показал отрицательный результат (10.91 при норме <24.9), то диагноз ОКС и острый ИМ не подтвердился, но у пациентки сохранялся болевой синдром.

Поэтому были отменены препараты: Гепарин, Клопидогрель, Нитроглицерин.

Несмотря на категорический отказ пациентки от исследований ЖКТ, лечащему врачу удалось убедить её в необходимости данных манипуляций. После проведенных ФГДС и УЗД органов брюшной полости был поставлен диагноз ЯБ ДПК задней стенки, рубцовая деформация ЛДПК, гастроэзофагельно рефлюксная болезнь (ГЭРБ), рефлюкс-эзофагит I, дуодено-гастральный рефлюкс., хр. холецисто-панкреатит в стадии нестойкой ремиссии.

Был отменен Аспирин кардио и назначена четырехкомпонентная противоязвенная терапия. Показано лечение в условиях терапевтического отделения (гастроэнтерология). На фоне кардинально измененного лечения состояние больной стало улучшаться.

**Выводы.** Представленный случай из практики наглядно показывает возможность одновременного развития у пациента ИБС/ОКС и ЯБ задней стенки ДПК, что крайне затрудняет диагностику и может привести к ненадлежащему лечению какого-либо из этих угрожающих жизни состояний.

Данный клинический случай интересен тем, что на основании ишемии миокарда и сопутствующей кардиалгии, а также некоторых инфарктоподобных изменений на ЭКГ, при поступлении пациентки в стационар, был заподозрен острый ИМ. Однако дальнейшая диагностика с применением дополнительных инструментальных и лабораторных исследований позволила снять данное подозрение и, кроме того, исключить вариант обострения хр. холецисто-панкреатита, который также может имитировать клинику острого ИМ. Результаты УЗД и ФГДС подтвердили диагноз язвенного поражения ДПК, а нормальный уровень тропонинов в крови исключило наличие ИМ у пациентки.

Таким образом, эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны у больных ИБС и ОКС имеют ряд морфологических, клинических и патогенетических особенностей, которые могут рассматриваться в качестве критериев их своевременной диагностики и помочь в разработке эффективных методов профилактики и лечения.

В дальнейшем мы хотим предложить алгоритм дифференциальной диагностики ИМ и острых абдоминальных патологий на догоспитальном этапе.

**УДК 57.043:577.121.9:602.9:616-003.96:616-092.19:616-092.9:616.61-003.93**

***Свинарева И.В., Демьяненко Е. В.***

**ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПОЧЕЧНОЙ  
ТКАНИ КРЫС ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ  
КЛЕТОК ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СТРЕССЕ**

***Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Бойченко П. К.***

*Кафедра медицинской химии*

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ ЕСПУБЛИКИ  
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск**

**Актуальность.** Данное исследование было проведено в связи с тем, что в последние годы клеточная терапия становится альтернативой традиционного лечения различных патологических состояний организма человека, в частности – заболеваний почек. Одним из ведущих направлений медицинской науки является изучение стресса и закономерностей изменения метаболизма при действии стрессоров различной природы и интенсивности. Мощнейшим стрессовым фактором есть ограничение двигательной активности, а гипоксия почечной ткани, возникающая в ответ на микроциркуляторные нарушения при стрессе, является главным звеном ее повреждения. Известно, что гипоксия влияет на биоэнергетический аппарат клетки, вызывая активизацию перекисного окисления липидов, а также развитие дистрофических и некротических изменений клеток. Вследствие сдвига прооксидантно-оксидантного равновесия повышается продукция монооксида азота, который в высоких концентрациях оказывает цитотоксический и проапоптотический эффект, и рассматривается в качестве одного из факторов повреждения нефрона при ишемических воздействиях. Совокупность всех этих изменений может спровоцировать развитие нефропатий. Но применение мезенхимальных стволовых клеток (МСК) может повлиять на свободнорадикальные процессы и способствовать нормализации антиоксидантных свойств в почечной ткани.

**Цель:** изучение эффективности применения аллогенных мезенхимальных стволовых клеток на выраженность свободнорадикальных процессов и состояние антиоксидантной системы по динамике малонового диальдегида (МДА), восстановленного глутатиона, супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы в ткани почек крыс при остром иммобилизационном стрессе.

**Материалы и методы.** Объектом исследования было 208 самцов нелинейных белых крыс массой 200-250 грамм. Стресс моделировали при помощи однократной 24-часовой иммобилизации животных в индивидуальных фиксирующих камерах. Для получения клеток костного мозга, вымывали полости бедренной кости питательной средой «ИГЛА-МЕМ» с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиками и культивировали их четырнадцать дней в условиях CO<sub>2</sub>-инкубатора. Распределение животных по группам происходило следующим образом: № 1 – интактная, № 2 – контрольная (иммобилизация без введения МСК) и № 3 – экспериментальная (иммобилизация с внутривенным введением по 5x10<sup>6</sup> МСК). Животных декапитировали на первые, третьи, седьмые, четырнадцатые, двадцать первые и тридцатые сутки после иммобилизации. Извлечённые их почки гомогенизировали в среде выделения. Содержание МДА, уровень восстановленного глутатиона, активность СОД и каталазы определяли стандартными методами с последующей спектрофотометрией (СФ-46). Полученные данные обрабатывали в программе «Statistica 10.0», оценивая по критерию Манна-Уитни. Отклонения при p<0,05. считали достоверно значимыми.

**Результаты и обсуждения** В результате исследования было выявлено, что при остром 24-часовом иммобилизационном стрессе живого организма существенно изменяются показатели, характеризующие выраженность окислительного стресса. Применение аллогенных мезенхимальных стволовых клеток способствовало более быстрому восстановлению показателей антиоксидантной системы и значительному снижению свободнорадикальных процессов в почечной ткани в посимобилизационном периоде.

Так, в группе контрольных животных уровень малонового диальдегида повысился относительно интактных значений в первые сутки в 2,26 раза, на третьи -- в 3,16 раза, на седьмые -- в 2,52 раза, на четырнадцатые -- в 1,77 раза, на двадцать первые -- в 1,16 раза

( $p < 0,001$ ), что произошло из-за активизации перекисного окисления липидов при стрессовом воздействии. К тридцатым суткам наблюдения показатели групп № 1 и № 2 статистически не отличались. У животных, пролеченных МСК, уровень МДА в первые и третьи сутки исследования также увеличился относительно значений группы № 1 соответственно в 2,21 и 3,1 раза ( $p < 0,001$ ) и статистически не отличался от контрольных цифр. Однако с седьмых суток наблюдения у экспериментальных крыс концентрация МДА в почечной ткани была достоверно ниже контрольных показателей: на седьмые сутки -- в 1,21 раза, на четырнадцатые -- в 1,37 раза, на двадцать первые -- в 1,1 раза, на тридцатые -- в 1,06 раз ( $p < 0,05$ ).

Показатели восстановленного глутатиона, как неферментного звена антиоксидантной защиты, на первые и третьи сутки наблюдения снизились относительно значений группы № 1 как в контрольной (соответственно в 1,55 и 2,145 раза,  $p < 0,001$ ), так и в экспериментальной группах (соответственно в 1,54 и 2,055 раз,  $p < 0,001$ ). У крыс группы № 2 цифры восстановленного глутатиона были достоверно ниже интактных значений на седьмые -- сутки в 1,87 раз, на четырнадцатые -- в 1,6 раз, на двадцать первые -- в 1,25 раз, на тридцатые -- в 1,1 раз ( $p < 0,05$ ), что, вероятно, связано со значительным его потреблением в реакциях конъюгации с продуктами свободно-радикальных процессов. В группе № 3 на седьмые сутки исследуемый показатель был ниже интактных значений в 1,56 раз ( $p < 0,001$ ), но превышал контрольные значения в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ). На четырнадцатые и двадцать первые сутки мониторинга его уровень у крыс, получавших клеточную терапию, был ниже интактных значений соответственно в 1,28 и 1,09 раз ( $p < 0,05$ ), но был выше контроля соответственно в 1,25 и 1,1 раз ( $p < 0,01$ ). К тридцатым суткам наблюдения статическая разница между показателями исследуемых групп не была обнаружена.

Также состояние ферментативного звена антиоксидантной системы в почечной ткани существенно изменилось после 24-часовой иммобилизации. У контрольных крыс в первые сутки наблюдения уровни каталазы и СОД снизились относительно интактных значений соответственно в 1,86 и 1,39 раз ( $p < 0,001$ ), на третьи -- в 2,4 и 1,99 раз ( $p < 0,001$ ), на седьмые -- в 1,78 и 1,71 раз ( $p < 0,001$ ), на четырнадцатые -- в 1,48 и 1,22 раза ( $p < 0,001$ ), на двадцать первые -- в 1,24 и 1,11 раз ( $p < 0,05$ ). На тридцатые сутки цифры каталазы и СОД в группе № 2 статистически не отличались значений группы № 1. У экспериментальных крыс цифры каталазы достоверно превышали контрольные значения на седьмые сутки в 1,16 раз, на четырнадцатые -- в 1,26 раз, на двадцать первые -- в 1,23 раза и на тридцатые -- в 1,07 раз ( $p < 0,001$ ). Значения СОД у животных группы № 3 превышали значения группы № 2 на седьмые сутки -- в 1,3 раз, на четырнадцатые -- в 1,06 раз, на двадцать первые -- в 1,07 раза, на тридцатые -- в 1,08 раз ( $p < 0,05$ ).

По итогам исследования можно выявить подавление мезенхимальными стволовыми клетками процессов перекисного окисления липидов, повышение антиоксидантных свойств, что объясняется активной продукцией проангиогенных и антиапоптотических цитокинов, регуляцией воспаления и иммунных процессов, улучшением регенерации клеток почечной ткани, повышением устойчивости к гипоксии [1, 7].

**Выводы.** В результате проведенного исследования установлено, что 24-часовой иммобилизационный стресс интенсифицирует перекисное окисление липидов и угнетает активность компонентов антиоксидантной системы.

Перспективность изучения эффектов от применения клеток с высоким пролиферативным потенциалом при различных патологических состояниях подтверждается: использование аллогенных МСК в качестве средства коррекции при

экспериментальном стрессе способствовало более быстрому восстановлению показателей антиоксидантной системы, а, следовательно, функционального состояния почек подопытных крыс по сравнению с контролем.

УДК 616.314.18-002.2/4-092

*Петриченко А. А.*

**ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИНОВ И ХОЛЕСТЕРИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА СТАДИЯХ ОБОСТРЕНИЯ И РЕМИССИИ**

*Научный руководитель: кандидат медицинских наук, доцент Шпулина О.А.*

*Кафедра стоматологии Государственного учреждения Луганской Народной Республики «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность.** В настоящее время основной причиной преждевременной смерти жителей планеты являются заболевания сердечно-сосудистой системы. По данным ВОЗ ежегодно от болезней сердца умирает около 17 миллионов человек, что составляет 29% всей смертности населения.

Одной из причин развития заболеваний сердечно-сосудистой системы является атеросклероз – заболевание, поражающее артерии, вследствие которого на внутренней оболочке сосудов формируются очаги холестериновых отложений, что вызывает сужение просвета сосудов вплоть до их полной закупорки. По данным современных исследований уровень атерогенных липопротеинов в сыворотке крови растет в ответ на воспалительную реакцию. Целый ряд исследований доказывает участие иммунных механизмов, в частности реакции воспаления, в формировании атеросклеротической бляшки.

В то же время воспалительно-деструктивные заболевания пародонта являются самыми распространенными среди всех возрастных групп населения, особенно взрослого. Известно, что очаг воспаления при хроническом генерализованном пародонтите является обширным и провоцирует рост уровня медиаторов воспаления, как в полости рта, так и в крови.

**Цель:** изучить уровень липопротеинов высокой (ЛПВП), низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности, а также общего холестерина в сыворотке крови больных с хроническим генерализованным пародонтитом в стадии обострения, до и после лечения, и установить связь между интенсивностью воспаления в пародонте и уровнем атерогенных липидов в сыворотке крови.

**Материалы и методы.** Обследовано 32 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом в стадии обострения, из которых 18 – женщины и 14 – мужчины в возрасте от 50 до 68 лет. До проведения курса лечения пародонтита в сыворотке крови всех пациентов определяли уровень ЛПВП, ЛПНП и ЛПОНП, а также общего холестерина. Исследование сыворотки крови проводили на базе «Медицинского Диагностического Центра Луганская Диагностическая Лаборатория». Затем, всем пациентам был проведен курс лечения пародонтита по следующей схеме: профессиональная гигиена полости рта с закрытым

кюретажем пародонтальных карманов и курсом полосканий полости рта 0,1% раствором гексетидина 3 раза в день в течение трех дней.

Через 1 месяц после окончания курса лечения у всех пациентов была зарегистрирована стойкая ремиссия хронического генерализованного пародонтита и вновь было проведено определение ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП и общего холестерина в сыворотке крови. Так же рассчитывали холестериновый коэффициент атерогенности, представляющий собой отношение суммы уровней ЛПНП и ЛПОНП к содержанию ЛПВП.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что до курса лечения у всех пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в стадии обострения наблюдается достоверное увеличение ЛПНП и ЛПОНП, а также общего холестерина в сравнении с референтными значениями. Так уровень ЛПНП оказался равен  $3,71 \pm 0,17$  ммоль/л, ЛПОНП –  $1,93 \pm 0,10$  ммоль/л, а общего холестерина –  $8,13 \pm 0,26$  ммоль/л. При этом уровень ЛПВП составил  $1,73 \pm 0,04$  ммоль/л, а коэффициент атерогенности равен 3,26.

После проведения курса лечения и перевода хронического генерализованного пародонтита в стадию стойкой ремиссии в сыворотке крови всех обследованных пациентов происходит достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение концентрации как общего холестерина, так и липопротеинов сыворотки крови.

Так, после успешного лечения пародонтита, уровень ЛПНП составил  $3,12 \pm 0,13$  ммоль/л (что на 16% ниже, чем до лечения), ЛПОНП –  $1,54 \pm 0,08$  ммоль/л (что на 20% ниже, чем до лечения), а общего холестерина –  $7,20 \pm 0,21$  (что на 11% ниже, чем до лечения). Так же отмечается незначительное увеличение уровня ЛПВП, который составил  $1,88 \pm 0,16$  ммоль/л, и снижение при этом коэффициента атерогенности до 2,48.

**Выводы.** Таким образом, установлено, что у больных с хроническим генерализованным пародонтитом в стадии обострения происходит увеличение уровня плазменных липопротеинов низкой и очень низкой плотности, а также общего холестерина, способных накапливаться на эндотелии кровеносных сосудов и сужать их просвет.

Настоящее исследование доказывает, что эффективное лечение пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом и перевод его в стадию устойчивой ремиссии позволяет значительно снизить концентрацию ЛПНП и ЛПОНП, а также общего холестерина и, таким образом, уменьшить риск развития атеросклероза и его осложнений у пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта.

**УДК 159.923.38:371.3-057.875**

**Лисовская О. Л.**

**ИЗУЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ И УСПЕШНОГО ОБУЧЕНИЯ  
У СТУДЕНТОВ ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»**

**Научный руководитель к-т. фарм. наук, доц. Передерий Е. А.  
Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации**

**Актуальность.** Вопрос успешного обучения во все времена был актуальным, как для студентов, так и для преподавателей. Определить необходимый мотив и интегрировать его в студенческое общество – одна из важнейших задач педагога. Несмотря на то, что каждый из студентов имеет свой индивидуальный уровень восприятия информации, важно понимать, какие каналы восприятия обучающихся, наиболее продуктивны.

**Цель:** определить истинную мотивацию студентов к обучению и рациональный канал подачи информации.

**Материалы и методы.** Для исследования мы взяли две группы студентов четвертого курса (студенты, юношеского возраста в количестве - восемнадцать человек) фармацевтического факультета и применили метод анонимного анкетирования. Анкетный опрос шел по двум методикам: на определение ведущего канала восприятия (С. Ф. Ефремцева) и изучение мотивации обучения в ВУЗе (Т. И. Ильиной).

**Результаты и их обсуждение.** Выбор студентами профессии и удовлетворенность ею определяется по преобладанию мотивов по трем шкалам: «Приобретение знаний» (стремление к приобретению знаний, любознательность); «Овладение профессией» (стремление овладеть профессиональными знаниями и сформировать профессионально важные качества); «Получение диплома» (стремление приобрести диплом при формальном усвоении знаний, стремление к поиску обходных путей при сдаче экзаменов и зачетов). Методика Т. И. Ильиной,- изучение мотивации обучения в ВУЗе определила достаточно высокий уровень(50%) в стремлении к приобретению знаний; важным фактором оказалось и стремление приобрести диплом при формальном усвоении знаний (30%); низкие значения (10%) в стремление овладеть профессиональными знаниями и сформировать профессионально важные качества. Могу предположить, что этот показатель такой низкий, из-за отсутствия трудового опыта и практики в профессии.

Методика на определение ведущего канала восприятия (С. Ф. Ефремцева) также дала интересные показатели: визуал (зрительное восприятие) – уровень усвоения информации происходит через глаза (20%); кинестетик (тактильное восприятие) – восприятие информации происходит через прикосновения, через руки (70%). – Аудиал (слуховое восприятие) – по тому, что ему говорят (10%).

**Выводы.** Диагностика доминирующей перцептивной модальности С. Ф. Ефремцева служит для определения ведущего типа восприятия: аудиального, визуального или кинестетического, в нашем исследовании преобладающим является кинестетический канал восприятия, хотя педагогическая теория считает, что при обучении основной путь восприятия – визуальный. Данная информация будет полезна в педагогической практике, если помимо демонстрации слайдов, с целью более успешного усвоения учебного материала, будут подключаться задания с привлечением тактильной чувствительности, т. е. «работа руками». Согласно проведенной методике - изучение мотивации обучения в ВУЗе – следует больше обращать мотивационное внимание на решение профессиональных вопросов.

**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТИРОЗОЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ  
ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ**

*Научный руководитель: к.мед.н., доцент Шпулина О.А.*

*Кафедра стоматологии ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск*

**Актуальность.** Тиреотоксикоз – клинический синдром, который обусловлен действием избыточного количества гормонов щитовидной железы на различные ткани, органы и системы организма.

Нарушения эндокринной функции щитовидной железы и заболевания полости рта тесно взаимосвязаны. Полость рта отражает гормональные нарушения организма, поэтому её можно рассматривать в качестве индикатора. Часто появление первичных морфологических элементов на слизистой оболочке полости рта и острое течение кариеса является первым симптомом, который возникает намного раньше, чем общие клинические симптомы основного заболевания, поэтому пациенты могут обращаться за помощью в первую очередь к врачу-стоматологу. Наиболее характерным проявлением является множественный кариес, по мере тяжести тиреотоксикоза индекс интенсивности кариеса увеличивается.

**Цель:** изучить состояние зубов у больных тиреотоксикозом в стадии обострения и ремиссии. Установить взаимосвязь между интенсивностью кариеса и уровнем гормонов Т4 (тироксин свободный) и ТТГ (тиреотропный гормон).

**Материалы и методы.** На протяжении 1 года наблюдались 20 пациентов, в возрасте от 20 до 45 лет с тиреотоксикозом, начиная со стадии обострения и в процессе лечения препаратом «Тирозол» с выходом в стадию ремиссии. Исследования сыворотки крови проводились на базе «Медицинского Диагностического Центра Луганская Диагностическая Лаборатория». После первичного обследования пациентам был предложен курс лечения препаратом «Тирозол», с постепенным уменьшением дозировки с 40 мг/день до 5 мг/день на момент достижения нормального уровня Т4 и ТТГ.

На протяжении курса лечения оценивалось состояние полости рта пациентов. Исследовали: состояние гигиены полости рта, рассчитывая индекс Грина – Вермильона, функциональную резистентность эмали, используя тест эмалевой резистентности (ТЭР-тест), а также отслеживался уровень гормонов Т4 и ТТГ в сыворотке крови пациентов.

**Результаты и их обсуждение.** У всех обследованных пациентов с тиреотоксикозом выявлено острое течение кариеса с множественным поражением зубов. Установлено, что перед курсом лечения уровень Т4 у обследуемых пациентов составлял  $58 \pm 7$  пмоль/л, при нормальном значении равном 9,7 – 16,3 пмоль/л для лиц старше 13 лет, в то время как показатель ТТГ был равен  $0,02 \pm 0,013$  мкМЕ/мл, при норме 0,39 – 4,0 мкМЕ/мл для лиц старше 13 лет.

16 обследуемым пациентам, у которых после проведения курса лечения, значения гормонов Т4 и ТТГ вошли в норму, был назначен профилактический прием препарата «Тирозол» в дозировке 5 мг/день, а у 4 пациентов, чьи показатели незначительно отклоняются от нормы (Т4 =  $19 \pm 2$  пмоль/л, ТТГ =  $0,29 \pm 0,06$  мкМЕ/мл) рекомендованная доза препарата «Тирозол» составила 10 мг/день.

У всех пациентов, до начала курса лечения, было произведено определение

гигиенического индекса Грина – Вермильона, который в среднем составил  $1,36 \pm 0,09$  баллов и после курса лечения, показатель достоверно не изменился и составил  $1,38 \pm 0,06$  баллов. Полученные данные говорят о том, что гигиена полости рта была удовлетворительна, как до, так и после течения тиреотоксикоза.

По данным ТЭР-теста до начала лечения среднее значение составило  $6,6 \pm 1,14$  баллов, что означает низкую кислотоустойчивость эмали. После проведения лечения тиреотоксикоза среднее значение у обследованных пациентов составило  $4,35 \pm 0,87$  баллов – умеренная кислотоустойчивость эмали ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, наше исследование подтверждает, что гиперфункция щитовидной железы способствует развитию острого течения кариеса, во-первых, за счет нарушения водно-электролитного баланса в организме, что в свою очередь приводит к нарушению соотношения микроэлементов в твердых тканях зуба. И во-вторых, значительную роль в патогенезе кариеса играет тесная функциональная связь слюнных желез со щитовидной железой: тиреотоксикоз приводит к изменению физико-химического состава слюны, при этом снижается ее вязкость, следовательно, абсорбция на зубной поверхности органических веществ, ослабляющих механизм защиты эмали от деминерализующих факторов, снижается.

Результаты проведенного исследования доказывают, что нормализация уровня Т4 и ТТГ в сыворотке крови больных тиреотоксикозом при применении препарата «Тирозол» способствует повышению резистентности эмали зубов к действию кислот.

*УДК 616.127 – 005.4 – 07 – 08:616.314.17*

*Сонина Е.В., Крамаренко К.А., Лямзин А.В., Паращенко А.Н.*

**ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА**

*Научный руководитель: к. мед. наук, доц. Сонина Е.В.*

*Кафедра факультетской терапии*

*Кафедра стоматологии*

*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

**Актуальность.** Заболевания пародонта часто встречается у больных с ишемической болезнью сердца, а заболевания сердечно-сосудистой системы в сочетании с другими неблагоприятными факторами могут способствовать изменениям в полости рта. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной летальности и инвалидности трудоспособного населения. Наиболее частой причиной стенокардитических жалоб у пациентов является атеросклеротическое поражение, гемодинамически значимый стеноз и/или окклюзия венечных артерий, приводящее в своем развитии к атеротромбозу и некрозу миокарда. Факторами риска при этом заболевании являются курение, стресс, пищевые нарушения, дислипидемические нарушения, артериальная гипертензия, сахарный диабет и др. Общее состояние организма с одной стороны и физиологическая резистентность твердых тканей зубов, тканей пародонта, а также полости рта с другой взаимосвязаны. Сердечно-сосудистая патология может стать причиной приводящей к различным

патологическим состояниям (инфаркту миокарда, стенокардии, нарушению ритма и проводимости), но и способствовать ухудшению состояния полости рта. Однако и те нарушения которые уже развились у пациента в полости рта могут способствовать утяжелению состояния больного с сердечно-сосудистой патологией.

**Цель:** показать взаимоотношающее влияние основных стоматологических заболеваний и ишемической болезнью сердца.

**Материалы и методы.** Обследовано 14 больных с ишемической болезнью сердца (стабильная стенокардия -4 больных, прогрессирующая стенокардия -6 больных, постинфарктный кардиосклероз – 3 больных), находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении №1 ГУ ЛНР «ЛГКМБ№7». В исследуемых группах все мужчины, в возрасте от 49 до 72 лет. По социальному статусу 67% обследованных принадлежали к рабочему классу, 33% - пациентов находятся на пенсии. Была проведена комплексная оценки состояния полости рта обследуемых больных, диагностика основных стоматологических симптомов с проведением стандартных методов обследования: сбор анамнеза, клинико-инструментальный осмотр, определение распространенности и интенсивности заболеваний тканей пародонта. Комплекс лабораторных методов включал клинический анализ периферической крови, гликемический профиль, общий анализ мочи, липидный спектр крови. Всем пациентам проводилась электрокардиография. Стоматологическое обследование проводилось как первичный осмотр пациента.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ качества жизни пациентов показал, что 87% пациентов отмечают привычный дискомфорт и другие неприятные ощущения при приеме пищи и речеобразования в течении последних 5 лет. Нужно отметить, что все пациенты курили, 10 больных - с избыточной массой тела, 3 – имели сахарный диабет 2-го типа более 8 лет. У 4 больных отягощен семейный анамнез заболеваний ССС, 9 пациентов – с гипертонической болезнью. Все пациенты обращались к стоматологу в течении последних 2-лет по поводу экстракции зубов - 6 больных, лечение кариеса - 9 больных, протезирование -5 больных. Среднее количество зубов у обследованных пациентов на момент осмотра от 18 до 24 и по состоянию – 30% кариозных. У 10 больных обследуемой группы в течении 1 года появились воспаления и кровоточивость десен. Данные лабораторных обследований показали наличие воспалительных процессов у всех больных, повышение уровня сахара крови – у 7 больных, дислипидемические нарушения у всех больных. Электрокардиографически было зарегистрировано: синусовая тахикардия – у 7 больных, гипертрофия левого желудочка – у 9 больных, рубцовые изменения в зоне перенесенного инфаркта -6 больных, нарушения ритма и проводимости (желудочковая экстрасистолия – 6 больных, блокада левой ножки пучка Гиса -3 больных).

#### **Выводы.**

- 1.Наличие факторов риска (пол, возраст, наследственная предрасположенность, курение, дислипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирения и др.) приводят к развитию ишемической болезни сердца и могут способствовать ухудшению состояния полости рта.
- 2.Патологическими факторами дислипидемических нарушений, которые способствуют прогрессированию атеросклероза можно рассматривать и воспалительный процесс ротовой полости и, нарушение иммунной системы при обоих заболеваниях.
- 3.Заболевания могут являться взаимоотношающими, а своевременное выявление, лечение и профилактика заболеваний полости рта с одной стороны и, медикаментозная терапия заболеваний сердца с другой улучшит качество жизни пациентов.

**Актуальность.** Проблема диагностики и лечения Липокальциногранулематоза или синдрома Тейчлендера на сегодняшний день остается актуальной. Метаболический кальциноз развивается обычно в детском и подростковом возрасте на фоне общего хорошего самочувствия в результате местных нарушений обмена в тканях. Отложению солей кальция предшествуют дистрофические изменения липидного компонента ткани, в основе которых, по данным Тейчлендера, лежит нарушение холестерина обмена, вызванное диэнцефальными расстройствами. Данный тип заболеваний встречается крайне редко. Заболевание рассматривается как особая форма кальциноза.

**Цель:** Изучить очень редкое встречаемое дерматоза детской практики и продолжающегося во взрослом состоянии.

**Результаты и их обсуждение.** Определение синдрома Тейчлендера (синоним: липокальциногранулематоз) - болезнь отложения липоидов, редкая форма липокальциноза, в которой различают две различные формы:

- 1) мышечно-гидроматозный тип (вокруг суставное расположение очагов)
- 2) подкожный тип (с первичной локализацией очагов в подкожной жировой ткани). Единой классификации кальциноза нет. Различают метаболический и метастатический кальциноз (Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология : редкие и атипичные дерматозы. – Ереван, 1999). Некоторые авторы (дифференциальная диагностика кожных и венерических болезней: Руководство для врачей/Под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студеницина. - М., 1989) подразделяют кальциноз на первичный (идиопатический) и вторичный.

По мнению Тейчлендера, в эту нозологическую форму входят ограниченный кальциноз, универсальный кальциноз и оссифицирующийся миозит. Заболевание относится к синдромам липидоза.

**Симптоматология синдрома Тейчлендера:**

1. Течение болезни постепенное, вначале происходит образование болезненных и плотных, а затем флюктуирующих опухолей и диффузных плоских очагов кальциноза в слизистых карманах. Место локализаций в близрасположенных мышцах и сухожилий, в области больших суставов (на спине, и ягодицах и т.д.). Узелки в начале каменистой плотности, кожа над узлами не изменена.

2. Тяжелые расстройства общего состояния (повышение температуры, кахексия и анорексия).

3. Липоидные отложения в мышечных фасциях и серозных оболочках со вторичным развитием грануляционной ткани с гигантскими клетками типа инородных тел, вторичными кальциевыми отложениями. Кожа над узелками может напоминать лимонную корку и может приобретать синюшно-красноватую окраску).

4. При стадии размягчения узлов сопровождается лихорадкой. Узлы размягчаются и вскрываются с образованием фистул, выделение из фистул кашицеобразные с примесью белых плотных крупинок.

5. Не обязательными, но часто встречающимися симптомами являются сопутствующие обменные расстройства с гиперхолестеринемией, мышечная дистрофия, остеопороз и склеродермия.

Этиология и патогенез синдрома Тейчлендера. Патогенез его остается не ясным, нет данных о значении избытка липидов в возникновении патологического процесса (Каламкрян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология : редкие и атипичные дерматозы. - Ереван, 1999., Berriere H., Welin J., Lenne Y. Et al. //Chirurg.- 1993.- Bd 64, N 12. – S. 1062.). Особую роль в патогенезе синдрома Тейчлендера, возможно, играет витамин К (Laroche L., Sedel D., Enjolras O., et al.// Ann. Dermatol. Venerol. – 1983. – Vol. 110, N 9. – P. 729-730). Наблюдают семейные случаи заболевания. Речь идет о расстройстве диэнцефально-гормональной регуляции, играют роль и наследственно-конституциональные факторы. В первой стадии происходят отложения холестерина вначале в слизистых карманах, мышечной паренхиме, слизистых карманах, сухожильных оболочках, и в периосте. Во второй стадии происходит отложение кальция в мышечных волокнах. Третья стадия характеризуется размягчением кальцийсодержащей ткани с образованием реактивных гранул. Метаболический кальциноз развивается обычно в детском и подростковом возрасте на фоне общего хорошего самочувствия в результате местных нарушений обмена в тканях, приводящих к снижению растворимости кальция и как следствие его отложению в подкожной жировой клетчатке. Содержание фосфора и кальция в крови фактически не изменено. Преимущественная локализация – локтевые и коленные суставы, ягодицы.

Синдром Тейчлендера сопровождается атрофией и склерозом всех слоев кожи, отложением неорганических кристаллов и выраженным лимфостазом с развитием гранулемы инородного тела. Жировая ткань подкожной клетчатки замещается отложениями солей кальция. В мышечной ткани наблюдаются некроз и распад мышечных волокон также с отложением солей кальция. Эффективных средств лечения не существует. При ограниченных подкожных формах пораженные участки иссекают. Возможны рецидивы

**Выводы.** Первичным фактором в развитие синдрома Тейчлендера, по-видимому, являются идеопатический кальциноз, а также заболевание различной этиологии, сопровождающихся дистрофическими изменениями кожи, имеет место быть и нарушения липидного обмена, не исключается также аутоиммунный компонент воспаления. Помимо расстройства общего состояния, болезнь приводит к инвалидизации, поскольку синдром Тейчлендера не достаточно изучен, он требует дополнительных исследований, разработок методов диагностики и лечения. Болезнь редкая, но заслуживает внимания.

**УДК 616:576.895.1:614.23**

***Исакова Т. А., Провизион Л. Н., Хайминов Е.М.***

**КИШЕЧНОПОЛОСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ В КЛИНИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОЛОГА**

***Научный руководитель доцент Провизион Л. Н.***

*Кафедра дерматовенерологии, психиатрии и наркологии*

*ГУ «Луганский Государственный Медицинский Университет Имени Святителя Луки» ЛНР, г. Луганск*

**Актуальность.** Паразитарные инфекции кожи являются актуальной проблемой в связи с их многообразием и распространенностью. Возбудителями большинства инфекционных заболеваний кожи являются насекомые, однако есть системные кожные заболевания, вызванные нематодами и трематодами. Согласно данным ВОЗ (1993) число людей, зараженных нематодами свыше 100 млн. Являясь гельминтами, они могут обитать практически во всех органах человека, и в зависимости от места их нахождения, пути проникновения, симптоматики, методы диагностики и лечения будут различны.

**Цель:** ознакомить врачей дерматологов с клиническими проявлениями дерматозов, вызываемых кишечнорастворимыми инфекциями. Изучить пути их проникновения в организм и профилактику.

**Материалы и методы.** В качестве материалов были использованы учебники, научные пособия и статьи в области паразитологии и дерматовенерологии.

**Результаты и их обсуждение.** Кишечнорастворимые черви вызывают серьезные заболевания человека, к ним относятся шистоматозы, трихинеллезы, анкилостоматозы и стронгилоидозы. Два вида трематод: *Opisthorchis felinus* (кошачий сосальщик) и *Opisthorchis viverrini* (белчьих двуустка) - являются возбудителями описторхозов и клонорхозов. Попадая в организм человека с сырой, недостаточно термически обработанной рыбой семейства карповых, проявляются в виде эритематозной сыпи, артралгии, локализуясь в печени вызывает повреждение и закупорку желчных протоков, разрушая печень.

Шистосомы (*Schistosomatidae*) называемые - кровяными сосальщиками – являются возбудителями шистосомозов. К паразитам человека относятся 3 вида - *Schistosoma haematobium* - возбудитель мочевого шистосомоза; *Sch. japonicum* и *Sch. mansoni* – возбудители кишечного шистосомоза. Попадают в организм человека внедряясь в кожу при контакте с зараженной шистосомами водой, возможны пероральные пути заражения при употреблении воды с церкариями паразитов. Первичное заражение протекает бессимптомно, при вторичных заражениях появляется зуд («зуд купальщика»), в местах внедрения церкарий, локальная эритема, папулезная сыпь, симптомы интоксикации (слабость, головокружение, головные боли), мышечные и суставные боли. Течение хронической стадии зависит от вида возбудителя.

Возбудитель трихинеллеза – Трихинелла (*Trichinella spiralis*). Заражение происходит путем употребления пищи, загрязненной яйцами трихинеллы, плохо обработанном мясе, а также невымытых овощей и фруктов, содержащих яйца. Заболевание носит групповой характер, наблюдаются групповые вспышки. Червь паразитирует в толстом кишечнике, погружаясь передним концом в стенку кишечника, питается кровью. Единичные гельминты могут не вызывать никаких проявлений, а при массовом заражении наблюдаются тошнота, диарея, исчезновение аппетита. В следствии того, что паразит питается кровью – может развиться анемия. Для данного заболевания характерны 4 основных симптома: мышечные боли, отек век и всего лица («лягушачье лицо»), эозинофилия и повышение температуры.

Одним из серьезных заболеваний является анкилостомидоз (сыпь рудокопов, земляная чесотка, египетский хлороз), возбудителем которого является кривоголовка двенадцатиперстная (*Ancylostoma duodenale*) – паразитический круглый червь из рода

анкилостом (Ancylostoma). Заражение происходит при контакте кожи с землей, зараженной личинками анкилостом, а также при употреблении фруктов и овощей, зараженных личинками. В месте проникновения паразита через 1—2 дня на коже появляется красная зудящая папула, отечность. Такие проявления, называемые земляной чесоткой, чаще всего наблюдается на ступнях, в области лодыжек, руках и сохраняется в течение 1—2 недели. После того как личинка попала в органы дыхания, возможны проявления таких симптомов как кашель и одышка. Примерно через месяц после нахождения паразита в организме, возникают нарушения со стороны пищеварительного тракта.

Стронгилоидоз (почвенный зуд) возбудителем является – *Strongyloides stercoralis* или угрица кишечная. В первой стадии заболевания развивается аллергическая реакция, а в месте внедрения личинок – наблюдается полиморфная сыпь с выраженным зудом. Клинические проявления часто напоминают анкилостомидоз. В поздней стадии болезни развивается ползучая сыпь – *larva currens*. Излюбленные места локализации – бедра, ягодицы, перианальная область, боковые части тела.

**Выводы.** Гельминтозы – паразитарные заболевания, в процессе которых страдают все органы и системы. На коже высыпания характеризуются, в основном, аллергическими проявлениями – зудящей и полиморфной сыпью, гипопигментными пятнами. Диагноз гельминтозов основывается на анамнестических, эпидемиологических данных, клинической картиной и результатах лабораторных методов исследования. Профилактика гельминтозов заключается в проведении санитарно-просветительной работы, санитарно-гигиенических мероприятий и санитарного надзора.

УДК 616.831 – 005.4 – 036.12:616.127

*Мироненко Т. В., Мироненко М. О., Фулиди Е. В.*

## **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА НА ФОНЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ**

*Научный руководитель д-р мед наук, проф. Мироненко Т. В.*

*Кафедра нервных болезней и нейрохирургии*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск. Клиника реабилитации в Хамовниках, г. Москва.*

**Актуальность.** Сосудистые заболевания головного мозга занимают ведущее место среди основных причин смертности и инвалидизации населения. В структуре цереброваскулярной патологии 95% случаев приходится на долю хронической ишемии мозга (ХИМ), которая нередко осложняется стойкими двигательными расстройствами, снижением когнитивных функций (КФ), развитием депрессивных состояний. В этой связи представляет практический интерес ранняя разработка клинико-диагностических алгоритмов ХИМ.

**Цель:** Определить клинико-функциональные особенности течения хронической стадии заболевания, состояния внутримозговой гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга у лиц, страдающих патологией сердечно-сосудистой системы.

**Материал и методы.** Обследовано 145 пациентов (62 (42,8%) мужчин и 83 (57,2%) женщин; возраст 47–75 лет; средний возраст  $50,2 \pm 0,68$  года) с ХИМ I и II стадий на фоне ИБС с прогрессирующим течением. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц аналогичного возраста. В процессе наблюдения были использованы традиционные клинико-неврологические, нейропсихологические (шкалы MMSE, таблицы Шульте, тест запоминания 10 слов, шкала депрессии Бека), инструментальные (УЗДГ экстра- и интракраниальных сосудов, компьютерная ЭЭГ) и статистические методы исследования.

**Результаты и их обсуждение.** В результате наблюдения установлено, что ведущими клиническими проявлениями кардиогенной ХИМ являются вестибуло-мозжечковый, пирамидальный, амиостатический, астено-свротический синдромы и вегетативная дисфункция в виде частых синкопе, выраженность которых прогрессировала во II стадии ХИМ. При нейропсихологическом исследовании у пациентов обнаружены расстройства КФ легкой (75,2%) и умеренной (24,8%) степени выраженности, которые также преобладали при ХИМ II стадии у лиц мужского пола. Показатели кровотока в интракраниальных сосудах зависели от степени выраженности дефицита КФ и проявлялись снижением минутной скорости кровотока в каротидном сосудистом бассейне у обследованных с умеренными расстройствами КФ ( $p < 0,05$ ) в сравнении с пациентами, имеющими легкую степень расстройств КФ. Амплитудно-частотные характеристики  $\alpha$ -ритма у обследуемых характеризовались снижением индекса, изменением топографического распределения. Амплитудно-частотных характеристик, реакции на афферентную стимуляцию у 54,1% обследуемых с легкими нарушениями КФ. При умеренном снижении когнитивных характеристик  $\alpha$ -ритма регистрировалось нарастание индекса медленной активности в основном в  $\delta$ -диапазоне.

**Выводы.** Выявленные клинико-неврологические и нейрофизиологические изменения у пациентов с кардиогенной ХИМ обосновывают целесообразность раннего проведения необходимых лечебно-диагностических процедур.

**УДК:616.89-008.45:616.895.8**

*Грищенко А.А., Ромашова Т.И.*

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Государственное учреждение Луганской Народной Республики  
«Луганский Государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кафедра  
дерматовенерологии, психиатрии и наркологии, г. Луганск, ЛНР

Государственное учреждение «Луганская республиканская клиническая  
психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики, г. Луганск, ЛНР

**Введение.** Шизофрения – это психическое расстройство, характеризующееся полиморфной симптоматикой, имеющее прогредиентное течение, снижающее качество жизни пациента, приводящее к социальной дезадаптации и, зачастую, к инвалидизации. По данным эпидемиологических исследований, распространенность шизофрении в мире оценивается в пределах 0,8-1,0% случаев. Параноидная шизофрения одна из наиболее часто встречаемых форм заболевания. Она развивается в возрасте 25—35 лет, однако возможно как раннее начало в юношеском возрасте, так и более поздний дебют в зрелом возрасте (40-45 лет).

Начальные проявления и типы течения шизофрении чрезвычайно разнообразны по клиническим признакам, и оказывают влияние на формирование и степень выраженности шизофренического дефекта.

**Цель исследования:** выявить критерии формирования психопатологического дефекта у больных с параноидной шизофренией в зависимости от типа течения, характера ремиссий и остроты дебюта заболевания.

**Материал и методы.** Для достижения цели были обследованы 22 пациента (11 мужчин и 11 женщин) с параноидной шизофренией в возрасте от 21 до 61 года, с дебютом заболевания в возрасте от 17 до 35 лет. Все пациенты были обследованы, в связи с чем был проведен анализ анамнестических данных, оценены психический, наркологический, неврологический и соматический статусы, проведены необходимые лабораторные и клинические методы исследования для оценки типов течения заболевания и характера ремиссий.

Для объективизации полученных данных и степени выраженности психопатологической симптоматики использовались следующие тесты: шкала оценки позитивных и негативных симптомов (PANSS), шкала личного и социального функционирования (PSP), опросник качества жизни (EQ-5D), шкала оценки качества жизни при шизофрении (SQLS); для определения степени выраженности уровня тревожности и личностной тревоги использовалась шкала Спилбергера-Ханина, для оценки уровня депрессии – шкала Гамильтона, степени выраженности маниакальной симптоматики – шкала Янга.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам исследования общий средний возраст начала заболевания данной патологией составил—26,2 лет±1,6 ( $p \geq 0,05$ ). Средний возраст дебюта заболевания среди женщин составил—27,7 лет ±2,18 ( $p \geq 0,05$ ), среди мужчин —24,7 лет±1,17 ( $p \geq 0,05$ ). Наиболее распространенным типом дебюта заболевания среди женщин стал галлюцинаторно-бредовый, среди мужчин — помимо галлюцинаторно-бредового, наиболее частым был депрессивный тип дебюта. В ходе анализа данных о генетической предрасположенности было выявлено, что у мужчин во всех случаях был отягощенным анамнез по материнской линии, а у женщин - по отцовской. В большинстве (72%) случаев отмечалось эпизодическое течение со стабильным дефектом, непрерывный тип течения и эпизодическое течение с нарастающим дефектом отмечалось поровну в 14% случаев. Развитие дефекта при непрерывном типе течения наступало рано, и сам дефект носил тяжелый характер уровня «регресса склада личности» с длительностью течения заболевания - 21, 24 года.

Наиболее характерной, при формировании дефекта, была ремиссия «С», а преимущественно острый тип дебюта характеризовался аффективной (депрессивной, маниакальной) и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой.

Наиболее распространенным оказался психопатологический дефект типа «Фершрёбен» в 41% случаев: среди мужчин (45%) и женщин (55%). Данный тип дефекта чаще всего развивается при галлюцинаторно-бредовом дебюте и эпизодическом со стабильным дефектом течения.

На следующем месте – «аутизация с эмоциональным обеднением» в 27% случаев, чаще встречающийся среди мужчин (66%). У 83% обследуемых выявлена генетическая предрасположенность как по первой, так и по второй линии родства, у 16% случаев генетическая предрасположенность была сочетанной (как по первой, так и по второй линии).

Дефект «редукция энергopotенциала» встречался в 18% случаев, преобладал среди женщин (75%), характеризовался у 75% обследуемых депрессивным дебютом заболевания и у 25% случаев – психастеническим типом дебюта. У всех пациентов наблюдался эпизодический тип течения с нарастающим дефектом.

Дефект «регресс личности» имел 2 типа дебютов – галлюцинаторно-бредовый и эпилептиформный, у всех обследуемых имел место непрерывный тип течения шизофрении.

Дефект «психопатизация личности» был выявлен у 1 обследуемого с дебютом проявился по эпилептиформному типу и течением шизофрении по непрерывному типу.

**Выводы.** В процессе проведенного клинико-диагностического исследования у 22 пациентов с параноидной шизофренией были выявлены в 41% случаев дефект уровня «Фершрёбен», 27% аутизация личности с эмоциональным обеднением, 18% редукция энергетического потенциала, 9% регресс склада личности, 5% психопатизация личности. Тяжесть дефекта прямопропорционально зависела от типа дебюта заболевания, длительности ремиссий, частоты и характера обострений. Дефект уровня «Фершрёбен» чаще всего формировался при галлюцинаторно-бредовом дебюте, характеризовался эпизодическим с нарастающим дефектом течением. Аутизация личности с эмоциональным обеднением отмечалась преимущественно при эпизодическом течении со стабильным дефектом. Регресс склада личности наблюдался при непрерывном типе течения с постепенно нарастающей, преимущественно негативной симптоматикой в молодом возрасте.

**УДК 616.89-008-085**

*Власова Е.А., Радионова С.И., Кондуфор О.В., Булкина Н.Э.*

## **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ РАННИХ СТАДИЙ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Государственное учреждение Луганской Народной Республики  
«Луганский Государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кафедра  
дерматовенерологии, психиатрии и наркологии, г. Луганск, ЛНР

Государственное учреждение «Луганская республиканская клиническая  
психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики, г. Луганск, ЛНР

**Вступление.** Исследование посвящено изучению эффективности и безопасности использования препарата Аксамон, используемого для коррекции когнитивных расстройств, сопровождающих возрастных пациентов. Использование фармакопрофилактической

стратегии при умеренно выраженных когнитивных расстройствах более эффективно, чем при сформировавшейся деменции, даже легкой стадии.

Ведущим компонентом данной гипотезы является влияние на роль центральной холинергической системы в течение когнитивного дефицита.

Длительное использование в терапии ингибиторов холинэстераз замедляет нарастание когнитивного дефицита и уменьшает вероятность помещения пациентов в психоневрологические интернаты.

Современные исследования свидетельствуют, что когнитивные изменения, выходящие за пределы возрастной нормы, но не достигающие условия деменции отмечаются у 11-17% пожилых людей, а в возрасте старше 70 лет – уже у 30-35%, среди неврологических пациентов встречается в 44% случаев. Значит, своевременная диагностика синдрома когнитивного дефицита и своевременное лечение этого состояния является профилактикой развития деменции и позволяет улучшить социальное и бытовое функционирование пожилых, но еще не дементных людей и отсрочить трансформацию синдрома когнитивного дефицита в деменцию.

**Цель работы.** Изучение эффективности препарата Аксамон при лечении пациентов с легкой деменцией сосудистого типа, а также изучение эффективности Аксамона при лечении пациентов с симптомами умеренного когнитивного дефицита сосудистого генеза для замедления прогрессирования сосудистой деменции.

**Материалы и методы исследования.** Изучение эффективности препарата Аксамон в терапии пациентов, страдающих синдромом когнитивного дефицита, проводилось в группе из 39 пациентов старше 50 лет, наблюдавшихся на базе Луганской республиканской психоневрологической больницы. Для включения в группу необходимо, чтобы состояние пациента соответствовало клиническим критериям NINCDS/AIRE для васкулярной патологии ЦНС, а уровень выраженности когнитивных нарушений по шкале MMSE от 27 до 23 баллов, соответствующий умеренным когнитивным расстройствам и легкой степени выраженности деменции.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В состав исследуемой группы вошли 15 (38%) мужчин и 34 (62%) женщины в возрасте от 50 до 75 лет, средний возраст составил 63 года. Из них на момент начала исследования синдром умеренного когнитивного дефицита был диагностирован в 29 случаях (24-27 баллов по MMSE), что составило 59% и диагноз легкой деменции (20-23 балла по MMSE) был установлен 20 пациентам, что составило 41%. У всех пациентов был подтвержден сосудистый генез когнитивного снижения. Основными психометрическими шкалами являлись шкала MMSE (краткая шкала оценки психического статуса), GAF (шкала глобального функционирования), уровень депрессивных расстройств оценивали по шкале депрессии позднего возраста, состоящей из 15 пунктов (более 5 баллов диагностировались как депрессивные расстройства). Оценка наличия и выраженности побочных явлений осуществлялась при опросе пациентов, проведением биохимических анализов крови, электрокардиограмма (ЭКГ) - контроль.

Все пациенты начинали прием Аксамона с инъекционных форм в виде внутримышечной инъекции 0,5% в объеме 1,0 мл в течении 10-15 дней, затем выбирался темп наращивания дозировок и средняя терапевтическая дозировка составляла 20-60 мг/сут. Прием таблетированных форм начинали с 1/2 таблетки на ночь, затем 2 раза в день, с последующим увеличением на 1/2 таблетки каждые 2 недели. Из 39 пациентов полностью завершили курс 36 пациент (92%), 1 пациенту (2,5%) препарат был отменен из-за развития

побочных эффектов, 2 пациента (5,5%) отказались от приема Аксамона по различным причинам (переезд, улучшение состояния).

За 6 месяцев отмечалось улучшение когнитивных функций (MMSE на 2,3 балла) и ежедневное функционирование (GAF 10-15 баллов), а также снижение уровня депрессивных расстройств (измерение по шкале депрессий позднего возраста на 4,2 балла). Наилучшие изменения отмечались в начале лечения, а достигали своего максимума в конце 4 месяца, затем наблюдалась стабилизация показателей.

**Заключение.** Результаты данного исследования показали, что Аксамон улучшает интеллектуально-мнестические функции или стабилизирует их степень выраженности у пациентов с умеренным когнитивным дефицитом и легкой стадией деменции, сосудистого генеза, улучшает или стабилизирует функционирование пациентов в повседневной жизни. Аксамон снижает или стабилизирует уровень депрессивных расстройств у пациентов с умеренным когнитивным дефицитом и легкой стадией деменции, сосудистого генеза. Медленное наращивание дозировок препарата позволяет улучшить его переносимость. Аксамон можно рассматривать, как эффективный препарат при терапии когнитивных расстройств на ранних стадиях, когда адекватное фармакотерапевтическое воздействие может быть особенно востребованным.

**УДК 616.12-009.72-616.12-008.331.1**

**Данильченко Д. А., Андрианов И. И., Бурля Ю. А., Дровалева Е. В., Горбова В. А.,  
Гончар А. В., Штыка Е.С., Победенная Г.П.**

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ  
СТАЦИОНАРЕ**

**ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени  
Святителя Луки», г. Луганск**

Хронический гастрит (ХГ) и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. По данным мировой статистики ЯБ встречается у 60-65% населения земного шара. В то же время ХГ обнаруживается у 83% населения старше 30 лет, а у людей старше 60-70 лет - практически в 100% случаев. ЯБ и, часто предшествующий ей, ХГ имеют большое медико-социальное значение, так как болеют лица молодого и наиболее трудоспособного возраста, а обострения и осложнения приводят к длительной утрате трудоспособности.

Общепризнано, что *Helicobacter Piloni* (НР) является ведущим этиологическим фактором в развитии ХГ и язвенного процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК), однако, далеко не единственным. На долю ЯБ, ассоциированной с НР, приходится 70-80% дуоденальных язв и 50-60% желудочных, а частота рецидивов в течение 6 месяцев у больных после эрадикации НР составляет 20%.

Одна из актуальных проблем современной медицины - повышение эффективности лечения ЯБ и профилактика рецидивов заболевания. Нередко после успешно проведенной эрадикационной терапии сохраняется воспалительный инфильтрат слизистой оболочки

желудка, что предрасполагает к развитию рецидива клинической симптоматики заболевания, требует динамического наблюдения и пролонгации лечения.

**Цель** исследования – изучить клиническое течение наиболее распространенных болезней гастродуоденальной зоны у пациентов терапевтического стационара.

**Материал и методы** исследования. Исследование проводилось на базе терапевтического отделения ГУ ЛНР «Специализированная железнодорожная больница» города Луганска, с ретроспективным анализом 46 историй болезни пациентов с заболеваниями гастродуоденальной зоны за период с января по апрель 2018 г., а также путем наблюдения 10 пациентов, проходивших лечение в мае 2018 г. с последующей статистической обработкой полученных результатов.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе историй болезни больных терапевтического отделения ЯБ желудка или двенадцатиперстной кишки была выявлена у 24 пациентов, ХГ - у 22 лиц.

Среди пациентов больницы, обратившихся за помощью, в период с января по апрель 2018 года, по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта, больные имеющие ЯБ желудка или двенадцатиперстной кишки составляют – 42,8%, хронический гастрит – 39,2%.

Чаще пациенты с ЯБ находились в возрастной категории 50-70 лет (98%), из них мужчины составляли 58,4%, женщины – 41,6%. Наибольшее количество больных с ХГ – 77,2% были в категории 40-50 лет, 22,7% – старше 50. Среди всех исследованных мужчин было – 82%, женщин - 18%.

Сопутствующие поражения пищеварительной системы в виде гастроэзофагеальных и дуоденогастральных рефлюксов диагностировались у 24% больных, хронические панкреатиты - в 26% случаев, холециститы или постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) – у 15,2% пациентов, поражения печени - у 13% лиц.

Сочетание двух и более сопутствующих заболеваний пищеварительной системы имели 86% исследуемых.

98% пациентов отметили позднее (через 3-4 недели после появления симптомов) обращение за медицинской помощью.

Среди этиологических факторов как при ХГ, так и при ЯБ наиболее часто имели место хронический стресс и нарушения режима питания (в 100% случаев). НР был выявлен при ХГ у 50% больных, при ЯБ – у 58% исследованных лиц. Курение и регулярное употребление спиртных напитков отмечали 67 % пациентов с ХГ и 37% пациентов с ЯБ.

Периодическое нарушение рекомендаций врача по диете и режиму дня, а также лечебных имели место у 54% пациентов с ХГ и у 33% - с ЯБ.

Наиболее часто обострения наблюдались у всех пациентов, в основном, в весенний период.

Среди клинических проявлений при ХГ синдром диспепсии выявлялся в 95% случаев, астеновегетативный - в 98%. При ЯБ наиболее значимым был болевой синдром – в 100% наблюдений, диспепсический – у 98% лиц, астено-вегетативный у 96%.

При эндоскопическом исследовании у больных с ЯБ преобладали язвы пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки - по 33% соответственно, язвы области большей кривизны желудка обнаружены у 5 чел. (9%), в области малой кривизны - у 3 чел. (5%).

**Выводы.** По данным нашего исследования среди этиологических факторов заболеваний гастродуоденальной зоны наиболее частыми являются экзогенные факторы, такие как хронический стресс, употребление спиртных напитков и курение, а также НР,

несмотря на проведение ранее эридикационной терапии, нерегулярность лечения и несоблюдение рекомендаций специалистов по питанию среди значительного числа пациентов. Клинической особенностью течения этих заболеваний у исследованных пациентов является наличие сочетанной патологии пищеварительного тракта. Немаловажное значение имеет позднее обращение за медицинской помощью что сказывается на количестве коморбидных заболеваний и продолжительности лечения.

**УДК 616.127-008**

*Решикова В.В.*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРДИОМИОПАТИИ ТАКОЦУБО**

*Научный руководитель: к. мед. наук, доцент Холина Е.А.*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ, г.Луганск*

**Актуальность.** В последние несколько лет чаще диагностируется кардиомиопатия Такоцубо (КМП Такоцубо). Этот термин - «takotsubo» в переводе с японского означает «керамический горшок с круглым основанием и узким горлышком для ловли осьминогов». Именно такая форма гипокинезии верхушки сердца с гиперкинезией базальных отделов левого желудочка (ЛЖ) наблюдаются при проведении эхокардиографии (ЭхоКГ). Впервые эти изменения на ЭхоКГ были описаны японскими кардиологами в 1990 г. КМП Такоцубо имеет множество синонимов: «транзиторное катехоламинергическое оглушение», «синдром разбитого сердца», «преходящее шарообразное (баллонное) расширение верхушки ЛЖ». Эта нозологическая единица характеризуется транзиторной дисфункцией левого желудочка в ответ на физический или психический фактор. Патофизиологические механизмы остаются до конца не выясненными, хотя многие исследователи относят его к редкой обратимой форме нейрогенной кардиомиопатии. Клинические данные и изменения электрокардиограммы (ЭКГ) сходны с острым коронарным синдромом (ОКС), сопровождаются повышением маркеров некроза миокарда при отсутствии поражения коронарных артерий. Данная патология преимущественно возникает у женщин постменопаузального периода и прогноз исхода, как правило, благоприятный. В основе диагностики КМП Такоцубо лежат модифицированные критерии клиники Мэйо (Mayo Clinic, объединение многопрофильных общественных клиник и научно-исследовательских институтов, расположенных в трех штатах США). Критерии включают следующие признаки: 1) транзиторная гипокинезия, дискинез или акинез средних сегментов ЛЖ с вовлечением верхушки или без, баллоноподобное расширение полости ЛЖ, которое не соответствует зоне кровоснабжения одной коронарной артерии; физический или психический травмирующий фактор; 2) отсутствие обструкции коронарной артерии или ангиографического свидетельства отрыва атеросклеротической бляшки; 3) появление изменений ЭКГ (любая элевация сегмента ST и/или инверсия зубца T) или скромное повышение уровня тропонина; 4) исключение у больного феохромоцитомы или миокардита.

**Цель:** ранняя диагностика КМП Такоцубо у больных с ОКС и/или острым инфарктом миокарда.

**Материалы и методы.** Нами проанализированы 69 историй болезни пациентов с диагнозом ОКС и острый инфаркт миокарда (ИМ) за 2018-2019 гг., находящихся на лечении в отделении интенсивной терапии и кардиологическом отделении №1, №2 Луганского республиканского кардиологического диспансера. Истории отбирались по критериям диагностики КМП Такоцубо клиники Мэйо. У всех пациентов была проведена мультиспиральная компьютерная томография коронарных сосудов (МСКТ) – неинвазивная коронарография. Это существенно ограничило диагностический поиск.

**Результаты и их обсуждение.** Проведенный нами анализ всех случаев ОКС и острого инфаркта миокарда с выполненным в полном объеме диагностическим алгоритмом позволил нам ретроспективно диагностировать 1 клинический случай «синдрома разбитого сердца».

Больная О., 55 лет, была доставлена скорой медицинской помощью в отделение интенсивной терапии ЛРКД с диагнозом: Острый Q-позитивный передне-перегородочный инфаркт миокарда. При поступлении больная предъявляла жалобы на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопаточную область, которые длились около 5 часов. Также беспокоили одышка в покое, резкая слабость и недомогание. Ранее подобных болей не отмечала. За неделю до появления вышеуказанных жалоб перенесла сильное эмоциональное потрясение. Кардиологический анамнез – отсутствует. Наследственный анамнез отягощен – мама перенесла ИМ. В течение последних 6 лет регулярных менструаций не отмечает. При осмотре состояние больной средней степени тяжести. Нормостенический тип конституции. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Пастозность нижних конечностей. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 83 в мин. АД 115/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические оправления в норме.

На ЭКГ на момент госпитализации: зубец Q в  $V_2-V_3-V_4$  в сочетании с подъемом сегмента ST в  $V_2-V_5$  до 2 мм с отсутствием депрессии ST в реципрокных отведениях. В клиническом и биохимическом анализах крови – без патологии, включая общий холестерин, триглицериды. Был определен тропонин I и составил 1,03 нг/мл (норма менее 0,2 нг/мл). При проведении ЭхоКГ (на 2-й день) выявлена дилатация левого желудочка I степени, умеренная гипертрофия стенок ЛЖ и гипокинез апикальных и среднего сегментов передней стенки ЛЖ, фракция выброса ЛЖ – 54 %. Ангинозные боли, начиная с 2 дня пребывания в стационаре, не повторялись. По данным рентгенографии (на 2-й день) при поступлении выявлено умеренное увеличение сердца за счет левых отделов (КТИ – 53%). На 4-й день была проведена МСКТ коронарных сосудов, которая не выявила атеросклеротического поражения артерий. Однако фракция выброса ЛЖ составила 38,5%. Динамика ЭКГ у больной: подъема сегмента ST на 1 мм в отведениях  $V_2-V_3$  на 4-й день на фоне кратковременного пароксизма фибрилляции предсердий с ЧСС 128 в 1 мин без ангинозных болей; к 15-му дню исчезли зубцы Q, сегмент ST приблизился к изолинии и сформировались глубокие отрицательные зубцы T. Кроме того, наблюдалось удлинение интервала QT до 518 мс и QTc до 524 мс на 15-й день. При ЭхоКГ в динамике: на 15-й день выявлены нормальные размеры камер, умеренная гипертрофия стенок ЛЖ и сохранялся гипокинез апикальных и среднего сегментов передней стенки ЛЖ, фракция выброса ЛЖ –

68 %. К 21-му дню (на момент выписки), наблюдалось улучшение процессов поздней реполяризации и укорочение интервала QT до 445-447 мс.

В аспектах дифференциальной диагностики: диагноз миокардит был маловероятен, так как не наблюдалось лейкоцитоза и повышения уровня СРБ. Феохромоцитомы не была исключена, так как в алгоритм обследования больных с ОКС и инфаркта миокарда выполнение анализов на адреналин, норадреналин и т.д. не входит, а клинически у больной наблюдалась гипо- и нормотония.

В целом данный клинический случай соответствовал типичному течению КМП Такоцубо. Так у пациентки четко прослеживается взаимосвязь появления первого ангинозного приступа со стрессовой ситуацией, возникшей за неделю ранее. Возраст пациентки и отсутствие регулярных менструаций подтверждает данные литературы о том, что КМП Такоцубо чаще возникает у женщин в постменопаузальный период. Изменения на ЭКГ можно трактовать как электрофизиологические проявления кардиотоксического эффекта катехоламинов и, как следствие, фокального миоцитолита, либо «оглушенного миокарда», описанное в различных источниках литературы, нежели ишемии миокарда вследствие нарушения кровотока в коронарных артериях, о чем свидетельствует отсутствие их атеросклеротического поражения по данным МСКТ. В пользу «синдрома разбитого сердца» так же выступает быстрое клиническое улучшение и нормализация сократимости миокарда (восстановление по данным ЭхоКГ).

**Выводы.** Представленный нами клинический пример показал, что даже типичная картина ОКС и инфаркта миокарда требует тщательной дифференциальной диагностики. На наш взгляд, синдром будет выявляться чаще, если всем женщинам в постменопаузальном периоде при установке диагноза ОКС или острый инфаркт миокарда при госпитализации будет проводиться МСКТ коронарных сосудов и ЭхоКГ. Правильная диагностика КМП Такоцубо может повлиять на лечение, прогноз и реабилитацию таких больных, решить вопросы дальнейшей трудоспособности.

**УДК 616.1/4:616.72-002.77-058.65(477.61/.62)**

***Манищенкова Ю.А., Белая И.Е., Пидорван К.С., Евдокимов И.О.***

## **КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ У НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА В ПЕРИОД АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

**Научный руководитель д.мед.н., профессор Коломиец В.И.**

*Кафедра факультетской терапии*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** С лета 2014 года население Донбасса пережило достаточно сильный стресс в результате боевых действий, что существенно повлияло на состоянии здоровья людей. Одно из таких заболеваний, которое дало стремительный рост, среди жителей Донбасса являлся - ревматоидный артрит (РА). Дополнительно появилась тенденция к увеличению частоты встречаемости сопутствующих заболеваний у больных с ревматоидным артритом, поэтому эта проблема является актуальной для современной

практической ревматологии, поскольку влияние коморбидных состояний на течение и результаты лечения РА остается недостаточно изученным.

**Цель:** выявить, изучить и сравнить частоту явлений заболеваемости РА у населения Донбасса до и после начала активных боевых действий. К данным явлениям мы относим, встречаемость заболевания среди мужчин и женщин в различных возрастных группах: юношеский возраст 17 до 21 года; первый период среднего возраста от 22 до 35 лет; второй период среднего возраста от 36 до 60 лет; пожилых от 61 до 75 лет и старческий возраст от 76 до 90 лет, а также частота встречаемости различных сопутствующих заболеваний.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования представлены 120 историй болезни пациентов с РА, в период с января 2013 года по июнь 2014 года и в период с июля 2014 года по июнь 2015 года, которые находились на лечении в ревматологическом отделении ГУ «Луганская многопрофильная клиническая больница №1» Луганской Народной Республики.

В качестве метода исследования использовали выборочный отбор историй болезней в случайном порядке.

**Результаты и их обсуждения.** По результатам исследований историй болезней больных с РА за период с января 2013 года по июнь 2014 года были получены следующие данные, из общего количества исследуемых пациентов – 96 (81,67%) составили женщины и 22 (18,33%) мужчины. В зависимости от возрастных групп определено, что во втором периоде среднего возраста (36-60 лет), наибольшее количество больных с РА – 65 (54,2%), затем идут возрастные группы: пожилых (61-75 лет) – 27 (22,5%), старческая возрастная группа (76-90 лет) - 15 (12,5%), первый период среднего возраста (22-35 лет) - 12 (10%), юношеский возраст (17 до 21 года) - 1 (0,8 %).

Коморбидные состояния выявлено у 99 (82,5%) из 120 больных с РА, у 39 (67,5%) из них, имело место сочетание нескольких коморбидных состояний.

Первое место в структуре коморбидности занимала сердечно-сосудистая патология 75,8% (91). Так, артериальная гипертензия составила 43,33% (52), при этом доминировала встречаемость артериальной гипертензии 2 стадии -39,17% (47), затем артериальная гипертензия 3 стадии – 2,5% (3), и 1 стадии – 1,67% (2). Частота ишемической болезни сердца составила 37,5% (45), преобладал диффузный кардиосклероз 19,17% (23). Дисциркуляторная энцефалопатия была выявлена у 7,5% (9), пороки сердца у 5% (6), ишемический инсульт в анамнезе у 2,5% (3).

На втором месте по частоте встречаемости сопутствующих заболеваний у больных РА занимает патология желудочно-кишечного тракта 43,33% (52). Чаще всего регистрировались заболевания желчного пузыря – хронический холецистит, который составил 16,67% (20), второе место среди заболеваний пищеварительного тракта занимает – хронический панкреатит – 13,33% (16), заболевания двенадцатиперстной кишки и желудка - 10% (12), хронический гепатит -3,33% (4), хронический колит – 1,67% (2).

Третье место коморбидных состояний при заболевании РА представляет эндокринная система – 17,5% (21), из них существенно преобладает патология щитовидной железы (аутоиммунные тиреоидины) – 14,16% (17), и 3,33% (4) - занимают сопутствующие заболевания поджелудочной железы, а именно сахарный диабет 2 типа.

Встречаемость сопутствующих патологий мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, хронический цистит) при РА - занимает четвертое место, и составляет 15 % (18).

Также следует отметить, что у больных с РА у 12,5% (15), была выявлена железодефицитная анемия.

По результатам исследования историй болезней больных с РА, за период с июля 2014 года по июнь 2015 года, были получены следующие данные. Из общего количества исследуемых пациентов 120 (100%) - 85,87% (103) составили женщины и 17 (14,17%) составили мужчины. В зависимости от возрастных групп определено, что наибольшее количество сопутствующих заболеваний у больных с РА во втором периоде среднего возраста (36-60 лет) - 55,83% (67), затем идут возрастные группы: пожилых (61-75 лет) - 46 (38,33%), старческая возрастная группа (76-90 лет) - 4 (3,33%), первый период среднего возраста (22-35 лет) – 3 человека (2,51%).

Коморбидные состояния выявлено у 109 (90,83%) пациентов, у 91 (75,83%) имело место сочетание нескольких заболеваний.

Первое место в структуре коморбидности занимала также сердечно-сосудистая патология 96,67% (116), ведущее место принадлежало гипертонической болезни - 53,3% (64), наиболее распространенная вторая стадия заболевания - 51,67% (62), затем первая и третья стадия по 0,83% (по 1). Ишемическая болезнь сердца была зарегистрирована у 37,5% (45). Частота дисциркуляторной энцефалопатии составила 7,5% (9).

Второе место по частоте встречаемости из сопутствующих заболеваний РА, принадлежит патологии пищеварительной системы 54,1% (65). Наиболее распространенной стал хронический холецистит - 23,33% (28), затем хронический панкреатит – 17,5% (21), заболевание двенадцатиперстной кишки и желудка - 9,17% (11), а также единичные случаи хронического колита и гепатита – по 0,83% (по 1).

Третье место коморбидных состояний при заболевании РА представляет мочевыделительная система – 25% (30).

На четвертом месте 22,5% (27) зарегистрированы сопутствующие заболевания опорно-двигательного аппарата.

На пятом месте по частоте сопутствующих заболеваний – патология эндокринной системы - 20,8% (25), доминируют поражения щитовидной железы -14,1% (17).

**Выводы.** По данным проведенного ретроспективного анализа выявлено, что соотношение наличия сопутствующих заболеваний при РА у женщин к мужчинам составлял 4-5:1. Заболеванию подвергались все возрастные группы, включая юношеский возраст и лица пожилого возраста. Пик дебюта РА приходился на второй период среднего возраста (36-60 лет).

Ведущее место по коморбидным состояниям занимали заболевания сердечно-сосудистой системы. Согласно полученным результатам исследования - отмечается зависимость к увеличению заболеваний сосудов и сердца в момент проведения активных боевых действий. Второе место по распространенности сопутствующих заболеваний, занимает патология пищеварительной системы. Третье место в довоенный период занимали сопутствующие заболевания эндокринной системы, однако, с началом военных действий отмечалось увеличение частоты заболеваемости мочевыделительной системы, а также увеличения количества людей с патологией опорно-двигательного аппарата. Дополнительно увеличилась частота выявления железодефицитной анемии в 2015 году.

Таким образом, активные боевые действия повлияли на состояние здоровья населения нашего региона, что способствовало увеличению количества сопутствующих заболеваний у больных с РА.

В последующих научно-исследовательских работах планируем проводить сравнительную характеристику сопутствующих заболеваний при РА на территории Донбасса и влияние уже более благоприятной обстановки окружающей среды.

**УДК 616.89-008.454:616.85**

***Ляхова М.О., Кондуфор О.В., Радионова С.И., Тананакина Т.П.***

**КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ С ЛЕЙКОЦИТАРНЫМ ИНДЕКСОМ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский Государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кафедра дерматовенерологии, психиатрии и наркологии, г. Луганск, ЛНР

Государственное учреждение «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики, г. Луганск, ЛНР

**Введение.** Проблема стресса в настоящее время приобрела одно из первостепенных значений. По мнению Г. Селье стресс – это реакция, сформированная в ходе эволюции, являющаяся важнейшим звеном приспособления организма к факторам окружающей среды. В современных условиях, характеризующихся социально-экономической и политической нестабильностью, предъявляемые к человеческому организму требования в ряде случаев превосходят возможности его приспособления к быстро меняющимся жизненным обстоятельствам. Это может привести к психоэмоциональному напряжению и, в конечном итоге, к психосоматической патологии. Особенно разрушительным является длительно действующий стресс, который провоцирует стойкие нарушения механизмов саморегуляции психофизиологических функций, нарушает законы нормальной жизнедеятельности, приводит к дезадаптивным и патологическим состояниям.

Существует определенная связь между нервно-эмоциональным напряжением и уровнем кортизола в крови. Чем более выражена тревожная и депрессивная симптоматика, тем выше уровень кортизола в крови. Установлено влияние уровня кортизола на функционирование сывороточных альбуминов и уровень эндогенной интоксикации. При повышении уровня кортизола в организме человека процессы распада белка (катаболизм) преобладают над его синтезом (анаболизм). Эти процессы сопровождаются изменением лейкограммы: наблюдается увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации.

Эндогенную интоксикацию (ЭИ) рассматривают как один из универсальных механизмов патогенеза различных заболеваний, который включает в себя выход в кровь из патологического очага токсических продуктов, их распространение по организму с током крови и воздействие на другие органы и ткани. Развитие патологических нарушений в организме при интоксикации зависит от баланса двух противоположно направленных процессов – скорости образования и выхода в кровь эндотоксинов, с одной стороны, и элиминации (детоксикации) этих веществ, осуществляемой защитными системами организма, с другой стороны. Установлено, что при низких значениях кортизола отмечаются высокие значения как общей, так и эффективной концентрации альбумина, а при высоком уровне кортизола эти показатели наименьшие. Лейкоцитарный индекс

интоксикации (ЛИИ) характеризует ответ на интоксикацию, который определяется по изменениям в лейкоцитарной формуле. Наиболее низкие значения ЛИИ, соответствующие меньшей интоксикации, определяются при низком уровне кортизола.

Изучение влияния стрессовых ситуаций на психологическое состояние человека необходимо для оперативной диагностики и коррекции последствий стресса, выработки навыков контроля психического состояния, управления стрессом и способности не допустить переход нормального адаптационного стресса в негативную стадию дистресса.

**Цель исследования.** Установление корреляции уровня тревоги и невротической депрессии с лейкоцитарным индексом интоксикации у больных с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами.

**Материал и методы.** Нами было обследовано 25 пациентов, которые проходили стационарное лечение в отделении пограничных состояний №4 ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» ЛНР по поводу невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40–F49). Диагноз верифицирован по критериям МКБ-10. Средний возраст пациентов составлял 38,5 лет (21-50 лет).

Экспериментально-диагностическое исследование проведено с использованием следующих шкал и тестов: тестирование по ММРІ (определение уровня тревоги и депрессии); шкала Гамильтона (оценка тяжести депрессии); шкала Спилбергера-Ханина (оценка уровня тревожности). Из исследования были исключены больные с хроническими заболеваниями в фазе обострения и с заболеваниями вирусной этиологии.

Изменения лейкограммы устанавливались при помощи расчета лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по формуле Кальф-Калифа (1950 г.).

**Результаты и обсуждение.** Из исследуемых нами 25 больных – 12 (48%) с соматоформной дисфункцией, 6 (28%) со смещенным тревожно-депрессивным расстройством, 3 (12%) со смешанным тревожно-фобическим расстройством, 1 (4%) – с депрессивным эпизодом, 1 (4%) – расстройством адаптации. Кратность госпитализаций больных представлена следующим образом: первичные больные – 15 (60%), повторные – 10 (40%). Клинические проявления основного заболевания представлены в виде следующих ведущих синдромов: тревожно-фобический, синесто-ипохондрический, тревожно-вегетативный, панические атаки.

По результатам тестирования ММРІ: уровень тревоги до начала лечения у 52% больных – 4 б., 32% – 5 б., 16% – 3 б.; уровень депрессии – у 48% больных – 5 б., 28% – 4 б., 16% – 3 б. По результатам шкалы Гамильтона: до 7 б. – 4% больных, от 7 до 16 б. – 64%, от 16 б. и более – 32%. По результатам тестирования тревоги по шкале Спилбергера-Ханина: до 30 б. – 8% больных, от 30 до 45 б. – 20%, от 45 б. и более – 72%.

Исследование уровня эндогенной интоксикации, проведенное с использованием формулы Кальф-Калифа. Нормальные показатели ЛИИ: 0,5 (0,3–1,5) усл. ед. Увеличение индекса свидетельствует о прогрессировании эндогенной интоксикации. Подсчет ЛИИ проводился дважды: до начала лечения на момент поступления и на 28-30 сутки пребывания в стационаре. Получены следующие результаты по подсчетам ЛИИ (в начале лечения): от 1 до 3 усл. ед. – 9 больных (36%); от 3 до 5 усл. ед. – 9 больных (36%); от 5 до 8 усл. ед. – 7 больных (28%).

Наиболее высокие показатели ЛИИ (свыше 5 усл. ед.) наблюдались у пациентов с высоким уровнем тревоги и невротической депрессии.

После проведенного лечения в соответствие с требованиями клинических протоколов по оказанию специализированной медицинской помощи по результатам тестирования ММРІ: уровень тревоги у 84% больных – 0 б., 16% – 1 б.; уровень депрессии – у 92% больных – 1 б., 8% – 2 б., 16%. По результатам шкалы Гамильтона: до 7 б.– 88% больных, от 7 до 16 б.– 12%. По результатам тестирования тревоги по шкале Спилбергера-Ханина: до 30 б. – 75% больных, от 30 до 45 б.– 15%. По результатам подсчета ЛИИ (на 28-30 сутки) отмечено снижение показателя до уровня менее 3 усл. ед. у 22 больных (88%), у 2 больных индекс эндогенной интоксикации несколько снизился, но продолжал оставаться на уровне от 3 до 5 усл. ед. Следует отметить, у этих больных сопутствующей патологией являлось ожирение II-III степени, что предполагает наличие метаболического синдрома. На наш взгляд именно это обстоятельство и повлияло на показатель уровня эндогенной интоксикации.

**Вывод.** По результатам проведенного исследования, можно сделать вывод, что длительные стрессовые факторы оказывают неблагоприятное влияние не только на психологическое состояние человека, проявляющееся в виде разнообразных расстройств невротического спектра, но и вызывают достаточно серьезные патологические изменения в организме человека на физиологическом уровне, ослабляя защитные и адаптационные функции, о чем свидетельствует изменение лейкограммы периферической крови. Измерение лейкоцитарного индекса интоксикации позволяет дополнительно оценить тяжесть невротических расстройств и может послужить дополнительным методом оперативной диагностики и ранней коррекции последствий стресса.

**УДК 616.311+572:53.08**

***Ковалёва М.И., Кудрявцева В.Д.***

**КРАНИОФАЦИАЛЬНЫЕ И ОДОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ С  
ПОЗИЦИИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ  
СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА ЛНР**

***Научные руководители: к. мед. наук, доцент кафедры анатомии человека,  
оперативной хирургии и топографической анатомии Стклянина Л. В. и ассистент  
кафедры стоматологии Девдера А. В.***

***Государственного учреждения Луганской Народной Республики «ЛУГАНСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г.  
Луганск***

**Актуальность.** Подходя к вопросу с точки зрения оценочно-пропорционных характеристик, врачу стоматологической специальности будет интересна проверка гипотезы о вероятности связи прикуса с общими пропорциями тела как единой, целостной конституции. А также учитывая отсутствие данных об антропологических и одонтологических типах населения нашего региона, который, вероятно, будет пребывать в состоянии без метисаций, данное исследование позволит со временем выделить чистую линию антропологического профиля молодого населения Донбасса.

**Цель исследования.** Установить или опровергнуть наличие связей прикуса с соматотипом, формой лица и общей аттрактивностью по данным независимого респондирования. Исследование жителей впервые на территории Луганской Народной Республики, выявление их соматотипов и одонтологических профилей для определения основных типов и отличий, получение статистической картины соматотипов исследуемых в нашем регионе, а также определение текущих показателей и их анализ.

**Материалы и методы.** Выполнены фронтальные фотографии лиц с равного фокусного расстояния 12 см. Были сняты оттиски со всех исследуемых студентов по методу Стокса, отлиты гипсовые модели, по которым проводилось сравнение и сопоставление одонтологических признаков и лицевого индекса, определение внешнего вида студента в зависимости от прикуса, установлен его характер по 6-ти «ключам окклюзии» Эндрюса у 80 юношей и 180 девушек славянской национальности, родившихся и проживающих на территории ЛНР. Оценен тип телосложения (далее – соматотип) по пропорционной методике П.Н.Башкирова, рассчитан лицевой индекс Гарсона. Были проведены антропометрические исследования по методике Бунака. Измерены толстотные ткани лица по разработанной авторской методике. Фронтальные фотографии лиц были розданы независимым «экспертам» - сверстникам из гуманитарного вуза ЛНР (всего задействовано 143 респондента) - для определения троих наиболее привлекательных фенотипов юношей и девушек. Личные данные анкетированных не разглашались, респонденты и обследуемая когорта не были знакомы.

**Результаты.** Оказалось, что эстетическое восприятие мужского и женского контингента проявляет диаметрально противоположность. Так, самыми привлекательными среди юношей были названы обладатели в первую очередь прогнатии (80%), а затем – ортогнатии (17%) и чрезвычайно редко встречающейся в популяции прогении (3%); девушки же были названы в строго обратной последовательности (самые привлекательные – ортогнаты, менее – девушки с прогнатией). Форма лица наиболее привлекательных по мнению сверстников юношей характеризовалась как лептопрозопная (в 90% случаев), и редко (у 10% обследованных) – как эурипрозопная, однако ситуация с девушками снова-таки оказывалась абсолютно противоположной: самыми привлекательными сочли эурипрозопов, и наименее – лептопрозопов.

Интересно, что связи соматотипа с прикусом у юношей не обнаружено, но у девушек выявлены две «сцепленные» закономерности (мезоморфия = прогнатия, брахиморфия = ортогнатия). Однако имеется связь соматотипа со степенью привлекательности: респонденты интуитивно выбирали лица, которые принадлежали обладателям долихоморфного соматотипа.

Распределение соматотипов в женской группе наших сверстников смещено в сторону брахиморфии, а в мужской все соматотипы представлены с равной частотой. У девушек отмечена связь между прикусом и соматотипом (мезоморфия = прогнатия, брахиморфия = ортогнатия), у юношей прикус не проявил зависимости от пропорций тела.

Толстотные ткани лица у девушек также косвенно отражают общий принцип построения их тела. У юношей картина совершенно иная: чем больше поперечные размеры тела, тем тоньше буккально-подглазничные участки их лиц.

Несоответствие пропорций лица с общей конструкцией тела выявлено среди девушек - брахиморфов, которые оказались относительно «узколицыми»; юноши же аналогичного соматотипа проявили совпадение пропорций лица и тела (брахиморфы = эурипрозоаы).

Независимо от пола общей тенденцией является мезопрозопия у индивидов с долихоморфными пропорциями тела.

**Выводы.** Социальный метод научного изучения variability антропоморфных проявлений современного общества выявляет ряд ценных прикладных данных.

Благодаря обширным исследованиям, поставленные задачи были выполнены и установлена связь между различными антропологическими субъективными единицами, такими как: тип телосложения – прикус – форма лица – эстетический вид.

**УДК 615.5-002.4-036-08**

**Архипова Е.А., Провизион Л.Н., Шварева Т.И.**

## **ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

**Научный руководитель: к. м. н., доцент Провизион Л.Н.**

*Кафедра дерматовенерологии, психиатрии и наркологии*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им.Святителя Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** Липоидный некробиоз (ЛН) относится к редким хроническим дерматозам сосудисто-обменного характера. В условиях роста заболеваемости населения сахарным диабетом, все больше возрастает риск столкнуться с этим редким заболеванием не только дерматологам, но и врачам другим специальностей. Так, по данным разных авторов, развитию заболевания предшествует сахарный диабет в 30-62% случаев. Сочетание липоидного некробиоза с сахарным диабетом наблюдается у 26-67% больных.

**Цель:** Ознакомить врачей дерматовенерологов, эндокринологов, терапевтов и врачей общей практики, с клиническими особенностями течения липоидного некробиоза типичных и атипичных его форм, как проявление системного липоидоза.

**Результаты и их обсуждение.** *Липоидный некробиоз* (липидный диабетический некробиоз, болезнь Оппенгейма-Урбаха, кожный дислипидоз, псевдосклеродермиформный симметричный хронический гранулематоз Готтрона) - это хронический дерматоз, приводящий к деструкции соединительной ткани и отложением липидов в местах дегенерации. Связан с метаболическими и микроциркуляторными нарушениями. В 1929 году было впервые описано данное заболевание Морисом Оппенгеймом у пациентов с СД. Может наблюдаться ЛН в любом возрасте, как у новорожденных, так и у лиц пожилого возраста, но чаще встречается в 20-40 лет. Женщины в 3 раза чаще болеют, чем мужчины. Этиология недостаточно изучена. Патогенез основан на нарушениях метаболизма, включая липидный, углеводный и гормональный обмен, что приводит к нарушению микроциркуляции.

**Клиника.** На неизменной раннее коже (чаще на голенях и лодыжках, но может встречаться на различных участках кожного покрова головы, плеч, предплечий, кистей, бедер и туловища) возникают пятнистые или папулезные элементы, величиной с чечевицу и более. Цветовая гамма колеблется от желтовато-красного, красновато-коричневого до красновато-фиолетового и синюшно-сиреневого оттенка. Границы четкие,

от округлых до неправильных очертаний. За счет инфильтрации имеется небольшое уплотнение и легкое шелушение. Завершается процесс деструкцией: эрозиями либо язвами с дальнейшим образованием рубца. Очаги поражения могут вызывать стягивание кожи и легкий зуд. Болезненность и жжение появляются при изъязвлении. В национальном руководстве по дерматовенерологии, под редакцией профессора Ю. С. Бутова 2013 года выделяется две формы ЛН – часто и редко встречающиеся. Описаны следующие варианты течения: часто встречающийся ЛН (классический, склеродермоподобный, пятнисто-папулезно-бляшечный вариант и типа кольцевидной гранулемы) и редко встречающийся ЛН (ксантоматозный, саркоидоподобный и папулонекротический вариант, а также типа возвышающейся стойкой эритемы, СКВ и злокачественного атрофического папулеза (болезнь Дегоса)). Редко встречаемые формы ЛН, не сопровождаются нарушением углеводного обмена в отличие от классической формы.

Патогистологически выделяют 2 типа изменений: по некробиотическому и гранулематозному типу. Для некробиотического типа характерны выраженные очаги некробиоза коллагеновых волокон в глубоких слоях дермы. Вокруг визуализируется воспалительный инфильтрат, в составе которого фибробласты, гистиоциты и лимфоциты. Также наблюдается фиброз и гиалиноз стенок кровеносных сосудов, что свидетельствует о микроангиопатии. В центре некротического очага ЛН количество аксонов значительно уменьшилось, а нервные волокна отсутствовали. По периферии количество нервных волокон было снижено. При гранулематозном типе, слабо выражены очаги некробиоза. В пределах некробиотических областей имеются гранулемы, которые состоят из клеток Лангерганса, гигантских многоядерных клеток, гистиоцитов и эпителиоидных клеток. Эпидермис без патологических изменений.

Некоторые авторы выделяют гистологические особенности при типично и атипично расположенных очагах. Для типичного течения характерны выраженный некробиоз коллагеновых волокон со скоплением лимфоцитов и гистиоцитов, а также умеренный гиперкератоз. Это, в свою очередь, способствует васкулиту и образованию периваскулярных инфильтратов. В атипично расположенных очагах преобладает гранулематозная организация воспалительного инфильтрата, и меньше склонность к отложению липидов. Также при атипичном течении происходит дистрофия коллагеновых волокон с выраженной периваскулярной инфильтрацией.

Постановка диагноза основывается на данных клиники заболевания, биохимическом и гистологическом обследовании больного. В связи с тесной взаимосвязью СД и ЛН исследовалась функция транспорта глюкозы в поврежденные ткани.

Глют-1 обеспечивает транспорт глюкозы через эпителиальный и эндотелиальный барьеры. Нарушения транспорта глюкозы посредством Глют-1 впервые обнаружили при сахарном диабете второго типа на фибробластах. В исследовании изучалась экспрессия Глют-1 в участках деструкции коллагена при ЛН и у пациентов без диабета со шрамами или кольцевидной гранулемой. Для этого использовались поликлональные антитела к Глют-1 в стандартной иммунопероксидазной реакции. Доказано, что экспрессия Глют-1 в участках дегенерации играет немалую роль в инсулинорезистентности ткани. Дифференциальную диагностику проводят с папулонекротическим васкулитом, узловатой эритемой, саркоидозом и склеродермией.

**Лечение.** Пациент наблюдается амбулаторно. В первую очередь необходима терапия основного заболевания, например, СД. Диета с низким содержанием углеводов. В медикаментозную терапию входит: 1. Дипромоний по 50 мг в/м на протяжении

20-25 дней, ежедневно. Курс лечения 2-6 раз с интервалом в один месяц. 2. Бензофлавин по 0,04 г после еды, 2 раза в сутки. Курс 2- 6 раз с интервалом 1-2 недели. На пораженные участки кожи, наносится глюкокортикоидная мазь под окклюзионную повязку. На эрозивно-язвенные дефекты наносится солкосерил и актовегин. На эритематозно-бляшечные - метилпреднизолона ацепонат (адвантан) и мометазон (элоком). ЛН может рецидивировать не смотря на видимое улучшение после проводимого лечения. Полное излечение заболевания наблюдается редко.

**Выводы.** Таким образом, согласно данным научных источников, ЛН является актуальной проблемой медицины. Этот дерматоз наблюдается от 0,1% до 3% пациентов с сахарным диабетом и может приводить к образованию значительных косметических дефектов. Наука идет вперед и появляются все новые лабораторно-инструментальные методы исследования, такие как дуплексное исследование кожи, транскутанная оксиметрия, иммунологические анализы и современная техника микроскопии. Данные методы могут использоваться и в диагностике липоидного некробиоза. Вместе с тем, и на сегодняшний день, остается актуальным вопрос об этиологии и патогенезе заболевания. Нет единых алгоритмов диагностики и лечения. Чтобы решить данные проблемы необходимо проводить дальнейшее исследование и изучение болезни Урбаха-Оппенгейма с использованием мультидисциплинарного подхода.

**УДК 617.585.1-001.5-089**

**Бисов А. С.**

## **МЕСТО И ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДИКИ DHS В ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА**

*Научный руководитель ассистент к.м.н. Шевченко В. И.*

*Кафедра ортопедии и травматологии Луганского государственного медицинского  
университета им. Святителя Луки  
г. Луганск*

**Актуальность.** Хирургическое лечение больных с закрытыми переломами проксимального отдела бедренной кости, на сегодняшний день, остается одной из актуальных проблем травматологии и ортопедии. Дифференцированное активное хирургическое лечение признано наиболее эффективной тактикой ведения данной категории больных. В настоящее время известно большое количество фиксаторов и способов оперативных вмешательств, что говорит о сложности данной патологии и важности поиска наиболее оптимальных путей решения проблемы.

**Целью работы:** является обоснование места и значения методики DHS в остеосинтезе переломов проксимального отдела бедра.

Методика DHS является частным случаем дифференцированного хирургического лечения переломов шейки бедренной кости. Остеосинтез динамическим бедренным винтом (Dynamic hip screw), так называемая моноосиальная динамизация по оси шейки бедра, обуславливает динамическую компрессию линии перелома, необходимую для костной консолидации. Винт в шейке бедра закрепляется с помощью экстрамедуллярной пластины,

расположенной на наружной поверхности диафиза бедренной кости, что обеспечивает его фиксацию с сохранением шеечно-диафизарного угла.

**Материалы и методы.** В работе проведен анализ отдаленных результатов лечения пациентов с использованием методики DHS в ретроспективном периоде 5 лет, на 37 клинических случаях. Все больные находились на лечение в травматологическом отделении ГУ «ЛГМБ № 8» ЛНР. Из общей группы наблюдений - 37 клинических случаев, с переломами проксимального отдела бедра, женщин было 25 человек, мужчин – 12 человек. Возраст пострадавших варьировал от 40 до 70 лет. В ходе работы все пациенты были распределены на две группы. Первая группа составила 12 человек с внутрисуставными переломами проксимального отдела бедра. Вторая группа – 25 человек с внесуставными и вертельными переломами бедра. Во всех случаях была применена методика оперативного лечения с использованием конструкции DHS. Для суждения о возможности применения данной методики, был проведен анализ рентгенограмм в разные сроки после операции. Хорошим, считался результат, рентгенологически подтвержденного сращения перелома с сохранением геометрии проксимального отдела бедра.

**Результаты и их обсуждения.** На основании проведенного анализа рентгенограмм пациентов нами установлено, что подавляющее большинство хороших результатов было достигнуто при лечении больных с переломами проксимального отдела бедра типа A1.1; A1.2; A1.3; A2.1; A2.2, по классификации АО - ASIF. Консолидация перелома наступала в средние сроки сращения, что согласовалось с удовлетворительным функциональным результатом. В остальных случаях, при лечении больных с переломами типа A2.3; A3.1; A3.2; A3.3, и особенно при лечении больных с переломами типа B и C успех достигался в отдельных случаях. Их интерполяция на всю выборку, как удовлетворительных, не согласуется с принципами доказательной медицины.

Разные типы переломов проксимального отдела бедра сопровождаются особенной для них степенью нестабильности костных отломков и разной степенью нарушения питания головки бедренной кости. Для субкапитальных абдукционных переломов без смещения, характерно нарушение кровоснабжения головки бедренной кости в пределах 10 %. При субкапитальных переломах со смещением, наблюдается наиболее значительное нарушение питания головки бедренной кости (потеря до 55 %). Введенный, в широкий канал шейки, винт DHS ведет к критическому нарушению кровоснабжения, с отрицательным влиянием на процесс репаративной регенерации кости и развитием асептического некроза головки бедренной кости.

Так же применение конструкции DHS при переломах проксимального отдела бедра типа A2.3; A3.1; A3.2; A3.3, B и C не обеспечивает стабильность костных отломков в долгосрочном периоде. Это ведет к их вторичным смещениям. Наиболее существенными из них являются ротационные смещения центрального отломка и вальгизация шейки бедра. Впоследствии происходит недопустимое изменение геометрии проксимального отдела бедра и несращение перелома, из-за развивающейся излишней подвижности отломков.

На основании опыта клинического применения и проведенного анализа нами были определены положительные и отрицательные стороны методики DHS.

Положительные стороны методики DHS:

1. Относительная простота использования данного метода;
2. Функциональность;
3. Органосохраняющая направленность остеосинтеза.

Отрицательные стороны остеосинтеза по методике DHS:

1. Возможность повторного смещения отломков кости;
2. Несращение переломов за счет нарушения кровоснабжения головки бедренной кости;
3. нестабильность, за счет лизиса шейки бедренной кости;
4. Несостоятельность остеосинтеза за счет некомпенсированных смещающих сил в долгосрочном периоде.

**Выводы.** По итогам проведенной работы были сделаны следующие выводы :

1. Остеосинтез конструкцией DHS, на сегодняшний день, остается предпочтительным методом выбора хирургического лечения пациентов с переломами шейки бедренной кости.
2. Основным критерием в предоперационном планировании при МОС методикой DHS - является тип перелома.
3. Наиболее оправдано применение конструкции DHS - при типах переломов: A1,1; A1,2; A1,3; A2,1; A2,2, по классификации АО-ASIF.

**УДК 616+618]-08:616.008.6(477.61)**

***Передерий Е. А., Юнусова И. А., Корж Д. Н., Грохотова К. А.***

**МОНИТОРИНГ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЬНИЦ ЛНР И ВЛИЯЮЩИХ  
НА НЕГО ФАКТОРОВ**

***Научные руководители к-т фарм. наук, доц. Передерий Е. А., асс. Юнусова И. А.***

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя  
Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** Рост инфекционно-воспалительных гинекологических заболеваний нижнего отдела половых органов у женщин репродуктивного возраста является основной причиной невынашивания и развития пороков у плода, а также негормонального бесплодия. Согласно статистическим данным Луганской Народной Республики, мы наблюдаем сокращение населения. Таким образом, на январь 2018 года численность населения Луганской Народной Республики составила 1 млн. 472,7 тыс. человек, что на 1% меньше, чем в январе 2017 года – 1 млн. 476,4 тыс. человек. За 2017 год насчитано умерших 22 164 человек, смертность выросла на 0,5% по сравнению с 2016. Рождаемость снизилась в 2017 году по сравнению с 2016 годом на 0,2%.

**Цель:** оценить состояние репродуктивного здоровья жительниц ЛНР, определить основные патогенетические механизмы влияния средовых и социальных факторов на женское здоровье.

**Материалы и методы.** В ходе работы были использованы статистические методы, а также анкетирование и интервьюирование. Инструментом проведенного нами социологического опроса служила специально подготовленная анкета, содержащая 13 вопросов. Респондентами являлись 100 жительниц Луганской Народной Республики. Параллельно проводилось анкетирование врачей гинекологов, с целью полноценного представления информации.

**Результаты и их обсуждение.** Проведен анализ состояния здоровья 100 женщин Луганской Народной Республики в возрасте от 14 до 71 года в период с 01.01.2019г. по 01.02.2019г. Оценили влияния различных факторов на качество жизни женщин.

Установлено, что у 60% опрошенных женщин есть постоянный половой партнер, 54% женщин пользуются контрацептивами. По опросу у 26% женщин в возрасте от 25 до 71 года была беременность.

В результате анализа ответов в анкетах выявлено, что 50% женщин ежедневно находятся в стрессовом состоянии и тяжелых условиях труда. Стресс является не маловажным фактором развития инфекционно-воспалительных гинекологических заболеваний, а в дальнейшем и угнетение репродуктивной функции.

Анкетирование позволило установить, что 44 из 100 опрошенных женщин имеют вредные привычки, а именно: 6% - несбалансированное питание, 2% - зависимость от социальных сетей, 2% - грызут ногти, 16% опрошенных женщин имеют привычку употреблять алкоголь, что приводит к необратимым нарушениям в женской половой системе и в ряде случаев способствует развитию бесплодия, злокачественных опухолей. У курящих женщин (12 % опрошенных) в 2 раза выше показатель развития инфекционно-воспалительных заболеваний, а также склонность к развитию внематочной беременности и проблем со здоровьем в период менопаузы.

Несмотря на большое количество лечебно-профилактических учреждений и высокий уровень терапии гинекологических заболеваний только 30% женщин при проявлении первых симптомов обращаются к врачу, 58% - предпочитают самолечение и 12% респондентов посещают врача, когда заболевание приобретает более тяжелую форму.

Среди опрошенных женщин у 22% были диагностированы инфекционно-воспалительные гинекологические заболевания, из которых 6% - заболевания верхнего отдела половой системы, 16% - нижнего отдела половой системы. Наиболее часто женщины слышали диагнозы бактериальный вагиноз и кандидозный вульвовагинит.

Нам удалось определить предпочтения женщин относительно лекарственных форм препаратов, применяемых при лечении данных патологий. Таким образом, наиболее предпочтительней оказались пероральные формы лекарственных средств (72% опрошенных), чем интравагинальные формы (28%). Однако при необходимости применения местных препаратов, женщины в первую очередь отдают предпочтение суппозиториям вагинальным (48% от общего количества опрошенных лиц), на втором месте – таблетки вагинальные 22%, на третьем месте капсулы (14%) и только 2% женщин выбирают растворы.

В ходе опроса врачей-гинекологов были выделены основные факторы, влияющие на развитие инфекционно-воспалительных гинекологических заболеваний: не соблюдения личной гигиены, беспорядочная половая жизнь, синтетические противозачаточные средства, не вовремя начатое лечение, установка внутриматочной спирали, роды, травмы во время полового акта, неоправданный прием медикаментов. По мнению врачей, лечение инфекционно-воспалительных гинекологических заболеваний в среднем длится от 14 до 21 дня, в зависимости от вида заболевания и скорости обращения к врачу. В основном врачи предпочитают растворы для внутривенного и внутримышечного применения в комбинациях с интравагинальными формами для лечения инфекционно-воспалительных гинекологических заболеваний. Также врачи-гинекологи подчеркнули, что беременным до 3 триместра лучше не употреблять лекарственные средства в любых формах.

**Выводы.** Анализ результатов анкетирования женщин позволил сделать вывод о том, что большинство с диагностированными воспалительными заболеваниями нижних отделов половых органов не получили полноценную терапию из-за низкого комплаенса. Учитывая, что большинство опрошиваемых - молодые женщины репродуктивного возраста,

обоснованным является необходимость пропаганды здорового образа жизни, а также создание постоянно действующей информационной системы, направленной на повышение уровня знаний о влиянии и возможностях снижения негативных факторов на здоровье и санитарно-гигиеническое воспитание.

*УДК 177+215:618.2*

*Мамедова В.С.*

## **МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И РЕЛИГИОЗНЫЕ ОЦЕНКИ НОВЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Научный руководитель: кандидат педагогических наук Юсеф Ю.В.*

*Кафедра социальной медицины и экономики здравоохранения*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г.Луганск*

**Актуальность.** Еще в начале XX века зарождение человеческой жизни, считалось великой тайной. Сегодня оно превращается в техническую манипуляцию под названием «новые репродуктивные технологии».

Человек с древних времен пытался найти решение проблемы бесплодия.

Первые опыты по искусственному осеменению женщин, страдающих бесплодием, были предприняты в Англии в конце XVII века. Однако, лишь к концу XX столетия, в целом медицинская наука осваивает репродуктивную физиологию человека.

Актуальность изучения данной темы заключается в том, что развитие биомедицинских технологий, вторгающихся в жизнь современного человека, вызывает серьезную озабоченность общества. Современное биомедицинское знание позволяет настолько глубоко проникнуть в человеческую природу, что человек как бы сам становится ее «создателем» и «производителем». Попытки людей по своему произволу изменять и «улучшать» природу принесли человечеству новые духовно-нравственные и социальные проблемы.

Неуправляемое использование новых репродуктивных технологий может отразиться не только на людях, к которым их применяют и на их потомстве, но и стать реальным фактором разрушения традиционных общественных устоев.

**Цель:** Изучить морально-этические проблемы, связанные с развитием новых репродуктивных технологий; выяснить, насколько данные проблемы характерны для современного общества; ознакомиться с религиозными оценками данного вопроса.

**Материалы и методы.** 1. Теоретический анализ литературных источников. 2. Социологический опрос на тему: «Как Вы относитесь к суррогатному материнству?». 3. Метод статистической обработки результатов: количественный и качественный анализ полученных в ходе анкетирования результатов.

**Результаты и их обсуждение.** В качестве респондентов выступили 3 группы людей: 1. Участники группы ГУ «ЛГМУ им. Святителя Луки» в социальной сети – 344 человека. 2. Участники группы «ЛНУ им. Тараса Шевченко» в социальной сети – 292 человека. 3. Люди пожилого возраста (от 60 до 73 лет) – 36 человек.

Общее число респондентов – 672 человека.

Социологическое исследование показало, что положительно к суррогатному материнству относятся 7% респондентов 1-ой группы, 5% - 2-ой группы, 3% - 3-ей группы. Положительно, но сам(а) не решил(ась) бы прибегнуть к данной услуге – 20% - 1-ой группы, 29% - 2-ой группы, и всего 7% - 3-ей группы. 56% респондентов 1-ой группы, 40% - 2-ой группы и 17% - 3-ей группы положительно относятся к суррогатному материнству, если генетическая мать бесплодна. Отрицательно относятся 17% респондентов 1-ой группы, 25% - 2-ой группы и 73% - 3-ей группы.

В основном положительно относятся к суррогатному материнству люди, связанные с медициной (45%), а негативно - люди пожилого возраста (63%).

**Выводы.** Раньше люди понимали, что дитя — это дар Господа, и когда оно появлялось на свет, родители его Богу и посвящали. Эта древняя традиция совершенно утрачена. Сейчас людям кажется, что они все могут сделать сами, все могут купить. Как будто есть какая-то «индустрия по производству детей».

Проанализировав мнение общественности, духовенства и ученых, можно сделать вывод, что развитие новых репродуктивных технологий влечет за собой не только физиологические, но и глобальные морально-этические проблемы:

- разрушение традиционных семейных и духовных ценностей,
- различные манипуляции с эмбрионами,
- коммерциализация процесса деторождения,
- проблема самоидентификации ребенка,
- вовлечение в процесс создания новой жизни третьих лиц,
- нравственные проблемы суррогатного материнства.

**УДК 616.8:616.13-007.64**

***Мироненко Т. В., Фулиди Е. В.***

## **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ АНЕВРИЗМ**

***Научный руководитель д-р мед наук, проф. Мироненко Т. В.***

***Кафедра нервных болезней и нейрохирургии***

***ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя***

***Луки», г. Луганск. Клиника реабилитации в Хамовниках, г. Москва.***

**Актуальность.** Вопросы, которые связаны со своевременной диагностикой внутричерепных аневризм (ВА) и профилактикой их разрыва имеют значительный практический интерес.

**Цель:**Обобщение клинических признаков ВА на догеморрагическом периоде и прогнозирование возможного их разрыва.

**Материал и методы.** Для достижения установленной цели были проведены клиничко-неврологические и нейровизуализационные обследования 17 пациентов на цереброваскулярные заболевания (10 случаев с ХНМК, 5 случаев мигрени, 2 – церебральные гипертензивные кризы) с использованием СКТ и МРТ головного мозга в сосудистом режиме и ангиографии интракраниальных сосудов.

**Результаты и их обсуждение.** Определено, что ВА протекают в 2 периода своего развития – догеморрагический и геморрагический. Клиническими признаками догеморрагического периода является головная боль пароксизмального характера, мигренозные приступы с очаговой симптоматикой (вестибулярная и офтальмоплегическая формы), парциальная эпилепсия, рецидивирующие офтальмопарезы. Клиническими признаками геморрагического периода ВА была клиника субарахноидального кровоизлияния. Отмечено, что при артерио-венозных мальформациях имеет место сильная выраженность общемозговых и менингеальных симптомов, тяжелое клиническое течение. С помощью нейровизуализационных методов у всех пациентов было диагностировано ВА, которые в 11 случаях имели догеморрагическое течение и у 6 обследованных сопровождалась их разрывом с наступлением субарахноидального кровоизлияния.

Объем консервативного лечения предусматривает использование веноotonиков, антиоксидантов, нейропротекторов. Всем пациентам с разрывом ВА было выполнено клипирование аневризм передней (4 случая) и задней (2 случая) соединительных артерий.

**Выводы.** Полученные результаты имеют диагностическое и практическое значение при курации пациентов на ВА.

*УДК 615.357:618.177 - 08*

*Трофименкова Т. Ю.*

## **ОБОСНОВАНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ**

**Научный руководитель к-т. мед. наук., доц. Лисовская Т. В.**

Кафедра акушерства и гинекологии

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»,  
г. Луганск, ЛНР

**Актуальность.** Так как ранее нами был выявлен факт наличия абсолютной недостаточности эстрадиола при преждевременной недостаточности яичников, то использование препаратов женских половых стероидов следует рассматривать как “первую линию” лечебного воздействия, направленного на восполнение дефицита эстрогена.

**Цель:** доказать клиническую эффективность заместительной гормональной терапии в коррекции репродуктивного здоровья женщины при преждевременной недостаточности яичников.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведены анализ литературы и клинические наблюдения за женщинами с преждевременной недостаточностью функции яичников, а также изучены аспекты заместительной гормональной терапии при данной патологии.

**Полученные результаты и их обсуждение.** Согласно мнению ряда отечественных и зарубежных авторов, а именно: Рябцева И.Г., Рубченко Т.Н., Краснопольский В.И., Burger H., Davis S., Paoletti A., пациенткам с преждевременной недостаточностью яичников требуются более высокие дозы гормонов, поскольку в данном случае уменьшение образования половых гормонов быстро прогрессирует, в отличие от естественной

менопаузы, при которой наблюдается постепенное растянутое во времени уменьшение их образования.

В последние годы появилось предположение о целесообразности добавления к традиционной заместительной гормональной терапии инъекций тестостерона. Согласно сообщению S.Kalantasidou с соавторами в национальном институте здоровья США проводится трехмерное плацебо-контролируемое исследование, в котором, наряду с традиционной заместительной гормональной терапией больным с преждевременной недостаточностью яичников назначают трансдермально 150 мг тестостерона.

Заместительная гормональная терапия при преждевременной недостаточности яичников имеет некоторые особенности. Согласно точке зрения V.Beral с соавторами у женщин репродуктивного возраста риск развития рака молочной железы ниже, чем в постменопаузе. Это дает право использовать заместительную гормональную терапию, по крайней мере, до возраста естественной менопаузы (даже если при этом ее продолжительность превысит 5 лет), а при необходимости и больше. При этом, безусловно, необходимо соблюдать все принципы и рекомендации направленные на безопасное использование половых гормонов, а в частности уменьшение дозы эстрогена после нескольких лет использования заместительной гормональной терапии (переход на препараты, содержащие 1 мг эстрадиола) и переход на непрерывную схему терапии (монофазные эстроген – гестагенные препараты) через 5 лет циклического режима.

Поскольку у большинства пациенток с ПНЯ в клинической картине помимо симптомов эстрогенного дефицита имеются проявления андрогенной недостаточности (апатия, депрессия, снижение работоспособности, сексуальная дисфункция и др.) предпочтительно назначение препаратов, содержащих прогестагены – производные 19 - нортестостерона. К таким препаратам относятся «Климонорм» ( 2 мг эстрадиола валерат в течение 21 дня в сочетании с 0,15 мг левоноргестрела в последние 12 дней). Благодаря тому что леваноргестрел является одним из наиболее сильных прогестагенов, доза в 150 мкг/сут. достаточна для защиты эндометрия.

**Выводы.** Таким образом обзор литературных данных и наши клинические наблюдения позволяют прийти к следующим выводам.

Основными принципами заместительной гормональной терапии у пациенток с преждевременной недостаточностью яичников следует считать:

- использование натуральных эстрогенов в минимальных эффективных дозировках, создающих концентрацию эстрадиола в плазме крови на уровне ранней фолликулярной фазы менструального цикла;

- поскольку пациентки по возрасту относятся к репродуктивному периоду, преимущественно используется циклический режим заместительной гормональной терапии (двухфазные эстроген – гестагенные препараты);

- должен осуществляться индивидуальный подбор препарата с учетом клинических особенностей течения преждевременной недостаточности функции яичников, а также гормонального статуса пациентки;

- у пациенток с преждевременной недостаточности функции яичников «Климанорм» обеспечивает все необходимые эффекты и является препаратом первой линии. «Климанорм» соответствует современным принципам заместительной гормональной терапии, содержит низкие дозы гормонов, хорошо переносится и характеризуется высокой безопасностью при длительном применении.

**ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ (БТП) В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Научный руководитель: к.мед.наук, ассистент Шевченко В.И.*

*Кафедра госпитальной хирургии, ортопедии и травматологии*

**Актуальность.** Плазма богатая тромбоцитами (далее - БТП) - это препарат аутологичной плазмы, полученный методом двухэтапного центрифугирования цельной крови, с повышенным содержанием тромбоцитов (до 1 млн/мкл). На сегодняшний день данная методика вызвала интерес у представителей разнообразных клинических направлений, что подтверждается возрастанием количества публикаций на эту тему на ресурсах PubMed, РИНЦ, и других. Однако, важно отметить то, что хотя применение аутологичной плазмы при лечении заболеваний является перспективным направлением, предпосылки к его изучению выдвигались еще в начале XX века В.Ф.Войно-Ясенецким в его труде «Очерки гнойной хирургии».

**Цель.** Систематизация имеющихся данных о применении БТП в различных отраслях медицины. Поиск единого морфологического обоснования эффективности данной методики.

**Материалы и методы.** Поиск отечественных и иностранных статей, описывающих опыт применения БТП в различных направлениях клинической медицины. Проведение мета-анализа среди полученных статей. Анализ общих закономерностей и единого морфологического и физиологического обоснования эффективности методики. Оценка опыта клинических и прикладных испытаний методики БТП, подведение итогов.

**Результаты и их обсуждение.** Были изучены 16 отечественных и иностранных статей, опубликованных с 2016 по 2019 годы, описывающих опыт применения БТП в клинической практике. Основная часть опубликованных статей описывала опыт применения БТП в косметологии и дерматологии (8 статей — 50%). В травматологии — 4 статьи (25%); стоматологии и ЧЛХ- 3 статьи (18.75%); колопроктологии — 1 статья(6,25%). Во всех случаях препарат рассматривался как средство для ускорения регенерации тканей после оперативных вмешательств, травм, атрофии тканей. Так, в ряде источников указывается то, что в БТП в больших объемах содержатся различные цитокины (в основном- в составе альфа-гранул тромбоцитов, из которых они высвобождаются в плазму в ходе разрушения тромбоцита: трансформирующий ростовой фактор — бета (далее ТРФ-б); тромбоцитарный фактор роста (далее ТФР); инсулиноподобный фактор роста- 1 (далее ИФР-1); фактор роста эндотелия сосудов (ФРЭС); эпидермальный фактор роста (ЭФР); факторы роста фибробластов (ФРБ) ), а также адгезивные молекулы (фибрин, фибронектин, витронектин) . Так, ТРФ-б стимулирует пролиферацию клеток соединительной ткани в поврежденном органе, ускоряет апоптоз поврежденных клеток. Адгезивные молекулы стимулируют синтез фибриллярных и глобулярных белков клетками соединительной ткани, в частности — синтеза коллагена фибробластами. Фактор роста эндотелия сосудов ускоряет формирование сети капилляров, улучшая кровоснабжение поврежденных участков. Прикладные исследования показали, что данные факторы позитивно влияют на регенерацию тканей после повреждения [Joan Massague et al. 2015]. Кроме того, во всех отмеченных случаях клинического применения БТП отмечался позитивный эффект [Ivanova Nikoletta et al. 2018]. Однако, стоит отметить и то, что методики получения препарата у представителей различных направлений клинической медицины имеют некоторые различия.

## **Выводы:**

1. В составе цитоплазмы и альфа-гранул тромбоцитов содержится ряд биологически-активных факторов, влияющих на регенерацию тканей.
2. Прикладные исследования, в ходе которых БТП использовалась для ускорения регенерации тканей после травм и оперативных вмешательств подтвердили эффективность методики.
3. Факты клинического применения препарата свидетельствуют о его эффективности, а важнейшим аргументом в его пользу является отсутствие отмеченных случаев развития осложнений при его применении, поскольку препарат изготавливается из клеток тех же организмов, к которым он и применяется (аутологичная плазма).
4. Несмотря на то, что клиницисты различных направлений объясняют эффективность препарата примерно теми же фактами, принципы изготовления несколько отличаются. В особенности, отмечаются некоторые уникальные технологии изготовления, применяемые в косметологии и дерматологии, но не отмеченные в других областях клинической медицины.

**УДК 159.955:378.14:61**

*Мамедова В.С.*

## **ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

*Научный руководитель: асс. Шатохина Я.П.*

*Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи  
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя  
Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** Усиление роли информации, информационных технологий привело к тому, что современное общество существует на новом этапе развития — информационном. Возникает принципиально новый способ коммуникации и трансляции информации, который получил название экранной культуры. В настоящее время происходит формирование новой среды обитания человека — информационное общество, спецификой которого является передача информации с помощью подвижного изображения со звуковым сопровождением.

У молодежи и студентов все более проявляется динамичное, мозаичное, клиповое восприятие и придание образности информации, прежде всего — учебной. Клиповое мышление как явление — это ответ на повышение объема информации. На сегодняшний день оно оттесняет клиническое мышление в системе медицинского образования.

В связи с этим социальные сети, все больше интегрируются в образовательный процесс — создаются специальные сообщества, куда выкладываются различные пособия, интерактивные конспекты, мультимедиа презентации, задания для студентов. Обучение посредством социальных сетей можно назвать дистанционно-интерактивным обучением, которое выражается в возможности приобретения знаний за счет интерактивности, т. е. взаимодействия с другими участниками образовательного процесса на дистанции. Это

явление требует детального социального и медицинского исследования, создания новых образовательных технологий, основанных на живом общении.

**Цель:** Выявить целесообразность использования социальных сетей в образовательном процессе медицинского ВУЗа для организации самостоятельной работы студентов, коллективной работы распределенной учебной группы, для самообразования студентов.

**Материалы и методы.** Основным методом исследования данной работы является метод «анкетирование». Анкетирование являлось индивидуальным и открытым. Анкета состояла из 22 вопросов и была сориентирована на возможность использования социальных сетей в учебном процессе. В качестве респондентов выступили 146 студентов IV - VI курсов лечебного факультета ГУ «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», из них 70 - молодые люди, 76 – девушки. Возраст особ составил от 20 до 36 лет.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты анкетирования показывают, что 99,3% опрошенных студентов имеют постоянный доступ к сети Интернет. Наибольшее количество пользуются социальной сетью «ВКонтакте» – 93,8%. Установлено, что 99% респондентов посещают социальные сети ежедневно, из них более трети (76%) затрачивают на это более 1 часа в день, а 15% – от 30 до 60 мин.

В целом 85% опрошенных студентов ВУЗа подтверждают преимущества использования социальных сетей в учебном процессе. Студенты отметили, что такие группы в ГУ «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» уже созданы, однако расширение возможности использования социальных сетей для самообразования отметили 79% респондентов.

Рассмотрены основные цели использования социальных сетей:

- обсуждение теоретических вопросов учебных циклов - 57,6 %;
- возможность задать вопрос преподавателю в любое время - 48,5%;
- организация дистанционно-интерактивных форм обучения - 48,5%;
- независимость учебного процесса от места и времени - 42,5%.

**Выводы.** Результаты социологического исследования показали готовность студентов обучаться с использованием социальных сетей. Социальное значение такой модели обучения очевидно: формируется групповое сознание, позитивная взаимозависимость, коммуникативные навыки. Большинство учащихся имеют аккаунты в социальных сетях и уже активно используют их для получения информации.

Именно социальная сеть «ВКонтакте» из-за высокой степени активности была выбрана студентами для организации учебной работы. Положительный опыт участия в группе в «ВКонтакте» имеют 60,3% респондентов. В рамках анкеты студентам было предложено внести свои предложения по использованию социальных сетей в образовательном процессе. Даны рекомендации 33,5% респондентами по эффективной организации использования социальных сетей для дистанционных консультаций студентов. Такая неформальная форма учебной деятельности формирует у учащихся навыки самоорганизации, взаимодействия и сотрудничества, развивает умения, связанные не столько с поиском информации, сколько с ее переработкой и созданием на ее основе нового образовательного контента.

*Халимова А.П., Орленко В.В., Демьяненко Е.В., Соловьева И.В.*

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА ДЛЯ ОЦЕНКИ  
ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С  
ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА**

*Научные руководители д-р мед. наук, проф. Бойченко П.К.*

*Кафедра медицинской химии*

*ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ ЕСПУБЛИКИ  
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность.** Проблема сочетанной патологии является актуальной для современной медицины. Особое внимание привлекает сочетание болезней почек и сахарного диабета (СД), который приводит к целому каскаду метаболических нарушений. Согласно литературным данным распространенность хронического пиелонефрита (ХП) у больных СД составляет около 35%.

**Цель:** Изучить динамику уровней активных форм оксида азота у пациентов с обострением хронического пиелонефрита на фоне сахарного диабета 2 типа, а также оценить роль монооксида азота в развитии воспалительного процесса.

**Материалы и методы.** В ходе исследования было обследовано 165 пациентов Луганской городской больницы № 5, которые были разделены на две группы: основную группу (131 пациент эндокринологического отделения с обострением ХП на фоне СД 2 типа) и группу сравнения (34 пациента терапевтического отделения с обострением ХП). В качестве контроля выступили относительно здоровые люди (доноры станции переливания крови). Средний возраст пациентов основной группы составил  $56,2 \pm 4,8$  лет, группы сравнения –  $55,9 \pm 5,8$  лет. Проводили забор венозной крови для получения сыворотки. Содержание нитритов определяли методом Грисса с последующей спектрофотометрией на СФ-46 при длине волны 560нм. После цинковой пылью нитриты восстанавливали до нитратов и определяли их концентрацию спектрофотометрическим методом на СФ-46 при длине волны 540нм. Суммарное содержание стабильных метаболитов получали суммированием этих двух показателей. Статистическую обработку данных проводили пакетом программ Microsoft Office Excel и «Statistica 10.0». Статистическую значимость различий показателей в группах сравнения оценивали по критерию Стьюдента. Результаты расценивались как достоверные при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждения.** Анализируя результаты исследования мы определили, что в двух группах пациентов содержание метаболитов оксида азота превышало норму. В сыворотке крови больных основной группы содержание нитритов составляло  $7,45 \pm 0,09$  мкг/мл, нитратов –  $11,37 \pm 0,08$  мкг/мл, что достоверно превышало показатели контрольной группы в 1,84 раза и 2,15 раза соответственно ( $p < 0,05$ ). В группе сравнения количество нитритов составило  $8,98 \pm 0,1$  мкг/мл, нитратов –  $12,18 \pm 0,1$  мкг/мл, что достоверно превысило контроль в 2,21 раза и 2,3 раза ( $p < 0,05$ ). В свою очередь, в группе больных без СД среднее количество оксида NO в 1,2 раза выше, чем у больных с сочетанной патологией ( $p < 0,05$ ). Полученные данные могут указывать на более низкую активность воспалительного процесса у больных с обострением ХП на фоне СД 2 типа, что свидетельствует о перегруженности системы иммунной защиты и несовершенности иммунитета.

**Выводы.** Исследованием установлено, что уровень активных форм оксида азота значительно повышается как у лиц с хроническим пиелонефритом, так и у лиц с сочетанной патологией (обострением хронического пиелонефрита на фоне сахарного диабета 2 типа). Более низкие концентрации активных форм монооксида азота у пациентов с сочетанной патологией по сравнению с пациентами группы сравнения могут указывать на более низкую активность воспалительного процесса у больных с обострением хронического пиелонефрита на фоне сахарного диабета 2 типа.

**УДК 616.31:614.254.004**

**Войнова В.Ю.**

## **ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ - СТОМАТОЛОГОВ МЕТОДАМИ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Научный руководитель к.биол.н., доц. Гаврилов В. А.**

*Кафедра стоматологии факультета последипломного образования*

*Государственного учреждения Луганской Народной Республики «ЛУГАНСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г.  
Луганск*

**Актуальность.** Одной из основных тенденций современного образования есть её информатизация, которая осуществляется на всех уровнях – от дошкольного развития ребенка до высшей школы. Процесс информатизации закономерно охватывает и медицинскую составляющую учебного процесса, о чем свидетельствуют многочисленные научно-педагогические исследования отечественных и зарубежных ученых, которые настаивают на необходимости введения информационно-коммуникационных технологий в последипломное образование. Все исследователи единогласно отмечают повышение эффективности учебно-педагогического процесса благодаря использованию педагогических компьютерных технологий.

**Цель:** ознакомление преподавателей медицинского ВУЗа, студентов и интернов с опытом применения технологии «Аудиокнига в медицинском образовании», практическими рекомендациями по созданию аудиокнижных учебных пособий, аудиокнижных библиотек, обобщение накопленного опыта и фактических данных и обсуждение возможных перспектив использования технологии «Аудиокнига в медицинском вузе» в практической стоматологии, в учебном процессе и научной работе.

**Материалы и методы.** Нами было проведено анкетирование врачей- курсантов и врачей-интернов с целью узнать необходимость внедрения аудиотехнологий в учебный процесс.

**Результаты и их обсуждение.** С течением времени активность научно-исследовательской работы на кафедре стоматологии ФПО лишь прогрессирует. Помимо новых учебников, методических пособий кафедра активно следует в ногу со временем, внедряя все новые пути познания учебно-практического материала.

Такая реальность требует от преподавателя ВУЗа знания новейших педагогических технологий, умение применить их на практике, владение прогрессивными методами и средствами современной науки и техники для повышения эффективности процесса обучения.

Одним из наиболее динамично осваиваемых в настоящее время дидактических средств, обладающих значительным развивающим потенциалом, наряду с мультимедиа, являются аудиокниги.

Термин "аудиокнига" существует около 30 лет и обозначает совокупность программных средств для обработки и интерактивного представления аудиоматериала. Именно в способности передавать информацию человеку по нескольким каналам восприятия, в том числе и через слуховой анализатор и заключается огромный образовательный потенциал аудиокниги.

Созданный таким образом материал может быть использован для самостоятельной работы врачей-интернов, а также в системе дистанционного образования, активно внедряемой в настоящее время в учебный процесс нашего университета. Анализ практического опыта использования аудиокниг необходим для научного обоснования их внедрения в учебную практику, а также разработки способов повышения эффективности применения данной технологии в процессе преподавания различных учебных дисциплин в приложении к различным видам учебной работы вуза.

Лекции относятся к такой форме, где использование возможностей аудиокниг является простым и естественным шагом, не требующим особых затрат, кроме затрат на оснащение обучающегося средствами индивидуального прослушивания учебного материала.

Часовая длительность и информационная насыщенность лекции ставят слушателя в условия необходимости преодоления информационного барьера. Также мы сталкиваемся с описанной в психолингвистике проблемой информационного насыщения, состоящей в том, что уже после десяти минут восприятия информации на родном языке количество воспринимаемой информации составляет не более 20% из-за снижения внимательности, появления усталости и других негативных явлений. Лекторам известны проявления во время лекций у слушателей потери внимания, трудность восприятия материала, усталость, снижение самочувствия, негативные эмоции.

Проведенное нами анкетирование врачей-интернов и врачей-курсантов свидетельствует о том, что использование аудиоматериала позволяет снизить негативные явления, связанные с работой в условиях преодоления информационного барьера. 94% анкетированных подтвердили, что использование аудиолекций способствует концентрации внимания, 83% опрошенных считают полезным использование аудиокниг, 84% отметили, что сохраняли во время лекции положительный эмоциональный настрой.

Таким образом, система медицинского образования сегодня нуждается в современных средствах и технологиях обучения. Необходимость освоения практических навыков, формирования готовности к использованию новейших технологий в клинической работе требует нового подхода к методике преподавания, увеличения приоритета самостоятельной работы обучающегося, и как следствие, создания учебных пособий нового типа, сочетающих полностью подачи материала с динамичностью и интерактивностью.

Аудиопрезентации на кафедре стоматологии ФПО являются стандартом при организации учебного процесса. Впервые в истории ГУ «Луганский медицинский

университет имени Святителя Луки» осуществлена разработка и издание совершенно нового вида учебного пособия для широкого круга специалистов-стоматологов – врачей-интернов и врачей курсантов, позволяющего получать образование в неаудиторной обстановке – в быту, на отдыхе, в транспорте и практически во всех других местах.

Автором на цифровой носитель информации надиктованы учебные материалы не только лекционного характера (соответствующего программе учебного кафедрального плана), но и результаты научно-практических разработок, имеющих важное практическое значение для практикующих стоматологов, которые опубликованы в профильных научных изданиях (ЛНР, Украины, ближнего и дальнего зарубежья) и на них имеются декларационные патенты на изобретения и полезные модели.

Подобная форма обучения позволяет даже сильно занятым специалистам дистанционно углублять свои знания, расширять свой кругозор, эрудицию, иметь представление о передовых научных достижениях. Апробация данной формы обучения практикуется на кафедре стоматологии ФПО ГУ «Луганский медицинский университет» уже около года и нашла положительный отклик не только у слушателей предаттестационных циклов и врачей интернов, но и у практикующих врачей нашей республики.

Данная форма учебы не подменяет работу врача со специальной медицинской литературой (периодика, монографии, учебно-методические пособия) и работу в Интернете в поисках ответа на практически любой вопрос из области медицины, а удачно дополняет, позволяет специалистам идти в ногу со временем, а для ее создателей является мощным стимулом для написания и оформления удобных, востребованных современных научных и учебных материалов.

**Выводы.** Рецензируемые учебно-методические аудиокниги, выпущенные под редакцией доц. Гаврилова В.А. с участием сотрудников кафедры стоматологии ФПО, врачей-интернов и студентов-кружковцев, содержат учебно-практические материалы по хирургической, терапевтической стоматологии и стоматологической ортопедии и имплантологии. Врач-стоматолог любой специальности может найти для ознакомления и для внедрения в практическую работу много интересного и полезного, что позволит значительно улучшить не только качественные показатели работы стоматологического учреждения, но и повысить эффективность лечения стоматологических больных.

Предложенная форма обучения нова (позволяет специалисту быть не зависимым во времени и пространстве, с учетом индивидуальных особенностей восприятия в удобное для него время дистанционно изучать опыт коллег, анализировать и обучаться) полезна (знакомит слушателей с новинками стоматологической науки), эффективна (позволяет определить необходимые методики для более углубленного изучения, освоения и внедрения), требует дальнейшего осмысления и широкого внедрения в практику обучения врачей-интернов, курсантов-слушателей ФПО, студентов.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНСКОЙ ТРОМБИРОВАННОЙ ВЕНОЗНОЙ АНЕВРИЗМЫ САФЕНО-ФЕМОРАЛЬНОГО СОУСТЬЯ

*Научный руководитель к.м.н., доц. Долгополов В.В.*

*Кафедра госпитальной хирургии, ортопедии и травматологии*

*Государственного учреждения Луганской Народной Республики «ЛУГАНСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г.Луганск*

**Актуальность.** В данной работе предоставляется редкое наблюдение гигантских размеров тромбированной венозной аневризмы СФС с анатомическим изменением всей зоны соустья, бедренных сосудов и вариантом хирургического пособия при угрозе ТЭЛА.

**Цель.** Описать редкий клинический случай лечения гигантской тромбированной венозной аневризмы сафено-фemorального соустья.

**Материалы и методы.** Мужчина Д., 68 лет, обратился в ургентном порядке с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой паховой области, болезненное при нажатии.

Из анамнеза: 8 месяцев тому назад появился небольшой безболезненный «узелок» в паховой области справа. Спустя 2 месяца – «узелок» постепенно увеличивался в размерах, приносил незначительный дискомфорт при активных движениях. Позже (спустя 2-3 месяца) – отмечает незначительную болезненность в данной области при активных движениях, усиливающаяся при физической нагрузке. За сутки до поступления в стационар – боль усилилась, проявлялась в покое; присоединилось ощущение жжения в паховой области. Связывает с бытовой травмой (ушиб паховой области) около 16 часов тому назад.

Объективно: в паховой области справа, на 3 см ниже паховой складки, определяется опухолевидное образование округлой формы, размерами 60мм x 58мм. Над образованием – зона гиперемии до 7см в диаметре. Пальпаторно - образование шаровидное, плотно-эластической консистенции. Кожные покровы над образованием горячие на ощупь. Большая подкожная вена правого бедра пальпируется в виде тяжа. Пульсация на магистральных артериях нижних конечностей – в пределах возрастной нормы

В результате проведения дополнительных методов исследования, а именно - дуплексного сканирования венозной системы правой нижней конечности, был выявлен тромбоз и расширение v.saphenamagna (диаметр БПВ на уровне нижней трети бедра составляет 12 мм, на уровне средней трети бедра 16 мм, на уровне верхней трети бедра 18 мм). В проекции сафено-фemorального соустья визуализируется образование размерами 60x59 мм, частично тромбированное, с точечным кровотоком.

**Результат и их обсуждение.** На основании данных анамнеза жизни и заболевания, объективных данных и минимального перечня дополнительных инструментальных методов обследования был поставлен диагноз:

*Варикозная болезнь обеих нижних конечностей: С2 ,3S, Ep, As, Pr, III. Варикофлебит БПВ, тип 2., тромбированная венозная аневризма сафено-фemorального соустья правой нижней конечности*

Больному по жизненным показаниям в ургентном порядке выполнена операция: Ревизия аневризмы СФС, резекция аневризмы. Интраоперационно диагностирована аневризма сафено-фemorального соустья, размерами 6,0\*5,9\*5,7 см, исходящая из ствола БПВ (диаметр 1,8 см), с вовлечением в процесс общей и глубокой бедренной вены с

припаянной к конгломерату стенкой бедренной артерии. После идентификации всех структур, пережатия ОБВ, при вскрытии аневризматического мешка, удален свежий красный тромб (размерами 6,0\*5,0 см) занимавший весь просвет полости аневризмы, без фрагментации и без смещения в просвет бедренной вены. При проведении пробы Вальсальвы – получен ретроградный кровоток. Шейка аневризматического мешка прошита дважды и лигирована. Послеоперационный период протекал без осложнений

Назначена стандартная схема лечения: антибиотикотерапия, низкомолекулярные гепарины (клексан 0,4 мл п/к 2 р/сут-7 дней; с переходом на ривароксабан – 20 мг/сут), флеботоники (цикло-3 форте – 2капс. 1р/сут, антистакс -180 мг – 2р/сут), анальгетики и НПВС, физиопроцедуры (УВЧ на область правого бедра №10).

При контрольном дуплексном сканировании венозной системы оперированной конечности – данных за тромбоз не выявлено, культя БПВ без эктазии. Выписан на 11-ые сутки после операции в удовлетворительном состоянии

**Вывод.** Ввиду того, что аневризма СФС по своей локализации и клинике может «маскироваться» под различные виды бедренных грыж, онкологические заболевания и т.д.- всегда требуется более тщательный подход в диагностике и детальный сбор анамнеза. Пациенты с данной патологией должны быть оперированы по ургентным в самые кратчайшие сроки в виду угрозы венозного тромбоэмболизма.

**УДК 615.12:616-053.9**

***Передерий Е. А., Каштанова М. А., Стрюкова Ю. С.***

## **ОСОБЕННОСТИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В АПТЕКЕ**

***Научные руководители к. фарм. н., доц. Передерий Е. А., ассист. Каштанова М. А.***

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г.Луганск*

**Актуальность.** На сегодняшний день большую часть населения Луганской Народной Республики составляют люди в возрасте от 60 лет и старше. Такая демографическая ситуация наблюдается и в соседних Донецкой Народной Республике и Российской Федерации. Болезни людей пожилого возраста стали актуальной проблемой для теоретической и практической медицины, а также фармации. Прогрессирующее уменьшение адаптационных возможностей организма, изменение его реактивности и инволюционные процессы создают условия для развития патологии. Рекомендую пожилому человеку любой лекарственный препарат, необходимо учитывать, что действие даже знакомого лекарства на постаревший организм может оказаться неожиданным. Следует брать во внимание, что у людей старческого возраста диагностируется не менее 4-5 болезней - полиморбидность. Отсюда получаем другую особенность, которую нужно учитывать - полипрагмазия. Это одномоментное назначение пациенту пяти и более наименований лекарственных препаратов или свыше десяти наименований при курсовом лечении.

**Цель:** Главной целью исследования было изучить наиболее встречающиеся фармакологические ошибки при отпуске лекарственных препаратов людям преклонного возраста и выявить нарушения при общении провизора с посетителями данной возрастной группы в аптеке. Помимо этого, мы стремились установить наиболее встречающиеся каскады назначений и побочные реакции, которые ошибочно принимают за симптом какого-либо заболевания.

**Материалы и методы.** В процессе исследования посетили около 10 аптек города Брянка и 5 аптек города Луганск, в которых провели устный опрос провизоров, фармацевтов, а также посетителей аптеки в возрасте старше 40 лет. В одной из аптек мы провели анкетирование, с целью узнать насколько посетители доверяют советам фармацевта и знакомых, и к чему приводит такое лечение.

**Результаты и их обсуждение.** Согласно опросу фармацевтов, большую часть посетителей аптеки составляют люди в возрасте старше 40 лет. В ходе общения с посетителями было установлено, что 7 человек из 10 посещают аптеку минимум 1 раз в неделю, в то время как врача многие посещают не чаще 1-2 раз в год. Из опроса и личных наблюдений были выявлены наиболее повторяющиеся ошибки в работе фармацевта, среди которых: 1. Недостаток общения с покупателем-23%. 2. Отсутствие должного внимания людям с нарушениями слуха или зрения-38%. 3. Сложности в выборе препарата по памяти-33%. 4. Поиск новых аналогов-6%. При отпуске препаратов пожилым людям были выявлены повторяющиеся фармакологические каскады и замечены побочные реакции, которые достаточно часто принимают за симптомы другого заболевания. Благодаря анкетированию удалось установить, что большинство из опрошенных доверяют рекомендациям фармацевта и гораздо реже обращаются за помощью к врачу. Более половины опрошенных доверяют советам знакомых, что не всегда позволяет получить желаемый результат лечения и даже приводит к проявлению побочных реакций. Примерно треть считает, что в нашем здравоохранении не хватает квалифицированных специалистов, но больше половины уверены, что всё-таки можно доверять врачам, фармацевтам, провизорам.

**Вывод.** Исходя из проведённой нами работы можно с уверенностью сказать, что пожилым посетителям аптеки нужно уделять больше внимания и проводить детальный опрос перед отпуском любого лекарственного препарата. Ведь у лиц старшей возрастной группы иначе происходят процессы метаболизма. А значит и реакция может быть не предсказуемой, вызывая ряд побочных реакций и осложнений. Так же не стоит забывать о полипрагмазии и возможных фармакологических каскадах, что позволит избежать нежелательных реакций при приёме препарата. Немаловажна и специфика общения с геронтологическими пациентами, ведь им требуется повышенное внимание и определённый подход. Помните, что уровень обслуживания и атмосфера аптеки являются важными факторами для покупателей, особенно пожилых.

## ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Научный руководитель канд. биол. н. Гаврилов В. А.*

*Кафедра стоматологии факультета последипломного образования Государственного учреждения Луганской Народной Республики «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность.** В стоматологической практике львиную долю лекарственных средств, используемых при воспалительных заболеваниях, составляют препараты для местного применения. Формы выпуска таких лекарственных средств весьма разнообразны и могут быть представлены широким спектром фармакологических групп препаратов. Местно используются: антисептики, антигипоксанты, анестетики, кератопластики и др. Основными формами ЛС являются: растворы, эликсиры, гели, мази, линименты, пасты, пленки, губки и др. Все они имеют свои преимущества, и недостатки. Отрицательной стороной, как правило, является кратковременность их воздействия, в связи с быстрой вымываемостью препарата из области применения. Не все лекарственные средства для пациентов являются простыми и удобными для применения. Из-за чего пациент недополучает ожидаемый терапевтический эффект.

**Цель:** методом опроса и анкетирования пациентов проанализировать эффективности местного применения лекарств, используемых при лечении стоматологических заболеваний и разработка новой лекарственной формы, характерной особенностью которой явилось бы пролонгированность лечебного эффекта и простота в использовании.

**Материалы и методы.** Беседа с двухстами пациентами, обратившихся за консультативной стоматологической помощью в стоматологическую клинику ГУ ЛНР «Луганский медицинский университет имени святителя Луки» показала, что чаще всего в стоматологии местно применяются растворы и полоскания. Они просты как в применении так и в изготовлении. В качестве растворителя обычно используется вода, иногда спирт. Широко применяют водные растворы перекиси водорода (3%), хлоргексидина биглюконата (0,02-0,06%), калия перманганата (0,01-0,1%), диоксида (0,5%). Зубные эликсиры являются разновидностью жидких форм препаратов. Они представляют собой концентрированные растворы, которые используются для ополаскивания полости рта только после разведения водой. Растворы и эликсиры широко используются в практике, однако их недостатком является кратковременность воздействия и быстрое удаление со слизистой оболочки полости рта.

Большую популярность в стоматологической практике приобрели лекарственные формы более длительного действия. К таким лекарственным формам относят мази, пленки, пародонтальные повязки.

Мази – лекарственная форма, предназначенная для нанесения на кожу, раны и слизистые оболочки. Имея общие характеристики, мази объединяют группы препаратов, различающихся по составу, упругости и свойствам. Различают линименты, собственно мази, пасты, кремы, гели.

Линименты – это жидкие мази, основой которых чаще всего являются масла. Об использовании линиментов при лечении стоматологических заболеваний имеются лишь

единичные сведения. (Линимент «Фузол», активными веществами, в котором являются метронидазол и кислота салициловая)

Гели – это мази вязкой консистенции, способные сохранять форму и обладающие упругостью и пластичностью. В качестве гелеобразующих основ производные применяют целлюлозы, сплавы полиэтиленоксидов. (Гель «Динексан-А», «Клотримазол»).

Лечебные пасты (мази плотной консистенции) предназначены для снятия болевых синдромов при лечении гиперстезии зубов и воспаления тканей пародонта. Часто используется в практике врача-стоматолога дентальная адгезивная паста Солкосерил. Особенность этой пасты заключается в образовании лечебного слоя на пораженной области слизистой оболочки полости рта и предохранении ее от механических и химических повреждений в течение 3–5 ч.

Мази используются аппликационно и основным их недостатком является быстрая смываемость со слизистой оболочки полости рта.

Для пролонгирования их воздействия используются стерильные марлевые повязки, которые благодаря своей структуре задерживают лекарственный препарат. Помимо повязок могут быть изготовлены специальные каппы, которые служат емкостью для мази. Такая каппа, содержащая лекарственное средство, надевается на зубной ряд и фиксируется. Ротовая жидкость при этом не так активно вымывает препарат, что обеспечивает длительное его контакта с пораженными тканями. Однако изготовление индивидуальной каппы требует большего времени и дополнительных усилий.

В последние десятилетия начались активные исследования и в области разработки пленок для стоматологии. Примером таких форм является Диплен Дента - стоматологическая самоклеящаяся пленка. Предназначена она для применения в пародонтологии, терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии. Различные виды пленки отличаются содержанием антибактериальных, противовоспалительных, обезболивающих, реминерализующих и других веществ. В качестве активных компонентов в гидрофильный слой пленки включены линкомицин, метронидазол, гентамицин, солкосерил, лидокаин, хлоргексидин и др.

При лечении заболеваний тканей пародонта широко применяют пародонтальные повязки. В зависимости от состава и свойств пародонтальные повязки бывают твердые, полутвердые и мягкие. Твердые и полутвердые повязки в настоящее время применяют редко в связи с механическим раздражением слизистой оболочки и недостаточной эффективностью. Больше практическое применение получили мягкие пародонтальные повязки, основу которых чаще составляет окись цинка и гвоздичное масло. Они пластичны, в них легче вводить необходимые лекарственные добавки, что обеспечивает удобство в работе врача-пародонтолога. Скорость затвердевания таких повязок различна и зависит как от их состава, так и от способа их приготовления. Длительность воздействия такой формы колеблется от нескольких часов до нескольких дней. В состав пародонтальных повязок возможно включить лекарственные средства различных групп.

Каждой из перечисленных форм препаратов характерен краткий период лечебного воздействия, сложность проведения процедуры, обусловленные анатомическими и функциональными особенностями тканей полости рта.

Нами предложена новая лекарственная форма для применения в стоматологической практике. Её консистенция сравнима с лекарственной формой суппозитория. При изготовлении подразумевается включение в её состав различных лекарственных средств из групп антисептиков, анестетиков, противовоспалительных

средств и др. Имея пастообразную структуру, данная форма обеспечивает проникновение в щели и поднутрения, пародонтальные карманы. В то же время плотность и вязкость предложенной формы способствует надежной фиксации в ретенционных зонах. Данная форма препарата удобна и проста в использовании, длительное время остается в области воздействия. Таким образом, спектр её применения весьма широк. Возможно применение данной лекарственной формы при заболеваниях тканей пародонта, для лечения воспалительных заболеваний слизистой оболочки под несъемными протезами и вокруг имплантатов, отдельно отмечается востребованность данной формы (в виде зубочелюстного суппозитория) в стоматологической травматологии при лечении и профилактики развития пародонтологических осложнений от используемых назубных шинирующих конструкций.

**Результаты и их обсуждение.** Предложенная лекарственная форма была применена нами у 37 пациентов с преимущественным поражением слизистой оболочки тканей пародонта. В состав средства были включены анестетики, противовоспалительные препараты. У всех пациентов было отмечено быстрое купирование болевого компонента и выраженный противовоспалительный эффект. Отсутствие или незначительность положительного результата не отмечено ни одним из 37 пациентов.

**Вывод.** Таким образом, формы препаратов для местного применения в стоматологии весьма разнообразны. Предложенная нами новая форма лекарственного препарата (зубочелюстной суппозиторий) позволяет решить проблему кратковременности воздействия. Она также является достаточно удобной для использования. Эффективность применения подтверждена клинически, полезность закреплена актами внедрения в 5-ти лечебных учреждениях.

**УДК 616.12-005.4+616.441-008.6:6616.67**

***Романов В.В., Шушпанова С.Ю., Брынза Е.Г., Манылова О.И., Назарова Е.В.,  
Жиливостова Ю.В., Штыка Е.С., Колесниченко Т.В.***

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА у ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**ГУ ЛНР «Специализированная железнодорожная больница», г. Луганск  
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя  
Луки», г. Луганск**

**Актуальность.** Смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) у лиц в возрасте до 65 лет за последнее 20-летие снизилась на 50%, что следует связать с более активной тактикой лечения острого ИМ (применение тромболитика, ранней реваскуляризации). Однако, общая смертность от ИБС осталась неизменной. Это происходит в связи с увеличением группы лиц старшего возраста, где смертность закономерно возрастает, несмотря на применение современных лекарственных препаратов. По данным российского исследования ПРЕМЬЕР встречаемость сочетания АГ и ИБС среди амбулаторных больных с ССЗ достигает 67%.

Но рассматривать ИБС и артериальную гипертензию (АГ) отдельно нельзя, т.к.

еще А.Л. Мясниковым в 60-х годах прошлого века было доказано, что оба эти заболевания имеют «общие корни»: общие патогенетические механизмы развития.

**Цель:** - изучить клиническое течение и подходы к лечению гипертонической и ишемической болезни сердца у пациентов терапевтического отделения ГУ ЛНР «Специализированная железнодорожная больница» г. Луганска.

**Материалы и методы.** Всего обследовано 40 человек, из них 18 мужчин и 22 женщины. Средний возраст пациентов составил 57 лет. Диагноз ГБ был поставлен 36 пациентам, ИБС - 34. В 95% случаев ИБС сочеталась с АГ. Средний койко-день составил 14 дней. Лечение больных проводилось в соответствии с действующими протоколами и включало следующие группы препаратов:  $\beta$ -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, диуретики, дезагреганты, ингибиторы ГМГ-КоАредуктазы (статины).

**Результаты и обсуждение.** Основные причины госпитализации – неосложненный церебральный гипертонический криз (в 60% случаев) и прогрессирующая стенокардия напряжения (у 17% больных). Среди обследованных больных терапевтического отделения встречаемость сочетания АГ+ИБС была выявлена в 95% случаев гипертонической болезни (ГБ). Самой частой причиной гипертонических кризов было неадекватное лечение, либо его отсутствие, что отмечалось у 16 пациентов. Основным триггером кризов для мужчин были физические перегрузки, для женщин - эмоциональные. У 18 больных были выявлены признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), в т.ч. у 18-ти пациентов по ЭКГ-признакам, у 10-ти - по данным эхокардиографии. При этом фракция выброса (ФВ) была снижена лишь у 3-х человек.

При исследовании липидограммы количество общего холестерина достоверно было повышено у 68% больных, в то же время у остальных 32% пациентов его значение приближалось к верхней границе нормы. У 27 человек были выявлены сопутствующие болезни: заболевания щитовидной железы – у 17 больных (36%), сахарный диабет - у 6 пациентов (15%).

При лечении использовали следующие комбинации лекарственных средств: бисопролол + лизиноприл (с диуретиком или без) составило 45% от всех назначений, из них у 80% больных был достигнут целевой уровень артериального давления (АД), у 55% исследованных наблюдался регресс боли и одышки.

По нашим наблюдениям наиболее эффективной выявилась комбинация «карведилол + эналаприл» (с диуретиком или без), которая использовалась у 10% от всех назначений, однако, у 100% больных был достигнут целевой уровень АД, у 75% - регресс боли и одышки.

Эффективность других комбинаций приближалась к первому варианту.

**Выводы.** Учитывая высокую встречаемость сочетания АГ+ИБС, современная концепция снижения сердечно-сосудистой смертности должна быть нацелена на исследование главных патогенетических механизмов развития АГ и ИБС и комплексное воздействие на наиболее важные из них. Ввиду частой коморбидности сердечно-сосудистых заболеваний и эндокринной патологии, таких больных следует привлекать эндокринологов.

Популярность комбинации «бисопролол + лизиноприл», объясняется малой экономической затратностью и удобством однократного приёма. Эффективность второй схемы следует испытать на большей когорте пациентов, т.к. малый процент участников не дает точных данных, а собственно высокая эффективность может быть оправдана дополнительными  $\alpha$ -блокирующими свойствами карведилола и двухпиковостью

концентраций обоих препаратов, в плазме крови, в течение суток.

**УДК 615.2:616-002-08**

**Юнусова И. А., Передерий Е. А.**

**ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ  
НОВОГО ЛС**

**Научный руководитель к-т фарм. наук, доц. Передерий Е. А.**

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»,  
г. Луганск*

**Актуальность.** На сегодняшний день существует значительный список гинекологических заболеваний, развивающихся на фоне воспалительных и инфекционных процессов. Инфекционно-воспалительные процессы, в частности во влагалище, могут возникать, с учетом современных тенденций, на фоне раннего приобретения сексуального опыта, искусственного прерывания беременности, не оправданного применения средств контрацепции, неблагоприятных условий труда и быта, состояния окружающей среды и других факторов. Своевременно установленный диагноз, рациональная терапия и профилактика данных патологий повышает шанс сохранения репродуктивного здоровья женщин.

**Цель:** изучение противовоспалительных свойств суппозиторий вагинальных на основе густого экстракта листьев шалфея лекарственного (ГЭЛШЛ), применяемых для лечения инфекционно-воспалительных гинекологических заболеваний.

**Материалы и методы.** Противовоспалительная активность была изучена с помощью экспериментальной модели формалинового отека. Исследование проводили на 50 белых беспородных крысах-самках массой  $260 \pm 10$  г. О развитии отека судили по увеличению объема лапы, который измеряли до введения препарата и в динамике через 2, 4, 6, 24 ч. после введения флоггена с помощью механического онкометра по А.С. Захаревскому.

Объект исследования – препарат, содержащий ГЭЛШЛ и лактулозу. Исследуемый препараты вводили разным группам крыс в дозах 5 мг/кг (группа 1), 10 мг/кг (группа 2), 25 мг/кг (группа 3). Препарат-сравнения – «Диклофенак» (Синтез АКОМП, Россия) в дозе 6,8 мг/кг (группа 4). Группа 5 животных – контрольная патология.

**Результаты и их обсуждения.** Исследуемый препарат проявляет антиэкссудативную активность на модели формалинового воспаления во всех исследуемых дозах. Противовоспалительный эффект через 2 часа после введения флоггена был наиболее выраженный у препарата в дозе 25 мг/кг (группа 3) и составил 52,9%.

На момент истечения 4-х часов после начала эксперимента объем лапок крыс в контрольной группе увеличился на 29,3%. При этом у животных группы 3 на данном этапе не наблюдалось значительных изменений в объеме лапок в сравнении со 2-м часом эксперимента. Однако в группе 1 было заметное увеличение антиэкссудативной активности препарата в дозе 5 мг/кг, которая составила 63,6%.

Максимальный антиэкссудативный эффект исследуемого препарата во всех дозах наблюдается по истечении 6-24 часов. В этот период все образцы по своей противовоспалительной активности превзошли активность препарата сравнения «Диклофенак» в 1,4 раза.

**Выводы.** Экспериментальные данные показывают, что исследуемый препарат превосходит препарат – сравнения «Диклофенак» по антиэкссудативной активности. На момент окончания эксперимента наиболее выраженная противовоспалительная активность наблюдалась у препарата в дозе 10 мг/кг и составляла 92 %.

*УДК 159.942:616.517*

*Мамедова В.С., Шварёва Т.И., Радионов Д.В.*

## **ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

*Научный руководитель асс. Хайминов Е.М.*

*Кафедра дерматовенерологии, психиатрии и наркологии*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г.*

*Луганск*

**Актуальность.** Псориаз является одним из самых распространенных хронических дерматозов, которым страдает от 1 до 5 % населения Земли. Такой высокий уровень заболеваемости объясняется стремительным темпом жизни современного общества, увеличением эмоциональных нагрузок, требующих огромных нервных затрат. Как известно, заболевание влияет не только на физическое состояние пациента, но и оказывает негативное влияние на качество жизни больных, а также приводит к психоэмоциональным расстройствам различной степени тяжести.

Роль психоэмоционального стресса при кожных заболеваниях отмечали многие дерматологи. Эмоциональный стресс является не только причиной, но и следствием течения болезни, особенно если локализацией является лицо и половые органы, что проявляется в фиксированности симптомов болезни, нарушении социальной адаптации. Следовательно, данные расстройства требуют более глубокого изучения, детализации и коррекции.

**Цель:** определить спектр психоэмоциональных расстройств у пациентов, страдающих псориазом. Изучить качество жизни больных псориазом с учётом психологических и социальных факторов, а также клинических проявлений дерматоза. Обосновать применение медикаментозной психокоррекционной терапии.

**Материалы и методы.** Оценка психоэмоционального состояния больных псориазом осуществлялась двумя методами: исследование уровня ситуативной (реактивной) и личностной тревоги проводилось на основании теста Спилбергера-Ханина, а качество жизни пациентов оценивалось с помощью дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Тест Спилбергера-Ханина — это методика, позволяющая дифференцировано измерять уровень тревожности.

Различают ситуативную тревожность, связанную с эмоциональной реакцией на конкретную экстремальную или стрессовую ситуацию, и личностную тревожность, которая является стабильным свойством личности.

Ситуативная тревожность определяет состояние человека в данный момент времени и характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, нервозностью в конкретной обстановке.

Личностная тревожность означает приобретенную поведенческую позицию, которая заставляет человека воспринимать большой круг объективно безопасных ситуаций как угрожающих, побуждая реагировать на них состоянием тревоги, интенсивность которой не соответствует величине реальной опасности.

Шкала оценки тревожности в тесте состоит из 2 отдельно оцениваемых частей, каждая из которых состоит из 20 суждений. Первая шкала направлена на определение ситуативной тревожности, вторая – личностной.

Общий итоговый показатель по каждой из частей может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. Итоговый показатель меньше 30 баллов указывает на наличие низкого уровня тревожности, от 30 до 44 баллов – среднего, 45 и более – высокого. Чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности. Результаты подсчитываются по ключу.

Для точной оценки тяжести психоэмоционального состояния больных псориазом необходимы стандартизованные и проверенные методы оценки. Одним из таких методов является «Дерматологический индекс качества жизни». С момента своего появления в 1994 г. ДИКЖ сохраняет актуальность в объективной оценке качества жизни пациентов, дает возможность осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и при необходимости проводить коррекцию терапии.

Опросник состоит из 11 вопросов, включающих оценку физического, социального и эмоционального функционирования, общего и психологического здоровья. На каждый вопрос возможен только один вариант ответа. Ответы на вопросы представлены в виде оценки пациентом своего состояния по шкале: очень сильно, достаточно сильно, незначительным образом, нет. Каждый ответ оценивается от 0 до 3 баллов.

Индекс рассчитывается путем суммирования баллов по каждому вопросу. Результат может варьировать от 0 до 30 баллов. Чем ближе показатель к максимальной отметке, тем более негативно заболевание сказывается на качестве жизни пациента. Оценка значений ДИКЖ производилась согласно шкале интерпретации: от 0 до 1 балла — заболевание не влияет на жизнь пациента; от 2 до 5 баллов — незначительно влияет; от 6 до 10 баллов — умеренно влияет; от 11 до 20 баллов — очень сильно влияет; от 21 до 30 баллов — чрезвычайно сильно влияет.

В группу исследуемых лиц вошли 30 больных псориазом, находящихся на стационарном лечении в Луганском областном кожно-венерологическом диспансере, из них 17 мужчин и 13 женщин. Возраст особ составил от 18 до 65 лет.

**Результаты и их обсуждения.** В ходе исследования была установлена длительность течения заболевания: более 15 лет болеют 14 (46,7%) пациентов; 10–15 лет — 2 (6,7%) пациента; 3–10 лет — 2 (6,7%) пациента; 1–3 года — 7 (23,3%) пациентов; менее года - 5 (16,6%) пациентов. Среди сопутствующих патологий чаще всего регистрировались заболевания сердечно-сосудистой системы — 6 (20%) человек. На втором месте по распространенности заболевания нервной системы и желудочно-кишечного тракта – по 4 (13,3%) человека соответственно. Заболевания мочевыделительной системы выявились у 2

(6,7%) пациентов. Сахарным диабетом 2-го типа болеют 2 (6,7%) человека. Всего количество лиц, страдающих сопутствующими патологиями, составило 60% от общего числа больных псориазом.

Согласно анкетированию высокий уровень как ситуативной, так и личностной тревоги (более 45 баллов) имеют 12 (40%) больных псориазом (5 женщин и 7 мужчин), при этом повышение только личностной тревожности наблюдается у 7 (23,3%) человек, а ситуативной - у 2 (6,7%). Также анализ результатов выявил 14 (46,7%) пациентов с умеренным уровнем ситуативной тревоги (от 31 до 44 баллов), 5 (16,7%) - с умеренным уровнем личностной тревоги и 2 человека – с низкой личностной тревожностью (до 30 баллов).

Стоит отметить, что у больных псориазом с сопутствующими патологиями уровень ситуативной и личностной тревоги доходил до 80 баллов, а у больных с отсутствием данных патологий - до 58 баллов.

При исследовании ДИКЖ установлено среднее значение индекса у всех обследованных больных – 12,1 балла при норме до 5 баллов. Такой показатель свидетельствует, что заболевание очень сильно снижает качество жизни пациентов.

Среднее значение ДИКЖ у пациентов с сопутствующей патологией составило 18,5 балла, в то время как у пациентов без сопутствующей патологии - 9,3 балла, что свидетельствует об умеренном влиянии заболевания на их жизнь. По данным показателям видно, что наличие сопутствующей патологии ухудшает качество жизни пациентов в 2 раза. Среди обследованных больных был выявлен пациент с высоким уровнем тревоги (80 баллов) и высоким значением ДИКЖ (25 баллов), имеющий суицидальные наклонности.

**Выводы.** Из данного исследования можно сделать следующие выводы: псориаз, в силу своего длительного течения, негативно отражается на психоэмоциональном состоянии пациентов и снижает качество их жизни в целом. Из-за наличия сопутствующих патологий необходимо наблюдение не только дерматологов, но и врачей смежных специальностей. Также для коррекции психоэмоционального состояния больных псориазом необходимо привлекать психологов. Таким образом, с целью повышения качества жизни лечение больных псориазом должно быть комплексным и включать в себя медикаментозную психокоррекционную терапию. Игнорирование эмоциональных факторов при этом лишает эффект лечения значительной части пациентов. Поэтому тщательный анамнез с выявлением психотравмирующих факторов, назначение седативных препаратов усиливает эффективность их базисной терапии, а без учета сказанного снижается эффективность даже хорошо зарекомендовавшей себя методики лечения.

**УДК 55.043:575.121.9:602.9:618-003.96:618-092.19:618-092.9:618.61-004.94**

***Шупик А. С., Колесникова Е. Н., Демьяненко Е. В.***

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ КОСТНОМОЗГОВЫХ  
МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК И ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ КРЫС ПОСЛЕ  
ОСТРОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА**

***Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Бойченко П. К.***

**Актуальность.** Известно, что почки крайне чувствительны почечек к действию различных факторов среды, но в то же время в реализацию ответных компенсаторно-приспособительных механизмов вовлекаются все отделы нефрона. Известно, что действие стрессорных факторов различной природы приводит к гипоксии органов и тканей, которая в свою очередь вызывает активацию свободнорадикальных процессов, развитие оксидантного стресса, интенсификацию процессов апоптоза. Все это приводит к изменениям макроструктуры и микроструктуры почечек, а, следовательно, и функции этого органа. Ввиду значительной распространенности заболеваний почечек среди населения возникает необходимость поиска новых инновационных методов лечения, одним из которых может быть трансплантация клеток с высоким пролиферативным потенциалом. Наиболее перспективным направлением клеточной терапии считается использование мезенхимальных стволовых клеток (МСК) костномозгового происхождения, благодаря их высокой миграционной способности, значительной пролиферативной активности и легкой индукции дифференцировки. Эти клетки способны стимулировать регенерацию и восстанавливать поврежденные клеточные структуры путем синтеза цитокинов и факторов роста.

**Цель:** Изучение влияния аллогенных мезенхимальных стволовых клеток на показатели функциональной активности почечной ткани крыс (суточного диуреза, концентрации креатинина и мочевины сыворотки крови и мочи, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), канальцевой реабсорбции) после 24-часового иммобилизационного стресса.

**Материалы и методы.** Эксперимент выполнен с использованием 208 самцов беспородных белых крыс массой  $225 \pm 25$  граммов. Костномозговые мезенхимальные стволовые клетки извлекали из полостей бедренных и большеберцовых костей половозрелых лабораторных крыс. Полученные клетки культивировали в питательной среде ИГЛА-МЕМ с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиками 14 дней при  $37^{\circ}\text{C}$  условиях  $\text{CO}_2$ -инкубатора со сменой среды 1 раз в 5 дней. Культуру фенотипировали непрямым иммунофлюоресцентным методом с помощью моноклональных антитела к СД 73, СД 105, СД 44, СД 90 и СД 54. Острый стресс моделировали 24 часовой иммобилизацией крыс в индивидуальных фиксирующих камерах. Животных разделили на группы: № 1 – интактную, № 2 – контрольную (после 24-часовой иммобилизации крысам вводили по 1 мл стерильного физиологического раствора в латеральную вену хвоста), № 3 – экспериментальную (после 24-часовой иммобилизации крысам вводили по 5 млн МСК в латеральную вену хвоста). Для сбора суточного количества мочи животных помещали в обменные клетки на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки наблюдения. Стандартными методами в моче определяли концентрацию креатинина и мочевины. Предварительно наркотизированных эфиром крыс выводили из эксперимента путем декапитации на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки исследования. Производили забор крови для получения сыворотки, в которой на биохимическом анализаторе определяли содержание мочевины и креатинина. Рассчитывали скорость клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции воды. Данные обрабатывали программой «Statistica 10.0» Достоверность различий между группами оценивали по критерию Манна – Уитни. Достоверно значимыми считали отклонения при  $p < 0,05$ . Данные

представлялись в виде медианы и интерквартильного размаха.

**Результаты и их обсуждение.** Опытным путем доказано, что показатели сыворотки крови и почечной ткани, зависят от срока наблюдения в послестрессовом периоде и значительно изменяются под действием мезенхимальных стволовых клеток. Уровни креатинина и мочевины сыворотки крови на 3 сутки были достоверно выше интактных значений как в группе № 2 (соответственно на 28,36% и 54,34%,  $p < 0,05$ ), так и в группе № 3 (соответственно на 28,64% и 40,1%,  $p < 0,05$ ). Интактные цифры креатинина достигались в контрольной группе к 30 суткам, а в экспериментальной – к 14 суткам наблюдения. У крыс группы № 2 уровень мочевины к 30 суткам был выше значений группы № 1 на 4,38%, а в группе № 3 уже на 21 сутки достигал интактных цифр. При этом показатели группы № 3 были ниже контрольных значений во все сроки наблюдения. Показатели мочевины и креатинина мочи в у крыс группы № 2 были ниже интактных значений в 1 сутки на 14,5% и 24,15% соответственно, на 3 сутки – на 33,53% и 40,88%, на 7 сутки на 26,96% и 32,73%, на 14 сутки – на 14,94% и 22,07% ( $p < 0,05$ ). У крыс, получавших клеточную терапию, в 1 и 3 сутки наблюдения показатели мочевины и креатинина мочи статистически не отличались от контрольных значений, на 7 сутки были выше контроля соответственно на 18,42% и 17,99%, на 14 сутки – на 14,46% и 23,53% ( $p < 0,05$ ). При этом суточный диурез увеличился на 1 и 3 сутки как во второй (на 23,94% и 35,21%), так и в третьей группе (на 18,31% и 32,39%). У контрольных крыс суточный диурез увеличился на 7-е сутки на 28,17%, на 14-е – на 19,72%, а у крыс, получавших МСК, он был ниже контрольных значений на 7 сутки на 12,09%, на 14 сутки – на 12,94%. Что касается скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции, то у контрольных животных эти показатели были ниже интактных в 1 сутки на 26,315% и 2,65% соответственно, на 3-и сутки – на 37,6% и 4,56%, на 7-е сутки – на 26,315% и 2,74%, на 14-е сутки – на 13,53% и 1,51%. У экспериментальных животных показатели СКФ превышали контрольные значения на 7-е сутки на 12,245%, на 14-е сутки – на 9,57%. Значения канальцевой реабсорбции у крыс, леченных МСК, на 7-е сутки повысились на 1,52%, а на 14-е – на 1,28% по сравнению с контрольными значениями. Полученные экспериментальные данные указывают на более выраженные нарушения фильтрационной способности почек на фоне иммобилизационного стресса.

**Выводы.** Установлено, что острая иммобилизация приводит к ухудшению показателей функциональной активности почечной ткани, что проявляется снижением скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции на фоне повышения суточного диуреза и нарастания креатинина и мочевины в сыворотке крови. Применение аллогенных мезенхимальных стволовых клеток способствовало более быстрому восстановлению значений функциональных показателей до интактных цифр у крыс экспериментальной группы по сравнению с контролем.

## ПАТОЛОГИЯ СТОПЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА

*Научный руководитель- ассист. Кафедры Сероштан Е. Ю.*

*Кафедра педиатрии, детских инфекций и детской хирургии*

*ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Святителя Луки»*

**Вступление.** Одно из ведущих мест в патологии опорно-двигательного аппарата стоп занимает плоскостопие (от 30% до 70% всех деформаций) (Егорова С.А., Петрякова В.Г. 2010). Отсутствие выявления патологии в детских садах, начальных школах происходит вследствие очень поверхностного медицинского профилактического осмотра; после выявления патологии дети не подлежат диспансеризации; отсутствует наблюдение за лечением детей; в условиях детских садов не сформированы группы детей с патологией стопы и не применяются специальные корригирующие методы; отсутствие у родителей и детей специальных знаний проблемы плоскостопия и методов профилактики (Станишевський Ж.Ф., 2008). Нарушение стопы у детей со временем приводит к серьезным изменениям во всем организме. Как следствие этого начинают страдать органы, которые расположены выше, начиная с ног. Появляются болезненные ощущения в позвоночнике, который страдает от многочисленных сотрясений при ходьбе. Возникают нарушения в хрящевых и костных клетках, что приводит к заболеванию клеток спинного мозга и периферических нервах, которые отходят от него. У людей с плоскостопием раньше, чем у других, развивается остеохондроз и деформирующий артроз. Низкая рессорная функция плоской стопы приводит к деформации позвоночника, в результате чего возникает сколиоз. По статистическим данным известно, что плоскостопие и сколиоз в 90% случаев встречаются одновременно (Дорошенко О.Ю., Мацейко І.І., 2009). Исходя из вышеперечисленного, ранняя диагностика плоскостопия очень важна при проведении диспансерных осмотров детей дошкольных и школьных учебных заведений для своевременного прогнозирования нарушения здоровья детей.

**Цель:** выявить наличие патологии стопы у детей младшего школьного возраста.

**Материалы и методы исследования.** Для диагностики плоскостопия мы использовали наиболее близкий по технической сущности и достигаемому результату измерительный метод рессорных свойств стопы - плантографию по В.А. Штритеру. Для оценки полученных данных использовали таблицы, в которых указывалась исследуемая стопа – правая или левая, а также ее характеристика. По данной методике диагностики патологии свода стопы с согласия учебных учреждений и родителей ГУ ЛНР «Луганская школа I-III ступеня №17 имени Валерия Брумеля» и ГУ ЛНР «Луганский учебно-воспитательный комплекс специализированная школа I ступени – гимназия №30» были обследованы 129 учеников вторых классов. Среди них насчитывалось 63 мальчика и 65 девочек.

**Результаты и обсуждения.** Проанализировав данные, полученные методом описательной статистики, установлено, что среди всех 129-и обследованных детей только у 3-х девочек и 2-х мальчиков выявлена нормальная стопа обеих ног (что составило 4,6%). Так, нормальная стопа была обнаружена у 26,8% (мальчики – 47,2%, девочки – 52,8%) среди всех обследуемых ног. Повышенный свод стопы наблюдался среди 17,5% исследуемых стоп, из которых 44,4% у девочек, и 55,6% у мальчиков. 20,2% детских стоп имели

уплощенный свод, причем, у девочек в большем количестве (девочки – 53,8%, мальчики – 46,2%). Такая патология стопы как плоскостопие наблюдалась у 16,3% всех стоп, и установлено, что у мальчиков данный вид деформации составил большую часть полученного показателя – 71,5%, а у девочек – 28,5%. Высокосводчатая стопа была обнаружена у 15,5% ног (у девочек – 60%, у мальчиков – 40%).

К профилактическим методам развития патологии стопы относятся:

1. Формирование правильной походки, не разводить носки при ходьбе – это перегружает внутренний край стопы и его связки.
2. Правильно подобранная обувь, на толстой и мягкой подошве, каблук не более 4 см.
3. Ношение стелек-супинаторов при длительных нагрузках.
4. В свободное время давать отдых ногам, не менее 30 секунд, 3-4 раза в день вставать на внешние стороны стоп;
5. В конце дня рекомендуется принять теплые ванны для ног, с их последующим массажем.
6. Хождение босиком по неровной поверхности, по камешкам, по песку, ходьба на пятках, внутренней поверхности стоп, цыпочках, подвижные игры также способствуют профилактике развития плоскостопия.
7. Максимально ограничить ношение обуви на высоком каблуке.
8. Правильно дозировать физическую нагрузку, избегать чрезмерных нагрузок;
9. Здоровый образ жизни, рациональное питание, принимать пищу богатую витаминами и микроэлементами, в особенности кальцием.

**Выводы.** Таким образом, достаточно низкий процент детей имеют нормальную стопу. У большей части обследованных детей диагностирован повышенный свод и плоскостопие. Такие патологии, как высокосводчатая стопа и уплощенный свод, занимают промежуточное место среди всех выявленных деформаций.

Данные исследования показали необходимость тщательной ранней профилактики, диагностики и лечения плоскостопия и других патологий стопы среди детей для своевременной их коррекции, что в свою очередь способствует предотвращению развития различных деформаций позвоночника с последующими осложнениями.

**УДК УДК 618.14-006.363-091**

*Мосягина Н.А., Хорошевская А.Р.*

## **ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЯ ИНТРАВЕНОЗНОЙ ЛЕЙОМИОМЫ**

*Научный руководитель к. мед. наук, доцент. Зинченко О.В.*

*Кафедра патологической анатомии, судебной медицины и правоведения  
Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки,  
г. Луганск*

**Актуальность.** Интравенозный лейомиоматоз – редкая опухоль, развивающаяся

из гладкомышечных клеток. Морфологически имеет строение доброкачественной опухоли, однако относится к пограничным с неопределённым потенциалом злокачественности. Данная опухоль может развиваться непосредственно из гладкомышечной стенки крупных вен, либо же образуется при внутрисосудистой инвазии доброкачественной опухоли – лейомиомы. К 2013 году в англоязычной литературе было описано около 300 случаев интравенозного лейомиоматоза. Встречается он исключительно у женщин детородного возраста, зачастую имеющих в анамнезе хирургические вмешательства по поводу миомы матки с сохранением придатков. В связи с этим можно утверждать, что интравенозный лейомиоматоз – гормонозависимое заболевание. Основным для лечения таких пациенток является хирургический метод.

**Материалы и методы.** Приведено наблюдение пациентки с диагнозом внутривенная лейомиома с поражением нижней полой вены. Исследован материал, полученный после оперативного вмешательства: макроскопическое описание, микроскопическое исследование гистологических препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином.

**Цель:** Выявление морфологических особенностей опухоли, полученной в результате оперативного вмешательства по поводу внутривенной лейомиомы с поражением нижней полой вены.

**Результаты и их обсуждение.** Пациентка Т., 1981 года рождения была прооперирована по поводу гигантской внутривенной лейомиомы малого таза с поражением нижней полой вены. В анамнезе – экстирпация матки без придатков (патогистологическое заключение – клеточная лейомиома тела матки). В ходе хирургического вмешательства удалена опухоль из просвета нижней полой вены, продолжающаяся до правого предсердия. Извлечено образование продолговатой формы до 50 см в длину и до 4 см в диаметре, мягкоэластической консистенции, в капсуле, с ослизнением. Макропрепарат фиксирован 10% нейтральным формалином и доставлен в патологоанатомическое отделение. При макроскопическом исследовании образование имеет цилиндрическую форму длиной 23 см, диаметром 3,5 см. Поверхность его гладкая, серо-розового цвета, покрыта тонкой полупрозрачной капсулой. На разрезе опухоль волокнистая, с выраженным отёком и множественными мелкими кистами диаметром до 0,2 см, заполненными слегка мутноватой серой жидкостью. При микроскопическом исследовании гистологических препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином, описанное новообразование было представлено клетками веретенообразной и округлой формы, образующими солидные поля и имеющими овальные вытянутые ядра. Строма узла была рыхлой и отёчной. Клеточный полиморфизм и патологические митозы не обнаружены. Очаги некроза отсутствовали. При окраске пикрофуксином по ван Гизону опухолевые клетки красились в зеленовато-жёлтый цвет. На основании морфологических признаков опухоль диагностирована как клеточная лейомиома с миксоматозом стромы и ростом в просвете нижней полой вены.

**Выводы.** Интравенозный лейомиоматоз — редкая гладкомышечная опухоль с неопределённым злокачественным потенциалом, возникающее у женщин в пременопаузе, которые в большинстве случаев имели в анамнезе экстирпацию матки без придатков. Существует разные методы лечения заболевания, среди которых наилучшим выбором является операция. Послеоперационный материал нуждается в тщательном морфологическом исследовании для выявления причин возникновения опухоли и установления связи с предшествующей патологией матки.

**ПОЛИПРАГМАЗИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ  
ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП И ЕЁ  
ПОСЛЕДСТВИЯ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

*Научные руководители к. мед. наук, доц. Ковалева И.С.,*

*к. мед. наук, доц. Ковалев В.Б.*

*Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет*

*им. Святителя Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** Полипрагмазия – это одновременное назначение большого количества лекарственных препаратов, увеличивающее вероятность развития побочных эффектов.

Полипрагмазия встречается у 56% пациентов моложе 65 лет и у 73% – старше 65.

Проблема полипрагмазии актуальна, т.к. современные стандарты лечения ряда заболеваний предполагают и обуславливают ее. В частности, стандарты лечения сердечно – сосудистых заболеваний, особенно их тяжелых стадий, могут включать пять и более препаратов.

**Цель:** изучить частоту встречаемости и структуру побочных эффектов комбинированного применения пяти и более лекарственных препаратов для лечения сердечно – сосудистой патологии у лиц пожилого и старческого возраста.

Определить наиболее неблагоприятные сочетания лекарственных препаратов.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе кафедры ОВП и МР в ГУ «Луганский республиканский госпиталь ветеранов войны им. маршала А.И. Еременко» ЛНР 2017-2019 гг. Прокурировано 500 больных пожилого и старческого возраста (65 лет и старше) с кардиологической патологией. Данная патология была комбинированной и включала:

1. ИБС в форме стабильной стенокардии II – IV ФК и/или постинфарктный кардиосклероз;
2. ГБ II – III стадии;
3. СН не менее ПА стадии.

Наблюдение за пациентами для выявления побочных эффектов проводилось в течение одного - трех месяцев.

**Результаты и их обсуждение.** Перечень препаратов, принимаемых пациентами: ингибиторы АПФ, БКК, сартаны, бета-блокаторы (бисопролол и небиволол), диуретики, сердечные гликозиды, пролонгированные нитраты, статины, антиаритмические препараты 3 класса (кордарон), антагонисты альдостерона, кардиопротекторы (триметазидин) и др.

Для выявления побочных эффектов использовали: расспрос и физикальное обследование, стандартные лабораторные и инструментальные исследования.

Побочные эффекты в той или иной степени выраженности отмечались у 43% пациентов. Если принять все побочные эффекты за 100% их структура была следующая: 31% - сухой кашель, 15% - гипотензия и снижения СКФ, 13% - брадикардия, 7% - обострение артроза, 6% - нарушение ритма, 5% - повышение АЛАТ, 4% - головные боли и бронхоспазм.

**Выводы.**

1. У лиц пожилого и старческого возраста, получающих лекарственные препараты для лечения сердечно – сосудистой патологии в количестве 5 и более – побочные эффекты

развивались в 43% случаев.

2. Данные побочные эффекты представлены: снижением СКФ, обострением артроза, сухим кашлем, нарушениями ритма, брадикардией, гипотензией, головными болями, повышением АЛАТ, бронхоспазмом.

3. К неблагоприятным комбинациям, присутствующим в схемах лечения, можно отнести:

- 1) иАПФ + антагонист альдостерона (спиронолактон) –(снижение СКФ);
- 2) ББ(бисопролол) + дигоксин – (брадикардия);
- 3) иАПФ + бисопролол – (сухой кашель, бронхоспазм);
- 4) Статины + кордарон – (повышение АЛАТ);
- 5) Диуретики + дигидропиридиновые АКК – (нарушения ритма).

4. Минимальное количество побочных эффектов либо их отсутствие отмечалось у лиц, в схеме лечения которых вместо иАПФ использовали сартаны (антагонисты ангиотензина II), а из ББ использовался не бисопролол, а небиволол.

**УДК 616.314-17**

**Мельников Д. Д.**

## **ПОЛНЫЕ СЪЕМНЫЕ И ЧАСТИЧНО СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ С МЯГКИМ БАЗИСОМ**

**Научный руководитель к. мед. н., доцент Девдера А. И.**

*Кафедра стоматологии Государственного учреждения Луганской Народной Республики  
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность.** Ряд авторов отмечают, что из твердых пластмасс не всегда можно изготовить полноценные протезы и предлагают применять протезы с мягким (двухслойным) базисами с эластичной пластмассой.

При неблагоприятных анатомо-топографических условиях протезного ложа базис протеза должен быть дифференцированным, то есть там, где нет подслизистого слоя на челюсти, должна быть мягкая подкладка на протезе. Мягкая пластмасса призвана в некотором роде восполнять недостающий подслизистый слой оболочки и ослаблять, амортизировать жевательное давление на ткани протезного ложа.

Нужно признать, что в настоящее время эластичной пластмассы, полностью отвечающей перечисленным требованиям, нет. Мягкие подкладки показаны в следующих случаях:

- 1) при резкой неравномерной атрофии альвеолярных отростков с сухой, малоподатливой слизистой оболочкой, когда никакими общеизвестными методами невозможно добиться фиксации протезов;
- 2) при наличии острых костных выступов и экзостозов на протезном ложе, острой внутренней кривой линии и противопоказаниях для хирургической подготовки, вследствие чего твердый базис протеза вызывает сильные болезненные ощущения;
- 3) при изготовлении сложных челюстно-лицевых протезов;

- 4) при изготовлении имедиат-протезов с удалением большого количества зубов;
- 5) при хронических заболеваниях слизистой оболочки рта;
- 6) при аллергических реакциях на протезы из акрилатов;
- 7) при повышенной болевой чувствительности слизистой оболочки.

**Цель:** Анализ срока и эффективности работы протезов с мягким базисом

**Материалы и методы исследования.** Работа проводилась на кафедре стоматологии Луганского государственного медицинского университета им. Св. Луки. Было установлено, что работа с протезами с мягкими базисами, повышает жевательную эффективность это можно объяснить тем, что больные не отмечают боли при жевательных движениях. Больные, пользуясь протезами с эластичными подкладками, гораздо быстрее адаптируются к пластиночным протезам.

**Выводы.** В процессе работы было установлено, что протезы с мягкими базисами более эффективнее чем с твердыми, что из твердых пластмасс не всегда можно изготовить полноценные протезы, также за счет их эластичности и высокой жевательной эффективности.

**УДК 6.61.617-7**

**Веснянцева А. Н., Акжигитова А.М.**

## **ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕФЛОНА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Научный руководитель: ассистент Труфанова М. С.**

*Кафедра стоматологии Государственного учреждения Луганской Народной Республики  
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность темы.** В современной стоматологии специалисты непрерывно заняты поиском средств, методов и материалов, которые способны облегчить процесс работы врача, и улучшить конечный результат лечения. Одним из таких новшеств является применение тефлоновой ленты в терапевтической стоматологии в для изоляции соседних зубов, как уплотнитель между клином и матрицей, вместо ватных шариков под герметичные повязки, при непрямой реставрации по методу силиконового ключа и т. д. Её положительными качествами являются: низкий коэффициент поверхностного трения, что обеспечивает гладкую поверхность, биоинертность, нерастворимость в органических растворителях, неприлипаемость, устойчивость к высоким температурам. Однако, ввиду того, что изначально она не предназначена для применения в стоматологии, то выпускается нестерильной в плотно намотанных рулонах.

**Цели исследования:** определить оптимальный способ стерилизации тефлоновой ленты и разработать рекомендации по её применению в терапевтической стоматологической практике.

**Материалы и методы исследования.** Были взяты два стандартных рулона тефлоновой ленты (фум-лента), один был перемотан таким образом, чтобы витки лежали рыхло, заводская крышка снята. Далее их простерилизовали в герметичном пакете в

паровом стерилизаторе при температуре 134 градуса Цельсия в течение 5 минут. Далее были произведены посевы образцов фум-ленты в бактериологической лаборатории для определения качества стерилизации. Образцы брали с поверхности рулона, из средних витков и внутренних витков фум-ленты. Посевы производили на : 1) тиогликолевую среду (термостат 7сут, 37<sup>0</sup>), 2) 0,5% сахарный бульон (термостат 7сут, 37<sup>0</sup>) и среда Сабуро (термостат 7сут, 22<sup>0</sup>), что позволило определить качество стерилизации в аэробных и анаэробных условиях.

**Результаты исследования.** В обоих случаях все образцы были стерильны, но лента с заводской намоткой слиплась, что значительно затрудняло её разматывание, лента же, рыхло намотанная, дала усадку и плотно легла на катушку, но разматывалась легко, без затруднений.

**Выводы.** Для применения тефлоновой ленты в стоматологии её необходимо стерилизовать. Экспериментальным путем было установлено, что оптимальным режимом стерилизации является автоклавирование при температуре 134<sup>0</sup> С. Для облегчения дальнейшего использования предложено предварительно рыхло перематывать ленту на катушке.

**УДК 611.019**

***Панилова Ю.Н., Молоткова Е.И., Войнова В.Ю.***

**ПРИКУС - ЧАСТНОЕ ИЛИ ОБЩЕЕ В КОНСТИТУЦИИ?**

***Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент Стклянина Л.В.***

*Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии,  
ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ, г.Луганск, ЛНР*

**Актуальность.** Подходя к вопросу с точки зрения оценочно-пропорционных характеристик, врачу стоматологической специальности будет интересна проверка гипотезы о вероятности связи прикуса с общими пропорциями тела как единой, целостной конституции.

**Цель исследования:** исследовать наличие связей прикуса с соматотипом, формой лица и общей аттрактивностью по данным независимого респондирования.

**Материалы и методы.** Выполнены фронтальные фотографии лиц с равного фокусного расстояния 12 см, изготовлены гипсовые модели зубных рядов по оттискам (методика Стокса), оценен тип телосложения (далее – соматотип) по пропорционной методике П.Н.Башкирова, рассчитан лицевой индекса Гарсона и определен характер прикуса по 6-ти «ключам окклюзии» Эндрюса у 80 юношей и 180 девушек славянской национальности, родившихся и проживающих на территории ЛНР. Фронтальные фотографии лиц были розданы независимым «экспертам» - сверстникам из гуманитарного вуза ЛНР (всего задействовано 143 респондента) - для определения троих наиболее привлекательных фенотипов юношей и девушек. Личные данные анкетированных не разглашались, респонденты и обследуемая когорта не были знакомы.

**Результаты и их обсуждение.** Оказалось, что эстетическое восприятие

мужского и женского контингента проявляет диаметрально противоположность. Так, самыми привлекательными среди юношей были названы обладатели в первую очередь прогнатии (80%), а затем – ортогнатии (17%) и чрезвычайно редко встречающейся в популяции прогении (3%); девушки же были названы в строго обратной последовательности (самые привлекательные – ортогнаты, менее – девушки с прогнатией). Форма лица наиболее привлекательных по мнению сверстников юношей характеризовалась как лептопрозопная (в 90% случаев), и редко (у 10% обследованных) – как эурипрозопная, однако ситуация с девушками оказывалась абсолютно противоположной: самыми привлекательными сочли эурипрозопов, и наименее – лептопрозопов. Интересно, что связи соматотипа с прикусом у юношей не обнаружено, но у девушек выявлены две «сцепленные» закономерности (мезоморфия = прогнатия, брахиморфия = ортогнатия). Однако имеется связь соматотипа со степенью привлекательности: респонденты интуитивно выбирали лица, которые принадлежали обладателям долихоморфного соматотипа.

#### **Выводы.**

1. Социальный метод научного изучения варибельности антропоморфных проявлений современного общества выявляет ряд ценных прикладных данных, которые при своем подтверждении в масштабных лонгитюдных исследованиях поможет обнаруживать новые тренды антропо- и социогенеза.
2. В частности, в ходе данного «пилотного» исследования выявлены интересные взаимосвязи в системах «соматотип - прикус» и «соматотип – лицевой индекс», причем следует заострить внимание на обладателях долихоморфного соматотипа: независимо от пола, субъекты с данными пропорциями тела не только обладали наивысшей степенью аттрактивности, но и в абсолютном большинстве оказывались мезопрозопами, при том, что преобладания того или иного варианта прикуса для них не было установлено.

**УДК 615.86:616.89-08**

*Леценко Е.А., Бобык О.А., Кондуфор О.В., Радионова С.И.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Государственное учреждение Луганской Народной Республики  
«Луганский Государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кафедра  
дерматовенерологии, психиатрии и наркологии, г. Луганск, ЛНР

Государственное учреждение «Луганская республиканская клиническая  
психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики, г. Луганск, ЛНР

**Актуальность.** Психосоматические расстройства – группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов.

В МКБ-10 данные расстройства представлены в классах, характеризующих соматические болезни, а так же в рубриках F40-F48 «Невротические, связанные со

стрессами соматоформные расстройства» и F50-F59 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами».

Поскольку каждая из современных концепций патогенеза психосоматических заболеваний акцентирует внимание на доминирующем значении эмоций, важную роль в лечении данных нарушений, наряду с фармакотерапией, приобретает применение различных психотерапевтических методик.

**Цель исследования.** Изучение влияния отдельных видов психотерапевтических методик на нарушения эмоциональной сферы и «физические» симптомы у больных психосоматическими расстройствами и сравнительная характеристика эффективности лечения.

**Материал и методы.** Нами были обследованы 20 пациентов: 7 – наблюдающихся по поводу соматических заболеваний (бронхиальной астмы, гипертонической болезни и язвенной болезни желудка), обратившихся к психиатру с тревожно-фобической и депрессивной симптоматикой; 13 пациентов с соматоформными расстройствами. Возраст пациентов составлял от 23 до 45 лет, из них 9 мужчин и 11 женщин. Все пациенты получали адекватную фармакотерапию соматической патологии и аффективных нарушений. Были исключены психические расстройства шизофренического спектра и заболевания из группы эндогенных аффективных расстройств. Пациенты были разделены на 4 группы по 5 человек.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический, включающий опрос больного, анализ субъективного и объективного анамнеза. Изучались лабораторные исследования, данные объективного осмотра.

Первые три группы пациентов, наряду с фармакотерапией, получали различные виды психотерапии, контрольная группа получала только фармакотерапию.

Нами были выбраны 3 наиболее эффективные, согласно современным исследованиям, психотерапевтические методики, применяемые в лечении психосоматических расстройств: когнитивно-поведенческая терапия, арт- и гештальт-терапия. Пациенты 1, 2 и 3 группы получали 3 раза в неделю сеансы КПТ, арт- и гештальт-терапии соответственно. Оценка полученных результатов проводилась с помощью экспериментально-психологических методик: шкалы Спилбергера-Ханина, шкалы Бека, Гиссенского опросника психосоматических жалоб, личностного опросника Айзенка.

**Результаты и обсуждение.** Математическая обработка динамики исследуемых показателей пациентов первой, второй и третьей групп выявила значительные сдвиги по большинству изучаемых параметров до и после прохождения курса психотерапии. В частности, произошло снижение уровня реактивной и личностной тревожности, депрессивных расстройств, алекситимии, «физических» симптомов при соматоформных расстройствах практически в равной мере у всех трех групп пациентов (по шкале Спилбергера-Ханина получены лучшие показатели на 5-10 баллов при применении КПТ и гештальт-терапии; по шкале Бека – на 6-9 баллов при применении гештальт-терапии). При анализе показателей больных контрольной группы, получавших только медикаментозное лечение, так же наблюдались положительные сдвиги. Однако у пациентов, не получавших психотерапевтического лечения, сохранялся достаточно высокий уровень личностной тревожности, алекситимии, дольше сохранялась депрессивная симптоматика и «физические» симптомы при соматоформных расстройствах.

**Выводы.** Исходя из полученных результатов проведенного исследования, можно сделать вывод, что наиболее эффективным в лечении психосоматических

расстройств является комплексный подход с использованием фармакотерапии и различных видов психотерапевтических методик, в частности – когнитивно-поведенческой, арт- и гештальт-терапии.

**УДК: 615.32:[616.248+616.366-002-036.12]-08**

*Фулиди Е.В.*

**ПРИМЕНЕНИЕ СИРОПА КОРНЯ СОЛОДКИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

*Научный руководитель к.мед н, асс. Чуменко О. Г.*

*Кафедра факультетской терапии*

*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. СВ. ЛУКИ», г. Луганск*

**Вступление.** Бронхиальная астма (БА) является одной из наиболее распространенных патологий органов дыхания, длительное течение которой достаточно часто способствует ее сочетанию с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). Проведение реабилитационного лечения таких больных позволяет уменьшить расходы, связанные с нетрудоспособностью и улучшить качество жизни пациентов. Однако, использование традиционных методов реабилитации: спелеотерапии, галоаэрозольтерапии не всегда возможно для больных из-за удаленности места нахождения реабилитационных учреждений, или из-за наличия противопоказаний к направлению к ним. Известно, что препараты корня солодки имеют мембранопротекторные, иммуностимулирующие, гепатопротекторные свойства, а их способность положительно влиять на бронхолегочные заболевания дает возможность использовать данные препараты в медицинской реабилитации больных БА в сочетании с ХНХ.

**Цель работы** - изучить влияние реабилитационной терапии с помощью сиропа корня солодки у больных бронхиальной астмой в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом.

**Материалы и методы.** Была изучена медицинская документация 61 больного БА среднетяжелого течения в сочетании с ХНХ, которые находились на диспансерном наблюдении в течении 1 года после выписки. Для медицинской реабилитации указанных больных был использован препарат сиропа корня солодки в дозе по 1 десертной ложке утром натощак в течение 14 дней после обострения БА. Случаев побочного действия названного препарата зафиксировано не было. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

**Результаты и их обсуждение.** В начале исследуемого периода у пациентов отмечался респираторный, астено-невротический и диспепсический синдромы. К концу первого года исследования у пациентов существенно снизились проявления астено-невротического синдрома в виде уменьшения раздражительности, слабости, и диспепсического синдрома в виде снижения чувства тяжести в правом подреберье. Существенное влияние реабилитационное лечение дало на респираторный синдром. У

больных, в среднем на 9,7% улучшилось астма-счет. В течение одного года наблюдения количество обострений БА среди исследованных больных снизилась на 7,4%. Количество эпизодов клинической нестабильности ХНХ также уменьшилось на 12,8% случаев, что объяснялось антиоксидантным, иммуномодулирующим и противовоспалительным влиянием сиропа корня солодки на бронхолегочные заболевания

Таким образом, реабилитационное лечение с использованием корня солодки способствует снижению количества обострений БА и эпизодов клинической нестабильности ХНХ.

**УДК 616.314 – 089.28/.29:796.071**

**Гаврилов В. А., Гнатюк Н.Д., Войнова В. Ю., Куценко А., Мохамед Али Ахмед Омер  
Абдель Баги, Пацало В. Е.**

### **ПРОТЕЗИРОВАНИЕ СПОРТСМЕНОВ, ИМЕЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ**

**Научный руководитель к. биол. н., доц. Гаврилов В. А.**

*Кафедра стоматологии факультета последипломного образования Государственного учреждения Луганской Народной Республики «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность.** Для ортопедического лечения спортсменов существует множество методов, непосредственное использование которых в свою очередь способно быть причиной осложнений со стороны височно-нижнечелюстного сустава, слизистой оболочки полости рта, твердых тканей зубов и тканей пародонта. Из-за повышенных физических нагрузок, употребления разрешенных и запрещенных стимуляторов и допингов происходят нарушения в минеральном обмене, как костного скелета, так и в самих зубах. При этом повышение физической активности мышц, в том числе и жевательных, приводит к развитию патологической стираемости зубов и, как следствие, к уменьшению высоты коронки. Последнее делает проблемным и часто неосуществимым эстетическое протезирование зубов металлокерамическими конструкциями, поскольку цементная фиксация несъемных протезов на укороченные зубные коронки не долговременна.

**Цель:** повышение эффективности эстетического протезирования спортсменов с патологической стираемостью зубов путем включения в опору мостовидных конструкций тех зубов, которые по показаниям (чтоб их использовать как опору) без повышения высоты прикуса использованы быть не могут.

**Результаты исследования.** Предложенный авторами способ протезирования спортсменов предусматривает использование тех клинико-анатомических особенностей зубов, которые часто имеются у спортсменов и у пациентов с низкой высотой коронки опорного зуба (вследствие патологической стираемости, травматических или кариозных разрушений). Способ включает изготовление металлического каркаса будущего металлокерамического моста и керамического слоя протезной конструкции. А с целью использования для протезирования опорных зубов с укороченной по высоте коронкой для надёжности фиксации мостовидных конструкции, предполагается использование, кроме

традиционной цементировки (она не эффективна при низкой высоте коронки), быстроразъёмного винтового соединения зубного протеза с опорным зубом.

Достигается это тем, что зубной протез (мост или одиночная коронка) фиксируется к опорным зубам при помощи быстроразъёмного винтового соединения (опорный зуб - ортопедическая конструкция). Для этого предложено использовать комплекс «винт-гайка», соединяющий винтом ортопедическую конструкцию с культевой вкладкой (гайкой), традиционно жестко фиксированной в зубе при помощи цемента. В опорной коронке в центре её жевательной поверхности делается отверстие для винта. Культевая вкладка, фиксированная в зубе, имеет внутреннюю резьбу для винта, фиксирующего ортопедическую конструкцию. Точное литье предусматривает создание на внутренней поверхности культевой вкладки необходимого размера резьбы под фиксирующий винт. При его вкручивании в культевую вкладку протез фиксируется к опорному зубу.

В случае отсутствия показаний и условий для изготовления и использования корневой культевой вкладки с внутренней резьбой для винта, моделируется, отливается и цементируется в полости зуба деталь быстроразъёмного соединения в виде «вкладка-шайба». Она используется также, как и классическая культевая вкладка.

Всё вышеописанное дает возможность использовать в ортопедическом лечении спортсменов с патологической стираемостью практически любые зубы под опору для мостовидных протезов, не проводя сложных вынужденных реконструкций в зубных рядах с целью завышения прикуса. Это позволяет атравматично снять ортопедическую конструкцию для эндодонтического перелечивания или удаления одного из опорных зубов, или для осуществления починки протеза (при сколе эмали, для допекания пришеечного керамического слоя при рецессии десны и др.).

Проведенная модернизация ортопедического лечения спортсменов с дефектами зубных рядов и одиночных коронок путем использования винтовой технологий фиксации зубного протеза вместо широко используемой в настоящее время техники фиксации цементом и предложенный алгоритм проведения ортопедического вмешательства на зубах, подлежащих быть опорными, надежна, эффективна и полезна.

**Выводы.** Таким образом, наш опыт использования предложенного способа ортопедического лечения спортсменов с патологической стираемостью зубов свидетельствует о его достаточной рациональности, обоснованности и надежности, он расширяет потенциал способов ортопедической реабилитации не только спортсменов. Предложенный способ улучшает результаты лечения, предупреждает возникновение возможных воспалительных осложнений, способствует совершенствованию методов ортопедического лечения и профилактики хронических заболеваний тканей пародонта.

**Актуальность работы.** Продажи в аптеках – это особенный процесс уже потому, что происходит он на основании доверия покупателя к первостольнику, который для своего клиента является не просто продавцом, а «человеком в белом халате». Перед фармацевтами в аптеке поставлена сложная задача – они должны совмещать в себе профессиональные знания, обладать навыками презентации и уметь выстраивать коммуникацию даже со сложными клиентами. Во многом от специалистов «первого стола» зависит прибыль и успешность работы аптеки. А значит, таким сотрудникам важно знать все нюансы продаж в аптеке. Очень важно уметь правильно выстраивать контакт с покупателем и относиться к возражениям как к позитивной информации, которая упрощает продажи.

**Цель:** изучить и показать истинную ситуацию в аптеках нашего региона, решить сложности в работе с возражениями клиентов, выявить насколько подготовлены фармацевтические специалисты к общению с покупателями, оценить компетентность провизоров и фармацевтов, выработать рекомендации для первостольников.

**Материал и методы.** Исследование проведено при помощи двух тайных покупателей, которые посетили 20 сетевых и одиночных аптек Луганской Народной Республики (г. Луганск, г. Свердловск) АО различных организационно-правовых форм с последующей статистической обработкой и анализом результатов. Для выполнения работы были подготовлены анкета и памятка для «тайного покупателя». Тайные покупатели обращали внимание и оценивали умение и способности первостольников нашего региона работать с возражениями. Основные критерии анкеты «тайного покупателя»: выслушать возражение, подтвердить возражение, выделить возражение, пробное опровержение возражения, ответить на возражение, закрыть сделку или продолжить. Так же в анкете фиксировалась информация: дата, наименование аптечной сети, номер или название аптеки, адрес аптеки.

**Результаты и их обсуждение.** По данным исследования мы выяснили, что в 65% случаев сотрудник выслушал возражение, в остальных же сотрудник выделил возражение и пытался его опровергнуть. В 85% аптек сотрудники ответили на возражение и пытались исправить ситуацию, остальные 15% не отвечали на возражения тайного покупателя и пытались перевести тему, тем самым усугубить ситуацию, что позволяет сделать вывод, что сотрудники в аптеках умеют работать с возражениями. В 80% аптек фармспециалисты были заинтересованы в покупателе, а именно стремились помочь и подсказать. Поэтому в 80 % случаев мы оставались довольны обслуживанием и было желание возвращаться в эту аптеку, к этому же специалисту. Но есть случаи, где качество обслуживания клиентов не совсем соответствовало высоким стандартам.

**Выводы.** Большая часть сотрудников наших аптек предоставляет качественное консультирование посетителей аптеки и стремятся помочь в разрешении его проблемы, особо высокий уровень показали провизоры. Также стоит обратить внимание на улучшение

работы фармацевтов с возражениями покупателей для успешного продвижения и реализации товаров населению.

**УДК 616.24-057.36**

**Букиа М. В.**

## **РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

**Научный руководитель: доцент Ватанская И. Ю.**

*Кафедра госпитальной терапии и профпатологии*

*ГУ ЛНР «ЛГМУ им. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»*

**Актуальность.** Среди всей регистрируемой терапевтической патологии военнослужащих заболеваемость болезнями органов дыхания занимает второе место после заболеваний органов пищеварения, что подтверждает актуальность этой проблемы.

Ведущая роль в структуре заболеваемости ОРВИ и пневмониями принадлежит больным военнослужащим из числа молодого пополнения. С ними связано более 80% всех случаев заболевания. Проблема острого бронхита и пневмонии наиболее актуальна в соединениях и частях, где существенно обновляются воинские коллективы за счет молодого пополнения, прежде всего в учебных центрах. Прибытие молодого пополнения в воинские части служит пусковым фактором активизации эпидемического процесса при ОРЗ и пневмониях. В силу влияния ряда факторов, характерных для холодного периода года (снижение общей иммунорезистентности организма и его переохлаждение, активизация механизма передачи инфекции, более длительное нахождение военнослужащих в замкнутых помещениях и т. д.) и в зимний сезон подъем заболеваемости значительно выше, чем летний. Повышение заболеваемости начинается через 1,5 — 2 недели после прибытия пополнения в часть и достигает максимума через 1 — 1,5 месяца.

Наиболее существенными факторами внешней среды, способствующими увеличению заболеваемости ОРВИ и пневмонией у военнослужащих, являются:

- 1) несоблюдение уставных требований, предъявляемых к размещению личного состава (объем воздуха в спальнях помещений менее 12м<sup>3</sup>, приходящийся на одного человека, нарушение режима проветривания и температурного режима);
- 2) общее переохлаждение организма в результате неблагоприятного воздействия комплекса метеорологических факторов (низкой температуры, влажности и движения воздуха);
- 3) нарушение качественной и количественной адекватности питания;
- 4) переутомление.

**Цель:** изучить структуру респираторной патологии у военнослужащих, выявить факторы риска развития болезней органов дыхания .

**Материалы и методы:** были проанализированы 586 историй болезней военнослужащих пациентов с респираторной патологией, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Луганской республиканской клинической больницы в период с 2014 по 2018 годы. В группу исследования вошли военнослужащие контрактной службы более 1,5 лет в возрасте от 18 до 71 года, средний возраст составлял 37,8 лет.

При поступлении в отделение и при выписке больным были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования, которые включали: клинический анализ крови, биохимический анализ крови (острофазовые реакции, общий белок и его фракции, печеночный спектр, глюкоза крови), общий анализ мочи, клинический анализ мокроты, рентгенография органов грудной клетки, спирометрические исследования, ЭКГ, по показаниям фибробронхоскопия, эхокардиоскопия. Все пациенты получали необходимое лечение, соответствующее клиническим рекомендациям медицинской помощи. Больные находились на стационарном лечении, средняя длительность койко-дней составляла 14 дней.

**Результаты:** среди обследованных 586 больных выявлены следующие заболевания: острый бронхит — 265 чел (45,2%), внегоспитальная пневмония -155 чел (26,4%), хронический бронхит- 98 чел (16,8%), острый бронхит с синдромом гиперреактивности бронхов — 10 чел (1,7%), бронхиальная астма -26 чел (4,4%), ХОБЛ- 18 чел (3,1%), другие ( абсцесс легкого, плеврит)-14 чел (2,4%).

Таким образом, следует отметить, что острые заболевания преобладали и составляли 444 случая — 75,8%, а на хронические болезни органов дыхания приходилось 24,2%.

Была изучена частота развития респираторной патологии в различные периоды года: так, солдаты чаще болели острым бронхитом, в том числе и с синдромом гиперреактивности бронхов в зимние месяцы, хроническим бронхитом в стадии обострения в осенне-весенний период, ХОБЛ в холодный период года (ноябрь, декабрь, март), внегоспитальной пневмонией (январь, февраль, март), бронхиальной астмой - в весенне-летнее время. Другие заболевания, такие как абсцесс легкого, плеврит, являлись осложнением пневмоний и отмечены были в зимние периоды года.

При сравнении по годам, за 2014 г. пролечен был 31 пациент, 2015г. — 197, 2016г. — 171, 2017г. — 118, 2018г. — 65 больных. Следует отметить, что количество больных с острой патологией имело тенденцию сначала к увеличению в 2015 — 2016 годы, затем постепенно снижалась, что связано с тем, что длительное время солдаты находились на лечение в медпункте, где оказывалось лечение не в полном объеме. Также весомое значение имеет тот факт, что на момент 2017 года 97% военнослужащих были вакцинированы против гриппа. По уровню заболеваемости органов дыхания первое место занимал острый бронхит, второе - пневмония, на третьем месте - хронические неспецифические заболевания легких.

**Выводы:** были определены основные факторы риска развития респираторных болезней военнослужащих:

- частые обновления воинского коллектива;- курение;- переохлаждения;- стресс;
- неполноценное питание.

Могут быть рекомендованы следующие профилактические мероприятия:

1) Первичная профилактика болезней органов дыхания в воинской части должна в себя включать:

- соблюдение уставных санитарно-гигиенических мероприятий в организации военного труда и быта, особенно в холодное время года;
- правильная организация физической подготовки и закаливание;
- профилактика и своевременное лечение гриппа и ОРВИ;
- санация хронических очагов инфекции.

2) Вторичная профилактика должна включать в себя проведение диспансерного динамического наблюдения за военнослужащими, перенесшими пневмонию, страдающими

хроническими заболеваниями органов дыхания, а также часто болеющими ОРВИ. Мероприятия, которые необходимо проводить в группе риска:

- санация хронических очагов инфекции;
- исключение профессиональных вредностей, курения;
- закаливающие процедуры;
- сезонная вакцинация против гриппа, вакцинация пневмококковой вакциной ;
- иммуномодулирующая терапия, витаминотерапия;
- своевременное и адекватное лечение обострения хронических заболеваний.

**УДК371.3:61-057.875**

**Чекмарева Д.Г., Шатохина Я.П.**

## **РОЛЬ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В РАМКАХ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗа**

*Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи  
Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки*

**Актуальность.** Самое важное в работе врача - это его компетентность в своей сфере деятельности. Олимпиады по практическим навыкам - это отличный вариант для студента, который желает быть компетентным в своём деле, не принося при этом учёбу в жертву. Эффективностью данных мероприятий для студента, как для будущего практикующего врача, объясняется:

- Во-первых, достижением успехов в условиях конкуренции, что несомненно, придаёт уверенности в своих знаниях, мотивирует практиковаться ещё больше.
- Во-вторых, студент, участвующий в олимпиадах по практическим навыкам, более уверенно себя чувствует в экстренных ситуациях.
- Третьим фактором, является контакт с единомышленниками, более опытными коллегами, присутствие на мастер-классах лучших специалистов в этой отрасли.

**Цель.** Оценить активную форму проведения занятий – олимпиады по практическим навыкам, как метод повышения познавательной активности студентов при изучении дисциплин в ГУ «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ».

**Материалы и методы.** Ежегодно с 2017 г. в ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» разрабатываются новые методы преподавания дисциплин, внедряя в учебный процесс активные и интерактивные формы проведения занятий, в частности, олимпиада по практическим навыкам «I'm a Doctor», в которой принимают участие студенты старших курсов различных специальностей: «лечебное дело» и «педиатрия».

**Результаты и их обсуждение.** Анализируя активность участия студентов во внеаудиторной работе, можно отметить динамику участия студентов в олимпиадах в рамках СНО. Так, количество участников олимпиады достоверно возросло. Так ежегодно в олимпиаде по практическим навыкам принимали участие по 8 команд. Команды состояли из 3 человек, студентов 3-6 курсов. В 2018г. в турнире так же принимали участие студенты из Донецкой Народной Республики в составе 2-х команд. Если в первой олимпиаде (2017г) принимали участие студенты старших курсов, в основном, профессионально обученные в

медицинской сфере и уже владеющие практическими навыками, то во второй олимпиаде (2018г.) принимали участие также студенты младших курсов, которые имели возможность ознакомиться с теоретической частью и самостоятельно овладеть практическими навыками.

Студенты в ходе турнира выполняли 3 задания.

1. «Медицинский триатлон». На этом этапе студенты должны были на время продемонстрировать навыки использования наглядных пособий – муляжей.
2. «Аптечка» использование наглядных пособий – микропрепаратов, биопрепаратов, современных иммунобиологических препаратов, применяемых для специфического лечения и профилактики инфекционных заболеваний.
3. «Чрезвычайная ситуация» - ситуационная задача максимально приближающих студентов к их профессиональной деятельности.

Это может свидетельствовать о высокой заинтересованности студентов не только в углубленном изучении актуальных проблем клинической дисциплины, но и стремлении к деятельности каждого участника.

**Выводы.** Таким образом, олимпиада по практическим навыкам «I'm a Doctor», как метод повышения познавательной активности студентов при изучении дисциплин в ГУ «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» реализует компетентностный подход к будущей профессиональной деятельности студентов ВУЗа. Отмечается активность участия студентов во внеаудиторной работе – межвузовских и межреспубликанских олимпиадах. По результатам анализа активности участия студентов в работе студенческого научного общества (СНО) команда-победитель, которая получила шанс поехать на Международную олимпиаду по практическим навыкам «Асклепий» (г. Ставрополь). Следовательно, проведение подобных тематических олимпиад создаёт атмосферу творческого поиска, повышает уровень знаний и познавательной активности студентов. При этом специфика изучаемой клинической дисциплины позволяет до минимума свести противоречия между фундаментальным образованием и профессиональным обучением.

**УДК 616.61-002+616.24-002-005.1**

**Макаренко И. В., Романова Д. А.**

**СИНДРОМ ГУДПАСЧЕРА**

**(СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)**

**Научный руководитель: доц. Брежнева Е.Б.**

*Кафедра факультетской терапии*

*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность:** Синдром Гудпасчера (СГ) – редкое аутоиммунное органоспецифическое заболевание, характеризующееся клиническими проявлениями в виде сочетания быстро прогрессирующего гломерулонефрита с легочными кровотечениями и наличием антител к базальной мембране клубочков почек. Заболеваемость СГ составляет 0,5-1 на 1 млн в год. В основе этиологии СГ лежит сочетание генетических факторов с факторами внешней среды.

СГ трудно диагностировать в связи с тем, что симптомы данного заболевания характерны для легочной и почечной патологии. В 75% случаев легочные симптомы предшествуют почечным симптомам, но описаны случаи, когда у больных явления со стороны почек развивались с самого начала, и поэтому ставился первоначальный диагноз нефрита.

В связи с редкостью патологии каждый случай СГ представляет большой теоретический и практический интерес. Приводим клиническое наблюдение случая синдрома Гудпасчера, который был выставлен по результатам вскрытия.

Больная Д., 66 лет обратилась к врачу-терапевту поликлиники по месту жительства с жалобами на повышение температуры тела в течение месяца, боль в суставах рук и ног, потерю веса, головокружение, отсутствие аппетита, боль в эпигастрии после еды, тошноту, бессонницу. Был поставлен диагноз: полиостеоартроз, назначено дообследование и лечение противовоспалительными средствами. Результаты дополнительных методов исследования показали наличие мочекаменной болезни, хронического пиелонефрита (1-е УЗИ почек). В моче: гематурия, лейкоцитурия, протеинурия. Сахар 1%. Анализ крови клинический – без патологии. На рентгенограмме органов грудной клетки – возрастные изменения. На УЗИ почек (2-е) выявлено: «диффузное поражение паренхимы обеих почек по типу синдрома выделяющихся пирамидок», что свидетельствует о серьезном нарушении в работе почек, а именно, об остром гломерулонефрите, острой почечной недостаточности.

Через день пациентка была госпитализирована в урологическое отделение с диагнозом: острый левосторонний пиелонефрит. Мочекаменная болезнь. Предъявляла жалобы на повышение температуры тела до 37,8, боль в левой поясничной области, слабость, боль в мышцах, суставах. Из анамнеза: гипертоническая болезнь - около 10 лет, варикозное расширение вен нижних конечностей. Месяц назад перенесла ОРВИ.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. В легких - везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД -17 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. ЧСС – 104 в минуту. Живот мягкий при пальпации. Печень – у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого положительный слева. Голени и стопы пастозны. Физиологические отправления без особенностей. Назначено консервативное лечение согласно диагнозу. По результатам лабораторных исследований в клиническом анализе мочи: цвет-мясных помоев, сл. кисл., гематурия (1/2 поля зрения, эритроциты свежие и измененные), лейкоцитурия (2/3 поля зрения), белок - 0,37%, сахар-отр., цилиндры зернистые 3-4. Креатинин 244мкмоль/л, мочевины 16,2ммоль/л, общий белок - 53г/л, холестерин общий – 3,2ммоль/л, билирубин общий – 9,5мкмоль/л, АлАТ-12ед/л, АсАТ-14ед/л, сахар крови - 5,7ммоль/л. При поступлении анализ крови клинический без патологии. ЭКГ – синусовая тахикардия с ЧСС 120 в минуту, нарушение процессов реполяризации задне-боковой стенки.

На четвертый день пребывания в стационаре пациентке проведена экскреторная урография. В тот же день появилось кровохаркание, кашель. В легких при аускультации – жесткое дыхание и крепитация в нижних отделах легких справа. Рентгенологически диагностирована двусторонняя полисегментарная пневмония. Усилена антибактериальная терапия, начата гемостатическая и дезинтоксикационная терапия. Анализ крови клинический: гемоглобин-110г/л, лейкоциты -  $8,8 \cdot 10^9$ /л, эритроциты- $3,48 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП-0,9, СОЭ -13мм/ч, тромбоциты- $254 \cdot 10^9$ /л. На следующий день: гемоглобин – 82г/л, эритроциты- $2,85 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП-0,9, тромбоциты- $269 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты  $9,9 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 10мм/ч. На шестые

сутки пребывания в стационаре: гемоглобин - 62г/л, лейкоциты- $11,9 \cdot 10^9$ /л, эритроциты- $2,0 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП.-0.96, СОЭ 12 мм/час. Анализ мокроты на туберкулез – отрицательно(дважды).

Мультидетекторная (16-срезовая) компьютерная томография органов грудной полости: КТ-признаки выраженной двусторонней субтотальной деструктивной полисегментарной пневмонии.

На седьмые сутки пребывания в отделении больная скончалась.

Патанатомический диагноз: Основное сочетанное заболевание: А.Двусторонний субтотальный геморрагический пневмонит.

Б. Двусторонний острый гломерулонефрит.

Осложнения: Кровохаркание. Гематурия. Анемия.

**Выводы.** В описанном случае диагностику синдрома Гудпасчера затруднило атипичное начало заболевания: на первое место вышли нехарактерные симптомы: повышение температуры, артралгия, диспептические явления.

Вероятность и тяжесть системных аутоиммунных заболеваний, в том числе васкулитов, часто недооценивается врачами разных специальностей. Редкие болезни и синдромы все же встречаются в клинической практике, и напоминание об их классических проявлениях и диагностике, указание на возможность атипичного фульминантного течения и трагического исхода мы считаем полезным.

**УДК 616.24-003.661:616.72-002.77**

***Петизина О.Н., Мякоткина Г.В., Ярышова В.А., Григорьева Е.Ю.***

### **СИНДРОМ КАПЛАНА**

***Научный руководитель к.м.н., асс. Петизина О.Н.***

***Кафедра госпитальной терапии и профпатологии  
ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск***

**Актуальность.** Работа, связанная с профессиональными вредностями, как правило, оставляет неизгладимый след в жизни и здоровье человека. На ряду с высокой запыленность рабочего места, в работе шахтера так же имеют место и другие вредные условия труда (неблагоприятный микроклимат, неудобная рабочая поза и т.д.). В связи с этим пневмокониоз часто сопровождается различными осложнениями и сопутствующей патологией, так одним из проявлений является синдром Каплана. Синдром Каплана (силикоартрит, ревматоидный пневмокониоз) – это профессиональное заболевание, при котором имеется сочетание пневмокониоза, ревматоидного поражения суставов и появлением ревматоидных гранулем в легких. Впервые был описан английским врачом А. Caplan. Он отметил развитие профессионального заболевания у шахтеров – пневмокониоза, который определялся одновременно с появлениями в легких узелков, напоминающих ревматоидную гранулему.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе профпатологического отделения ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР. Были обработаны

данные историй болезни за 2018 г в количестве 982 шт.

**Результаты.** Из 982 обработанных историй болезни, 318 с диагнозом пневмокониоз, что составляет 26,0% от общей заболеваемости. В 15 случаях как сопутствующий диагноз, встречаются различные заболевания суставов, и только 1 случай заболевания ревматоидным артритом с развитием синдрома Каплана. Заболевание характеризуется наличием множественных гомогенных теней диаметром 0,5–5 см, расположенных преимущественно на периферии легочных полей. Эти узелковые тени часто появляются на фоне мягко протекающего пневмокониоза и быстро прогрессируют в течение нескольких недель или месяцев. Они наблюдаются только при силикоартрите и являются ревматоидными узелками.

**Выводы.** При ретроспективном анализе историй болезней за 2018 г, установлен единственный случай синдрома Каплана, что свидетельствует о довольно редкой встречаемости данной нозологии среди шахтеров ЛНР.

УДК 614.23:159.942

*Болотская Ю. О., Краковская В. И., Липатникова А.С.*

## **СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА**

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Липатникова А. С.*

*Кафедра пропедевтики внутренней медицины*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г.  
Луганск*

**Актуальность.** Эмоциональное выгорание (ЭВ) является распространенной проблемой, затрагивающей профессиональную деятельность каждого работающего человека. Но наибольшему риску подвержены представители именно медицинских услуг, по современным данным чувство ЭВ в этой сфере испытывают 50-80% работников здравоохранения. Данный синдром характеризуется равнодушием, беспристрастием, потерей заинтересованности и мотивации в своей работе, негативным отношением к окружению. Актуальность данной проблемы заключается в сложности диагностики и создания соответствующих методов по решению данного вопроса.

**Цели:** 1) Анализировать условия труда медицинских работников и уровень стресса, которые они испытывают; 2) оценить и сравнить уровень эмоционального напряжения у студентов, врачей-преподавателей и врачей, не связанных с преподавательской деятельностью; 3) выявить симптомы, формирующие факторы появления ЭВ; 4) разработка способов борьбы с феноменом эмоционального выгорания, мероприятия по его профилактике.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 50 человек, среди которых были студенты ЛГМУ 4-6 курса, врачи и врачи-преподаватели университета. В качестве методов исследования использовались анкетирование, тестирование Маслача, глубинное интервью.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе нашего исследования наиболее информативным методом оказался тест Маслача, с помощью которого удалось определить 3 основные

составляющие синдрома эмоционального выгорания: эмоциональную истощенность, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений. Согласно подсчёту значений шкал нормой являются такие показатели: эмоциональное истощение 0-14, деперсонализация 0-3,5, редукция профессионализма от 37 и больше. Были получены следующие данные: студенты ГУ ЛГМУ им. Святителя Луки испытывают начальную стадию эмоционального истощения по шкале, адаптированной под тест Маслача, среднее значение которой составило 14,6 у всех студентов. Уровень деперсонализации составил 2,5, встречается у 6 работающих студентов 5-6 курса, редукция профессионализма не выражена.

Среди врачей-преподавателей существует зависимость между стажем работы и степенью выраженности симптомов эмоционального выгорания. Врачи-преподаватели со стажем работы от 10 лет испытывают эмоциональное истощение, уровень которого равен 19,7, деперсонализации - 7, редукцию профессионализма среднего уровня, которая свидетельствует о возникновении чувства некомпетентности, осознания неудовлетворенности своей работой. Молодые специалисты со стажем работы менее 10 лет подвержены эмоциональному истощению на уровне 17,8, а деперсонализация и редукция профессионализма имеет пограничное значение между низким и средним уровнем, 5,5 и 30,7 соответственно.

У врачей, не вовлеченных в преподавательскую деятельность, так же имеется связь между стажем работы и выраженностью синдрома эмоционального выгорания. Врачи со стажем работы менее 15 –ти лет испытывают эмоциональное истощение, значение которого равно 23, деперсонализацию на уровне 8, редукция профессионализма составила 31. Врачи со стажем работы более 15 лет испытывают эмоциональное истощение, которое колеблется в пределах 24,5, деперсонализацию на уровне 9, редукцию профессионализма на высоком уровне -28.

Исходя из результатов данных исследования выявлены две группы формирующих факторов- личные и внешние. Среди личных- стаж работы, отсутствие должного уровня квалификации и опыта, возраст.

Среди внешних причин: ненормированный рабочий день, неудовлетворительные условия на рабочем месте, отсутствие профессиональной и личной поддержки.

**Выводы.** Синдром эмоционального выгорания является постоянным «спутником» медицинской профессии, связанной с прямым контактом с людьми различных возрастных и социально-экономических групп, и что самое главное, с людьми страдающими какими-либо заболеваниями и испытывающими стресс.

В результате проведенного исследования сделаны следующие выводы и рекомендации: 1) наиболее подвержены синдрому эмоционального выгорания врачи, не задействованные в преподавательской деятельности; 2) ключевым фактором в развитии симптомов эмоционального выгорания является стаж работы; 3) начальные проявления симптомов эмоционального выгорания появляются в студенческие годы.

Рекомендации по предупреждению синдрома эмоционального выгорания следующие: необходимо соблюдать рациональный режим труда и отдыха, переключаться с одного вида деятельности на другой, наиболее эффективными являются групповые формы работы-специальные занятия в группах профессионального и личностного роста.

УДК 548.736.

Урусова Ю.В.

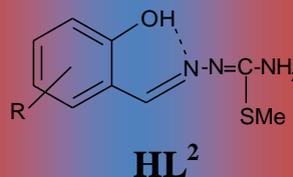
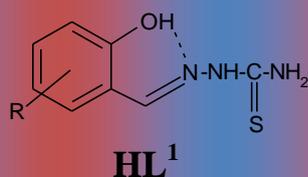
## СИНТЕЗ И БИОСКРИНИНГ *IN VITRO* ВНУТРИКОМПЛЕКСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ДИОКСОМОЛИБДЕНА(VI) С ТИОСЕМИКАРБАЗОНАМИ И S-МЕТИЛ-ИЗОТИОСЕМИКАРБАЗОНАМИ

Научный руководитель к. х. н., доцент Абраменко В.Л.

Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии  
Луганский государственный медицинский университет  
им. Святителя Луки, г. Луганск

**Актуальность.** Тиосемикарбазоны ароматических *o*-оксиальдегидов образуют большое количество координационных соединений практически со всеми переходными металлами. Толчком к развитию координационной химии этих потенциальных лигандов стала, вероятно, их значительная противоопухолевая, антивирусная и антималярийная активность, установленная еще в середине прошлого столетия.

**Цель.** Оптимизация условий синтеза комплексных соединений молибдена(VI) с тиосемикарбазонами (ТСК) и изо-тиосемикарбазонами (*i*-ТСК) замещенных салицилового альдегида, изучение их строения и физико-химических свойств, исследование возможной биологической активности *in vitro*.



**Материалы и методы.** Реактивы: ацетилацетонат молибденила  $\text{MoO}_2(\text{acac})_2$ , этанол, метанол, тиосемикарбазид, замещенные салицилового альдегида, гидроиодид S-метил-изотиосемикарбазид,  $\text{NaHCO}_3$ .

**Результаты и их обсуждения.** Исходные ТСК (**HL<sup>1</sup>**) получены конденсацией эквимольных количеств тиосемикарбазид и соответствующих альдегидов в кипящей водно-спиртовой среде. Салицилиден-S-метил-изотиосемикарбазоны (**HL<sup>2</sup>**) получены взаимодействием замещенных салицилового альдегида с гидроиодидом S-метил-изотиосемикарбазид в кипящем этаноле с добавлением эквимольного количества  $\text{NaHCO}_3$ . Чистота соединений контролировалась методом ТСХ. Синтез комплексов  $\text{MoO}_2\text{L}^{1,2}\cdot\text{MeOH}$  осуществлен реакцией лигандного обмена в метаноле между ацетилацетонатом молибденила  $\text{MoO}_2(\text{acac})_2$  и тиосемикарбазонами. Перекристаллизацией  $\text{MoO}_2\text{L}^{1,2}\cdot\text{MeOH}$  в спирте с добавлением 2-3 мл координирующих растворителей (Solv) получены сольватокмплесы  $\text{MoO}_2\text{L}^{1,2}\cdot\text{Solv}$  (Solv - спирты, диметилформамид, диметилсульфоксид, пиколины). Кипячение комплексов в ацетонитриле приводит их к полной десольватации.

В ИК-спектрах  $\text{MoO}_2\text{L}^1\cdot\text{MeOH}$  наблюдается батохромное смещение полос валентных колебаний связи  $\text{C}=\text{N}$  на  $15\text{-}25\text{ см}^{-1}$  (в области  $1650\text{-}1600\text{ см}^{-1}$ ) и исчезновение полос  $\nu(\text{C}=\text{S})$ , отмечаемых в спектрах лигандов около  $1070\text{ см}^{-1}$ , что свидетельствует о координации ТСК в депротонированной тиольной форме. В спектрах  $\text{MoO}_2\text{L}^2\cdot\text{MeOH}$  в области  $3500\text{-}3200\text{ см}^{-1}$  наблюдается интенсивная полоса поглощения, относимая к  $\nu(\text{N-H})$ , (в спектрах свободных *i*-ТСК отмечаются две полосы  $\nu_{\text{as}}$  и  $\nu_{\text{s}}$  аминогрупп), а в области  $1650\text{-}1600\text{ см}^{-1}$  - снижение частот  $\nu(\text{C}=\text{N})$  на  $12\text{-}20\text{ см}^{-1}$ . С учетом данных элементного анализа сделан вывод об

октаэдрической координации комплексов обоих типов. В комплексах  $\text{MoO}_2\text{L}^1 \cdot \text{MeOH}$  тиосемикарбазоны координированы тридентатно через атомы ONS, а в  $\text{MoO}_2\text{L}^2 \cdot \text{MeOH}$  i-TCK координированы через ONN тридентатных лигандов. Данные РСА двух комплексов  $\text{MoO}_2\text{L}^{1,2} \cdot \text{MeOH}$  (R = H) подтверждают этот вывод.

**Вывод.** Проведены синтез и биоскрининг *in vitro* внутрикомплексных соединений диоксомолибдена(vi) с тиосемикарбазонами и s-метил-изотиосемикарбазонами.

Проведенный биоскрининг комплексных соединений на бифидобактериях штамма *bifidobacterium bifidum* № 1 показал, что данные соединения проявляют бактериостатические свойства, препятствуя росту колоний на питательной среде.

УДК 548.736.

Ганущак Ю.В.

## СИНТЕЗ И БИОСКРИНИНГ МОЛЕКУЛЯРНЫХ И ВНУТРИКОМПЛЕКСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ДИОКСОМОЛИБДЕНА (VI) С ЗАМЕЩЁННЫМИ САЛИЦИЛИДЕНИЗОНИКОТИНОИЛГИДРАЗОНАМИ

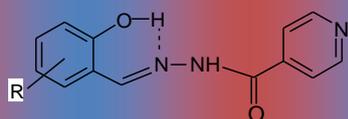
Научный руководитель к. х. н., доцент Абраменко В.Л.

Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии

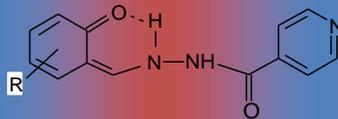
Луганский государственный медицинский университет

им. Святителя Луки, г. Луганск

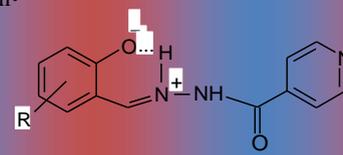
**Актуальность.** Гидразоны и комплексные соединения d-металлов на их основе интенсивно изучаются в связи с возрастающим использованием их в качестве лекарственных препаратов широкого спектра действия, пестицидов, аналитических реагентов и т.п. В теоретическом плане наибольший интерес представляет протонная таутомерия гидразонов. В растворах органических растворителей гидразоны ароматических o-оксиальдегидов существуют в различных таутомерных формах - бензоидной (енолиминной) (а), хиноидной (хинонаминной) (б) или цвиттер-ионной (биполярной) (в). Кроме того, следует учитывать таутомерию по гидразонному фрагменту:  $=\text{C}=\text{N}-\text{NH}-\text{C}(=\text{O})- \leftrightarrow =\text{C}=\text{N}-\text{N}=\text{C}(-\text{OH})-$ . Это позволяет синтезировать на их основе с кислотами Льюиса  $\text{MX}_n$  комплексы разного типа и строения – аддукты, или молекулярные комплексы (МК)  $\text{MX}_n \cdot m\text{HL}$ , и внутрикомплексные соединения (ВКС)  $\text{ML}_m$ .



а



б



в

**Цель:** определить условия оптимизации синтеза комплексов диоксомолибдена(VI) разного типа, МК и ВКС, с изоникотиноилгидразонами, производными замещенных R-салициловых альдегидов и изоникотиноилгидразидом, исследование фармакологической активности и физико-химических свойств

**Материалы и методы.** Реактивы: диоксодихлорида молибдена, ацетон, метанол, 5-нитро-салициловый альдегид, 3-метоксисалициловый альдегид, тубазид

**Результаты и их обсуждения.** Аддукты  $\text{MoO}_2\text{Cl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{L}^{1-4}$  получены методом непосредственного взаимодействия диоксодихлорида молибдена с  $\text{H}_2\text{L}$  в средемалополярных растворителях при комнатной температуре. Внутрикмплексные соединения  $\text{MoO}_2(\text{L}^{1-4}) \cdot \text{CH}_3\text{OH}$  получены методом лигандного обмена в среде метанола между  $\text{MoO}_2(\text{асас})_2$  и  $\text{H}_2\text{L}$  (1:1).

В спектрах ВКС  $\text{MoO}_2(\text{L}^{1-4}) \cdot \text{CH}_3\text{OH}$  вследствие комплексообразования исчезают полосы поглощения  $1650\text{-}1680 \text{ см}^{-1}$ , соответствующие валентному колебанию фрагмента  $-\text{NH}-\text{C}(=\text{O})-$  («амид I»), и увеличивается интенсивность полос поглощения  $\nu(\text{C}=\text{N})$ , что указывает на образование сопряженного гидразонного фрагмента  $=\text{C}=\text{N}-\text{N}=\text{C}=\text{}$ . Таким образом, с учетом данных элементного анализа можно сделать вывод, что лиганды в ВКС находятся в дважды депротонированной енольной форме. Комплексы обоих типов содержат *цис*- $\text{MoO}_2$ -группу. В *транс*-позициях к оксо-атомам в структурах ВКС находятся N-атом лигандов  $\text{L}^{2-}$  и атомы  $\text{O}(\text{CH}_3\text{OH})$ ; в *цис*-позициях - O-атомы депротонированных OH-групп альдегидного и гидразонного фрагментов. По данным ИК-спектроскопии предположено, что в МК  $\text{MoO}_2\text{Cl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{L}$  атом Mo ( $\text{KЧ}_{\text{Mo}} = 6$ ) координирует лиганды через O-атомы хиноидной таутомерной формы (*б*).

Также был проведен биоскрининг для 3-метоксисалицилиденизоникотиноилгидразона и изоникотиноилгидразона 5-нитро-салицилового альдегида, который показал фармакологическую активность гепатопротекторных свойств. Полученные ВКС этих же лигандов также показали гепатопротекторную активность, но несколько меньше.

**Вывод.** Оптимизирован и осуществлен синтез комплексов диоксомолибдена(VI) с изоникотиноилгидразонами, производными замещенных R-салициловых альдегидов и изоникотиноилгидразидом (тубазидом) [ $\text{R} = \text{H}$  ( $\text{H}_2\text{L}^1$ ); 3- $\text{OCH}_3$  ( $\text{H}_2\text{L}^2$ ); 5- $\text{NO}_2$  ( $\text{H}_2\text{L}^3$ ), 5-Br ( $\text{H}_2\text{L}^4$ ),)], была доказана их гепатопротекторная активность.

УДК 548.737

Цыганова Ю.А.

## СИНТЕЗ И СТРОЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНЫХ И ВНУТРИКОМПЛЕКСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ДИОКСИМОЛИБДЕНА(VI) С ЗАМЕЩЕННЫМИ САЛИЦИЛИДЕН-4-ИМИНОБЕНЗОЛСУЛЬФАМИДАМИ

Научный руководитель канд. хим. наук, доцент Абраменко В.Л.

Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

**Актуальность.** Производные аминокбензолсульфамидов относятся к группе сульфамидных препаратов кратковременного антимикробного действия, широко используемых в медицинской практике. Возможность конденсации аминокбензолсульфамидов с альдегидами с образованием азометинов (оснований Шиффа) открывает перспективу синтеза комплексов разного типа с различным способом координации лигандов центральным атомом. Ранее сообщалось о синтезе лишь внутрикмплексных соединений (ВКС) диоксомолибдена с незамещенными салицилиденсульфамидами. Однако, как

неоднократно доказывалось результатами многочисленных исследований, на основе *o*-оксиазометинов возможно получение с солями *d*-металлов комплексов не только внутримолекулярного типа, но и аддуктов, или молекулярных комплексов (МК), в структуре которых лиганды координированы в виде нейтральных молекул.

**Цель:** оптимизация условий синтеза и синтез комплексных соединений диоксомолибдена(VI) с замещёнными салицилиден-4-бензолсульфамидами (НЛ) обоих типов – МК и ВКС, определение их строения.

**Материалы и методы.** Элементный анализ, ИК-спектр, РСА, кондуктометрия, ТСХ.

**Результаты и их обсуждение.** Азометины (НЛ) получены конденсацией замещённых салицилового альдегида и соответствующих аминов в кипящем этаноле. Аддукты  $\text{MoO}_2\text{Cl}_2 \cdot 2\text{HL}$  синтезированы в среде абсолютированного этилацетата при слабом нагревании и перемешивании реагирующих компонентов -  $\text{MoO}_2\text{Cl}_2$  и НЛ (1:2) - в течение 2-3 часов. ВКС  $\text{MoO}_2\text{L}_2$  можно получить двумя методами – лигандного обмена между ацетилацетонатом молибденила и НЛ или темплатным синтезом между салицилальдегидатом молибденила и соответствующим амином, взятым в соотношении 1:2, в кипящем спирте.

Полученные аддукты  $\text{MoO}_2\text{Cl}_2 \cdot 2\text{HL}$  – аморфные тугоплавкие порошки желтого цвета с оранжевым оттенком, гидролизующиеся на воздухе, растворимые в диметилформамиде, диметилсульфоксиде, спиртах с образованием токопроводящих растворов. Напротив, ВКС  $\text{MoO}_2\text{L}_2$  – мелкокристаллические вещества желто-лимонного цвета малорастворимые в большинстве органических растворителей.

ИК-спектроскопическое исследование комплексов свидетельствует о неучастии сульфамидного фрагмента НЛ в донорно-акцепторном взаимодействии. В области поглощения азометиновой связи лигандов ( $1650\text{-}1600\text{ см}^{-1}$ ) в спектрах ВКС наблюдается батохромное смещение полосы валентных колебаний связи  $\text{C}=\text{N}$  на  $10\text{-}15\text{ см}^{-1}$ , что указывает на ее участие в образовании координационной связи с атомом Мо. В спектрах МК интенсивная полоса  $\approx 1650\text{ см}^{-1}$  относится к частоте валентных колебаний связи  $\text{C}=\text{O}$  хиноидной формы лигандов, пониженной вследствие образования связи  $\text{Mo} \leftarrow \text{O}=\text{C}$ . С учетом данных элементного анализа сделан вывод о шестикоординационном окружении атома молибдена в МК и ВКС. Строение  $\text{MoO}_2\text{L}_2$ , где  $\text{L}^-$  - анион азометина, производного салицилового альдегида и этазола, установлено методом рентгено-структурного анализа.

**Выводы.** 1) Впервые получены комплексы двух типов - МК и ВКС.

2) Методами ИК-спектроскопии проведено исследование полученных соединений. Предположено, что в комплексах молекулярного типа  $\text{MoO}_2\text{Cl}_2 \cdot 2\text{HL}$  лиганды координированы с центральным атомом через карбонильный атом О; при этом реализуется хиноидная таутомерная форма.

3) Проведены синтез и ИК-спектроскопическое исследование комплексов диоксимолибдена (VI) с основаниями Шиффа (НЛ) производными салицилового альдегида и сульфамидных препаратов. Строение ВКС и лиганда установили методом РСА.

**СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АСПИРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ  
В ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ**

*Научный руководитель к. мед. наук, доцент. Битюков С.Л.*

*Кафедра общей и факультетской хирургии*

*Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки,  
г. Луганск*

**Актуальность.** На сегодняшний день, не смотря на успехи современной хирургии, проблема лечения наружных свищей желудочно-кишечного тракта остается одной из наиболее сложных в абдоминальной хирургии. Частота их возникновения колеблется в пределах от 0,1% до 3,7-4%, а некоторые авторы пишут и о 7%. Летальность составляет от 6,4% до 53,3%. А при несформированных кишечных свищах (далее-НКС), она может достигать 20-90%. При этом наибольшему риску подвергаются больные с высокими тонко-кишечными свищами. Весьма дискуссионным является вопрос выбора тактики лечения наружных кишечных свищей, а наибольшие трудности возникают при лечении пациентов с НКС. На сегодняшний день имеются данные, свидетельствующие о том, что трубчатые кишечные свищи в 24-88% могут быть закрыты консервативно, а губовидные - только оперативным путем. И эффективность операции растет с увеличением времени с момента образования наружного свища до его оперативного лечения. Попытки раннего радикального оперативного лечения НКС не всегда приводят к успеху, а обтурация нередко ведет к увеличению размеров дефекта кишечной стенки. При этом стоит отметить, что активные хирургические вмешательства приводят к увеличению летальности с 20% до 64%. В связи с этим, для решения данной проблемы эффективного лечения НКС малоинвазивные технологии выходят на первое место.

**Материалы и методы.** На базе городской больницы №3 г. Луганска у больного с панкреонекрозом, перитонитом и множественными несформированными кишечными свищами была опробована методика закрытия высокого тонкокишечного свища путем использования вакуумтерапии. Одновременно у этого пациента использовались традиционные консервативные методы закрытия толстокишечного свища. В данной работе мы не будем рассматривать вопросы лечения панкреонекроза и перитонита. Остановимся лишь на лечении осложнений - множественных несформированных наружных кишечных свищах.

**Цель:** Определить степень эффективности лечения НКС используя методы аспирационной терапии.

**Результаты и их обсуждение.** Больной Ч., 51 год, был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: Острый панкреатит. Пациент получал интенсивную терапию. После присоединения гнойно-септических осложнений был прооперирован. В общей сложности перенес 6 операций. Была произведена панкреатнекрэктомия в области тела поджелудочной железы, сформирована лапаростома. Во время лаважей 2-ы выявлена и ушита перфорация острой тонкокишечной язвы на расстоянии 50 см от связки Трейца. При последней операции сформирована оментобурсопанкреатостомия, дренирована сальниковая сумка и интубирован тонкий кишечник назоинтестинальным зондом. Послеоперационный диагноз: Острый панкреатит тяжелой степени тяжести. Панкреонекроз. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Флегмона забрюшинного пространства. Перфорация острых тонкокишечных язв. П/о период протекал тяжело. На 5 сутки после закрытия брюшной полости, в контраппертуру в правом

подреберье стало поступать тонкокишечное содержимое. По тубажному зонду в это время выделялось 500,0 мл. Так как у больного не было признаков перитонита, лечение проводилось консервативно. На 7-е сутки в сальниковой сумке появился кал. У больного диагностированы множественные тонко- толстокишечные свищи. В соответствии с классификацией Белоконева В.И. - это свищи 3 типа. Т.к. тонкий кишечник больного в этот момент был интубирован, было принято решение проводить активную аспирацию кишечного содержимого. С этой целью использовался обычный бытовой компрессор для аквариума, не создающий избыточного давления и позволяющий эффективно удалять кишечное содержимое. В компрессоре было изменено направление работы клапана, установлена 2-х ампульная система для предотвращения поступления кишечного содержимого в компрессор и для точного определения количества эвакуируемого. На контраптертуру в правом подреберье, где открывался свищ, фиксировался герметично одноразовый калоприемник. С 1-ых суток после возникновения свища начата активная аспирация из тонкого кишечника. Параллельно с этим, лечение толстокишечного свища, открывающегося в сальниковую сумку, велось традиционным методом: полость санировалась антисептическими растворами и тампонировалась с мазью Левомиколь. Количественный учет калового отделяемого не проводился. В процессе активной вакуумной аспирации из тонкой кишки количество отделяемого из контраптертуры не превышало 150,0 в сутки, по тубажу - до 400,0. На 14-е сутки после операции тубажный зонд удален.

**Выводы.** После извлечения зонда и перевода больного на энтеральное питание, количество отделяемого выросло до 300,0 (2-е сутки после удаления зонда), но затем последовательно снизилось и к 19 суткам (с момента возникновения свища) прекратилось полностью. В это же время в сальниковую сумку продолжалось обильное поступление кала. Использование активной вакуумной аспирации позволило закрыть высокий тонкокишечный свищ за 19 суток, что соответствует средним срокам закрытия свищей верхних отделов ЖКТ при использовании ВАТ. Лечение толстокишечного свища традиционным консервативным методом оказалось не столь успешным. Свищ закрылся только на 82 сутки с момента появления и больной был выписан на амбулаторное лечение по месту жительства. Следует отметить, что множественные несформированные кишечные свищи являются весьма тяжелой патологией и при традиционном лечении летальность может достигать 38,9%. А при панкреонекрозе, осложненном множественными свищами, летальность составляет 43%. Лечение такой патологии - дело весьма трудное и для достижения эффекта требует значительных затрат: только белков, в виде плазмы и альбумина, больной получил 7103 мл. Т.о. мы видим, что при использовании активного дренирования тонкокишечный свищ закрылся за 19 дней, а при традиционном лечении с использованием обтурации - толстокишечный свищ закрылся за 82 дня. Разница в сроках весьма существенна. Конечно, на основании единичного случая лечения тяжелой патологии, достоверно говорить о высокой эффективности примененной методики не приходится. Однако, следует признать, что ВАТ может быть весьма полезным дополнительным методом лечения несформированных кишечных свищей. Проблема выбора тактики лечения множественных несформированных кишечных свищей сложна и дискуссионна. И на сегодня остается до конца не решенной. Но, в отличие от агрессивных оперативных вмешательств, сопровождающихся высокой летальностью, малоинвазивные методы имеют ряд преимуществ и позволяют достигать хороших результатов. Накапливающийся в литературе материал и представленное клиническое наблюдение, свидетельствуют, что ВАТ является весьма перспективным и эффективным дополнительным методом в лечении тяжелой хирургической патологии, снижающем как сроки заживления, так и летальность.

**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ CAD/CAM ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ**

*Научный руководитель: к. мед.н., доцент Девдера А. И.*

*Кафедра стоматологии Государственного учреждения Луганской Народной Республики «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность.** Цифровые технологии прочно вошли в профессиональную деятельность врачей стоматологов и зубных техников. Уже многие на собственном опыте по достоинству оценили высокую скорость производства и качество реставраций, полученных при помощи CAD/CAM технологий.

Система автоматизированного проектирования / автоматизированного производства CAD/CAM представляет собой трехмерное моделирование конструкций на компьютере в специализированных программах, основываясь на математических методах. Рассчитываются перемещения, углы поворота и наклона зубов в зависимости от модуля сдвига костной ткани, координаты и проекции приложенных сил, жевательное давление различных участков протеза. Использование CAD/CAM систем позволяет не только создать уникальную, наиболее подходящую пациенту конфигурацию частичного или полного съёмного, но и предполагает сокращение продолжительности лечения и количества посещений для припасовки новых протезов.

За последние 10 лет количество CAD/CAM систем на стоматологическом рынке неуклонно увеличивается. Их использование главным образом распространяется на несъемное протезирование (изготовление керамических вкладок, коронок, мостовидных протезов). Применение CAD/CAM-систем в съёмном протезировании ввиду сложности технологии только начинает развиваться.

**Цель:** систематизирование данных о новых возможностях использования CAD/CAM технологии и эффективности ее применения.

**Материалы и методы исследования.** Был проведен анализ зарубежной и отечественной литературы, согласно которой мы систематизировали данные, подтверждающие преимущества полных съёмных протезов, изготовленных с применением CAD/CAM-технологий, по сравнению с традиционными полными съёмными протезами.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Внедрение технологии CAD/CAM в производство зубных протезов приносит несколько преимуществ процессу изготовления, обеспечивая более точный прогноз желаемых результатов. Благодаря тому, что фрезерование блоков полиметилметакрилата устраняет усадку акрилового базиса, фиксация и стабильность протезов существенно улучшаются, исключая появление точек избыточного контакта. Так же предполагается, что полные съёмные CAD/CAM-протезы благодаря высокой степени полимеризации исходного материала выделяют меньшее количество остаточного мономера, чем традиционно изготовленные протезы, а их внутренняя поверхность, является гораздо более гладкой и менее пористой по сравнению с традиционно обработанным, таким образом это препятствует осадению микроорганизмов и облегчает очистку протеза.

Кроме того, по заявлению многих авторов, использование методов CAD/CAM, особенно быстрого прототипирования, обещает более эффективный метод для создания

съёмных протезов в 3 посещения:

Первое посещение: после определения и обозначения высоты нижней части лица с помощью стандартной ложки изготавливается двухфазный функциональный слепок. Излишки слепочной массы тщательно удаляются. Затем для регистрирующего шаблона с опорным штифтом изготавливается силиконовая подкладка, и шаблон фиксируется на зубах нижней челюсти. Вращением опорного штифта его высота регулируется таким образом, чтобы он соприкасался с регистрирующей пластиной, интегрированной в слепочную ложку для верхней челюсти, в положении, соответствующем измеренному вертикальному расстоянию. Затем при совершении экскурсионных движений нижней челюсти производится регистрация стреловидной фигуры, и шаблоны фиксируются в центральной позиции силиконом.

Второе посещение: входе этого посещения проводится примерка «монолитного пробного протеза», изготовленного из белого полимерного материала с помощью CAD/CAM технологий. С помощью этого «Try-In-протеза» мы можем проконтролировать и при необходимости скорректировать точность, фиксацию, окклюзию и эстетику окончательной реставрации.

Третье посещение: поскольку после примерки «Try-In» никаких изменений вносить не потребовалось, на третьем посещении нам осталось только зафиксировать готовый полный съёмный протез верхней челюсти. Более короткий цифровой путь изготовления является преимуществом и при утрате протезов: при изготовлении с применением CAD/CAM-технологий на основе сохраненных первичных данных новые протезы можно изготовить буквально «нажатием одной кнопки», без дополнительного посещения пациентом клиники для их припасовки.

**Выводы:** Проведенная нами работа показала широкие возможности и рациональность использования современного программного обеспечения для моделирования искусственных зубных рядов полных съёмных протезов. Несмотря на ряд преимуществ перед традиционными методами, высокая стоимость оборудования и консерватизм тормозят внедрение цифровых технологий в стоматологическую практику. Главной движущей силой в стоматологии остается конкуренция: каждый специалист стремится превзойти другого не только в качестве лечения и применении новейших материалов, но и в скорости работы, а благодаря CAD/CAM технологиям врачам и пациентам стали доступны новые материалы, позволяющие восстановить зубы с высоко эстетичным результатом за считанные минуты.

**УДК 616.314.17-008.1-002-02-08-092**

***Передерий Е. А., Передерий С. В.***

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗЕ И ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ ПАРОДОНТИТА**

***Научный руководитель к-тфарм. наук, доц. Передерий Е. А.***

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** Пародонтит — заболевание воспалительного характера, распространенность которого среди взрослого населения составляет около 98% и является основной причиной потери зубов у лиц старше 40 лет. Распространенность заболеваний пародонта среди населения России составляет 80%, а у людей старше 40 лет в 99,9% случаев выявляются изменения в пародонтальных тканях. Согласно данным ВОЗ (2000 г.), пародонтит тяжелой степени встречается в 5–20% случаев, пародонтит средней степени тяжести — в 25–45% случаев, а интактный пародонт встречается лишь в 2–10% случаев. Таким образом, можно говорить о том, что распространенность заболеваний пародонта в целом по миру составляет в среднем 94,3%.

**Цель:** разобраться в современной классификации пародонтитов, провести обзор современной литературы об этиологии, патогенезе и современных методах лечения данного заболевания.

**Материалы и методы.** Анализ литературы.

**Результаты.** Множество классификаций пародонтита, описанных в отечественной литературе, объясняется многообразием видов поражения пародонта, этиологических факторов, клинических проявлений и патоморфологических признаков.

Современная отечественная классификация заболеваний пародонта, принятая на заседании Президиума секции пародонтологии СТАР в 2001 г., определяет пародонтит (в англоязычной литературе термин «пародонтит» является синонимом понятия «пародонтит», а «пародонтоз» — синонимом понятия «пародонтоз») как воспаление тканей пародонта с деструкцией связочного аппарата пародонта и альвеолярной кости. Согласно международной классификации стоматологических болезней МКБ-10 пародонтит делится на K05.2 Острый пародонтит и K05.3 Хронический пародонтит.

По мнению большинства исследователей, ведущая роль в развитии пародонтита принадлежит микробному фактору, доказана прямая связь между воспалением десны и плохой гигиеной полости рта, при этом несомненна роль нарушений локальной микроциркуляции десны.

Пародонтит - это заболевание зубочелюстной системы, характеризующиеся прогрессирующей деструкцией пародонта и костных структур межзубных перегородок. Это обычно выявляется в возрасте 30-40 лет. Характерные признаки пародонтита: наличие пародонтального кармана и, помимо зубного налёта – значительные отложения наддесневого и поддесневого зубного камня; появляется подвижность зубов, их смещение, нарушение жевательной функции, тремы, травматическая артикуляция. Типичные жалобы при развитии пародонтита: кровоточивость дёсен, боль при надкусывании, клейкий налёт на зубах, запах изо рта (нередко «сладковатый»), появление сильной боли в глубине челюсти, длящейся несколько минут. Во время такого приступа перкуссия по зубам не меняет характер боли. Иногда единственная жалоба – увеличение промежутков между зубами, что стали подвижными или выделение гноя из-под десны.

Лечение пародонтита, согласно современным стандартам, проводится различными методами: хирургическими, терапевтическими, ортопедическими, физиотерапевтическими, оно должно быть комплексным и максимально индивидуализированным. Комплексная терапия должна быть направлена на причину, патогенез заболевания и на ликвидацию его отдельных проявлений, это подразумевает применение средств разного целевого назначения, комбинаций средств и способов для достижения целей лечения, в связи с этим выделяют этиотропную, патогенетическую и саногенетическую терапию пародонтита. План

лечения составляется персонально для каждого пациента и сочетает, как правило, местное и общее воздействие на организм.

Согласно анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ) выделяется группа А01А Стоматологические препараты, которая в свою очередь подразделяется на А01АВ Противомикробные препараты для местного применения при заболеваниях полости рта, А01АС Глюкокортикостероиды для местного лечения заболеваний полости рта, А01АD Прочие препараты для местного применения при заболеваниях полости рта, А01АА Препараты для профилактики кариеса.

**Заключение.** Таким образом, вышеизложенное позволяет сделать выводы:

– основная роль в этиологии воспалительных заболеваний пародонта принадлежит патогенным микроорганизмам, т. е. микробиологическому фактору. При этом роль микроциркуляторных нарушений в патогенезе пародонтита несомненна;

– актуальность данной проблемы определяется необходимостью дальнейших исследований с использованием достаточно чувствительных, современных методов диагностики степени нарушения биоценоза полости рта и локальной микроциркуляции десны.

- необходимость разработки эффективных способов лечения становится не только актуальной задачей стоматологии, но и государственной задачей с целью повышения уровня здоровья населения.

- поиск новых высокоэффективных средств, мало токсичных, обладающих противовоспалительными, антибактериальными, репаративными и обезболивающими свойствами, является и до настоящего времени актуальной задачей.

**УДК 616.12-008.64.616.26**

**Котова И.С., Победенная Г.П.**

**СОДЕРЖАНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА**

**ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»**

**Актуальность.** Коморбидность является характерной медицинской чертой населения на современном этапе. Сочетание двух или нескольких заболеваний у одного индивидуума изменяет течение каждого, затрудняя диагностику, снижает эффективность их терапии, тем самым увеличивая риск смерти пациентов. В возрасте старше 40 лет часто встречается коморбидность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и сахарного диабета II типа (СД). При этом их сосуществование рассматривается патогенетически связанным.

Цель работы – изучить содержание метаболитов оксида азота у пациентов с ХОБЛ в ассоциации с СД II типа.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие 89 больных с обострением ХОБЛ, в т.ч. с ХОБЛ в сочетании с СД II типа средней тяжести в фазе компенсации - 48 человек (I группа), с ХОБЛ без СД - 43 пациента (II группа). Средний

возраст больных составлял ( $53,8 \pm 2,4$ ) лет, срок заболевания ХОБЛ - ( $6,2 \pm 1,9$ ), СД – ( $3,4 \pm 0,4$ ) года. Мужчин было 77, женщин - 12. Диагнозы ХОБЛ и СД, степень тяжести заболеваний и объем лечения устанавливались согласно существующим рекомендациям. Всем больным проводилось общеклиническое, биохимическое, спирометрическое и электрокардиографическое исследование. Для выработки референтной нормы лабораторных показателей были исследованы 34 практически здоровых добровольца такого же гендерного и возрастного состава. Суммарный ровень метаболитов оксида азота исследовали методом Griess L.C. и соавт. (1982).

**Результаты и их обсуждение.** У обследованных I группы до лечения уровень  $\text{NO}_x$  в сыворотке крови составил ( $12,6 \pm 1,2$ ) мкмоль/л, достоверно превышая показатель здоровых лиц в 2,9 раза ( $p < 0,25$ ).

После лечения уровень  $\text{NO}_x$  в сыворотке крови этих больных достоверно снижался до ( $5,28 \pm 0,8$ ) мкмоль/л, приближаясь к показателю здоровых лиц ( $4,42 \pm 0,08$ ) мкмоль/л.

У больных II группы при поступлении в стационар показатель  $\text{NO}_x$  в сыворотке крови составил ( $15,2 \pm 1,3$ ) мкмоль/л, в 3,4 раза превышая норму, и на 20,6% был достоверно выше такового у лиц I группы. После лечения концентрация  $\text{NO}_x$  в сыворотке крови этих больных снижалась до ( $8,2 \pm 1,5$ ) мкмоль/л, превышая референтную норму в 1,9 раза ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, у больных с обострением ХОБЛ без СД показатель  $\text{NO}_x$  в сыворотке крови был повышенным и после лечения приближался к референтной норме. У пациентов с БА и сопутствующим СД уровень  $\text{NO}_x$  в сыворотке крови превышал референтную норму и сохранялся на высоком уровне после лечения. Базисные средства способствовали восстановлению показателя  $\text{NO}_x$  в сыворотке крови, в бреднем, в 79% случаев у больных БА без наличия СД и в 43% случаев у пациентов с сопутствующим СД.

**УДК616.314-002: 616.314-002-08**

**Тарасюк М. А., Шнулина О. А., Ульянов А.В.**

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
ВОССТАНОВЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ  
РАЗНЫХ ВИДОВ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ  
МНОЖЕСТВЕННЫМ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД РАННЕГО СМЕННОГО ПРИКУСА**

**Научный руководитель: кандидат медицинских наук, доцент Шнулина О.А.**

*Кафедра стоматологии Государственного учреждения Луганской Народной Республики  
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность.** При лечении кариеса детский стоматолог выбирает между композитным пломбировочным материалом и стеклоиономерным цементом(СИЦ).СИЦ находят широкое применение в стоматологии, особенно как материалы выбора при постановке пломб во временных зубах, ввиду простоты их применения, кариеспрофилактических свойств и высокой биосовместимости с твердыми тканями зуба.

**Цель:** сравнить профилактическую эффективность восстановления функций и анатомической формы зубов с помощью разных видов пломбировочных материалов у детей

с острым множественным кариесом в период раннего сменного прикуса.

**Материалы и методы.** Обследовано 44 ребенка возрастом 6-9 лет в период раннего сменного прикуса. В первую группу вошли 18 детей с компенсированной, а во вторую – 26 детей с декомпенсированной формой кариеса. Каждая из групп поровну разделены на две подгруппы в соответствии с двумя используемыми видами пломбировочных материалов – СИЦ VITREMER (3M ESPE, США) и композит светового отверждения Filtek Z250 (3M ESPE, США). У всех детей до и через четыре месяца после санации полости рта проведена оценка следующих показателей: гигиенического индекса Федорова-Володкиной, скорости слюноотделения (мл/мин), pH ротовой жидкости при помощи мини-pH-метра IQ-125, вязкости ротовой жидкости (Рединова Т.Л., Поздеев А.Р., 1994), теста эмалевой резистентности (ТЭР-тест) (по В.Р.Окушко, 1984), а также клинической оценка скорости реминерализации эмали (КОСРЭ) (Т.Л. Рединова, В.К. Леонтьев и Г.Д. Овруцкий, 1982)

**Результаты и их обсуждение:** до санации гигиенический индекс Федорова-Володкиной составил в среднем  $1,86 \pm 0,08$ , после лечения этот показатель составил  $1,62 \pm 0,04$ , что соответствует оценке «удовлетворительно». При использовании СИЦ спустя четыре месяца санации полости рта наблюдается увеличение скорости слюноотделения в группе детей с декомпенсированным кариесом СИЦ с  $0,27 \pm 0,01$  мл/мин до удовлетворительного уровня  $0,35 \pm 0,02$  мл/мин, чего не наблюдается при использовании композита светового отверждения. Пломбирование всех пораженных зубов с помощью СИЦ привело к нормализации pH ротовой жидкости во второй группе и установилось на уровне  $7,12 \pm 0,05$ , в то время как до лечения этот показатель составлял  $6,34 \pm 0,05$ . Необходимо отметить, что pH при лечении композитным материалом составил лишь  $6,76 \pm 0,04$ , а до лечения –  $6,34 \pm 0,05$ . Показатели вязкости слюны до лечения были повышены в обеих группах и составили  $3,08 \pm 0,05$  и  $3,35 \pm 0,02$ , соответственно. Как показали результаты исследования, в группе с компенсированной формой кариеса произошла нормализация вязкости слюны, как при использовании СИЦ, так и композитного материала, и составила  $2,84 \pm 0,03$  и  $2,86 \pm 0,08$ , соответственно. Во второй группе детей показатель вязкости слюны улучшился и стал равен  $3,13 \pm 0,08$  при использовании СИЦ и  $3,28 \pm 0,02$  при использовании композита. Оценка результата ТЭР-теста показала, что использование СИЦ позволяет увеличить этот показатель в полтора раза выше в сравнении с использованием композитного материала в обеих группах. КОСРЭ-тест показал увеличение резистентности эмали более чем в 1,5 раза при выборе СИЦ в обеих группах, при лечении композитным материалом показатели изменились не значительно.

**Вывод.** Таким образом, наше исследование доказало значительный кариеспрофилактический эффект при пломбировании СИЦ, в том числе на гигиену полости рта, особенно у детей с декомпенсированной форме кариеса. Это указывает на значимость выбора пломбировочного материала для планирования соответствующих профилактических и лечебных мероприятий, особенно у детей в период раннего сменного прикуса с острым множественным кариесом.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.**

*Научный руководитель кандидат мед. наук, доцент Знагован С.Ю., кандидат мед. наук, доцент Гордиенко Е.В.*

*Кафедра социальной медицины и экономики здравоохранения ФПО*

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»,  
г. Луганск

**Актуальность.** Сегодня существуют определенные медицинские показания, когда кесарево сечение становится спасением для матери и ребенка. При кесаревом сечении повреждается маточная артерия, что обуславливает наиболее объемную кровопотерю среди всех гинекологических операций: роженица теряет от 500 до 1000 мл крови (это 20 % общего объема крови), что примерно в 2-4 раза больше, чем при вагинальных родах.

Существуют ряд показаний к родоразрешению путем кесарева сечения, связанных с наличием у женщин экстрагенитальной патологии, отягощенного акушерского и гинекологического анамнеза.

**Цель:** изучить объем кровопотери в родах у пациенток родоразрешенных посредством кесарева сечения в зависимости от акушерской и гинекологической патологии.

**Материалы и методы.** Для проведения исследования изучали «Истории родов» (ф.№096/у) 29 женщин, родоразрешенных посредством кесарева сечения в Луганском перинатальном центре в 2017 году. Для анализа были отобраны данные об акушерском и гинекологическом анамнезе, о наличии экстрагенитальной патологии, длительности операции и объеме кровопотери. Обработка данных проводилась методами статистического анализа с применением программы Microsoft Office Excel 2010. Для оценки значимости различия объема кровопотерь в группах рожениц с различными патологиями использовали пакет STATISTICA 10.

**Результаты и их обсуждение.** Большинство женщин из числа исследуемых, родоразрешенных путем кесарева сечения, были повторнородящими - 58,6%. Из них в ургентном порядке прооперировано 10,3% женщин, 89,7% пациенток - планово. Не имели экстрагенитальной патологии 27,5% женщин. В структуре экстрагенитальной патологии, выявленной у 72,5% рожениц, лидирующей была вегето-сосудистая дистония (26,4%), на хронический пиелонефрит приходилось 20,6%, миопия составляла 14,8%, эндокринные нарушения - 11,8%.

У 69% рожениц отмечен отягощенный акушерский анамнез, при этом 43,8% женщин были родоразрешены путем кесарева сечения ранее, у 31,2% в анамнезе указаны медицинские и самопроизвольные аборты, у 9,4% - замершая беременность.

Отягощенный гинекологический анамнез отмечался у 62,1% пациенток: из них 44% рожениц с эрозией шейки матки, 28% с хроническим аднекситом, 16% - лечившихся по поводу бесплодия.

В среднем операция кесарева сечения длилась 38 мин. При этом, минимальное время, затраченное на операцию составляло 20 мин., максимальное – 80 мин. Средний объем кровопотери во время операции равнялся 460 мл и колебался от 350мл до 900 мл. На основании теста Шапиро-Уилки было доказано, что анализируемое распределение изучаемых признаков отличается от нормального. Для анализа и оценки различий

кровопотерь между группами рожениц с различными патологиями был использован непараметрический дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса, который показал, что у женщин с отягощенным акушерским анамнезом объем кровопотери достоверно отличался по сравнению с пациентками не имеющими акушерской патологии ( $N=3,86$ ;  $p < 0,05$ ).

#### **Выводы.**

1. Женщины, родоразрешенные путем кесарева сечения имели экстрагенитальные патологии (72,5%), отягощенный гинекологический (62,1%) и акушерский анамнез (69%).

2. Достоверных различий между объемом кровопотери и наличием экстрагенитальной патологии и отягощенного гинекологического анамнеза выявлено не было.

3. Объем кровопотери у рожениц с отягощенным акушерским анамнезом достоверно отличается от такового женщин, не имеющих акушерской патологии ( $N=3,86$ ;  $p < 0,05$ ).

*УДК 615.841*

*Кривощек М. В.*

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯТОРОВ**

*Научный руководитель ассист. Коваленко Е. В.*

*ГУ ЛНР Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г. Луганск*

**Актуальность.** Еще в начале XIX века физиолог Эмиль Дюбуа-Реймон доказал, что в отличие от постоянного тока, переменный ток вызывает сокращение мышц, а французский невролог Дюшен де Булонь и польский физиолог Роберт Ремак разработали и активно использовали методы электростимуляции в терапии и диагностике уже в 1843-1861 годах. Их разработки легли в основу приборов и методов электростимуляции, в том числе необходимость увлажнения электродов для улучшения проводимости и порядок их наложения на участки стимуляции.

За прошедшие 200 лет приборы для электростимуляции значительно изменились с точки зрения конструкторских решений, уменьшились их габаритные размеры, увеличилась мощность и спектр сигналов, повысилась безопасность, значительно расширилась область их применения, но с точки зрения физического влияния на организм пациента они практически не изменились. Ежегодно специализированная промышленность выпускает десятки новинок, которые фактически не отличаются от своих более «взрослых» аналогов с точки зрения физиологического воздействия на пациента, но могут значительно отличаться по внешним характеристикам и стоимости.

**Цель:** Провести сравнительный анализ физических характеристик доступных на рынке аппаратов для электростимуляции (по отраслям применения) и разработать сравнительную таблицу их функциональных характеристик. Такой сравнительный анализ позволит ответственному лицу принимать более взвешенное решение о необходимости замены «устаревшего» аппарата физиотерапевтического кабинета больницы более новым, оценивая его физические характеристики, а не маркетинговые представления производителя. Он так же станет полезен людям, желающим приобрести портативный

аппарат для профилактического домашнего использования, но имеющим минимальные знания в физике, физиологии и медицине.

**Материалы и методы.** Анализ проводился на основании официальных характеристик и инструкций, представленных производителями аппаратов в открытом доступе в сети Интернет. Было проанализировано свыше 170 аппаратов от 30 производителей, как всемирно признанных, так и малоизвестных. Аппараты были сгруппированы по отраслям применения: специализированные для медицинских учреждений, косметологические и эстетические, портативные для домашнего применения. Внутри каждой группы были сформированы подгруппы: многофункциональные аппараты широкого спектра действия, узкоспециализированные аппараты, например, в офтальмологии. При группировке так же учитывалась средняя стоимость, заявленная производителем.

**Результаты и их обсуждение.** В результате работы были составлены несколько сравнительных таблиц для 173 аппаратов от 30 производителей, классифицированных и сгруппированных по техническим характеристикам, функциональности, стоимости на аппараты близкие по своим техническим характеристикам.

**Выводы.** В век активного технического прогресса производители перестали уделять достаточно внимания улучшению технических характеристик приборов и аппаратов, в том числе медицинского применения, а больше сосредоточены на их внешней привлекательности и небольшом улучшении функционала (портативности, безопасности, уровня энергопотребления). В свою очередь врачу, который раз за разом видит одинаковые, с функциональной точки зрения, приборы в новых «упаковках» не так просто сориентироваться и оценить их реальные характеристики, плюсы и минусы.

Надеюсь, что моё исследование облегчит задачу врачу физиотерапевту при подборе аппарата с необходимыми техническими характеристиками и позволит более качественно выполнять его основную задачу – оказывать грамотную, разностороннюю медицинскую помощь пациенту.

**УДК 616.89-008.441.33**

***Придорожко А.С., Булкина Н.Э., Анищенко Е.В., Пышнова А.В.***

**ТРЕВОЖНОСТЬ У СОЗАВИСИМЫХ, КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА  
КАЧЕСТВО РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

*Государственное учреждение Луганской Народной Республики  
«Луганский Государственный медицинский университет имени Святителя Луки»,  
кафедра дерматовенерологии, психиатрии и наркологии, г. Луганск, ЛНР  
Государственное учреждение «Луганский республиканский наркологический  
диспансер» Луганской Народной Республики, г. Луганск, ЛНР*

**Вступление.** Злоупотребление психоактивными веществами является международной проблемой, от которой страдает почти каждая страна на земном шаре. В настоящее время клиницистам хорошо известно, что только с учетом активного всестороннего воздействия на болезнь возможно реальное достижение именно терапевтического позитивного

результата.

Созависимость – феномен, который не просто присутствует в клинике опийной наркомании как некий сопутствующий фактор, но представляет собой реальный объект лечебного воздействия.

Страдающий химической зависимостью редко живет в социальном вакууме, так как его окружает семья (родительская или его собственная), в которой он занимает какое-то положение (сын, дочь, муж, жена и т.д.). Нахождение больного человека в семейном социуме, безусловно, оказывает воздействие на внутрисемейные отношения и проявления этого воздействия обозначают термином «созависимость».

Ведь неадекватное поведение является своего рода провокатором рецидива наркомании в семье. Созависимость – комплекс психопатологических расстройств, возникающих у близких родственников или других близких членов микросоциума больного химической зависимостью, приводящих к развитию устойчивых расстройств психического и соматического здоровья близких и родственников и появлению болезненных форм их поведения и адаптации в социуме.

**Цель работы.** Изучение тревожности у матерей пациентов с опийной наркоманией.

**Материал и методы.** Обследованы 30 матерей, сыновья которых больны опийной наркоманией и находились на стационарном лечении в наркологическом стационаре. Возраст матерей варьировал от 40 до 60 лет. Стаж употребления наркотиков сыновьями от 5 до 20 лет. Никто из обследованных матерей не состоял на учете в психоневрологическом диспансере. Стоит отметить, что 3-е матерей больных отказались от беседы с психологом, мотивируя этот тем, что «мне это не надо....», «я знаю, что мне делать....», «проблемы у него им и занимайтесь....».

Основные методы исследования: клинико-психопатологический, психологический, клиническая беседа, клиническое наблюдение. Для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии. Типы характера матерей определяли с помощью методики аутоидентификация акцентуации черт характера Э.Г. Эйдемиллера.

**Результаты и обсуждение.** У всех обследованных уровень тревоги и депрессии был выше нормы. В 74 % (27 человек) симптоматика была на грани клинической депрессии и выше.

У 22 человека (59 %) обследуемых отмечались гиперестезия, быстрая утомляемость, раздражительность, нарушения сна.

Иногда это сопровождалось факультативными симптомами физического недомогания: перепадами АД, головной болью, тягостными неприятными дискомфортными ощущениями в теле. Характерны были подавленное, сниженное настроение, чувство тревоги, плохая оценка перспективы, на все смотрели через призму пессимизма, в том числе и в отношении болезни сына. У матерей отмечалось сужение интересов, круга общения, отсутствие увлечений, развлечений, отдыха. Присоединялись идеи самообвинения, чувство вины: «сама во всем виновата». При этом данная симптоматика была тесно связана с периодами наркотизации сына.

У 5-ти человек (15 %) человек отмечали, периоды подавленного настроения которые характеризовались унынием, пессимизмом, тревогой. Звучали идеи самообвинения: «Это моя вина, что сын наркоман, это я во всем виновата, не уберегла». Отмечались расстройства сна – неглубокий сон с частыми пробуждениями, раннее пробуждение, разбитость с утра. К вечеру отмечали улучшение самочувствия. Данное состояние не всегда было связано с

проблемами сына. Данные по шкале тревоги соответствовали состоянию умеренной депрессии.

**Выводы.** Матери пациентов с опийной наркоманией характеризуются повышенной тревожностью, сужением круга интересов, трудностями дифференциации собственных ощущений и переживаний, регуляции межличностной дистанции, выраженным снижением самооценки и стремлением избегать доверительных контактов.

Данное исследование свидетельствует о том, что масштаб кризисного состояния матери заставляет рассматривать ее в качестве самостоятельного объекта для приложения психотерапевтических усилий, а иногда требуется медикаментозная коррекция состояния.

УДК 618.14-002-085-092.4

*Баранова В.В., Коробка Ю.Н., Луценко А.И.*

## **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОЙНОЙ КОИНФЕКЦИИ: ТУБЕРКУЛЕЗ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С.**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» МЗ ЛНР,  
Луганск*

**Актуальность:** Люди которые живущие с ВИЧ инфекцией могут даже не подозревать, что они также больны и гепатитом С (ВГС), пока не проходят специальное тестирование на маркеры вирусов гепатитов. Вирусы гепатита В и С чаще встречается у людей с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), чем среди населения в целом, поскольку пути передачи вируса ВИЧ и гепатитов одинаковы (инъекционный при употреблении наркотиков и/или половой) [1]. Сама по себе ВИЧ – инфекция, даже в виде ко-инфекции с ВГС, не является главной причиной быстрой смерти больных. Фатальным для таких пациентов обычно является развитие туберкулеза. ВГС - инфекция в свою очередь способствует активации туберкулеза и утяжеляет его течение [2]. Во всем мире регистрируется ежегодный рост числа ВИЧ инфицированных лиц. В связи с этим растет количество пациентов с Ко - инфекцией ВИЧ/ТВ, а в некоторых случаях фтизиатру приходится встречаться с вариантом тройной ко - инфекции ВИЧ/ТВ/ВГС.

**Целью** работы было определить частоту встречаемости тройной ко - инфекции ВИЧ/ТВ/ВГС и изучить показатели биохимических исследований до начала противотуберкулезной терапии у данной категории больных.

**Материалы:** Авторами были проанализированы данные 81 историй болезней пациентов с ВИЧ – ассоциированным туберкулезом, находящихся на лечении в Луганском республиканском противотуберкулезном диспансере за 2016-2018гг.

**Результаты:** При составлении медико-социального статуса пациенты были разделены на две группы: в первую вошли 43 человек с ВИЧ – ассоциированным туберкулезом без вирусного гепатита и вторую группу (38 человек) составили лица с установленной тройной инфекцией ВИЧ – инфекция, туберкулез – и вирусный гепатит С. Около половины пациентов (44,4%) признавали употребление наркотиков или в прошлом, или в настоящее время.

Клинические проявления туберкулеза легких у больных с тройной инфекцией

возникают чаще и протекают тяжелее, чем при сочетаниях ВИЧ и туберкулез или туберкулез и ВГС. Большая часть пациентов с Ко – инфекцией ВИЧ/ТБ заболели туберкулезом впервые – 87,6%, повторные случаи туберкулеза – рецидив и мультирезистентный туберкулез выявлялись в единичных случаях (7,2% и 5,0% соответственно). Наиболее часты формы туберкулезного процесса больше трети пациентов с Ко – инфекцией ВИЧ/ТБ были с множественной локализацией туберкулезного воспаления (в 40,3% случаях). Преобладало сочетание поражения легочной ткани и лимфатических узлов внутригрудных (в 20,3% случаях) и/или периферических (15,1%). Также достаточно часто регистрировалось вовлечение плевры – 7,5%, бронхов и гортани/глотки – 6,2%, центральной нервной системы, кишечника, органов зрения. Из тех больных, у кого ВИЧ – инфекция была зафиксирована ранее наблюдение у инфекциониста в СПИД – центрах длилось от 1 года до 16 лет ( $6,1 \pm 0,9$ г). При этом регистрация туберкулеза у большинства пациентов была на фоне глубокой иммуносупрессии, с содержанием CD4+ лимфоцитов от 4 до 100 клеток в 53,3 % случаях. В 62,8 % случаях у больных была зарегистрирована выраженная вирусная нагрузка (ВН) от 1 млн. до 90 тыс. Практически у половины пациентов с ВИЧ – ассоциированным туберкулезом (46,9%) была выявлена сопутствующая вирусный гепатит С (ВГС). Как известно, ВИЧ может затруднить лабораторную диагностику ВГС у части пациентов. Получению ложноотрицательных результатов исследования антител к вирусу гепатита С методом ИФА способствует состояние иммунодефицита, обусловленное наличием ВИЧ-инфекции [3, 4]. Но косвенным признаком наличия гепатитов могут служить биохимические показатели функции печени. У лиц с подтвержденным вирусным гепатитом повышения уровня АЛТ/АСТ регистрировалось в 57,7 % случаях до начала противотуберкулезной терапии, у больных без данных о маркерах вирусных гепатитов – повышение ферментов АЛТ/АСТ было зафиксировано в 46,7% случаях, что указывало на наличие поражения печени с цитолитическим синдромом и не исключало вирусного гепатита у данной категории пациентов. **Заключение:** При ВИЧ – ассоциированном туберкулезе у каждого второго пациента (46,9%) был подтвержден хронический вирусный гепатит С. Истинное количество больных с тройной Ко – инфекцией (ВИЧ/ТБ/ХВГС) невозможно определить из-за трудностей выявления маркеров гепатитов у ВИЧ–инфицированных, особенно при выраженном иммунодефиците. Учитывая данные биохимических показателей, можно предположить, что их количество значительно выше. Необходим более тщательный мониторинг биохимических показателей (аминотрансфераз, ЩФ ,Билирубина) и динамический их мониторинг в процессе лечения туберкулёза.

**УДК 658.628:615.12**

***Лисовская О. Л., Шарникова А. А.***

**ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ СТРУКТУРУ ТОРГОВОГО АССОРТИМЕНТА  
ПАРАФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ТОВАРОВ, РЕАЛИЗУЕМЫХ В АПТЕЧНЫХ  
УЧРЕЖДЕНИЯХ**

***Научный руководитель ассист. Лисовская О. Л.***

***Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации***

**Актуальность.** В настоящее время все аптечные организации имеют в своем ассортименте не лекарственные товары. В последние годы в ассортиментной политике аптечных учреждений произошли некоторые изменения, заключающиеся в увеличении в объемах реализации структурной доли парафармацевтической продукции, называемой еще «сопутствующий» ассортимент. Постоянный анализ ассортимента, дополненное изучение перспектив развития рынка отдельных, наиболее значимых групп, может стать основой для формирования рационального ассортиментного портфеля, в частности, исключения из него устаревших и убыточных товаров.

**Цель:** проанализировать ассортимент парафармацевтической продукции аптечной организации и его структуру. Выявить закономерности, влияющие на спрос товаров данной группы.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленных целей, был проведен социальный опрос среди работников аптечной организации сети: «ГУП ЛНР Лугмедфарм» на предмет спроса на следующие группы парафармацевтических товаров: 1) Товары для матери и ребенка (памперсы, пеленки, средства для гигиены матери и ребенка)., 2) Товары для перевязки и фиксации (лейкопластыри, эластичные бинты)., 3) Товары для контроля показателей здоровья (тонометры, глюкометры)., 4) Продукты лечебно-профилактического питания (минеральные воды, детское питание)., 5) Санитарно-гигиенические товары (шампуни, зубные пасты).

**Результаты и их обсуждения.**

Аптека № 122 г. Свердловск

| № п/п | Парафармацевтические товары  | Осень   | Зима   | Весна   |
|-------|--|---|--|---|
| 1     | Товары для матери и ребенка:<br>А) памперсы<br>Б) пеленки                  | А) 135уп.<br>(80 шт.)<br>Б) 100 шт. (60x90)                   | А) 127 уп.<br>(80шт.)<br>Б) 150 шт.<br>(60x90)               | А) 123 уп.<br>(80шт.)<br>Б) 83 шт.<br>(60x90) |
| 2     | Товары для перевязки и фиксации:<br>А) бинт эластичный<br>Б) Лейкопластырь | А) 9шт.<br>Б) 30 шт.  | А) 13шт.<br>Б) 15 шт.  | А) 3шт.<br>Б) 50 шт.                          |
| 3     | Товары для контроля показателей здоровья (тонометры)                       | 2шт.  | 1шт.   | 3шт.  |
| 4     | Продукты лечебно-профилактического питания (минеральные воды)              | 20 бут.<br>(эссенуки 1,5л)                                    | 10 бут.<br>(эссенуки 1,5 л)                                  | 20 бут.<br>(эссенуки 1,5 л)                   |
| 5     | Санитарно-гигиенические товары:  | А) 3 шт.<br>(лошадиная сила)<br>Б) 12 шт.<br>(лакалут, SPLAT) | А) 2шт.<br>(лошадиная сила)<br>Б) 10 шт.<br>(лакалут, SPLAT) | А) 4 шт.<br>(лошадиная сила)<br>Б) 11 шт.     |

|                 |  |  |                  |
|-----------------|--|--|------------------|
| А) шампуни      |  |  | (лакалут, SPLAT) |
| Б) зубные пасты |  |  |                  |

**Выводы.** Исходя из общего положения и опираясь на совокупность полученных данных, можно сделать следующие выводы:

1. Сезонность года влияет на определенные группы парафармацевтических товаров. Спрос повышается на продукты лечебно-профилактического питания, минеральные воды в весенний и осенний период. В зимнее время пользуется спросом эластичный бинт, а весной лейкопластырь из группы товары для перевязки и фиксации. На другие группы парафармацевтических товаров сезонность не влияет. Большинство потребителей покупают тот товар, который им необходим в данный момент, не смотря на время года.

**УДК 616.2:616-018-002.77(477.61/.62)**

*Гринченко Е.А.*

**СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ГОРОДЕ ЛУГАНСКЕ**

*Научный руководитель к. мед. наук, доц. Зенина Л. В.*

*Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет*

*им. Святителя Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** Несмотря на успехи современной медицины, ревматические заболевания на сегодняшний день обусловлены почти 1/3 случаев временной нетрудоспособности и до 12% общей инвалидности. По данным Американской ассоциации ревматологов до 5% госпитализаций в мире приходится на больных ревматическими заболеваниями.

Диффузные или системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) по мнению многих ревматологов, являются истинными ревматическими заболеваниями.

Суставной синдром является наиболее частым и объединяющим поражением при СЗСТ.

Системность поражения включает в себя патологию других органов и систем, что определяет, в основном, временную и стойкую утрату трудоспособности, прогноз заболевания, качество жизни пациента.

При СЗСТ первично и вторично (зачастую как осложнение медикаментозной терапии) поражаются все компоненты дыхательной системы.

**Цель:** изучение эпидемиологии и структуры поражения органов дыхания у больных системными заболеваниями соединительной ткани (по данным ревматологического отделения 1 городской больницы г. Луганска) за период с 2014-2016гг.

**Материалы и методы.** Изучение 1099 историй болезни больных системными заболеваниями соединительной ткани, которые были проанализированы по нозологическим формам, годам, гендерному признаку, возрасту и структуре поражения органов дыхания.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе историй болезни нами выявлено, что в 2014 году больных ревматоидным артритом пролечено 225 чел, в 2015 году - 258 чел, в 2016 году - 272 чел.

Всего за исследуемый период - 755 больных, из них находилось на лечении 566 женщин и 189 мужчин в возрасте 15-65 лет.

В 2014 году больных системной красной волчанкой было 50 чел. в 2015 году - 66 чел и в 2016 году - 69 чел. (всего - 185 больных), из них женщин - 175 чел в возрасте 15 - 45 лет. Больных системной склеродермией госпитализировано в 2014 году 24 чел., в 2015 году - 32 чел., в 2016 году - 37 чел; таким образом всего 93 чел; из них 85 женщин в возрасте 18-50 лет. В 2014-2016 гг пролечено 65 больных дерматомиозитом, синдромом Шарпа, узелковым периартериитом (из них женщин 55 чел. в возрасте 18-60 лет).

Полученные данные свидетельствуют о том, что за последние годы отмечается рост системных заболеваний соединительной ткани, что может послужить причиной роста поражения органов дыхания при указанной патологии.

Среди всех лечившихся больных, наибольший удельный вес составили больные ревматоидным артритом, системной красной волчанкой и системной склеродермией (1036 чел. - 94,3%), при этом значительный удельный вес среди больных были женщины трудоспособного возраста - 881 чел., то есть 80,2%.

Анализируя полученные данные, необходимо отметить, что поражения органов дыхания отмечались часто (7,5 - 70,7%), наиболее часто у больных ревматоидным артритом, системной красной волчанкой, системной склеродермией, дерматомиозитом. В структуре поражения органов дыхания преобладали пневмонит - 283 чел., (59,08%), особенно при ревматоидном артрите и системной красной волчанке, адгезивный и экссудативный плевриты - 181 чел, (37,38%) в основном при системной красной волчанке, легочная гипертензия - 23 случая, (4,8%) у больных системной склеродермией.

#### **Выводы.**

1. Отмечается тенденция роста системных заболеваний соединительной ткани, в связи с чем может увеличиваться число больных с поражением органов дыхания.
2. Поражение дыхательной системы наблюдается довольно часто - от 7,5% до 81%.
3. Наиболее часто поражение органов дыхания наблюдается при системной красной волчанке, ревматоидном артрите (81%), системной склеродермии (70,7%), дерматомиозите и узелковом периартериите. (65,3%)
4. Поражение органов дыхания носят неспецифический характер и связаны, в основном, с развитием васкулита (пневмонита), плеврита, что затрудняет своевременную диагностику и качество лечения

В перспективе проводимые дальнейшие исследования позволят накопить клинический и научный материалы по своевременной диагностике, клиническим особенностям течения и лечения поражения дыхательной системы у больных системными заболеваниями соединительной ткани, что приведет, на наш взгляд, к улучшению качества и продолжительности жизни больных.

## **ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТУДЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ СКОЛИОЗ И ОСТЕОХОНДРОЗ**

*Научный руководитель к.мед.н., доцент Сухоплюева Н. И.*

*Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г. Луганск*

**Актуальность.** Сколиоз – тяжелое прогрессирующее заболевание позвоночника, сопровождающееся поражением внутренних органов и нервной системы. Болезнь вызывает многоплоскостное искривление позвоночного столба, что, в свою очередь, нарушает работу сердца и легких. Сколиотическая болезнь является одним из наиболее частых ортопедических заболеваний подросткового и молодого возрастов.

Остеохондроз позвоночника – заболевание, связанное с дегенерацией межпозвонковых дисков. Если раньше остеохондрозом болели люди среднего и старшего возраста, то сегодня очень часто от него страдают молодые люди.

**Материалы и методы.** Обследовано 105 студентов 4 курса, обучающихся на лечебном и педиатрическом факультетах. При исследовании проводились сбор жалоб и анамнеза, вертеброневрологическое исследование, рентгенография позвоночника в прямой и боковой проекциях, статистический метод обработки полученных результатов.

**Цель:** изучить особенности развития сколиоза и остеохондроза у студентов и разработать программу физической реабилитации в условиях учебного заведения.

**Результаты и их обсуждение.** Сколиотическая деформация выявлена у 30 студентов ( 29% ), с диагнозом остеохондроз позвоночника находятся на диспансерном учете 4 человека. Поражение шейного отдела позвоночника наблюдалось у 7 ( 23% ) студентов, у 18 ( 60% ) студентов выявлен грудной сколиоз, у 5 ( 17% ) – поясничный. Из них по форме S-образный сколиоз выявлен у 8 ( 27% ) человек, С-образный – у 22 ( 73% ) человек.

Наряду со сколиотической деформацией при исследовании выявлены признаки различных соединительнотканых дисплазий.

По данным опроса студентов имеются следующие факторы, усугубляющие дегенеративные процессы: малоподвижный образ жизни – 78,7%, нежелание заниматься физкультурой и спортом – 32,6%, длительное хождение на высоких каблуках – 51,4%, отсутствие контроля над осанкой – 63,8%, сон без специальных ортопедических матрасов – 84,6%, отсутствие правильной организации рабочего места – 83,7%.

На основании проведенного исследования комплекс методов физической реабилитации, адаптированный к условиям учебного заведения: производственная гимнастика в перерывах между занятиями, лечебная гимнастика в специальной группе на кафедре физвоспитания, позволяющая укрепить «мышечный корсет» и способствующая коррекции и стабилизации деформаций; массаж, направленный на укрепление мышц туловища и улучшающий их трофику, на базе студенческого санатория-профилактория; лечебное плавание; ношение ортопедических корсетов и сменной обуви на низком каблуке, сон на ортопедических матрасах; правильная организация рабочего места; организация ближнего туризма в выходные дни.

**Выводы.** В возникновении сколиоза и остеохондроза позвоночника имеют значение врожденные особенности соединительной ткани, которые часто сочетаются с

различными дисплазиями. Факторами, способствующими развитию дегенеративных процессов, являются ведение малоподвижного образа жизни в сочетании с отсутствием правильной организации рабочего места при выполнении домашних заданий и контроля над осанкой. Предложенные мероприятия физической реабилитации направлены на устранение данных факторов в условиях учебного заведения.

УДК 615.011:582.998(477.61/.62)

*Гаевая Д. А.*

## **ФИТОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БАРХАТЦЕВ РАСПРОСТЕРТЫХ, ПРОИЗРАСТАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНБАССА**

*Научный руководитель к. фарм.н., доцент Боровская И. Н.*

*Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии*

*Луганский государственный медицинский университет*

*им. Святителя Луки, г. Луганск*

**Актуальность.** Современная медицина на данном этапе развития базируется на комплексном подходе профилактики и устранения распространенных заболеваний человека.

На ряду с высокоэффективными фармакологическими препаратами используется лекарственно-растительное сырье, которое так же не уступает в эффективности и безопасности. Очень важно кроме производственных синтетических субстанций, исследовать применение лечебных трав, как источников биологически активных веществ, а также совершенствовать и обогащать знания о использовании растений в медицинской практике.

В настоящее время растения рода Бархатцы семейства Астровые (Asteraceae) вызывают большой интерес в фармацевтической науке в качестве потенциального источника лекарственного растительного сырья и биологически активных соединений.

**Цель:** изучить количественный состав основных биологически активных веществ в траве и соцветиях бархатцев распростертых (*Tagetes patula* L.), произрастающих на территории Донбасса, а также обосновать целесообразность применения их в лечебных целях.

**Материалы и методы.** Травы и цветы бархатцев распростертых, произрастающих на территории Донбасса, спектрофотометр UNICO SPECTRO QUEST 2800 (Китай), кюветы на 1 см.

**Реактивы:** 2% спиртовой раствор алюминия хлорида, 1% спиртовой, уксусная кислота, 10% раствор свинца ацетата, хлороформ, безводный сульфат натрия, раствор гидроксида натрия, свежеприготовленная диазотированная сульфаниловая кислота, петролейный эфир, 1% раствор желатина в 10% натрия хлориде, 1% хлористоводородная кислота, спирт этиловый в концентрации 20%, 40%, 70% и 96%.

**Результаты и их обсуждение.** Согласно литературным данным химический состав бархатцев распростертых довольно непостоянен. На него влияют не только селекционные особенности растения и срок его уборки, но и география места выращивания, в том числе климатические условия и характер почвы.

Для препаративного выделения фенольных соединений использовались водно-

спиртовые извлечения из травы и соцветий бархатцев распротертых. Выделенные соединения представлены флавоноидами, дубильными веществами, кумаринами и гидроксикоричными кислотами. Определения проводились спектрофотометрически, что позволяет судить о высокой точности результатов и чувствительности метода.

Дубильные вещества редко накапливаются в соцветиях, однако танины обнаружены в соцветиях некоторых растений, в том числе и в бархатцах. Преобладают гидролизуемые дубильные вещества (3,67% в траве и 4,6% в соцветиях), содержание дубильных веществ после осаждения 0,88% и 1,26% соответственно.

Методом ТСХ были выделены флавоноиды патулетин и патулетрин, а также их гликозиды. Методом спектрофотометрии установлено содержание 5,45% флавоноидов в траве и 8,11% в соцветиях, что соответствует данным литературы.

Установлено, что из фенольных веществ как в траве, так и в соцветиях в большом количестве содержатся фенолкарбоновые кислоты – галловая и хлорогеновая. Трава бархатцев содержит 3,24%, соцветия 3,18%.

Общая фракция полифенольных соединений в водно-спиртовом извлечении из травы бархатцев распротертых составила 13,41%, а в соцветиях 18,45%.

Определение полисахаридов в сырье проводилось гравиметрическим методом. В ходе фитохимического анализа сырья было определено, что показатели содержания полисахаридов в траве (8,8%) и соцветиях (2,52%) очень занижены.

Витаминный состав бархатцев представлен каротиноидами и аскорбиновой кислотой. Данных соединений в исследуемом сырье также оказалось недостаточное количество. Каротиноиды, извлекаемые петролейным эфиром, в траве содержатся в количестве 31,3 мг%, а в соцветиях 35,62 мг%. Количественное содержание аскорбиновой кислоты в соцветиях 0,93% при нормативных данных 1,75%, а в траве 0,35%.

Биологически активные вещества (каротиноиды, флавоноиды, эфирное масло, гидроксикоричные кислоты, дубильные вещества, кумарины, витамины и полисахариды), содержащиеся в соцветиях и траве растения *Tagetes patula* L., проявляют выраженное антиоксидантное, противовоспалительное, ранозаживляющее, противомикробное, сахароснижающее, успокаивающее, гипотензивное, иммуномодулирующее и мочегонное действия.

**Выводы.** Бархатцы распротертые (*Tagetes patula* L.) являются перспективным источником для получения биологически активных веществ ввиду их широкого разнообразия и количественного содержания в растении. Однако трава и соцветия бархатцев распротертых, выращенных в климатических условиях Донбасса в качестве лекарственного растительного сырья использоваться не могут, так как в них низкое содержание биологически активных веществ.

УДК 617.557-007.43-089-055.2

*Колтунова А. М., Зайченко В. Ю.*

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ЖЕНЩИН**

*Научный руководитель к.м.н., доцент Брежнев В. П.*

*Кафедра общей и факультетской хирургии*

**Актуальность.** Паховая грыжа считается одним из наиболее часто встречаемых заболеваний хирургической практики. Среди всего множества случаев данной патологии около 90 % из них встречаются у представителей мужского и лишь 10 % у представительниц женского пола. Это связано с половыми анатомическими особенностями пахового канала (Нестеренко Ю.А., Газиев Р.М. 2005). В зоне риска грыжеобразования находятся женщины старше 40 лет.

В настоящее время при грыжесечениях у женщин широко используется аллопластический материал, который является чужеродным для организма больного. Выбором может стать аутокожа, которая по сравнению с другими материалами более прочна, эластична и малогигроскопична, не обладает сенсibiliзирующими свойствами (Яговкин В.Ф. 1971, Цыбернэ К.А. с соавт. 1985). Данный материал возможно получить бесплатно и без риска для здоровья, что является существенным достоинством метода.

**Цель:** улучшить результаты лечения паховых грыж у женщин путем использования эффективных способов аутодермальной герниопластики.

**Материалы и методы.** Анализ и синтез статистических данных, анализ научной литературы, изучение клинических случаев, обобщение, выводы.

**Результаты и их обсуждения.** Нами разработан дифференцированный подход в лечении паховых грыж у женщин. Он был применен у 30 грыженосителей. Возраст больных колебался от 20 до 75 лет.

Правосторонняя локализация выявлена у 19 (63,3%) больных, левосторонняя у 11 (36,7%) больных. Отмечены различные причины грыжеобразования: чрезмерные физические нагрузки – у 10 (33,3%), беременность и роды – у 9 (30,0%), ожирение – у 6 (20,0%), копростаз – у 5 (16,7%).

Вправимая грыжа выявлена у 25 (83,3%) больных, у 5 (16,7%) больных – невправимая. Все грыжи были первичные.

Косая форма паховой грыжи имела у 24 (80,0%) грыженосителей, прямая – у 4 (13,3%) и комбинированная – у 2 (6,7%). Содержимым грыжевого мешка чаще всего были пряди большого сальника и петли тонкой кишки – у 20 (66,6%).

Состояние мышечно-апоневротических структур брюшной стенки оценивали комплексно, с использованием дополнительных методов исследования (УЗИ, КТ). При ультразвуковом исследовании определяли характер грыжевого выпячивания, содержимость и вправимость грыжи, состояние задней стенки и высоту пахового промежутка. На основании комплекса полученных данных определяли степень атрофических процессов в паховой области.

У большинства – 23 (76,6%) больных в качестве анестезиологического пособия выбрана спинномозговая анестезия. Это было связано с тем, что при этом виде анестезии достигается полное обезболивание и релаксация мышц пахового промежутка, отсутствует инфильтрация тканей в области операции анестетиком, достигается длительный обезболивающий эффект.

Во время грыжесечения с минимальной травматизацией отделяли круглую связку матки от грыжевого мешка. Во всех случаях связка была сохранена, так она играет важную роль в связочном аппарате матки. Ее укладывали вдоль желоба паховой связки и подшивали к паховой и Куперовской связке.

Для реконструкции пахового канала использовали аутодермальный трансплантат, который деэпителизировали термическим способом. Аутоотрансплантат укладывали и фиксировали позади круглой связки матки, создавая в нем отверстие для связки. Предварительно производилась пластика поперечной фасции. Фиксацию аутоотрансплантата выполняли полипропиленовой нитью - узловыми швами.

Края апоневроза наружной косой мышцы сшивали в двух вариантах. При удовлетворительном состоянии мышечно-апоневротических структур, они сшивались край в край. В случаях выраженной атрофичности и дряблости мышц дополняли пластику дубликатурным способом.

Результаты хирургического лечения изучены у 26 больных. Оценка производилась путем анкетирования, клинического осмотра, а также с использованием ультразвукового исследования. В сроки от 6 месяцев до 5 лет не выявлено ни одного рецидива грыжи. Не отмечено и случая синдрома хронической паховой боли.

**Вывод.** Единственным эффективным способом лечения паховой грыжи является хирургическая операция, проведение которой позволяет исключить опасные для жизни осложнения.

Перспективным путем лечения паховых грыж у женщин является аутодермальная герниопластика, которая должна более широко использоваться в плановой хирургии, так как обладает неоспоримым преимуществом перед другими видами пластики.

**УДК 1. 741**

*Половинка А.А., Ковалевский В.В.,*

**ЭВТАНАЗИЯ ИЛИ ИМЕЕТ ЛИ ЧЕЛОВЕК ПРАВО НА СМЕРТЬ?**

*Научный руководитель: д. м. н., проф. Победенная Г.П.*

*Кафедра внутренней медицины, эндокринологии, пульмонологии и аллергологии  
ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»*

**Актуальность.** Проблема эвтаназии среди множества медицинских, юридических, религиозных проблем человечества занимает важное место. В связи с тем, что человеческая жизнь является главной ценностью современной цивилизации, проблема эвтаназии приобрела иной путь востребования. Ценность человеческой жизни по отношению ко всем правовым и нравственным реалиям возводит любую общественно-правовую проблему в том или ином аспекте затрагивающую право на жизнь, в ранг общечеловеческих, глобальных проблем современности. Эвтаназия (греч. «eu» – хорошо и «tha'natos» – смерть) – практика прекращения или сокращения жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием, испытывающего невыносимые страдания, в удовлетворение просьбы без медицинских показаний в безболезненной или минимально болезненной форме, для сокращения страданий. Различают активную эвтаназию: - осуществление действий по ускорению смерти человека, согласно его собственному решению, и пассивную - прекращение каких-либо действий по поддержанию жизни человека, при условии, что человек сам принял такое решение. Самый главный аргумент «За» — окончание мук, самый главный аргумент «Против» — это устранение мук посредством совершения убийства, самоубийства.

**Цель исследования:** определение отношения к проблеме эвтаназии разных слоев населения.

**Материал и методы исследования.** Для реализации цели исследования были опрошены 150 человек методом анкетирования с помощью самостоятельно разработанной анкеты. Анкетировали студентов медицинского университета (50 чел.), медицинских работников (50 чел.) и люди немедицинских профессий (50 чел.).

**Результаты:** 60% медицинских работников и 55% студентов медицинского университета воспринимают эвтаназию как искусственное умертвление; в то же время для 45% людей немедицинских профессий, эвтаназия – это убийство.

Большинство студентов (60%) отнеслись к эвтаназии положительно; мнения респондентов медицинских профессий разделились: 45% за эвтаназию и 40% - против; основная часть людей-немедиков (60%) - против.

При выборе между эвтаназией и паллиативной помощью все респонденты (по 80%) выбрали развитие паллиативной терапии.

**Выводы.** Студенты медицинского университета и практикующие медицинские работники более лояльно относятся к проблеме эвтаназии, в то время как люди немедицинского профиля считают это убийством. Однако, несмотря на положительное отношение медицинских работников и студентов к эвтаназии, все три группы опрошенных считают, что в Луганской Народной Республике необходимо развитие именно паллиативной медицинской помощи, которая в состоянии обеспечить человеку достойные условия жизни.

**УДК 611.019**

***Бочарова С.А., Тюренков А.А., Сенник Е.В.***

## **ЭКОГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ПОСТУЛАТЫ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОСТИ (АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИМЕР)**

***Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент Стклянина Л.В.***

*Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии,  
ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ, г.Луганск, ЛНР*

**Актуальность.** Смена климатических условий при переезде иностранных студентов экваториальных стран в связи с поступлением в вузы РФ в северных географических поясах, - серьезный и нелегкий этап биосоциальной адаптации, требующий антропологического и медицинского изучения.

**Цель исследования:** установить правомочность экогеографического правила Брегмана для современного юношеского контингента африканской расы, успешно прошедшей двухгодичную акклиматизацию в условиях умеренно-континентальной климатической зоны Донбасса.

**Материалы и методы.** Обследовано 462 юноши и 474 девушек африканской этнорасовой группы, обучавшиеся в ЛГМУ в период с 2012 по 2014 гг. включительно, в течение 2 лет стационарно пребывавшие на территории Луганской области и отнесенные к I

группе здоровья. В качестве группы сравнения отобрано 473 сокурсника и 587 сокурсниц, родившихся и проживающих на территории Донбасса. Все участники находились в юношеской возрастной категории (от 17 до 21 года). Контингент соматотипирован по пропорционной методике (П.Н. Башкиров, 1962) на долихо-, мезо- и брахиморфов. Затем для каждой группы рассчитывалась площадь поверхности тела (ППТ) (В. А. Issakson, 1958)  $ППТ (м^2) = 100 + \text{вес (кг)} + (\text{рост стоя (см)} - 160)/100$ .

**Результаты и их обсуждение.** Достоверных различий в показателях абсолютной площади поверхности тела у представителей контрастных расовых групп в пределах своего пола не выявлено: площадь поверхности тела юношей составляет  $1,82 \pm 0,19 - 1,86 \pm 0,26 \text{ м}^2$ , девушек –  $1,60 \pm 0,15 - 1,64 \pm 0,26 \text{ м}^2$ , обнаруженная специфика соматотипологической детерминированности площади поверхности тела у представителей долихо- и брахиморфных соматотипов чрезвычайно интересна: если африканские юноши подтверждали правило Бергмана, имея достоверно меньшие площади поверхности тел по сравнению с европеоидами аналогичных соматотипов, то девушки африканского происхождения, напротив, вопреки вышеупомянутому постулату обладали сравнительно большими площадями поверхности тел, что, по идее, должно понижать отдачу тепла в окружающую среду, и не укладывается в каноны экогеографического правила.

#### **Выводы.**

1. Межрасовые различия площади поверхности тела у современного юношеского контингента контрастных расовых групп на момент обследования когорт не подтверждается, зато имеются достоверные различия в показателе женских и мужских групп независимо от их этнорасовой принадлежности величиной в  $0,20 \pm 0,03 \text{ м}^2$ .

2. Правило Бергмана не распространяется на африканских девушек, попавших в объект данного исследования.

3. Вероятно, на современном этапе антропогенеза мы имеем дело с уменьшением степени влияния средовых факторов обитания на фенотип, и если данная тенденция будет подтверждена в лонгитюдинальных масштабных исследованиях африканских популяций, это позволит постулировать формирование своеобразного адаптивного экотипа внутри африканской расы, приобретающего европеоидные черты ввиду скорее акклиматизации, а не метисации.

**УДК 616.5-003.656.6:18**

*Водопьянова А. А., Кононенко Д. Д., Погорелов П. В., Погорелова И. А.*  
**ЭСТЕТИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ  
ТАТУИРОВОК НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА**

*Научный руководитель к. мед. наук, доцент Погорелова И.А.*  
*Кафедра гигиены и экологии ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ  
ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность.** Рисунки на коже делают люди разного возраста и различного социального статуса. Мужчины считают это проявлением мужественности, а молодые

женщины видят в татуировках что-то особенно загадочное. Каждое изображение трактуется по-своему.

Начиная с XX-го века, в США и Европе создавались условия для признания обществом тату в качестве нового вида искусства. Так появилась профессия tattoo artist или профессия тату-мастер. В странах постсоветского пространства это произошло только в первой половине 1990-х годов в период становления частного предпринимательства.

Начиная с 2003 года, когда впервые прошёл «Санкт-Петербургский Тату-Фестиваль», такие фестивали проводятся в России регулярно.

Существуют разные виды татуировок. Это и травматические татуировки – импрегнация кожи инородными частицами, вызывающими пигментацию кожи, в результате несчастного случая или по другим причинам (огнестрельные, профессиональные и бытовые).

Отдельной группой выделяют процедуры пигментирования кожи с эстетической целью. Такие татуировки классифицируют по назначению:

1. Татуировки мехенди – нательное украшение, сделанное с помощью хны или другого специального красящего состава. Срок сохранения рисунка в первоначальном виде – от 3 суток до 3 недель. До сих пор индийские невесты в день свадьбы наносят на кожу различные узоры из хны.

2. Перманентный татуаж:

а) Перманентный макияж (контурный макияж, мейк-ап) – с целью усовершенствования каких-либо черт лица (формы и цвета губ, бровей и т.п.). В среднем стойкий мейк-ап сохраняется на коже в течение 1,5-3 лет.

б) Камуфляжный татуаж – с целью маскировки и эстетической коррекции косметических недостатков (витилиго, рубцов после травм и операций, очаговой алопеции и т.п.). Эффект от процедуры длится 3 года и более.

3. Художественная татуировка (art tattoo) – воспроизведение на коже графических и живописных изображений различными методами. Тату – это стойкий или постоянный рисунок на теле. Татуировка служит не только как украшение, но и как некий символ, носитель которого желает заявить миру о своих взглядах на жизнь.

**Цель исследования:** изучить эстетические и медицинские аспекты влияния татуировок на организм человека.

**Материалы и методы.** Исследования проведены в ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» среди студентов 2 курса I и II Медицинского факультета, а так же курсантов кафедры гигиены и экологии. В ходе исследования был проведен социологический опрос, в котором приняли участие:

- студенты 2 курса I Медицинского факультета – 203 человека, из них 139 девушек в возрасте 18-22 лет и 67 юношей в возрасте 18-25 лет;

- студенты 2 курса II Медицинского факультета – 51 человек, из них 33 девушки в возрасте 18-22 лет и 18 юношей в возрасте 18-25 лет;

- курсанты кафедры гигиены и экологии – 21 человек, из них 21 женщина в возрасте 26-58 лет.

**Результаты и их обсуждение.** В результате исследования мы выяснили, что отношение к татуировкам неоднозначное во всех опрошенных группах респондентов, вне зависимости от возраста и пола: в студенческой среде положительно относятся к татуировкам от 47% до 52%, нейтрально – от 12% до 16%, среди курсантов только 34% относятся положительно и 10% нейтрально, остальные относятся негативно.

На вопрос «Есть ли у Вас татуировка?» 23% студентов ответили положительно, 18% – хотели бы ее сделать, среди курсантов 17% и 9%, соответственно. Более 60% всех опрошенных респондентов подтвердили, что знакомы с людьми, у которых есть татуировки.

На вопрос «Считаете ли Вы, что татуировка – это искусство?», в студенческой среде от 45% до 48% ответили положительно, среди курсантов только 34% опрошенных ответили утвердительно.

На вопрос «В чем смысл нанесения татуировок?» среди опрошенных студентов от 38% до 40% ответили, что это в дополнение общего стиля, от 46% до 52% отметили, что чувствуют себя более уверенно, среди курсантов – 34% и 38%, соответственно. Среди всех опрошенных респондентов 68% знают о возможном вредном влиянии татуировок на организм человека.

**Выводы.** Таким образом, в современном мире татуировка стала многофункциональной – она исполняет роль не только украшения, но и способа самовыражения личности, а также делается с целью скрыть небольшие дефекты своего тела и добавить привлекательности ее носителю. Человек, сделавший татуировку, получает новый стимул к личностному развитию, он чувствует себя переступившим некую грань, за которую нет возврата. Татуировку можно назвать психологическим лекарством – многие люди, испытывающие чувство страха и неуверенность в себе, стали более открытыми и сильными после того, как их тело украсил рисунок.

УДК 616.24-032.12-08:616.72-007.234

Скиба Т.А.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ**

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск*

**Введение.** У пациентов старше 40 лет коморбидность хронической обструктивной болезни (ХОБЛ) и остеоартроза (ОА) встречается довольно часто. Международные и отечественные протоколы лечения ХОБЛ отмечают необходимость учитывать в лечении ХОБЛ сопутствующую патологию, которая оказывает отрицательное влияние на течение основного заболевания.

**Цель работы** - определить эффективность применения в комплексной терапии обострения ХОБЛ, сочетанной с ОА, дополнительно к базисным средствам препаратов L-аргинина и пентоксифиллина.

**Материал и методы исследования.** Исследовано 33 больных в среднем возрасте ( $54,4 \pm 3,1$ ) лет с обострением ХОБЛ (клиническая группа В - GOLD II), сочетанной с ОА крупных суставов без синовита - основная группа. Все больные были курильщиками со стажем курения ( $32,4 \pm 2,9$ ) пачка-лет. В зависимости от выбранного варианта лечения пациенты основной группы были разделены на 2 репрезентативные подгруппы - А и Б. Подгруппа А получала только базисные средства лечения ХОБЛ. Больным подгруппы Б базисное лечение дополняли препаратами L-аргинина внутривенно и пентоксифиллина

продолжительного перорально в течение 10 дней. Динамику оценивали по общему состоянию больных, данным спирометрии, содержанию лейкотриена (LT) B<sub>4</sub> в сыворотке крови с помощью иммуноферментного анализа реактивом «LTB<sub>4</sub> ELISA kit» (Enzo Life Sciences, USA). Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц в том же возрастном и гендерном диапазоне.

**Результаты исследования.** У всех пациентов при поступлении в стационарные отделения диагностировали инфекционное обострением ХОБЛ, сочетанной с ОА. Объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ<sub>1</sub>) у пациентов составлял  $(53,4 \pm 3,9)\%$ , тест на обратимость бронхообструкции перед лечением дал результат  $(2,9 \pm 0,3)\%$ , сатурация кислорода -  $(92,3 \pm 2,4)\%$ . Концентрация LTB<sub>4</sub> в сыворотке крови исследованных лиц была выше аналогичной у практически здоровых в 14,6 раза ( $p < 0,001$ ). В начале наблюдения между содержанием LTB<sub>4</sub> в сыворотке крови больных с ХОБЛ, ассоциированной с ОА, и значениями их ОФВ<sub>1</sub> была выявлена отрицательная корреляционная зависимость ( $r = -0,812$ ,  $p < 0,05$ ), что указывало на тесную связь маркеров воспаления с состоянием бронхиальной проходимости.

Перед выпиской из стационара у всех пациентов улучшилось общее состояние: уменьшилась одышка, частота эпизодов удушья, кашля, мокрота стала слизисто-гноющей или слизистой. Значение ОФВ<sub>1</sub> у пациентов обеих подгрупп улучшились незначительно и были сопоставимы между собой. Однако, у пациентов подгруппы А уровень LTB<sub>4</sub> снизился в 1,7 раза ( $p < 0,01$ ) от исходного, а в подгруппе Б более значительно - в 2,8 раза ( $p < 0,001$ ).

Сильная отрицательная корреляционная связь ( $r = -0,812$ ,  $p < 0,05$ ) между содержанием LTB<sub>4</sub> в сыворотке крови больных и значениями их ОФВ<sub>1</sub>, которая была до лечения, после лечения стала средней силы негативной у больных подгруппы А ( $r = -0,681$ ,  $p < 0,05$ ) и слабой - у лиц подгруппы Б ( $r = -0,475$ ,  $p < 0,05$ ). Это сопровождалось удлинением времени до следующего обострения у пациентов подгруппы Б, в среднем, на 5,4 месяца.

Таким образом, комплексное лечение с дополнительным использованием к базисным средствам лечения обострения ХОБЛ, сочетанной с ОА, препаратов L-аргинина и пентоксифиллина способствовало уменьшению концентрации LTB<sub>4</sub> в сыворотке крови пациентов с уменьшением выраженности системного воспаления и способствовало удлинению времени до наступления следующего обострения у больных с указанной коморбидностью.

---

## ЯЗЫК КАК ИНСТРУМЕНТ ПОЗНАНИЯ

---

*УДК 82-191*

*Мартынова А. М.*

***ВАШ ПОКОРНЫЙ СЛУГА ИВАН КРЫЛОВ***

*Научные руководители: ст. преп. Бахтоярова Л. И., Зайцева С. Н., Землякова С. Н.*

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук*

*ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность** исследования заключается в том, что басни И. А. Крылова и в наше время учат взрослых и детей правильным поступкам, воспитывают положительные качества характера, выявляют отрицательные черты человека, помогают вести борьбу с недостатками общества.

**Цель:** изучить литературную деятельность И. А. Крылова-баснописца.

Невозможно найти человека, который бы не знал Ивана Андреевича Крылова – великого русского баснописца, поэта, публициста, издателя.

Жизненный путь гениального русского баснописца Ивана Андреевича Крылова, завоевавшего всемирное признание «ровесника русской литературы», являет собой подлинно гражданский подвиг писателя – гуманиста и патриота.

Иван Андреевич Крылов родился в Москве 13 февраля 1769 года, но еще ребенком покинул Первопрестольную. Его отец, Андрей Прохорович Крылов, долгое время служил рядовым солдатом, затем ротным писарем и, в конце концов, дослужился до сержанта. Отличился во время подавления восстания Пугачёва и ушёл в отставку в 1774 году в чине капитана. Его мать, Мария Алексеевна, была простой женщиной без образования, но умной от природы, очень спокойной и набожной.

В 1775 году после ухода Андрея Прохоровича Крылова в отставку вся семья переехала в Тверь к бабушке. Отец был назначен председателем магистрата в Твери.

Ивану Крылову шел десятый год, когда умер отец. Андрей Прохорович Крылов «наукам не учился», но очень любил читать и привил свою любовь к книгам сыну. Он сам выучил мальчика чтению и письму и оставил ему в наследство сундук книг. Дальнейшее образование Крылов получил благодаря покровительству писателя Николая Александровича Львова. Иван учился вместе с его детьми и просто слушал разговоры литераторов и художников, приходивших в гости.

Учился молодой Крылов мало и бессистемно. Образование будущий баснописец получил скудное, но, обладая исключительными способностями, много читая с самого детства, настойчиво и упорно занимаясь самообразованием, он стал одним из самых просвещенных людей своего времени, приобрел достаточно прочные знания и широкий кругозор, научился играть на скрипке, блестяще знал итальянский и французский языки.

После смерти отца семья осталась без всяких средств к существованию. Мать мальчика хлопотала о пенсии, но в пенсии было отказано. Вдова стала добывать деньги на хлеб насущный услугами в богатых домах и чтением Псалтыря по покойникам. Крылову с десяти лет пришлось работать писцом в Тверском суде. Мальчик рано начал разбираться в неприглядной правде жизни.

В юности Крылов с особенным рвением посещал места большого скопления простого народа – торговые площади, ярмарки, где устраивались кулачные бои, было шумно, пёстро и празднично. Нередко он и сам участвовал в боях «стенка на стенку». Именно в толпе простого люда черпал Иван Андреевич перлы народной мудрости искрометного мужицкого юмора, ёмкие просторечные выражения, которые со временем лягут в основу его известных басен.

В четырнадцатилетнем возрасте будущий баснописец попал в Петербург, куда мать отправилась хлопотать о пенсии. Крылову удалось устроиться в канцелярию Казенной палаты. Однако дела служебные его не слишком интересовали. На первом месте среди увлечений юноши были литературные занятия и посещение театра

Первая известная нам проба пера состоялась в 1784 году. Крылов написал оперное либретто «Кофейница», трагедии «Клеопатра» и «Филомела», комическую оперу «Бешеная

семья». Эти произведения не принесли молодому автору ни денег, ни известности, но помогли попасть в круг петербургских литераторов.

Сатирический дар автора развивается, и в 1789 году Крылов выпускает журнал «Почта духов». Журнал просуществовал всего восемь месяцев, так как у журнала оказалось всего восемьдесят подписчиков, а спустя несколько лет ему на смену пришел «Зритель» (позже переименованный в «Санкт-Петербургский Меркурий»).

В конце 1793 года издание «Санкт-Петербургского Меркурия» прекратилось, так как режим постоянного сопротивления цензуре не мог продолжаться вечно. Через некоторое время Крылов отправился в путешествие по России.

В 1797 году Крылов поступил на службу к князю Голицыну в роли домашнего учителя и личного секретаря. В этот период автор не перестает создавать драматические и поэтические произведения. Именно для домашнего спектакля у Голицыных в 1799-1800 годах была написана пьеса «Триумф или Подщипа». В злой карикатуре на тупого, заносчивого и злого вояку Триумфа легко угадывался Павел I, не нравившийся автору прежде всего своим преклонением перед прусской армией и королем Фридрихом II. Ирония была настолько язвительна, что в России пьесу впервые опубликовали только в 1871 году.

Современники говорили об Иване Андреевиче Крылове как о человеке, наделенном множеством талантов, называли его и поэтом, и хорошим музыкантом, и математиком. Несмотря на то, что он был неповоротливым и очень тучным, при этом очень легко реагировал на критику и всегда мог ответить еще более остроумно.

В 1805 году он показал известному русскому поэту и баснописцу И. И. Дмитриеву свои переводы Лафонтена. Это был талантливый пересказ двух басен – «Разборчивая невеста» и «Дуб и трость». Дмитриев вынес заслуженный вердикт: в конце концов, Крылов нашёл то, что искал долгие годы, и отныне басня – это его и только его жанр. Сам поэт не сразу это понял. В 1806 году он напечатал только три басни, после чего вновь вернулся к драматургии.

В 1807 году выпустил сразу три пьесы, завоевавшие большую популярность и с успехом шедшие на сцене. Это – «Модная лавка», «Урок дочкам» и «Илья-Богатырь». Особенно большим успехом пользовались две первые пьесы, каждая из которых по своему высмеивала пристрастие дворян к французскому языку, модам, нравам и фактически ставила знак равенства между галломанией и глупостью, распутством и мотовством. Пьесы неоднократно ставились на сцене, причем «Модную лавку» играли даже при дворе. Несмотря на долгожданный театральный успех, Крылов решил пойти по другому пути. Перестал писать для театра и с каждым годом все больше внимания уделял работе над баснями.

В 1809 году начинается настоящий творческий взлёт Ивана Крылова. Первое издание его басен, состоявшее из 23 произведений (среди которых всем известное «Слон и Моська»), пользовалось огромной популярностью. С этих пор Крылов становится известным баснописцем, чьих новых произведений с нетерпением ждёт публика. Всего он написал 236 басен, которые вошли в девять прижизненных сборников. В этом же году Иван Андреевич Крылов был утвержден в должности помощника библиотекаря Русского отдела Императорской публичной библиотеки (поначалу там числилось всего четыре книги), где работал с 1812 по 1841 годы. Крылов внес огромный вклад в развитие публичной библиотеки, расширив коллекцию за счет редких книг; составил огромный словарь славянских языков.

Параллельно с народным признанием шло и признание официальное. И. А. Крылов был избран членом Российской Академии, а в 1823 году получил от нее Большую золотую медаль за литературные заслуги (золотую медаль получил в 1818 году).

В 1825 году в столице Франции при содействии графа Орлова вышел первый

зарубежный сборник басен Крылова на французском и итальянском языках.

С 1829 года Иван Андреевич Крылов стал почетным членом Петербургского университета. В 1841 году при преобразовании Российской Академии в Отделение русского языка и словесности Академии наук был утвержден первым ординарным академиком (по преданию, император Николай I согласился на преобразование с условием, «чтобы Крылов был первым академиком»).

Прижизненную популярность Ивана Андреевича можно сравнить только с популярностью Пушкина, Достоевского, Гоголя, Толстого, Державина и Грибоедова. Крылов стал классиком при жизни.

Умер Иван Андреевич Крылов в ноябре 1844 года от двустороннего воспаления легких. Ему было 75 лет.

**Выводы.** Мы отдаем дань Ивану Андреевичу Крылову не только как гениальному писателю, утвердившему и прославившему любимый народом жанр, мы ценим его жизнеутверждающую позицию, воспринятую нашей литературой, театром и даже изобразительным искусством.

**УДК 37.011.37**

**Морозов А. И.**

**ВАСИЛИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ СУХОМЛИНСКИЙ.  
СЕРДЦЕ ОТДАЮ ДЕТЯМ**

**Научные руководители: ст. преп. Тищенко Е. С., Землякова С. Н.,  
Зайцева С. Н., Бахтоярова Л. И., Плахотник А. Н.**

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук  
ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность** исследования заключается в изучении жизни, деятельности, психолого-педагогических идей выдающегося педагога-гуманиста В. А. Сухомлинского.

**Цель:** познакомить с методикой формирования у молодежи общепринятых нравственных норм, высоких моральных качеств и культурного потенциала, изложенной в книге В. А. Сухомлинского «Сердце отдаю детям».

Василий Александрович Сухомлинский родился 28 сентября 1918 года в селе Васильевка Кировоградской области.

Отец Василия Александрович – Александр Емельянович – работал по найму как плотник и столяр в помещичьих хозяйствах. В советское время Александр Емельянович стал одним из передовых людей села – был обще-ственным активистом, выступал в газетах как селькор, заведовал колхозной избой-лабораторией, руководил трудовым обучением в семилетней школе. Мать В. А. Сухомлинского, Оксана Авдеевна, была домашней хозяйкой, выполняла мелкую портняжную работу, трудилась в колхозе. Вместе с Александром Емельяновичем она воспитала, кроме Василия, ещё троих детей – Ивана, Сергея и Меланию. Все они стали сельскими учителями.

Летом 1933 года Василий поехал учиться в Кременчуг. Сначала он учился в медицинском техникуме, но вскоре ушел оттуда и поступил на рабочий факультет, который закончил

досрочно.

После окончания рабфака он поступил в педагогический институт. В 17 лет стал учителем в заочной школе недалеко от родного села и вскоре перевёлся в Полтавский педагогический институт, который успешно закончил в 1938 году. Затем возвратился в родные места, где стал преподавать украинский язык и литературу в онуфриевской средней школе.

В 1941 году Василий Александрович ушёл добровольцем на фронт. Под Смоленском он получил первое ранение. В январе 1942 года младший политрук Сухомлинский защищал Москву. Он снова был тяжело ранен и чудом остался жив. После выписки из уральского госпиталя с 1942 по 1944 годы работал директором школы посёлка Ува Удмуртской АССР. После освобождения Украины от фашистов, Василий Александрович вернулся в родные края и узнал, что его жену и маленького сына замучили в гестапо.

С 1947 года и по 1970 год он работает директором сельской Павлышской средней школы на Украине, которой бесценно руководил до конца своей жизни. Василий Александрович поставил перед собой задачу воспитать гармонично развитую личность, развить у ребенка личное отношение к окружающей действительности. Он придавал большое значение тому, чтобы дети учились и работали с пониманием, чтобы они испытывали ответственность перед другими людьми и перед своей совестью.

В 1955 году В. А. Сухомлинский стал кандидатом педагогических наук, а 1958 году – заслуженным учителем школы Украинской ССР. Он добился признания и небывалого для педагога почета – Звезда Героя Социалистического Труда, два ордена Ленина, медали К. Д. Ушинского и А. С. Макаренко, Государственная премия Украинской ССР, а в 1968 году он был избран членом-корреспондентом Академии педагогических наук СССР.

Василий Сухомлинский написал 48 монографий, более 600 статей, 1500 рассказов и сказок для детей, посвящённых воспитанию и обучению молодёжи. Его работы изданы на английском, немецком, французском, польском, испанском, японском и многих других языках.

Умер Сухомлинский 2 сентября 1970 года в поселке Павлыш, там, где проработал много лет.

Этот замечательный педагог жил в период огромных социальных потрясений, массового уничтожения людей, он прошёл через войну и личную трагедию. Но благодаря силе духа он всё преодолел, не утратил гуманного отношения к людям и стремился воспитать в детях лучшие человеческие качества.

В сказках, новеллах, рассказах Василий Александрович Сухомлинский выступает против превращения человека в машину, за человеческое в человеке.

Свой взгляд на воспитание он изложил в книге «Сердце отдаю детям». Эта книга – педагогическое кредо и одновременно педагогическое завещание Василия Александровича. Красной нитью через эту работу проходит идея становления душевного стержня человека – его мыслей, убеждений, чувств, эстетических взглядов и вкусов.

Автор учит, как воспитать счастливого человека, как добиться того, чтобы в нашем обществе не было ни одного человека с пустой душой.

В книге «Сердце отдаю детям» проблема воспитанника занимает центральное место. Решая ее, Сухомлинский исходил из необходимости учитывать, с одной стороны, своеобразие развития каждой индивидуальности (характер, темперамент, ум, интересы, желания, эмоции и т. д.), а с другой – те социально-общественные отношения, в которых происходит развитие ребенка (семья, улица, село, друзья, труд, то есть его микросреда). Воспитанник, в понимании Сухомлинского, – это активный, самостоятельный индивид, который живет

полнокровной и интересной жизнью. «Детство, – писал он, – важнейший период человеческой жизни, не подготовка к будущей жизни, а настоящая, яркая, самобытная, неповторимая жизнь».

Искренняя любовь к детям и подлинная педагогическая культура (по Сухомлинскому) – понятия нерасторжимые. Не случайно он отмечал: «Что самое главное было в моей жизни? Без раздумий отвечаю: любовь к детям».

Процесс обучения Сухомлинский предлагал строить так, чтобы постепенно, в соответствии с возрастными возможностями детей вводить их в круг знаний, развивать их творческую мысль и уверенность в своих силах. Вместе с тем в работе «Сердце отдаю детям» он акцентирует внимание на том, что процесс обучения должен быть эмоционально окрашен, доставлять детям настоящую радость. «...Сама жизнь требует, чтобы овладение знаниями начиналось исподволь, чтобы учение – этот самый серьезный и самый кропотливый труд ребенка – был, в то же время, и радостным трудом, укрепляющим духовные и физические силы детей».

Выдающийся педагог считал очень важным держать педагогический процесс на уровне разумно рассчитанного напряжения, чтобы оно не было максимальным, ведущим к перенапряжению детских сил, их изматыванию, истощению нервной системы. Умственные силы и нервная энергия не бездонный колодец. Брать из этого колодца надо, по его мнению, очень осмотрительно, а главное постоянно пополнять источник нервной энергии ребенка.

Вместе с тем не разумна и такая организация дела, при которой процесс приобретения знаний чрезмерно облегчается и школьник не работает в полную меру своих возможностей.

Сухомлинский справедливо считал, что умственное воспитание начинается там, где есть теоретическое мышление, где живое созерцание не конечная цель, а средство к ее достижению.

«Мы должны воспитать высокообразованных, трудолюбивых, настойчивых людей, готовых преодолевать не менее значительные трудности, чем преодолели их отцы, деды и прадеды».

И, следовательно, утверждает педагог, должна быть культура мышления, которую формирует в своих воспитанниках школа.

Сухомлинский считал, что уже в школьные годы должна практически решаться задача сближения труда умственного с трудом физическим, поэтому физический труд должен быть обязательным для всех.

Характерная особенность языка произведения «Сердце отдаю детям» – простота и ясность изложения, эмоциональная приподнятость, порой публицистическая страстность. Недаром так часто и охотно его цитируют в своих выступлениях педагоги.

Впервые книга «Сердце отдаю детям» вышла еще при жизни Василия Александровича летом 1969 года.

**Выводы.** В своем напутствии выпускникам, вступающим в жизнь, он говорил:

«Человеческой силе духа нет предела. Нет трудностей и лишений, которых бы не мог одолеть человек. Не молчаливо перетерпеть, перестрадать, но одолеть, выйти победителем, стать сильнее. Больше всего бойтесь минуты, когда трудность покажется вам непреодолимой, когда появится мысль отступить, пойти по легкому пути».

В этих словах весь В. А. Сухомлинский – гуманист, мыслитель, педагог.

**Л. Н. ТОЛСТОЙ – ВЕЛИКИЙ ПИСАТЕЛЬ, ГОРДОСТЬ РУССКОЙ  
И МИРОВОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

**Научные руководители: Плахотник А.Н., Землякова С.Н.,  
Зайцева С.Н., Бахтоярова Л.И.**

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук  
ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность** исследования определяется тем, что в творчестве Л. Н. Толстого особенно наглядно и глубоко отразились те исторические и духовные процессы, которые происходили в России с начала XIX века. Поэтому без всестороннего и глубокого исследования жизни и творчества Л. Н. Толстого невозможно раскрыть не только специфику творческой эволюции великого реалиста, но и определить своеобразие всего литературного процесса второй половины XIX века.

**Цель:** на примере жизни и творчества Л. Н. Толстого показать основные идейные и нравственные тенденции эпохи, опираясь на протопоставление патриархальных нравственно-религиозных принципов народа и светских социальных принципов дворянства.

Лев Николаевич Толстой родился 9 сентября 1828 года в селе Ясная Поляна Тульской губернии. Он был четвертым ребенком в большой дворянской семье. Отец его – гусарский подполковник, мать – урожденная княжна Волконская. По материнской линии Толстой находился в родстве с Пушкиными.

Мальчику было полтора года, когда умерла мать, и девять лет, когда умер отец. Опекунюм пятерых детей Толстых стала тетя, сестра отца, Александра Ильинична Остен-Сакен. Два старших ребенка переехали к тете в Москву, а младшие остались в Ясной Поляне. Именно с семейной усадьбой связаны самые важные и дорогие воспоминания раннего детства Льва Толстого.

Получив домашнее воспитание, обычное в то время для детей помещиков, Толстой в 1844 году поступает в престижный Императорский Казанский университет на факультет восточных языков; через год он переходит на юридический.

Под влиянием собственных размышлений и чтения, убедившись в пустоте светской жизни, разочарованный университетскими занятиями, Толстой бросает светские развлечения, перестает посещать университет, увлекается Руссо и просиживает дни и ночи над книгами этого писателя, имевшего на него большое влияние. В книгах Толстой ищет не умственных наслаждений и не знаний самих по себе, но практических ответов на вопросы, как жить и чем жить, т. е. в чем смысл и истинное содержание жизни. Путем усиленного духовного напряжения он определяет план будущей своей жизни, которая должна проходить в деятельной помощи людям. Придя к этому выводу, Толстой в 1847 году бросает университет и едет в Ясную Поляну заняться бытом крестьян и улучшить их положение.

В родовом имении Толстой попытался наладить быт и начать писать. Он составил распорядок дня и план образования: изучать языки, историю, медицину, математику, географию, юриспруденцию, сельское хозяйство, естественные науки. Однако вскоре пришел к выводу, что легче строить планы, чем их осуществлять. Многие неудачи и разочарования позже были описаны в рассказе «Утро помещика». Все эти неудачи побудили Льва Толстого изменить образ жизни.

В 1851 году он отправился на Кавказ, где прослужил почти два с половиной года. В битвах

он был хладнокровен и отважен, всегда находился в самых опасных местах и не раз представлен был к награде. Именно на Кавказе родилась повесть «Детство», а в 1854 году он опубликовал в журнале «Современник» вторую повесть, «Отрочество».

В конце 1854 года Лев Толстой прибыл в Севастополь — эпицентр военных действий. Находясь в самой гуще событий, он создал рассказ «Севастополь в декабре месяце», в котором прославлял храбрость русских солдат. Вскоре Толстой начал работать над вторым рассказом — «Севастополь в мае».

В 1855 году из руин Севастополя Толстой отправился в изысканный Петербург. В столице Лев Толстой закончил «Севастополь в мае» и написал «Севастополь в августе 1855 года» — эти очерки завершили трилогию. А в 1856 году писатель окончательно оставил военную службу.

В Петербурге Лев Николаевич сближается с кружком литераторов: Тургеневым, Гончаровым, Островским, Некрасовым, Дружининым, Фетом. Его новые взгляды на жизнь, культуру, на цели и задачи личной жизни человека были чужды общим взглядам литераторов и отдаляли от них Толстого. Он оставался, в общем, замкнут и одинок.

В 1859 году Толстой основал школы для крестьянских детей в Ясной Поляне и в окрестностях деревни. Через год после их открытия писатель отправился за границу, чтобы узнать, как устроено народное образование в европейских школах. Толстой хотел создать свою систему образования в яснополянской школе: он упразднил все правила дисциплины и отменил педагогические программы. В 1862 году писатель начал издавать педагогический журнал «Ясная Поляна» с книгами для чтения. Позднее написал «Азбуку», «Арифметику», четыре «Книги для чтения». По этим книгам выучилось не одно поколение детей. Рассказы из них с увлечением читают дети и в наше время.

В 1862 году Толстой женился на 18-летней Софье Андреевне Берс, дочери московского врача. С ней писатель прожил 48 лет. За время брака у них родилось 13 детей. Софья Андреевна стала секретарем, переписчицей и неофициальным редактором Льва Толстого. Устроив спокойную семейную жизнь, писатель отдается изучению философии, древних классиков, собственным литературным работам, не забывая ни школы, ни сельского хозяйства. С 1864 года по 1869-й он занят исторической эпопеей «Война и мир». Главной идеей произведения стал не патриотизм, а пацифизм: яростный протест автора, выраженный еще в «Севастопольских рассказах», сподвиг его на описание бед, которые влечет за собой война. Книга имела огромный успех.

По окончании эпопеи «Война и мир» Толстой приступил к созданию нового произведения, в котором отразилась пореформенная жизнь России. Так появился роман «Анна Каренина», работе над которым Толстой посвятил четыре года.

В конце 1880-х годов Толстой пишет роман «Воскресение», в котором открыто показывает, кому симпатизирует, а кого — осуждает. Его сюжет был основан на подлинном судебном деле. Именно в «Воскресении» четко обозначены резкие взгляды автора на церковные обряды. Эта работа стала одной из причин, послуживших к полному разрыву между Православной церковью и графом Толстым.

В начале 90-х годов XIX века почти половину центральных губерний страны охватил голод, и Толстой включился в борьбу с народным бедствием. Благодаря его призыву был развернут сбор пожертвований, закупка и доставка продовольствия в деревни. В это время под руководством Толстого в деревнях Тульской и Рязанской губерний было открыто около двухсот бесплатных столовых для голодающего населения.

В 1901–1902 годах Толстой перенес тяжелую болезнь. По настоянию врачей писателю

пришлось поехать в Крым, где он провел более полугода. В Крыму он встречался с Чеховым, Короленко, Горьким, Шалапиным и др.

В дневниках и письмах Толстого отразились тяжелые переживания, которые были вызваны разладом писателя с семьей. Он хотел передать принадлежащую ему землю крестьянам и желал, чтобы его произведения безвозмездно издавали все, кто захочет. Семья же писателя противилась этому. Старый помещичий уклад жизни, сохранившийся в Ясной Поляне, тяготил Толстого.

В октябре 1910 года он, тайно от семьи, навсегда покинул Ясную Поляну, решив отправиться на юг и провести остаток своей жизни в крестьянской избе, среди простого русского народа. Однако в дороге Толстой тяжело заболел и был вынужден сойти с поезда на небольшой станции Астапово. Последние семь дней своей жизни великий писатель провел в доме начальника станции. Умер Толстой 20 ноября 1910 года. Известие о смерти одного из выдающихся мыслителей, замечательного писателя, великого гуманиста глубоко поразило сердца всех передовых людей этого времени.

**Выводы.** Творческое наследие Толстого имеет огромное значение для мировой литературы. Литературное наследие писателя составило 90 томов художественных и публицистических произведений, дневниковых заметок и писем. С годами интерес к творчеству писателя не ослабевает, а, наоборот, растет. Как справедливо заметил А. Франс: «Своей жизнью он провозглашает искренность, прямоту, целеустремленность, твердость, спокойный и постоянный героизм, он учит, что надо быть правдивым и надо быть сильным... Именно потому, что он был полон силы, он всегда был правдив!»

**УДК 82-14**

**Пафнатов Е. А.**

**Ф. И. ТЮТЧЕВ – ПОЭТ, ДИПЛОМАТ, ПУБЛИЦИСТ, ФИЛОСОФ**

**Научные руководители: ст. преп. Землякова С. Н., Зайцева С. Н., Бахтоярова Л. И.,  
Плахотник А. Н.**

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук  
ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность** исследования определяется активизировавшимся интересом современной филологической науки к Ф. И. Тютчеву – поэту и мыслителю на рубеже столетий и тысячелетий.

Цель. Рассмотреть феномен творчества Ф. И. Тютчева в контексте его наследия и противоречивом философском, общественном и историко-литературном контексте XIX века Тютчев Федор Иванович родился 23 ноября 1803 года в селе Овстуг Брянского уезда Орловской губернии. Федор – средний ребенок в семье. Кроме него у Ивана Николаевича и его жены Екатерины Львовны было еще двое детей: старший сын – Николай и младшая дочь – Дарья.

Рос будущий писатель в спокойной благожелательной атмосфере. От матери он унаследовал тонкую душевную организацию, лиричность и развитое воображение. Высоким уровнем духовности обладала вся семья Тютчевых.

В 4-летнем возрасте к Федору был приставлен Николай Афанасьевич Хлопов – крестьянин, который выкупился из крепостной зависимости и поступил на службу к благородной чете.

Грамотный, благочестивый мужчина не только снискал уважение господ, но и стал для будущего публициста другом и товарищем. Хлопов был свидетелем пробуждения литературного гения Тютчева.

Родители Федора приняли решение нанять учителя, который смог бы не только обучить их детей основам грамматики, арифметики и географии, но и привить любовь к иностранным языкам. Под чутким руководством поэта и переводчика Семена Егоровича Раича Федор изучал точные науки и знакомился с шедеврами мировой литературы, проявляя неподдельный интерес к античной поэзии.

В 1817 году будущий публицист в качестве вольнослушателя посещал лекции именитого литературного критика Алексея Федоровича Мерзлякова. Профессор заметил его незаурядный талант и в 1818 году на заседании Общества любителей Российской словесности зачитал оду Тютчева «На новый 1816 год». В марте того же года четырнадцатилетний поэт был удостоен звания члена Общества, а через год в печати появилось его стихотворение «Послание Горация к Меценату».

Осенью 1819 года подающий надежды юноша был зачислен в Московский университет на факультет словесности. Там он подружился с молодым писателем Владимиром Одоевским, поэтом и литературным критиком Степаном Шевыревым, журналистом и публицистом Михаилом Погодиным. Университет Тютчев окончил на три года раньше положенного срока и выпустился из учебного заведения со степенью кандидата.

В феврале 1822 года восемнадцатилетний Тютчев был зачислен на службу в коллегию иностранных дел города Петербурга в чине губернского секретаря. Он жил у своего родственника графа Остерман-Толстого, который впоследствии выхлопотал ему должность внештатного атташе российской дипломатической миссии в Баварии.

В столице Баварии Тютчев не только изучал романтическую поэзию и немецкую философию, но и переводил на русский язык произведения Фридриха Шиллера и Иоганна Гете. Собственные стихи Федор Иванович публиковал в российском журнале «Галатей» и альманахе «Северная лира».

В Мюнхене (с 1820 по 1830 год) Тютчевым были написаны самые знаменитые его стихи: «Весенняя гроза», «Как океан объемлет шар земной...», «Фонтан», «Зима не даром злится...», «Не то, что мните вы, природа...», «О чем ты воешь, ветр ночной?..».

Известность пришла к поэту в 1836 году, когда в журнале «Современник» под заголовком «Стихотворения, присланные из Германии» были опубликованы 16 его произведений. В 1839 Тютчев за самовольную отлучку был уволен из Министерства иностранных дел и лишился звания камергера. В 1841 году Тютчев познакомился с Вацлавом Ганкой – деятелем чешского национального возрождения, оказавшего на поэта большое влияние. С этого времени идеи славянофильства и объединения славянских народов приобрели явственное звучание в публицистике и политической лирике поэта.

Деятельность Тютчева, направленная на повышение авторитета России за границей, снискала одобрение Николая I, и в 1844 году Тютчеву было возвращено звание камергера и место в Министерстве.

С 1848 года Федор Иванович занимал должность старшего цензора. Несмотря на отсутствие поэтических публикаций и громкой известности, он стал заметной фигурой в петербургских литературных кругах: Н. А. Некрасов восторженно отзывался о его творчестве и ставил в один ряд с лучшими поэтами-современниками, А. А. Фет привлекал его произведения в

качестве доказательства существования «философской поэзии», поэзии мысли, остающейся при этом чистым искусством.

Творчество поэта пронизано идеями натурфилософии: природа в его произведениях никогда не бывает просто декорациями, на фоне которых развивается действие. Тютчевская природа — это природа первобытных стихий, неупорядоченности и хаоса, бездна, на краю которой обречен жить человек. Поэт пытается постичь основы мироздания, определить место человека в природном хаосе. Трагедия человеческого бытия заключается в неспособности достижения гармонии с природой, частью которой он является.

В 1854 году писатель выпустил в свет свой первый сборник, в который вошли как старые стихотворения 1820–1830-х, так и новые творения литератора. Поэзия 1850-х годов была посвящена молодой возлюбленной Тютчева – Елене Денисьевой, которой посвятил романс «Я встретил Вас»

В 1858 году действительный статский советник Тютчев был назначен Председателем комитета иностранной цензуры. На этом посту, несмотря на многочисленные неприятности и столкновения с правительством, Тютчев пробыл 15 лет, вплоть до своей кончины.

В 1864 году муза Федора Ивановича умерла. Поэт очень болезненно переживал эту потерю. Спасение он нашел в творчестве. Стихи «Денисьевского цикла» («Весь день она лежала в забытии...»), «О, этот Юг, о, эта Ницца!..», «Есть в осени первоначальной...») – верх любовной лирики поэта.

После Крымской войны новым министром иностранных дел России стал Александр Михайлович Горчаков (он учился вместе с А. С. Пушкиным в Лицее). Представитель политической элиты уважал Тютчева за его прозорливый ум. Дружба с канцлером позволила Федору Ивановичу влиять на внешнюю политику России.

Славянофильские взгляды Федора Ивановича продолжали укрепляться. Правда, после поражения в Крымской войне в четверостишье «Умом Россию не понять...» Тютчев призывал народ не к политическому, а к духовному объединению.

В 1865 году Тютчев был произведен в тайные советники, тем самым достигнув третьей, а фактически и даже второй степени в государственной иерархии.

Вторая половина 1860-х гг. стала роковой для Тютчева: вереница смертей родных и близких негативно сказалась на здоровье поэта.

В декабре 1872 года поэт утратил свободу движения левой руки и ощутил резкое ухудшение зрения; его начали одолевать мучительные головные боли. Утром 1 января 1873 года, невзирая на предостережение окружающих, поэт пошёл на прогулку, намереваясь посетить знакомых. На улице с ним случился удар, парализовавший всю левую половину тела.

Воскресным утром 15 июля 1873 года великий русский поэт, философ, государственный деятель и дипломат Ф. И. Тютчев скончался в Царском селе. 18 июля был похоронен на Новодевичьем кладбище в Санкт – Петербурге.

**Выводы.** Фигура Федора Ивановича Тютчева – явление в культурной жизни России важное и особенное, но малоизученное. Поэтому его биография еще состоит из загадочных и малоизученных фактов. Человек высокого духа и мысли, Тютчев и через двести лет нам интересен, доступен и понятен. Он и сегодня наш современник. И, несомненно, еще долго будет современником не для одного поколения людей, живущих на этой планете.

**ТАРАС МИХАЙЛОВИЧ РЫБАС. НЕУГАСАЮЩИЙ СВЕТ ЕГО ДУШИ**

*Научный руководитель доц. Черных И. А.*

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук*

*ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

**Актуальность** исследования определяется возрастающей значимостью изучения творчества известного советского писателя Тараса Михайловича Рыбаса, чей столетний юбилей мы отмечаем в этом году. Человека, сделавшего поразительно много для культуры Луганщины.

Цель: познакомиться с фактами жизни литератора, получить конкретное представление о взаимоотношениях личности и среды, взаимосвязи мировоззрения и творчества писателя. Каждый из нас приходит на эту землю, чтобы выполнить свою миссию, предначертанную

Свыше. Мудрость человека заключается в том, чтобы понять, каково же его предназначение. И если это происходит, человек чувствует себя счастливым, невзирая на все сложности и испытания, ведь самое главное – найти свой путь, найти себя.

Одним из таких людей и был известный луганский писатель, журналист, общественный деятель Тарас Михайлович Рыбас, в честь которого названа одна из улиц нашего города.

Символично, что на ней находится мост, соединяющий старую часть города и новую. Судьба Тараса Михайловича была неразрывно связана с Луганском и объединила разные исторические эпохи, как и мост, соединяющий разные исторические части города. В творчестве нашего земляка открывается Донбасс в его героической истории, в его созидающем настоящем и светлом будущем.

14 марта 1919 года во время гражданской войны в селе Старые Санжары Полтавской губернии в семье земских работников, телеграфиста и акушерки, родился Тарас Михайлович Рыбас.

Когда мальчишке исполнилось 11 лет, семья переехала на Донбасс, который и стал для него настоящей родной землёй. В 1937 году Тарас Рыбас окончил среднюю школу шахты №8-9 в

Боковке и в том же году поступил на гидротехнический факультет Новочеркасского инженерно-мелиоративного института. Студентом много занимался спортом, увлекся литературой и начал писать стихи. Однажды, когда крутил на турнике «солнце», сорвался с перекладины и повредил себе позвоночник. Учился тогда Тарас Рыбас на четвертом курсе, это был самый канун войны. Он перенес не одну тяжелейшую операцию, месяцами неподвижно лежал в больничных палатах. Институт пришлось оставить, зато еще больше в вынужденном одиночестве потянулся к литературе, ведь после больниц подолгу был прикован к жесткой койке.

Любовь матери, время и сила духа Тараса преодолели недуг. Вернулась возможность ходить, но остались боли в спине. Увы, приходилось носить корсет – без него боли в спине были невыносимы.

На войну, как инвалид, он попасть, естественно, не мог. Тарас Михайлович жил в это время с матерью под Старобельском. Когда немцы захватили город, в нем была создана подпольная организация. О том, что в ней принимал участие Тарас Рыбас, достоверных данных нет, однако, он был арестован и в числе военнопленных и подпольщиков под усиленной охраной был отправлен в областной центр, где в Каменном Броде оккупанты на скорую руку организовали концлагерь. За городком Счастье, когда конвоированная колонна приближалась к назначенному фашистами месту, Тарас Рыбас с несколькими товарищами

совершил побег и через леса и заросшие балки вновь пробрался в Старобельск, который вскоре был освобожден. Несмотря на травму, юноша пошел добровольцем на фронт и попал в часть противовоздушной обороны, в которой провоевал вплоть до 1944 года. К обучению в вузе Тарас Рыбас вернулся лишь после Великой Отечественной войны, но о карьере инженера пришлось забыть. К тому же длительные размышления о своей судьбе и судьбе страны подталкивали его к другой стезе. С 1944 года он становится сотрудником областной газеты «Ворошиловградская правда» – выездным корреспондентом, потом завотделом.

В 1945 году состоялась первая публикация молодого журналиста «Осінній день Лаврентія Ільїнова». Думал ли он тогда о писательской судьбе? Сложно ответить. Но Слово, тот самый пушкинский «глагол», загорелось в его сердце.

В 1952 году заочно окончил историко-филологический факультет Луганского педагогического института имени Т. Г. Шевченко.

Как журналист Рыбас ставил перед собой цель: предельно точно, достоверно, объективно отражать события. Правда и честность им понимались как обязательные качества любого пишущего человека.

Первая книга рассказов Тараса Рыбаса вышла в 1955 году. Называлась она просто и лаконично – «Встречи». Автору было 36 лет. Он многое пережил и увидел, поэтому первая книга была вовсе не «пустышкой», как иные дебюты. Во «Встречах» уже «обрисовался» стиль «классического» Рыбаса: емкая краткость в воссоздании мира, психологическая верность в передаче внутреннего мира человека.

И ещё. Писатель «привел» в искусство местный, донбасский материал, с его особым колоритом и выразительностью. Очевидные художественные достоинства первой книги были замечены. Рыбас в 1956 году стал членом Союза писателей СССР.

Уже через четыре года, в 1959 году, выходит вторая книга рассказов Тараса Рыбаса – «Марийка». Рассказ, давший название сборнику, пожалуй, стал визитной карточкой писателя. Несколькими чертами Рыбас изображает Луганск 1919 года. Скупыми красками обрисован город, но за этой скупостью – красноречивая картина гражданской войны.

К теме гражданской войны Тарас Рыбас возвращался неоднократно, посвятив ей пьесу «Живая цепь» и роман «Красный снег».

Роман Тараса Рыбаса, написанный исключительно на местном материале, сохранил удивительную актуальность и сегодня, когда в Донбасс опять пришла война, рождённая новым историческим поворотом, неизбежно ведущим к отчуждению человека от человека. В мае 1965 года было образовано Луганское областное отделение Союза писателей СССР. Тарас Рыбас стал первым руководителем (тогда это называлась «ответственный секретарь») областной писательской организации. До 1965 года областные писательские организации были только в 10 областных центрах Украины. Как верно сказал писатель Валерий Полуйко: «Писательская организация Луганщины была детищем Рыбаса, а сам «он был её добрым гением»».

Рыбас уделял много внимания начинающим литераторам, работал с ними не для галочки, не для формы, а честно и бескорыстно, отыскав талант, всегда стремился помочь ему. Триумф Владислава Титова в 1967 году – всецело заслуга Тараса Рыбаса. Тарас Михайлович сделал все возможное и даже невозможное, чтобы повесть молодого писателя «Всем смертям назло» была опубликована: привез рукопись в Москву, передал члену редколлегии журнала «Юность» писательнице Марии Прилежаевой, и они вдвоем убедили главного редактора этого журнала Бориса Полевого напечатать первое произведение шахтера-героя.

Не менее значимая заслуга Тараса Рыбаса – возвращение в родной город имени и наследия Владимира Ивановича Даля. Т. М. Рыбас был одним из тех немногих луганских интеллигентов, которые выступили с инициативой создания мемориального музея Владимира Даля. При жизни писателя открыть музей не получилось. Он появился лишь в 80-е годы и был открыт в доме, сохранённом Тарасом Рыбасом.

Из публикаций Т. М. Рыбаса впервые луганчане узнали о замечательной семье Алчевских: о первом «народном капиталисте» Алчевском и его мудрой жене, написавшей такую книгу, которая заинтересовала самого Ф. М. Достоевского. Христина Алчевская была инициатором приглашения школьным учителем самого Б. Д. Гринченко. А о первооткрывателе Донбасса – Л. И. Лутугине, он мог говорить с такими подробностями, словно защищал диссертацию по истории Донбасса.

Тарас Рыбас написал до обидного мало. Свои замыслы он не осуществил во многом из-за того, что отдавал свои силы и время другим. Его упрекали в этом, но за помощью шли именно к нему. Он не стремился множить тиражи собственных книг, не стремился заполучить очередную премию или награду, не выпячивал себя.

**Выводы.** Сорок два года прошли с тех пор, как Тарас Рыбас ушел в вечность, но свет его души не угасает, согревает, помогая нам найти правильные жизненные ориентиры, найти себя. И хочется верить, что в 2019 году, в год 100-летия со дня рождения писателя, ставшего Личностью в судьбе шахтерского степного края, в столице новой Республики на улице имени Тараса Рыбаса в его честь будет поставлен памятник.

*УДК 177*

*Харьковский В. Е.*

***КТО СТРЕМИТСЯ К ВЫСОКОЙ ЦЕЛИ – НЕ ДОЛЖЕН ДУМАТЬ О СЕБЕ. И. С. ТУРГЕНЕВ***

*Научные руководители: Бахтоярова Л. И., Зайцева С. Н., Землякова С. Н.  
Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук  
ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность исследования заключается в том, что романы Тургенева актуальны и сегодня. Творчество Тургенева имело не только художественное, но и общественно-политическое значение, которое и придавало художественный блеск его произведениям. Писатель всегда быстро улавливал новые общественные веяния и своевременно откликался на все волнующие события своей эпохи.

Цель: на примере жизни и творчества Тургенева показать основные идейные и нравственные тенденции эпохи, раскрыть проблемы русского национального характера, показать сложные отношения человека с природой, с другими людьми и самим собой.

Иван Сергеевич Тургенев родился 9 ноября 1818 года в Орле. Отец Ивана Сергей Николаевич Тургенев служил в то время в кавалергардском полку. Иван был вторым сыном в семье. Мать будущего писателя, Варвара Петровна, происходила из богатой дворянской семьи, она была властной, деспотичной и непростой женщиной. Крепостнические привычки уживались в ней с начитанностью и образованностью. Мальчик видел жестокость своей

матери по отношению к дворовым людям. «Ненависть к крепостному праву уже тогда жила во мне, – писал позднее Тургенев, – она была причиной тому, что я, выросший среди побоев и истязаний, не осквернил руки своей ни одним ударом».

Грамоте мальчика обучали часто сменявшиеся французские и немецкие гувернёры. В семье Варвары Петровны все говорили исключительно по-французски, даже молитвы в доме произносились на этом языке. Но и родной язык и литература были ей не чужды: она и сама обладала прекрасной образной русской речью. Варвара Петровна следила за новинками литературы, была хорошо осведомлена о творчестве Н. М. Карамзина, В. А. Жуковского, А. С. Пушкина, М. Ю. Лермонтова и Н. В. Гоголя. Живой, впечатлительный, не по годам развитый мальчик внимательно прислушивался к разговорам взрослых, охотно общался с дворовыми людьми, от которых узнавал разные истории, рассказы, предания, были. В доме Тургеновых была довольно большая библиотека, которая стала для Тургенева самым любимым местом в доме, где он порой проводил целые дни.

В 1827 году Тургеновы, чтобы дать детям образование, поселились в Москве. Учился будущий писатель вначале в пансионе Вейденгаммера, затем у директора Лазаревского института И. Ф. Краузе, а в 1833 году поступил на словесный факультет Московского университета. В то же время здесь обучались А. И. Герцен и В. Г. Белинский. Год спустя семья переехала в Санкт-Петербург, где Иван Тургенев перешёл в Петербургский университет на философский факультет. В 1834 году, будучи студентом третьего курса, он написал драматическую поэму «Стéно», в которой нашли свое отражение размышления юного поэта о смысле жизни и о назначении в ней человека

В 1836 году Тургенев окончил университет со степенью действительного студента. Мечтая о научной деятельности, в следующем году он выдержал выпускной экзамен и получил степень кандидата. К 1837 году им было написано уже около ста небольших стихотворений и несколько поэм («Повесть старика», «Штиль на море», «Фантасмагория в лунную ночь», «Сон»).

Тургенев решил продолжить свое образование и в мае 1838 года отправился в Берлин. В Берлинском университете он посещал лекции по истории римской и греческой литературы, а дома занимался грамматикой древнегреческого и латинского языков, что позволило ему свободно читать античных классиков. Все это сыграло в формировании мировоззрения Тургенева очень важную роль. Особое значение имели для него знакомство и дружба со Н. В. Станкевичем, который повлиял на становление Тургенева как писателя.

Вскоре после смерти Станкевича писатель познакомился и подружился с М. А. Бакуниным, ставшим позднее известным революционером и теоретиком анархизма. Свои впечатления от общения с Бакуниным и Станкевичем Тургенев позднее передал в романе «Рудин».

В 1841 году Иван Сергеевич вернулся в Лутовиново. В начале 1842 года он выдержал экзамен в Петербургском университете на степень магистра по греческой и латинской филологии на латинском языке.

Позднее Тургенев был принят на службу чиновником особых поручений в канцелярию под начальством В. И. Даля, известного писателя и этнографа. Однако служил Тургенев недолго и в мае 1845 года вышел в отставку.

В ноябре 1843 года Тургенев написал стихотворение «Утро туманное», положенное в разные годы на музыку. После публикации стихотворение было воспринято как отражение любви Тургенева к Полине Виардо, с которой он встретился в это время.

С 1847 года Иван Тургенев участвовал в преобразованном «Современнике», где сблизился с Н. А. Некрасовым и П. В. Анненковым. В журнале начали публиковать первые главы

«Записок охотника», в которой писатель изобразил картину русской действительности и запечатлел образ великого русского народа середины XIX века.

В 1847 году Тургенев с Белинским уехал в Париж, где стал свидетелем революционных событий. Конец 1840-х - начало 1850-х годов стали временем наиболее интенсивной деятельности Тургенева. Он написал такие пьесы, которые пользовались большим успехом на сцене: «Где тонко, там и рвётся», «Нахлебник», «Холостяк», «Месяц в деревне», «Провинциалка».

В 1850 году Тургенев вернулся в Россию. В мае 1852 года его выслали в родную деревню за написанный некролог по поводу смерти Н. В. Гоголя (цензура запретила публикацию каких-либо материалов о Гоголе), и только благодаря хлопотам графа А. К. Толстого через два года писатель вновь получил право жить в столицах. В 1852 году Тургенев написал рассказ «Муму», одно за другим были опубликованы такие произведения: «Рудин», «Дворянское гнездо», «Накануне», «Отцы и дети».

Осенью 1855 года Тургенев познакомился со Львом Толстыми и в сентябре того же года в «Современнике» был опубликован рассказ Льва Николаевича «Рубка леса» с посвящением И. С. Тургеневу.

Иван Сергеевич в начале 1859 года приступил к работе над романом «Накануне». Роман явился результатом внимательного изучения писателем жизни того времени. В этот сложный период Тургенев создает роман «Отцы и дети», в котором отразил борьбу двух противодействующих сил русского общества – либералов и революционных демократов.

В 1863 году Тургенев поселился в Баден-Бадене. Здесь писатель активно участвовал в культурной жизни Западной Европы. Знакомился с крупнейшими писателями Германии, Франции и Англии, пропагандируя русскую литературу, произведения русских композиторов и художников за рубежом. Об этой стороне своей деятельности Тургенев не без гордости говорил: «Считаю великим счастьем своей жизни, что я несколько приблизил свое отечество к восприятию европейской публики». В числе его знакомых были Чарльз Диккенс, Жорж Санд, Виктор Гюго, Эмиль Золя, Анатоль Франс, Ги де Мопассан. Все они считали Тургенева выдающимся художником-реалистом и не только высоко ценили его произведения, но и учились у него. Обращаясь к Тургеневу, Ж. Санд говорила: «Учитель! — Все мы должны пройти вашу школу!».

В 1878 году на международном литературном конгрессе в Париже писатель был избран вице-президентом. В июне 1879 года он был удостоен звания почётного доктора Оксфордского университета. Плодом размышлений писателя о жизни стал самый крупный по объёму его роман - «Новь».

Цикл лирических миниатюр «Стихотворения в прозе» справедливо считаются заключительным аккордом литературной деятельности писателя. В них нашли отражение почти все темы и мотивы его творчества, они навсегда вошли в золотой фонд нашей литературы. Цикл «Стихотворения в прозе» завершило стихотворение «Русский язык» — знаменитый гимн о вере в великое предназначение своей страны. Этот сборник стал прощанием Тургенева с жизнью и искусством.

В последние годы Тургенев тяжело болел. Парижские врачи ставили ему диагноз грудная жаба и межреберная невралгия. Скончался Тургенев 3 сентября 1883 года. Был похоронен в Петербурге на Волковом кладбище рядом с Белинским.

Выводы. Иван Тургенев был одним из самых значимых русских писателей XIX века. Его произведения восхваляли и жестко критиковали, а Тургенев всю жизнь искал в них путь, который привел бы Россию к благополучию и процветанию.