



***МАТЕРИАЛЫ ИТОГОВОЙ МЕЖВУЗОВСКОЙ
СТУДЕНЧЕСКОЙ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СНО-2020»***

***ГУ ЛНР
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»,
г. Луганск, 2020.***

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

г. Луганск

Оргкомитет конференции:

Ректор, 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 Чекмарева Диана Гариковна;

Зам. председателя Зайченко Владислав Юрьевич

Члены редколлегии: Зайченко В. Ю.,

Колтунова А. М., Чекмарева Д. Г.

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

СОДЕРЖАНИЕ

1	Акжигитова А. М., Веснянцева А. Н., Кряковцева К. С., Труфанова М. С., СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА МИКРОБНОЙ БЛЯШКИ, ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ И КЕРАМИЧЕСКИХ БРЕКЕТОВ	<i>стр.12-13</i>
2	Бибик Е.Ю., Бущик А.А., Куликова Т.И. Бурлаченко А.В., Волохова С.А. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА РЕЙЕ	<i>стр. 14-15</i>
3	Бибик И.В., Исмаилова Е.С., Халимова А.П., Пухальская А.А., Сульженко Д.В. ИССЛЕДОВАНИЕ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ТЕТРАГИДРОПИРИДОНОВ И ГЕКСАГИДРОХИНОЛИНОВ, ПРОИЗВОДНЫХ α-ЦИАНОТИОЦЕТАМИДА	<i>стр. 15-17</i>
4	Бибик И.В., Ковалёва А.Н. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТРОЙ ПЕРОРАЛЬНОЙ ТОКСИЧНОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ТЕТРАГИДРОПИРИДОНОВ И ГЕКСАГИДРОХИНОЛИНОВ, ПРОИЗВОДНЫХ α-ЦИАНОТИОЦЕТАМИДА	<i>стр. 17-18</i>
5	Бондарь Д. Н. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	<i>стр. 19-20</i>
6	Борисенко М.Д., Егунова Т.Ю. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ ПОСРЕДСТВОМ ИЗМЕРЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА	<i>стр. 20-21</i>
7	Бочарова С.А., Панилова Ю.Н., Янчук Е.С. АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЕ «ЛИЦО» ЭНДОКРИННЫХ ДИСФУНКЦИЙ У УСЛОВНО ЗДОРОВОЙ МОЛОДЕЖИ ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ	<i>стр. 21-23</i>
8	Гаевая Д. А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОПУЛЯРНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛАБИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ КАССИИ ОСТРОЛИСТНОЙ	<i>стр. 24-25</i>
9	Гондилова Е.И. СТРУКТУРА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ВЕЩЕСТВАМИ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ	<i>стр. 25-26</i>
10	Горяникова И.Н., Шмураков Ю.А., Колесников Д.А., Дегтярь Е.С. АНАЛИХ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	<i>стр. 26-28</i>

	РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ЛНР В ПЕРИОД С 2016 ПО 2019 ГОДЫ	
11	Греков С.В., Краснобрыжев И.О., Бобык О.А., Кондуфор О.В., Радионова С.И. ПРИМЕНЕНИЕ КИНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	<i>стр. 28-29</i>
12	Грищенко А.А. ХАРАКТЕР И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ	<i>стр. 29-30</i>
13	Даутов Д. Р., Барулин Д. О. ГОНИОМЕТРИЧЕСКИЙ СТАТУС СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	<i>стр. 31-33</i>
14	Добарин Е.Е., доц. Ковалева И.С., доц. Ковалев В.Б., асс. Литвинова О.Н. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА	<i>стр. 33-35</i>
15	Дуракова В.Я., Чужбойская Е.А., асс. Литвинова О.Н., доц. Ковалев В.Б., доц. Ковалева И.С. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	<i>стр. 35-36</i>
16	Ершова И.Б., Лохматова И.А., Волосник А.С., Колесникова Е.Н. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИМ ТЕХНОЛОГИЯМ	<i>стр. 37-38</i>
17	Ефименко Е. А. ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ	<i>стр. 38-40</i>
18	Жорник А.А., асс. Литвинова О.Н. СУСТАВНОЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	<i>стр. 40-41</i>
19	Зайченко Е.В. АНАЛИЗ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ г. ЛУГАНСКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ КРАТКОСРОЧНЫМ ПРОГНОЗОМ	<i>стр. 41-43</i>
20	Зинченко Е.В., Сумцова Ю.А., Чистякова Ю.С. ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ АЛЛОГЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА РАННИХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГЕНЕРАТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ	<i>стр.43-44</i>

	СОСТАВ СКЕЛЕТА	
21	Золотаревская М.В., Лалова М.Ю. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ	<i>стр. 44-46</i>
22	Калоева Д. Ю, Панилова Ю. Н. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА	<i>стр. 46-47</i>
23	Калоева Д.Ю, Панилова Ю.Н., ассист. Ермоленко А.В. ИЗУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ Г. ЛУГАНСКА ПО МЕТОДИКЕ МВИ	<i>стр. 47-48</i>
24	Карташова Е.Ю., Погорелов П.В., Погорелова И.А. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЁЖНОЙ СРЕДЕ	<i>стр. 48-50</i>
25	Квитковский Б.Д. ФАРМАКОЛОГИЯ ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ	<i>стр. 50-51</i>
26	Кожокарь Д.Ю., Кожокарь Ю.Ю. ХАРАКТЕРИСТИКА СВОДА СТОПЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ	<i>стр. 52-55</i>
27	Колесник Н. А., Аникин Д. В. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЛНР	<i>стр. 55-56</i>
28	Колесников Д.А., Туренко С.А., Дегтярь Е.С., Кондуфор О.В., Радионова С.И. ПАТОЛОГИЯ ВЕРБАЛЬНОЙ ПАМЯТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТА ЛИЧНОСТИ УРОВНЯ АУТИЗАЦИИ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ОБЕДНЕНИЕМ	<i>стр. 56-58</i>
29	Кондрашова М. А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛИСТЬЯХ МАТЬ-И-МАЧЕХИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСЛОВИЙ ХРАНЕНИЯ	<i>стр. 58-59</i>
30	Копельян Н.Н.1, Саркисян В.К.2,, Ткаченко А.В.2, Юсеф Я.Р.2 «ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОТНЫХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ МЫШЦ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»	<i>стр. 59-61</i>

31	<i>Косарева Н.М.1, Белинский С.С.2, Бондарева Д.И.2</i> РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АСПЕКТЕ ВАЛИДНОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ	<i>стр. 61-62</i>
32	<i>Кривоколыско Б. С., Вендиктова Ю. С., Самокиш А. А., Заболотная Н. Г.</i> ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ КРЫС С КАЛОВЫМ ПЕРИТОНИТОМ НА ФОНЕ ФАРМАКОКОРРЕКЦИИ ЧАСТИЧНО ГИДРИРОВАННЫМИ ПИРИДИНАМИ, ПРОИЗВОДНЫМИ ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА	<i>стр. 63-64</i>
33	<i>Кривоколыско Б.С., Бурдейная А.А.</i> ЧАСТИЧНО ГИДРИРОВАННЫЕ ПИРИДИНЫ, ПРОИЗВОДНЫХ ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ ПРИ ОСТРОМ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ГЕПАТИТЕ	<i>стр. 64-65</i>
34	<i>Лещинский П.Т., Краснопольская Е.Н., Борисенко М.Д., Егунова Т.Ю.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ	<i>стр. 65-66</i>
35	<i>Лигус В.Ю., Боботина Л.В.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА УЧЕНИКОВ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ	<i>стр.66-67</i>
36	<i>Липатникова А. С., Колтунова А. М., Зайченко В. Ю.</i> РОЛЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ	<i>стр. 67-69</i>
37	<i>Липатникова А. С., Разуваева И. С., Заец А. Н.</i> КАЛЬЯН И МОЛОДЕЖЬ, ВРЕД ИЛИ ЗДОРОВЬЕ!	<i>стр. 69-70</i>
38	<i>Липатникова А.С., Пилиева Е. В., Халимова А.П., Гончарова А.А.</i> «ГИПОГЛИКЕМИЯ У СТУДЕНТОВ ПО УТРАМ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?»	<i>стр. 70-72</i>
39	<i>Липатникова А.С., Ревенко А.А., Синченко М.В.</i> Грыжа диафрагмального отдела пищевода или стенокардия?	<i>стр. 73-74</i>
40	<i>Липатникова А.С., Сысойкина Т.В., Исмаилова Е.С.</i> «МАСКИ» СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	<i>стр. 74-76</i>
41	<i>Лисовская О.Л., Передерий Е. А., Деревянко А. В.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРАФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ТОВАРОВ, А ИМЕННО ГРУППЫ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ, ФАКТОРЫ И ПРЕДПОЧТЕНИЯ, ФОРМИРУЮЩИЕ СТРУКТУРУ ТОРГОВОГО АССОРТИМЕНТА, РЕАЛИЗУЕМЫХ В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОРОДА ЛУГАНСКА	<i>стр. 76-77</i>
42	<i>Лисовская О. Л., Передерий Е. А., Степанчук Е. А.</i> АССОРТИМЕНТ, ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА И ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО СПРОСА НА ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ИЗ РЕЗИНЫ	<i>стр. 77-78</i>

	В АПТЕКАХ ГОРОДА ЛУГАНСКА	
43	Луценко А. И., Копытин И. М., Шилов М.А. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ MIXT ПАТОЛОГИИ: ТУБЕРКУЛЕЗ И РАК (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	<i>стр. 79-81</i>
44	Луценко А.И., Копытин И.М., Дещинский М.Р. ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ КРЫС НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫЙ ПРЕПАРАТОВ В КОМБИНАЦИИ С РАСТВОРОМ ЭТАНОЛА	<i>стр. 81-83</i>
45	Ляхова М.О., Кондуфор О.В., Радионова С.И. ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ	<i>стр. 84-85</i>
46	Мамедова В.С., Радионов В.Г. МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ	<i>стр. 86-87</i>
47	Манищенкова Ю.А., Агеева Д.В., Жданова Т.В., Таран О.В., Музыря Е.М. Диагностика и лечение COVID-19 ассоциированной пневмонии (клинический случай)	<i>стр. 87-88</i>
48	Мироненко Т.В., Борисенко В.В., Фулиди Е.В. КЛИНИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ФОНЕ ФЕОХРОМАЦИТОМЫ	<i>стр. 88-89</i>
49	Морозова О. К., Шибинская А. А. РАННИЕ КОГНИТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	<i>стр. 89-90</i>
50	Морозова О.К., Шибинская А.А. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ДОСТАТКА	<i>стр. 91-92</i>
51	Назарян Д. С. ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ ЭКСПЕРИМЕНТА НА КРЫСАХ ПО ИЗУЧЕНИЮ ВЛИЯНИЯ СОЧЕТАННОГО ПРИЕМА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФОНЕ СПИРТСОДЕРЖАЩИХ ВЕЩЕСТВ НА ОРГАНИЗМ	<i>стр. 92-95</i>
52	Парамзина Ю.В., Радионова А.Н., Кудряк И. Ю., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В. ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ, СОЦИАЛЬНОГО И ДУХОВНОГО СТАТУСА ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ	<i>стр. 95-96</i>
53	Передерий Е. А., Бущик А. А., Рябова А. А. ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К САМОРАЗВИТИЮ НА ФОНЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	<i>стр. 96-98</i>

54	Передерий Е.А., Бошуева К.Е., Конюхова А. А., СОВРЕМЕННЫЕ КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА	<i>стр. 98-99</i>
55	Передерий Е. А., Лисовская О. Л., Медведева Е. Б. АССОРТИМЕНТ И ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО СПРОСА НА ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В АПТЕКАХ ГОРОДА ЛУГАНСКА И ОБЛАСТИ	<i>стр. 99-100</i>
56	Передерий Е. А., Пахолка Н. А., Семенидо Е. А., Сеймовский Д. А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ГАЛЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ ХРАНЕНИЯ	<i>стр. 101-102</i>
57	Передерий Е. А., Передерий С. В., Тагирова М. А., Богданова Т. С. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ АПТЕКИ	<i>стр. 102-104</i>
58	Передерий Е. А., Стрельченко Н. Н., Рыбак Е. О. АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ТАБЛЕТИРОВАННЫХ АНТИГИСТАМИННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ИХ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДОСТУПНОСТЬ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ	<i>стр. 104-105</i>
59	Передерий Е.А., Цыганова Ю.А. ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА НАСТОЙКИ ВАЛЕРИАНЫ РАЗНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ	<i>стр. 105-106</i>
60	Передерий Е. А., Юнусова И. А., Матченко М. В. ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ГУСТЫХ ЭКСТРАКТОВ ИЗ НЕКОТОРЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СЕМЕЙСТВА LAMIACEA	<i>стр. 107-108</i>
61	Пивник Д.А., Хрипунов Д.П. ВОПРОСЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТЬЮ В РЕЖИМЕ КАРАНТИНА: ВЗГЛЯД СТУДЕНТА	<i>стр. 108-110</i>
62	Радченко В.Д. , Петрова О.В. , Овчарова К.В. ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ: КАК НЕ НАВРЕДИТЬ СЕБЕ В РЕЖИМЕ РАБОТЫ “СТУДЕНТ – МОНИТОР КОМПЬЮТЕРА”	<i>стр. 110-111</i>
63	Решикова В. В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МОЛНИЕНОСНОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО МИОКАРДИТА АБРАМОВА- ФИДЛЕРА	<i>стр. 112-114</i>
64	Самойлов А.В, Чуменко О.Г. «ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ COVID-19»	<i>стр. 114-116</i>
65	Сахаров С.В., доц. Ковалев В.Б., доц. Ковалева И.С., асс. Литвинова О.Н. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	<i>стр. 116-118</i>

66	<i>Сиднева Д.В.</i> ОЦЕНКА ЭМБРИО- И ФЕТОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДНЫХ ТЕТРАГИДРОПИРИДО[2,1-В][1,3,5]ТИАДИАЗИНА	<i>стр. 118-119</i>
67	<i>Смолярчук К.Д., Кузмичева А.Г., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В., Бобык О.А.</i> КОМОРБИДНОСТЬ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ЭНДОГЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	<i>стр. 119-121</i>
68	<i>Сонина Е.В., Матвеева А.С., Чечеткина Л.А.</i> Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходного тракта III-IV степени, впервые выявленная (клинический случай)	<i>стр. 121-123</i>
69	<i>Степаненко Г.В., Петренко В.И.</i> Клинико-функциональные показатели при дистрофических поражениях сетчатки и зрительного нерва у больных с алкогольной болезнью печени	<i>стр. 123-125</i>
70	<i>Тильченко Д.А., Борисов Р.А, Ерошенко С.Ю..</i> КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДИКИ МОДЕЛИРОВАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЖИВОТНЫХ	<i>стр. 125-126</i>
71	<i>Тильченко Д.А., Мирошник Е.А, Вихристюк В.А.</i> ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС НА МОДЕЛИ «ДЕКСАМЕТАЗОНОВОГО» САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОСЛЕ ФАРМАКОКОРРЕКЦИИ ЧАСТИЧНО ГИДРИРОВАННЫМ ПИРИДИНОМ	<i>стр. 127-128</i>
72	<i>Тильченко Д.А., Ревенко А.А, Крапива А.А..</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ КРЫС НА РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА	<i>стр. 128-130</i>
73	<i>Торопчин В. И., Одуд А.М., Самокиш А. А., Вендиктова Ю. С.</i> ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА	<i>стр. 130-131</i>
74	<i>Труфанов С. Ю., Заика А. А., Кожокарь К.</i> ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПУТЕЙ ДИФФУНДИРОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ ВНУТРИ ТКАНЕВЫХ СТРУКТУР ЗУБА СПОСОБОМ КОМПРЕССИОННОГО ОКРАШИВАНИЯ АНИЛИНОВЫМИ КРАСИТЕЛЯМИ	<i>стр. 131-133</i>
75	<i>Труфанова М. С., Акжигитова А. М., Веснянцева А. Н., Кряковцева К. С.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА МИКРОБНОЙ БЛЯШКИ, ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ И КЕРАМИЧЕСКИХ БРЕКЕТОВ	<i>стр. 133-135</i>

76	Унукович К. Ю., Кривошеков М. В., Корецкий А. В. ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОГО ПРИЕМА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ С ЭТАНОЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОЙ КРОВИ КРЫС	<i>стр. 135-138</i>
77	Урусова Ю.В., Абраменко В.Л. СИНТЕЗ И БИОАКТИВНОСТЬ IN VITRO КОМПЛЕКСОВ ДИОКСОМОЛИБДЕНА(VI) С ИЗОНИКОТИНОИЛГИДРАЗОНАМИ В-ДИКАРБОНИЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ	<i>стр. 138-140</i>
78	Чекмарева Д.Г. ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА	<i>стр. 140-142</i>
79	Чекмарева Д.Г. ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ШКОЛЬНЫХ УЧИТЕЛЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	<i>стр. 142-144</i>
80	Чистякова Ю.С., Воронько Е.А., Кондуфор О.В., Радионова С.И., Бобык О.А. СТАТИСТИКА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АНОРЕКСИИ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	<i>стр. 144-145</i>
81	Шипилова Н.В., Специальная А. В., Цыганова Ю. А. ТЕРАТОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	<i>стр. 145-146</i>
82	Юнусова И. А., Передерий Е. А., Кожемякина А. С. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ПОВЕРХНОСТНО – АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ВЫСВОБОЖДЕНИЕ ГУСТОГО ЭКСТРАКТА ЛИСТЬЕВ ШАЛФЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ИЗ ВАГИНАЛЬНЫХ СУППОЗИТОРИЕВ	<i>стр. 146-147</i>
	Материалы конференциии к 75-летию Победы	
83	Кислица Д.И., Карман В.В. НА ВОЙНЕ ВЗРОСЛЕЮТ РАНО	<i>стр. 148-149</i>
84	Комаров М.С. РУССКАЯ ПРАВОСЛАВНАЯ ЦЕРКОВЬ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	<i>стр. 149-151</i>
85	Юсеф Я.Р. НАШИ ПРЕПОДАВАТЕЛИ – СОЛДАТЫ ПОБЕДЫ	<i>стр. 151-153</i>
	Русский язык	
86	Иванец Н. В. РАЗМЫШЛЕНИЯ ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО О ЕВАНГЕЛЬСКОМ ГУМАНИЗМЕ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ РУССКИХ ХУДОЖНИКОВ	<i>стр. 154-155</i>
87	Петров И.С., Варюхин Д.М.	<i>стр. 155-158</i>

	СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА. ЖИЗНЬ В ССЫЛКАХ.	
88	<i>Петрухно А.В., Котова М. В.</i> СТАНОВЛЕНИЕ ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО КАК ВРАЧА	<i>стр. 158-162</i>
89	<i>Пустовит Е. Е.</i> ДЕТСТВО И ЮНОСТЬ В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО	<i>стр. 162-164</i>
90	<i>Рублёва Ю. В.</i> ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АРХИЕПИСКОПА-ВРАЧА ЛУКИ (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО)	<i>стр. 164-168</i>
	Философия	
91	<i>Башук Е. А., Крохмаль Е. А.</i> ГЕРАКЛИТ КАК ОСНОВОПОЛОЖНИК ДИАЛЕКТИКИ	<i>стр.169-170</i>
92	<i>Зайченко Е. Н.</i> Значение античной культуры и науки для последующего развития европейской цивилизации	<i>стр. 170-171</i>
93	<i>Красников Р. Д.</i> УЧЕНИЕ ПЛАТОНА ОБ ИДЕАЛЬНОМ ГОСУДАРСТВЕ	<i>стр. 172-173</i>
94	<i>Скрипниченко А. А.</i> ЗАРОЖДЕНИЕ АНТИЧНОЙ ФИЛОСОФИИ. МИЛЕТСКАЯ ШКОЛА: ИДЕИ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ ФИЛОСОФОВ	<i>стр. 173-175</i>
95	<i>Чернышова В. Н.</i> ФИЛОСОФСКИЕ ИДЕИ АРИСТОТЕЛЯ, ИХ МЕСТО В ИСТОРИИ ФИЛОСОФИИ	<i>стр. 175-177</i>
96	<i>Шавлова М. С.</i> ИСТОКИ ДРЕВНЕГРЕЧЕСКОЙ ФИЛОСОФИИ. МИФОЛОГИЯ	<i>стр. 177-179</i>

Акжигитова А. М., Веснянцева А. Н., Кряковцева К. С., Труфанова М. С.
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА МИКРОБНОЙ БЛЯШКИ,
ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ И
КЕРАМИЧЕСКИХ БРЕКЕТОВ**

Научный руководитель: ассист. Труфанова М.С.

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, г.Луганск

Актуальность. По данным исследований частоты встречаемости зубочелюстных аномалий, проведенных рядом кафедр медицинских вузов РФ за 2017 год частота встречаемости ЗЧА составляет:

- У детей возрастом 3-6 лет (молочный прикус) – 12,28-14,21%
- Возрастом 7-9 лет (ранний сменный прикус) – 14,86-19,02%
- Возрастом 10-12 лет (поздний сменный прикус) - 44,86-45,23%
- Возрастом 13-16 лет (постоянный прикус) – 21,54 27,43%

В среднем в лечении с применением брекет- систем нуждается 11% детского населения РФ. Следует заметить, что ношение несъёмной назубной аппаратуры приводит к ухудшению гигиены полости рта, развитию кариеса и воспалительных процессов десны (гингивиты и пр.) Также очевидно, что тщательное соблюдение пациентом принципов гигиены полости рта помогает свести эти неблагоприятные побочные эффекты ортодонтического лечения к минимуму. Нередко врачи-ортодонты в дополнение к обычной чистке зубов рекомендуют пациентам применять зубные эликсиры и растворы антисептиков для полоскания полости рта с целью предотвращения развития кариеса и воспалительных процессов десны.

Цель:

- 1.исследовать качественный и количественный состав биотопа микробной бляшки, формирующейся на поверхности брекетов.
- 2.На основании полученных данных оптимизировать гигиенические рекомендации для пациентов, проходящих ортодонтическое лечение при помощи несъёмной ортодонтической аппаратуры.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие добровольцы возрастом 17-20 лет (всего 20 человек). Для исследования были выбраны :

А) лигатурные металлические брекеты, как наиболее часто устанавливаемый вид брекетов.
Б) лигатурные керамические брекеты, так как они на втором месте по популярности после металлических брекет-систем ввиду их большей эстетичности. Требования к участникам исследования:

- соматически здоровые (первая диспансерная группа здоровья) – данные получали путём сбора анамнеза.
- Интенсивность кариеса: низкая (0,0 – 1,1) или очень низкая (1.2 – 2.6)
- Состояние гигиены полости рта – хорошее и очень хорошее (определяли при помощи гигиенического индекса Грина –Вермильона) Фамилия в презентации латиницей и цифровые данные индекса)
- Отсутствие хронических ЛОР-заболеваний нёбных миндалин и ротоглотки (на основании данных анамнеза и объективного осмотра пациентов)

На предварительно очищенную поверхность 35 и 45 зубов на светоотверждаемый

клей фиксировались брекетy: на 35 – керамический, на 45 – металлический. На брекет надевалась эластичная лигатура, для имитации обычного режима нахождения брекета в полости рта пациента. Через 30-45 дней после фиксации брекетy снимали специальными щипцами для снятия брекетов, поверхность зубов полировали и покрывали фтор-лаком для профилактики кариеса.

В стерильных пробирках брекетy транспортировали в лабораторию в течение часа после снятия и делали посев на среды:

-Мясо пептонный бульон

-Шоколадный агар

-Цитратная плазма

Добровольцы, у которых в процессе ношения брекетов происходил отрыв хотя бы одного брекета из исследования выбывали.

Результаты и их обсуждение. И металлические, и керамические брекетy дали рост микрофлоры, характерной для нормального биотопа наддесневой бляшки здоровых людей: *Str. Gingivalis*, *Str. Epidermidis*, микрококки. Однако есть различия в количественном составе. Рост бактерий на поверхности керамических брекетов был более интенсивным. Разница составляла до одного порядка.

Выводы:

1. Микрофлора, полученная из зубной бляшки, формировавшейся на поверхности металлических и керамических брекетов типична для наддесневой бляшки здоровых людей.
2. Кариесогенной флоры обнаружено не было.
3. Есть значительное отличие в количественных показателях: на поверхности керамических брекетов рост значительно обильнее, чем на металлических.
4. Потенциально керамические брекетy являются более комфортной средой для активного роста стрептококков, которые являются стартовым звеном в запуске воспалительного процесса в маргинальной десне, следовательно потенциальный риск развития катарального гингивита у пациентов этой группы выше.

Известно, что видовой особенностью стрептококков является так называемая коадгезия, т. е. способность прикреплять на поверхность стрептококковой бляшки другие микроорганизмы. На поверхности колоний, сформированных *Str. Gingivalis* и *Str. Epidermidis* охотно заселяются *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivales*, которые являются довольно агрессивными пародонтопатогенами и способствуют развитию гингивита и пародонтита.

Адгезином для *Str. Gingivalis* и *Str. Epidermidis* к поверхности зубов и ортопедических конструкций являются белковые и липопротеидные соединения, а присутствие глюкозы и галактозы в среде способствует адгезии микроорганизмов. Адгезином для *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivales* являются афимбриальные адгезины – белковые соединения.

Поэтому мы рекомендуем для профилактики катарального гингивита пациентам применять ополаскиватели с ксилитом, например President Классик плюс, President профи, леденцы с ксилитом «Ксилитол» (Мирадент), Biorepair Mouthwash (Доктор Слон) и пр.

А при наличии симптомов гингивита или массивного мягкого налета на поверхности брекетов курсом местно применить препараты, содержащие протеолитические ферменты, например ополаскиватели и зубные пасты, гели, например R.O.C.S. Minerals с бромелаином и ксилитом.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА РЕЙЕ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бибик Е.Ю.

Кафедра фундаментальной и клинической фармакологии

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет

имени Святителя Луки», г. Луганск

Актуальность. Синдром Рейе - это редкая форма острой энцефалопатии и жировой инфильтрации печени, которая имеет тенденцию к появлению после некоторых острых вирусных инфекций, зачастую после использования производных салициловой кислоты и пиразолона. Чаще он является неврологическим осложнением вирусного заболевания у детей. Раннее распознавание и своевременное лечение данной патологии может спасти жизнь больного и значительно сократить длительность заболевания, ввиду чего является весьма актуальной.

Цель. Изучить имеющуюся в литературных источниках информацию о синдроме Рейе в части патогенеза, а также клинических проявлений и осложнений, которые возникают в течение лечения.

Материалы и методы исследования. Анализ литературных и справочных данных.

Результаты работы и их обсуждение. В ходе изучения литературных источников по данной теме были определены основные клинические проявления синдрома Рейе, а также осложнения и патогенез данной патологии.

Первопричиной синдрома Рейе является нарушение функции митохондрий, прежде всего в клетках головного мозга и гепатоцитах. Однако поражаются и другие органы и ткани: сердце, почки, поджелудочная железа, скелетная мускулатура. Электронная микроскопия выявляет набухание и полиморфизм митохондрий с разрывом наружной мембраны и деформацией крист. При чем агент, ответственный за дисфункцию митохондрий, не установлен. Термостабильный фактор, влияющий на функцию митохондрий *in vitro*, обнаруживается в сыворотке крови у некоторых больных с синдромом Рейе. Не исключается и влияние других факторов-вирусов, антивирусных антигенов генетической предрасположенности (например, гетерозиготность по биохимическим нарушениям в цикле мочевины), воздействие токсинов или лекарственных препаратов, а также их синергическое взаимодействие.

Синдрому Рейе обычно предшествует инфицирование вирусом гриппа В и вирусом ветряной оспы. Однако данное заболевание связывают также с иммунизацией живыми вирусами и с множеством различных вирусных агентов; к ним относят вирусы Коксаки, гриппа А, герпеса (простой герпес и опоясывающий лишай) Эпштейна-Барр, парагриппа, кори, краснухи, коревой оспы, а также реовирус, аденовирус, полиовирус-1 и эховирусы.

Тяжесть клинических проявлений синдрома Рейе сильно варьирует, но характерно двухфазное течение. Начальные симптомы вирусной инфекции (инфекция верхних отделов респираторного тракта или иногда ветряная оспа) через 5–7 дней сменяются тяжелой тошнотой и рвотой с внезапным изменением психического состояния. Изменения психического состояния могут варьироваться от легкой амнезии, слабости, изменения зрения и слуха и сонливости до неустойчивых эпизодов дезориентации и тревожного возбуждения, которое может быстро прогрессировать до стадии глубокой комы, проявляющейся: прогрессирующей ареактивностью, декортикационной и

децеребрированной позой, судорогами, вялостью, фиксированными расширенными зрачками и остановкой дыхания.

Осложнениями синдрома Рейе являются: нарушение водно-солевого баланса, повышение внутричерепного давления, несхарный диабет, аритмии, геморрагический диатез, панкреатит, дыхательная недостаточность, гипераммониемия, аспирационная пневмония, нарушение терморегуляции температуры и вклинение ствола головного мозга в большое затылочное отверстие. и смерть

Синдром Рейе следует подозревать у любого ребенка с острым началом энцефалопатии (без зафиксированных контактов с тяжелыми металлами или токсинами) и неукротимой рвотой, связанной с нарушением функции печени. Биопсия печени помогает поставить окончательный диагноз, выявляя микровезикулярное, жировое перерождение клеток печени. Диагноз также может быть установлен, когда типичная клиническая картина и анамнез сопровождаются повышением активности печеночных трансаминаз, нормальным уровнем билирубина, повышением уровня аммиака в крови.

Метаболические расстройства включают повышенные сывороточные уровни аминокислот, нарушение кислотно-щелочного равновесия (обычно с гипервентиляцией, смешанным респираторным алкалозом – метаболическим ацидозом), осмолярные изменения, гипернатриемию, гипокалиемию и гипофосфатемию.

Исход связан с продолжительностью мозговой дисфункции, выраженностью и скоростью прогрессирования комы, тяжестью повышенного внутричерепного давления и степенью повышения уровня аммиака в крови. Тяжесть состояния при I стадии определяется начальным уровнем аммиака крови > 100 мкг/мл и протромбиновым временем на ≥ 3 сек больше, чем в контроле, и может прогрессировать до более высоких стадий. При летальных случаях среднее время от госпитализации до смерти составляет 4 дня. Смертность в среднем составляет 21%, но находится в диапазоне от $< 2\%$ среди пациентов в стадии I до $> 80\%$ среди пациентов в стадиях IV или V.

Выводы. Таким образом, синдром Рейе – опасное патологическое состояние, требующее неотложной и эффективной медикаментозной помощи. Раннее распознавание синдрома Рейе и своевременное проведение соответствующего лечения служат основой благополучного исхода заболевания у таких детей. Ввиду этого данная тема представляет особую актуальность для дальнейшего углублённого изучения.

УДК 547: 615.212

***Бибик И.В., Исмаилова Е.С., Халимова А.П., Пухальская А.А.,
Сульженко Д.В.***

**ИССЛЕДОВАНИЕ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ТЕТРАГИДРОПИРИДОНОВ И
ГЕКСАГИДРОХИНОЛИНОВ,
ПРОИЗВОДНЫХ α -ЦИАНОТИОЦЕТАМИДА**

Научный руководитель д. мед. н., проф. Бибик Е.Ю.

Кафедра фундаментальной и клинической фармакологии

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

Актуальность. Боль является важным защитным биологическим феноменом, который мобилизует все необходимые для выживания организма функциональные системы, позволяющие преодолеть вредоносные воздействия, спровоцировавшие её.

В настоящее время нестероидные противовоспалительные средства являются самой назначаемой группой фармакологических средств в мире. К сожалению, наряду с высокой фармакотерапевтической эффективностью по основным показаниям, именно с применением НПВС ассоциируется целый спектр осложнений (ульцерогенность, гепатотоксичность, гематотоксичность, нейротоксичность, кардиотоксичность и др.). В связи с бесконтрольным приемом существующих в настоящее время НПВС осуществляется поиск новых анальгетических средств.

Цель: поиск среди тетрагидропиридонов и гексагидрохинолинов, производных α -цианотиоацетамида, потенциальных анальгетических средств.

Материалы и методы. Объектами исследования явились тетрагидропиридоны под лабораторными шифрами **TD0364**, **TD0353**, **TD0351**, **CV036**, а также гексагидрохинолины **CV125** и **OC05184**. Проводили определение анальгетической активности с помощью теста орофациальной тригеминальной боли, которую моделировали путем подкожного введения 0,1 мл 5% раствора формалина в область вибрисс у лабораторных крыс.

Среди общепринятых методов оценки термической боли нами была избрана методика тепловой иммерсии хвоста, основанная на спинальном флексорном рефлексе в ответ на погружение хвоста в горячую воду. Болевое раздражение моделировали при погружении хвоста в сосуд с водой, температура которой составляла 50-54°C, измеряя при этом величину латентного периода реакции. Анальгетическая активность оценивалась по увеличению времени реакции отдергивания хвоста.

Результаты и их обсуждения. В ходе нашего исследования мы определили, что наиболее выраженную болеутоляющую активность проявляют вещества с лабораторными шифрами **CV125** (10,15 с) и **OC05184** (10,90 с). Умеренной анальгетической активностью обладают следующие производные тетрагидропиридоптиадиазина с шифрами **TD0364**, **TD0351** и **TD0353**, которые более чем в два раза увеличивают время отдергивания хвоста при тепловой его иммерсии.

Производное пиридина под шифром **CV036** анальгетических свойств не показало.

В результате теста орофациальной тригеминальной боли, нам удалось определить, что наиболее высокую анальгетическую активность за первые 10 минут наблюдения, показали образцы **CV125** и **OC05184**, а сравнимую с эффектом от применения препарата-референта (кетаролака) проявили следующие вещества: **TD0353** и **TD0364**.

По истечению пятнадцати минут после введения альгогена, лидером по анальгетической активности оказался образец с шифром **OC05184**, который на 19,3% был эффективнее кетаролака. Также наблюдалось, что производное гексагидрохинолина **CV125** за этот промежуток превзошло референт на 14,66%. Активность, аналогичную кетаролаку, показал **TD0353**.

На протяжении 20 минут после введения раствора формалина в область вибрисс, максимально выраженная анальгетическая активность у образцов **CV125** и **OC05184**. Последние превосходят по обезболивающей активности кетаролак на 24,4% и 16,5%. Производное тетрагидропиридоптиадиазина **TD0351** в тесте орофациальной тригеминальной боли показало низкую анальгетическую активность.

Соединение **CV036** в аналогичной дозе не проявило своей анальгетической активности.

Выводы. Проведенные нами скрининговые исследования 6 новых производных тетрагидропиридона и гексагидрохинолина показали наличие максимально выраженной анальгетической активности в дозе 5 мг/кг у двух соединений: **CV125** и **OC05184**. Анальгетическую активность, сравнимую с эффектом от применения препарата-референта (кетаролака) проявили следующие производные **TD0353** и **TD0364**. Умеренно выраженную анальгетическую активность в тесте тепловой иммерсии хвоста, показало соединение с шифром **TD0351**. Анальгетическая активность соединения **CV036** отсутствует.

УДК 547.823: 547.825: 615.212

Бибик И.В., Ковалёва А.Н.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТРОЙ ПЕРОРАЛЬНОЙ ТОКСИЧНОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ
ПРОИЗВОДНЫХ
ТЕТРАГИДРОПИРИДОНОВ И ГЕКСАГИДРОХИНОЛИНОВ,
ПРОИЗВОДНЫХ α -ЦИАНОТИОЦЕТАМИДА**

*Научный руководитель: д. мед.н., профессор Бибик Е.Ю. Кафедра
фундаментальной и клинической фармакологии ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ
ЛУКИ», Луганск*

Актуальность. В настоящее время существует большое количество лекарственных средств, обладающих противовоспалительными, обезболивающими, а также жаропонижающими свойствами, но все они имеют свои побочные эффекты. Примером могут служить НПВП, которые способствуют развитию эрозивно-язвенного поражения органов желудочно-кишечного тракта, вызывают токсические гепатиты, сердечно-сосудистые осложнения, поражение центральной нервной системы, аллергические реакции, являются нефротоксичными соединениями.

Учитывая обширную группу разноплановых побочных эффектов, оказывающих свое влияние на многие системы организма человека и во многом влияющих на полноценность человеческой жизни, в настоящее время диктуется острая необходимость поиска новых потенциальных НПВП с достаточным уровнем эффективности и высоким профилем безопасности.

Цель: определить острую пероральную токсичность *in vivo* производных тетрагидропиридонов и гексагидрохинолинов, производных α -цианотиоацетамида, с лабораторными шифрами **TD0364**, **TD0353**, **TD0351**, **CV036**, **CV125** и **OC05184**.

Материалы и методы. Нами были отобраны ранее неизвестные тетрагидропиридоны под лабораторными шифрами **TD0364**, **TD0353**, **TD0351**, **CV036**, а также гексагидрохинолины **CV125** и **OC05184**, имеющие в спектре своей фармакологической активности анальгетические, антипиретические и противовоспалительные свойства.

Определение острой пероральной токсичности проводили на 63 белых лабораторных крысах-самках массой 180-220 г в осенний период в сертифицированной фармакологической лаборатории ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки». Исследование проводилось в соответствии с Межгосударственным стандартом ГОСТ 32644-2014 (OECD, Test №423:2001, IDT).

До начала исследования на протяжении 5 дней осуществлялся ежедневный осмотр внешнего состояния животных. Животные были выбраны случайным образом. Крысы были распределены на контрольную группу и 6 опытных, по количеству исследуемых производных тетрагидропиридонов и гексагидрохинолинов. Исследуемые соединения вводились однократно внутрижелудочно в виде водной суспензии из расчета 50, 300 и 2000 мг/кг. Минимальную дозировку (5 мг/кг), указанную в Стандарте, не вводили, поскольку в ранее проведенных исследованиях биологической активности этих соединений на 245 крысах разного пола, признаков токсичности обнаружено не было. Контрольная группа получала эквивалентное количество дистиллированной воды.

При изучении острой пероральной токсичности клиническое наблюдение за каждым животным проводили в течение первых суток после введения препарата, ежедневно в течение последующих 14 дней. Фиксировали и отражали в первичной документации общее состояние животных.

Результаты и их обсуждение. О токсическом действии препарата судили по общему состоянию животных и их выживаемости. Как видно из приведенных в таблице данных, за 14-дневный период наблюдения после затравки препаратами нами не было зафиксировано ни одного случая гибели крыс ни на одной из указанных дозировок в опытных группах **TD0364**, **TD0353**, **TD0351**, **CV036** и **CV125**. Все животные контрольных и пяти этих опытных групп с первых минут после внутрижелудочного зондирования были активны, у них сохранялся аппетит и потребность в воде.

Даже введение максимальной (2000 мг/кг) дозировки производных тетрагидропиридона и гексагидрохинолина характеризовалось нулевой летальностью. Видимых признаков нейротоксичности, ulcerогенности, гепатотоксичности нами не было обнаружено. Ввиду отсутствия у лабораторных животных каких-либо нежелательных реакций, увеличение дозировки свыше 2000 мг/кг с целью оценки острой пероральной токсичности согласно методическим рекомендациям является нецелесообразным.

Соединение с лабораторным шифром **OC 05184** после внутрижелудочного введения в дозе 2000 мг/кг привело к гибели всех крыс в группе в течение первых 12 часов. На протяжении этого времени животные были заторможены, с 4 часа находились в боковом положении, не принимали воды и пищи. Введение образца **OC 05184** в дозировке 300 мг/кг не привело к гибели на протяжении 2 недель. Более того, никаких признаков токсичности с первых минут внутрижелудочного введения в этой дозировке нами не было зарегистрировано.

Выводы:

Пять исследуемых производных тетрагидропиридонов и гексагидрохинолинов с шифрами **TD0364**, **TD0353**, **TD0351**, **CV036** и **CV125** относятся к малотоксичным соединениям (5 класс токсичности, $LD_{50} \geq 5000$ мг/кг).

Соединение с лабораторным шифром **OC 05184** относится к 4 классу токсичности, $LD_{50} \geq 1000$ мг/кг.

Бондарь Д. Н.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Пустовой Ю. Г., к.мед.н., доцент Баранова В. В.

*Кафедра фтизиатрии, клинической иммунологии и медицинской генетики
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г.
Луганск*

Актуальность. За последние 25 лет число лиц живущих с сахарным диабетом увеличилось в 3 раза, сегодня 422 миллиона человек во всем мире страдают от диабета, это составляет 7,1% населения всей планеты. В 2018 году было зарегистрировано 1,6 млн. смертельных случаев по причине диабета (против 1 млн случаев смерти в 2000). К 2030 году диабет станет 7-й причиной смерти во всем мире по данным международной федерации диабетиков (МФД) и эта болезнь обмена веществ охватывает весь земной шар и может стать «эпидемией 21 века». При организации доступного обследования эксперты МФД опасаются, что число людей, страдающих диабетом, к 2030 году достигнет более полмиллиарда.

С 2000 по 2018 г. показатель смертности от туберкулеза снизился, за этот период умерло меньше людей, однако он по-прежнему относится к числу 10 ведущих причин смерти, унося 1,3 млн человеческих жизней. На этом фоне в последние годы увеличивается число сложных больных туберкулёзом с различными коморбидными заболеваниями, которые ставят перед фтизиатрами серьезные задачи. По статистике, пациенты, в состоянии здоровья которых наблюдается диабетический синдром, в 8 раз чаще заболевают туберкулезом, при этом отмечается взаимное утяжеление течения заболеваний. Так, в Индии и Бразилии сахарный диабет является наиболее частой сопутствующей патологией для пациента с туберкулезом и регистрируется чаще, чем ВИЧ-инфекция. Пациент с туберкулезом чаще всего имеет несколько сопутствующих патологий, что может влиять на клинические проявления заболевания и на проведение химиотерапии туберкулёза.

Цель: изучить эффективность лечения больных туберкулезом с коморбидной патологией - сахарным диабетом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 20 историй болезни пациентов с мультирезистентным туберкулёзом и сахарным диабетом, находящихся на лечении в Луганском республиканском противотуберкулёзном диспансере в 2019 году. Эффективность лечения оценивалась по прекращению бактериовыделения – частичный эффект и абацилирование с рубцеванием полостей распада – полный эффект.

Результаты и их обсуждение. При изучении социального статуса больных было зарегистрировано что при сочетанной патологии преобладали пациенты (более трети) трудоспособного и репродуктивного возраста: 30-50 лет среди мужчин 35% и женщин 40%. Туберкулёз и сахарный диабет у мужчин и у женщин в группе наблюдения встречался в равном соотношении 1:1, в то время как туберкулёз неотягощенный сахарным диабетом (по данным литературы) встречается чаще у мужчин, чем у женщин – соотношение 4:1 соответственно.

Значительно чаще регистрировался сахарный диабет II типа в 90% случаях и I типа – в 10% случаях.

Из клинических форм туберкулёза лёгких преобладала инфильтративная – в 80 % случаев, реже регистрировался диссеминированный - 15 % и лишь в 5% случаях выявлены запущенные распространенные формы туберкулёза – фиброзно-кавернозный.

У пациентов больных туберкулёзом и сахарным диабетом в 100% случаях в течение первых двух месяцев химиотерапии противотуберкулёзными препаратами регистрировались различные нежелательные явления: диспепсические расстройства, синдромы нефротоксичекый, гепатотоксичекый (с цитолитическим сиптомом), реже были зарегистрированы артралгический синдром кардиотоксический. У каждого третьего пациента с сочетанной патологией (30%) были зафиксированы одномоментно несколько побочных реакций химиотерапии туберкулёза. При невозможности купирования побочных явлений больные с сочетанной патологией СД/ТБ переводились (по жизненным показаниям) на паллиативную терапию.

Лучшие показатели были достигнуты по прекращении бактериовыделения 75% у пациентов с сахарным диабетом 1 типа и 80% у пациентов со 2 типом сахарного диабета, что указывает на адекватно подобранную этиотропную терапию туберкулёза. При этом регистрировались очень низкие показатели заживления/рубцевания полостей распада в легочной ткани только в 5% случаях, что может быть обусловлено диабетическими ангиопатиями внутренних органов, в том числе легочной паренхимы и не возможностью восстановления поврежденной легочной ткани.

Выводы. Сочетание туберкулёза и сахарного диабета не зависит от пола пациента и регистрируется одинаково часто среди мужчин и женщин трудоспособного и репродуктивного возраста.

Сахарный диабет, как коморбидное заболевание, негативно влияет на течение туберкулёза, характеризуется большей распространенностью туберкулезного процесса.

Причинами снятия с программы лечения туберкулёза является декомпенсация углеводного обмена и невозможность подбора эффективной инсулинотерапии, на фоне прогрессирующего туберкулёза и развития нежелательных явлений химиотерапии ТБ.

Являясь отягощающим фактором, сахарный диабет, значительно снижает возможности рубцевания полостей распада у больных и достижения полного эффекта химиотерапии туберкулеза.

УДК 612.172.1-057.875

Борисенко М.Д., Егупова Т.Ю.

***ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ
ПОСРЕДСТВОМ ИЗМЕРЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНЫХ ФУНКЦИЙ
ОРГАНИЗМА***

Научный руководитель: к.б.н., доцент Лысенко Е.А.

Кафедра физиологии ГУ ЛГМУ им. Св.Луки, г. Луганск, ЛНР

Актуальность. Оценка функционального состояния организма на когнитивные нагрузки остается актуальной, так как от этого зависит уровень работоспособности и психической продуктивности. Все изменения, формирующие адаптивные перестройки организма, отражаются в динамике сердечного ритма. Согласованность реакций сердечно-

сосудистой и дыхательной систем обеспечивается надсегментарными уровнями регуляции [1,2].

Цель: Оценить динамические изменения дыхательной и сердечно-сосудистой систем в состоянии спокойного бодрствования(ССБ), а также во время когнитивной нагрузки(СКН).

Материалы и методы. Проведены исследования в 2019-2020 году в течение учебного рабочего дня. Всего было обследовано 63 студента (29 девушек и 34 юношей) в дневное время (10:00-14:00). Спинка кресла поддерживала спину для должного положения тела. Исследование проводилось в несколько этапов: 1 этап – студенты сидели в кресле в ССБ в течении двух с половиной минут, 2 этап – студенты сидели в кресле в ССБ с закрытыми глазами в течении двух с половиной минут, 3 этап – студенты изучали материалы по предмету нормальная физиология в течении 10 минут. Расстояние от монитора до глаз составляло от 65 до 72 см.Регистрировались одновременно параметры электроэнцефалограммы (ЭЭГ), кардиоинтервалограммы (КИГ), а также дыхательные циклы (ДЦ), в течение 15мин. Оценивали механизмы симпатической регуляции на основе анализа изменений индекса напряжения(ИН), а так же индекса вагосимпатического взаимодействия (LF/HF), частоту сердечных сокращений и дыхания (ЧСС и ЧД), альфа ритм.

Результаты и их обсуждение: В ходе исследования было выявлено значимое увеличение ИН ($p=0,0001$)при переходе от ССБ(51,5; 30,2/72,0у.е) к СКН(164,5; 92,0/179,2 у.е), а также индекса LF/HF(в ССБ – 0,75; 0,39/1,3 у.е.; в СКН – 1,2; 0,75/2,0 у.е.; $p=0,014$). Также было отмечено увеличение ЧСС(в ССБ – 70,8; 69,2/84,2 уд/мин; в СКН – 78,1; 75,2/87,0 уд/мин; $p=0,0002$) и уменьшение длительности дыхательного цикла (в ССБ –3,1; 2,8/4,2 с; в СКН – 3,0; 2,6/3,4 с; $p=0,002$). При оценке ЭЭГ было выявлено, что у большинства (80%) испытуемых частота α -ритма была в диапазоне от 11 до 13 Гц т.е. преобладал ритм α_2 . Во время когнитивной нагрузки частота ритма у большинства испытуемых (80%) увеличивалась, а у (20%) – не изменялась.

Выводы. В результате смены состояния спокойного бодрствования на состояние когнитивной нагрузки произошла умеренная активация симпатической нервной системы, что говорит об адекватной реакции организма на данную нагрузку.

УДК: 572.5 - 053.67 : 572.9

Бочарова С.А.¹, Панилова Ю.Н.¹, Янчук Е.С.²

АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЕ «ЛИЦО» ЭНДОКРИННЫХ ДИСФУНКЦИЙ У УСЛОВНО ЗДОРОВОЙ МОЛОДЕЖИ ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии ГУ ЛНР
«ЛГМУ ИМ.СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г.Луганск¹*

*кафедра лабораторной диагностики, анатомии и физиологии ГОУ ВПО ЛНР «Луганский
национальный университет
имени Тараса Шевченко», г.Луганск²*

Актуальность. Эндокринные нарушения могут быть частной чертой того или иного конституционального типа (Черноруцкий М.В., 1928; Клиорин А.И., 1996). Данное предположение стало гипотезой настоящего исследования, и в этой связи лабораторная диагностика является наиболее перспективным, высокоинформативным методом скрининга различных отклонений в биохимических показателях организма, позволяющий прогнозировать ещё не манифестировавшее заболевание.

Цель исследования: исследование фактических результатов лабораторных тестов, характеризующих деятельность эндокринной системы человека, с учетом их конституциональной специфичности

Материалы и методы. Материал для исследования было решено сформировать из абитуриентов, поступающих на службу в органы внутренних дел МВД ЛНР и курсантов ЛАВД в период с сентября 2019 г. по март 2020 г. включительно. Исходная выборка состояла из 240 юношей и 165 девушек в возрасте от 18 до 20 лет; все – коренные жители Луганской области, клинически условно здоровые. В связи с предъявлениями неспецифических жалоб на частые простудные заболевания, повышенную утомляемость, хронические поллинозы и колебания массы тела данный контингент был направлен на скрининговое исследование гормонального профиля, проведенное штатом Диагностического центра «Луганская Диагностическая Лаборатория» д.м.н. Бойченко П.К. На базе указанного Диагностического центра изучались такие показатели, как: СТГ (нмоль/л); пролактин (МЕ/л); кортизол (нмоль/л); глюкоза (моль/л); ТТГ (мМЕ/л); -Т₄ (свободный тироксин) (пг/мл). После изучения полученных результатов была сформирована группа из лиц с теми или иными нарушениями эндокринного статуса, которая составила 43% (103 человека) среди мужской и 28% (46 человек) среди женской части обследованных. Данный контингент составил две рабочие группы (юношей и девушек, соответственно), которые подверглись процедуре соматотипирования. Все вышеуказанные лабораторные показатели были получены из проб венозной и капиллярной крови обследуемых в рабочих группах. Достоверность различий между одноименными параметрами в сравниваемых рабочих группах и референсными возрастными нормами оценивали с помощью параметрического критерия Стьюдента при уровне значимости достоверности различий в 95% ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Для ознакомления кратко приведем фактические результаты антропометрии юношей и девушек рабочих групп (рост, поперечные и продольные диаметры тела): частные соматические параметры обследованного контингента принимали следующий вид: ростовые данные преобладали у долихоморфов (176 и 169 ±10 см у юношей и девушек, соответственно); длина верхней и нижней конечности, варьируя от 70 -80 в женской и до 91 см – в мужской рабочей группе, оказывается наибольшей у долихоморфных юношей и у брахиморфных девушек, а наибольшие поперечные размеры таза присущи брахиморфам независимо от пола, однако около четверти обследованных девушек имеют признаки общеравномерноразвитого таза независимо от соматотипа. Далее сопоставим частные антропометрические данные обследованных лиц с характером эндокринных нарушений, выявленных у представителей того или иного соматотипа. В группах лиц с долихоморфным соматотипом обнаружены сходные по тенденции изменения рассматриваемых лабораторных показателей: уровень СТГ в рабочих группах достоверно

превышал возрастные нормы на 40,3%; также на верхней границе нормы пребывал показатель тироксина, а уровень глюкозы в периферической крови не превышал $3,11 \pm 0,35$ ммоль/л. Гормональный профиль у лиц мезоморфного типа телосложения проявил минимальное число отклонений в лабораторных показателях. В мужской рабочей группе статистически значимо превышенными у подавляющего большинства мезоморфов оказались уровни СТГ (на 9,1%), парциально - кортизола (у половины обследованных - на 13,2%) и в 40% случаях – ТТГ (на 33,0% выше, чем допустимая референсная норма. В женской группе аналогичного соматотипа характер лабораторных изменений изучаемых параметров лишь частично совпадал с таковыми в мужской рабочей группе: сохранялось умеренное повышение уровня СТГ (на 8,7%), а специфическим признаком стало достоверно значимо низкие (на 9,9%) уровни пролактина у девушек-мезоморфов. У лиц брахиморфного соматотипа на лабораторном уровне удалось выявить весьма характерный для данного конституционального типа комплекс эндокринных нарушений. Так, независимо от пола обследуемого, у брахиморфов статистически превышают норму такие показатели, как кортизол (на 13,7% у юношей и 7,8% у девушек), глюкоза (гликемия составляет 5,8 ммоль/л), уровни ТТГ оказались явно повышенными а 30,0% (у юношей), а уровни тироксина в обеих гендерных группах находились на границе 2,0-8,0% меньше допустимой нижней порога нормы.

Выводы.

1. Общая антропологическая структура молодежного контингента Луганской области с признаками эндокринных нарушений в лабораторных анализах позволяет выявить некоторые конституциональные особенности фенотипа при тех или иных нарушениях гормонального профиля на субклинической их стадии.

2. В условно здоровой популяции юношеского контингента в современных условиях присутствуют субклинические лабораторные признаки эндокринных нарушений, наблюдаемые у 46% среди мужской части населения и почти в полтора раза реже - у 28% - среди женской.

3. Применение конституционального подхода при интерпретации лабораторных данных, характеризующих работу эндокринной системы, позволяет достоверно выявлять соматотип-детерминированные гормональные нарушения, предупреждая их клинический манифест.

4. У обладателей долихоморфного соматотипа обнаружены повышенные уровни тиреоидных гормонов и гормона роста, что на фоне свойственной долихоморфам гипогликемии может привести к истощению энергетического ресурса организма и внешне реализуется астеноидным *habitus*.

5. Индивиды мезоморфного типа телосложения характеризуются минимальным перечнем эндокринных нарушений, так что их устойчивый гормональный профиль является косвенным подтверждением сбалансированности и гармоничности их телосложения, однако девушки данного соматотипа как на лабораторном, так и на фенотипическом уровнях проявляют тенденцию к некоторой маскулинизации.

6. Индивиды с брахиморфной конституцией, несмотря на отсутствие специфических фенотипических черт, на лабораторно-аналитическом уровне характеризуются гиперкортицизмом в сочетании с признаками угнетения функции щитовидной железы, что на фоне устойчивой гипергликемии может послужить предпосылкой для развития метаболического синдрома у лиц с брахиморфным соматотипом.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОПУЛЯРНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛАБИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ КАССИИ
ОСТРОЛИСТНОЙ**

Научный руководитель к. фарм.н., доцент Боровская И. Н.

Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии

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

Актуальность. В условиях современного рынка лекарственных препаратов потребителю тяжело ориентироваться среди широкого ассортимента средств, особенно, когда дело касается такого сегмента, как слабительные. В настоящий момент одними из самых распространенных средств для устранения запора являются препараты на основе лекарственного растительного сырья.

Так, слабительные средства из кассии остролистной приобрели популярность вследствие широкого круга показаний, высокой эффективности, а также доступности для потребителя. Основными действующими веществами являются антрагликозиды (сеннозиды А и В, реин, алоэ-эмодин), которые стимулируют рецепторы слизистой оболочки кишечника, усиливают его перистальтику и вызывают мягкий слабительный эффект. При длительном применении кассия не оказывает токсического действия на организм и хорошо переносится.

Цель: изучить потребительские предпочтения в сегменте слабительных препаратов среди населения г.Луганска, а также сравнить количественное содержание основных действующих веществ в наиболее востребованных слабительных средствах на основе кассии остролистной.

Материалы и методы. Листья кассии остролистной (*Cassia acutifolia* Del.), лекарственный препарат «Сенадексин» (Вифитех, Россия), биологически активная добавка «Фитолакс» (Эвалар, Россия), спектрофотометр UNICO SPECTRO QUEST 2800 (Китай), кюветы на 1 см для количественного определения действующих веществ.

Для определения потребительских предпочтений было проведено анкетирование. Респондентами послужили люди разных возрастных групп, проживающие в г. Луганск. Количество опрошенных составило 139 человек.

Результаты и их обсуждение. По результатам анкетирования 86% респондентов применяли какие-либо слабительные средства. Большинство из опрошенных (61%) выбирают лекарственные средства, качество которых проверено и сертифицировано, 10 % отдают предпочтение биологически активным добавкам к пище, так как они оказывают более щадящее действие, а 29% чаще используют лекарственные травы, так как считают их более безопасными, чем синтетические лекарственные средства. Наиболее востребованными оказались такие препараты, как «Сенаде», «Сенадексин», «Дюфалак», «Бисакодил», «Гутталакс», «Микролак», а также высоким спросом пользуются слабительные сборы и биологически активные добавки.

Для количественного определения антраценпроизводных использовались водно-спиртовые извлечения из листьев кассии остролистной, таблеток «Сенадексин» и жевательных таблеток «Фитолакс». Определения проводились спектрофотометрически, что позволяет судить о высокой точности результатов и чувствительности метода. Наибольшее

содержание антрацентроизводных в пересчете на хризофановую кислоту было определено в листьях кассии остролистной и составило 4,21%, в таблетках «Сенадексин» содержание антрагликозидов достигло значения 2,63%, а в биологически активной добавке «Фитолак» 1,68%.

Биологически активная добавка «Фитолак» помимо антрацентроизводных содержит порошок абрикоса, экстракт подорожника и экстракт укропа. В связи с этим было проведено количественное определение сопутствующих веществ в исследуемых образцах.

№ п/п	Название лекарственного препарата	Флавоноиды	Пектины	Кумарины	Полисахариды
1	Листья кассии остролистной	2,4%	1,05%	0%	0,6%
2	«Фитолак»	3,4%	11,9%	0,4%	1,7%
	«Сенадексин»	1,2%	0,5%	0%	0,15%

Выводы. Из полученных данных следует, что наибольшее количество антрагликозидов содержится в листьях кассии остролистной. В лекарственном препарате «Сенадексин» содержание антраценпроизводных существенно снижается, что в свою очередь требует увеличению дозировки лекарственной формы для достижения фармакологического эффекта.

Фармакологическое действие биодобавки «Фитолак» представлено комбинированием ЛРС различных групп БАВ, что согласно мнению респондентов оказывает более выраженное слабительное действие с меньшим количеством побочных эффектов. В сравнении с монопрепаратами листьев кассии в нем в большем количестве присутствуют полисахариды и пектины, обладающие обволакивающим действием и стимулирующим работу кишечника, а также снижается газообразование и вздутие кишечника.

УДК 616-099-053.2

Гондилова Е.И.

СТРУКТУРА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ВЕЩЕСТВАМИ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: ас. Стадник А.Д.

Введение. Одной из актуальных проблем современной клинической детской токсикологии являются отравления веществами прижигающего действия. Число отравлений веществами бытовой химии, кислотами и щелочами, нефтепродуктами и их производными постоянно растет в связи с увеличивающимся применением в быту и широкой доступностью различных агрессивных средств в ярких упаковках, которые привлекают внимание ребенка. В клинической практике они занимают особое место вследствие наиболее тяжелого течения токсикогенного и соматогенного периода отравления, а также в связи с высоким риском развития осложнений. Знания структуры острых экзогенных отравлений является важным аспектом в организации оказания помощи таким

пострадавшим с учетом морфологических и функциональных особенностей детского организма.

Цель исследования: на основании статистических данных изучить структуру острых отравлений веществами прижигающего действия у детского населения Луганского региона.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 48 историй болезни детей с острыми отравлениями веществами прижигающего действия различной этиологии и степени тяжести, проходивших стационарное лечение в отделении интенсивной терапии и экстракорпоральных методов детоксикации Луганской республиканской клинической больницы с 2015 по 2019 год. Возраст пациентов был от 1 года до 14 лет. Из общего числа госпитализированных 65% (n=31) составляли мальчики, 35% (n=17) – девочки. Из них 31,2% (n=15) были дети из районов Луганской области, 68,8% (n=33) – жители г. Луганска.

Результаты и их обсуждение. Анализ показателей острой химической травмы у детей Луганского региона показал, что отравления веществами прижигающего действия занимают третье место по частоте встречаемости среди всех болезней химической этиологии и составляют от 7 до 20% случаев всех поступлений в стационар, связанных с данной нозологией. В соответствии с классификацией МКБ-10 данный вид представлен следующими нозологическими формами: T54 токсическое действие едких веществ (кислоты и щелочи, используемые в быту) - 45,8% (n=22) пациентов; T55.9 Мыла и детергенты (средства для стирки белья и моющие средства) – 35,4% (n=17) больных; T52 Нефтепродукты и другие органические растворители (уайт-спирт, керосин, бензин) - 18,8% (n=9) пациентов. Все вышеуказанные отравления носили не преднамеренный характер, а главными причинами случившегося служили недостаточное внимание родителей за своими детьми и неправильное хранение химических веществ в доме. Длительность госпитализации таких пациентов в отделение интенсивной терапии составляла в среднем от двух до пяти суток при отравлениях средней степени тяжести и до 16 суток – при отравлении тяжелой степени, протекающих на фоне конкурирующих заболеваний (обструктивный бронхит, пневмония, крапивница). Кроме этого, одним из факторов, влияющих на увеличение длительности госпитализации таких пациентов, безусловно, являлось развитие типичных осложнений основного заболевания – химического ожога верхних отделов пищеварительного тракта, экзотоксического шока, токсической пневмонии.

Вывод. Отравления веществами прижигающего действия у детей в Луганском регионе являются актуальной медико-социальной проблемой, которая требует активных профилактических, санитарно-просветительных мероприятий среди взрослого населения, а также усовершенствования лечебно-диагностического менеджмента на всех этапах оказания медицинской помощи.

УДК 616-066.699

Горяникова И.Н., Шмураков Ю.А., Колесников Д.А., Дегтярь Е.С.

**АНАЛИЗ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ РАКА МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ ПО ДАННЫМ**

РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ЛНР В ПЕРИОД С 2016 ПО 2019 ГОДЫ

Государственное учреждение Луганской Народной Республики
«Луганский Государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кафедра
патологической анатомии и судебной медицины, г. Луганск, ЛНР
Государственное учреждение «Луганский республиканский клинический онкологический
диспансер» Луганской Народной Республики, г. Луганск, ЛНР

Введение. Рак молочной железы является наиболее распространенной формой злокачественных новообразований у женщин. Доля в структуре всей онкологической заболеваемости в Европейском регионе составляет около 30%. Одной из причин высокой смертности является диагностика рака молочной железы на поздних стадиях. Иммуногистохимия — метод выявления точной локализации клеточного или тканевого компонента (антигена) с помощью иммунологических и гистохимических реакций.

Цели исследования:

1. Проанализировать статус рака молочной железы у женщин до 35 лет по данным патологоанатомического отделения ЛРКОД.
2. Выявить наиболее часто встречающийся молекулярно-генетический подтип рака молочной железы у женщин до 35 лет по данным патологоанатомического отделения ЛРКОД
3. Сравнить уровень пролиферативной активности различных молекулярно-генетических подтипов рака молочной железы по данным патологоанатомического отделения ЛРКОД.

Материалы и методы. В ходе работы было изучено 1009 патогистологических заключений патологоанатомического отделения ЛРКОД за период 2016-2019 гг. Изучались анамнестические данные, проводился анализ литературы, статистическая обработка производилась в программе Statistica V. 12.5 с применением методов дискриптивной статистики. Достоверность результатов оценивали с помощью критерия χ^2 Пирсона. Значимыми считали результаты при $p \leq 0,5$.

Результаты и обсуждение. В период с 2016-2019 гг. на базе патологоанатомического отделения ЛРКОД было выявлено 1009 случаев рака молочной железы, из них женщины до 35 лет составили 3,47%. Среди пациентов до 35 лет наиболее распространенным гистологическим диагнозом была инфильтрирующая карцинома с преобладанием протокового компонента (91%), инфильтрирующая дольковая карцинома была выявлена в 8% случаев, в 1% случаев наблюдалась слизистая карцинома. При определении молекулярно-генетических подтипов преобладал люминальный тип В HER2+ (52%), люминальный тип А составлял 32% случаев, HER2+ и triple-negative (TN, тройной негативный) типы выявлены в 8% случаев. При статистическом анализе было установлено, что при инфильтрирующей карциноме с преобладанием протокового компонента достоверно чаще встречается люминальный тип В ($\chi^2=25,874$, $p<0,05$). Более низкая пролиферативная активность выявлена при наличии люминального типа А ($\chi^2=8,777$, $p<0,05$) и TN-типа ($\chi^2=8,112$, $p<0,05$), при люминальном В и HER2+ типах наблюдалась большая пролиферативная активность соответственно.

Выводы. В результате проведенного исследования было установлено: наиболее распространенным молекулярно-генетическим подтипом рака молочной железы у женщин в возрасте до 35 лет, по данным патологоанатомического отделения ЛРКОД, явился

люминальный тип В. При инфильтрирующей карциноме с преобладанием протокового компонента более вероятно установление люминального типа В рака молочной железы. Низкая пролиферативная активность опухоли наблюдалась при люминальном А. Люминальный тип В имеет худший прогноз заболевания по сравнению с типом А, однако при выраженной амплификации онкогена HER2 может использоваться трастузумаб, что позволяет проводить таргетную терапию рака молочной железы и тем самым увеличить выживаемость и уменьшить количество рецидивов. Иммуногистохимическое исследование участка опухолевой ткани перед началом лечения позволяет определить уровень экспрессии различных генов и оценить агрессивность опухоли, подобрать наиболее адекватную тактику лечения, спрогнозировать течение заболевания.

УДК615.86:616.895.8-08

Греков С.В., Краснобрыжев И.О., Бобык О.А., Кондуфор О.В., Радионова С.И.

ПРИМЕНЕНИЕ КИНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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

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

Введение. Кинотерапия, как одно из направлений арт-терапии, впервые появилась в конце XX столетия. Данную методику параллельно использовали несколько психологов, как новый метод для лечения эмоциональных проблем своих клиентов. В настоящее время популярным так же становится применение кинотерапии в комплексе психореабилитационных мероприятий у психически больных. Атмосфера кинотерапевтических групп, несмотря на то, что большинство пациентов испытывают трудности в общении и дефицит эмпатии, дает возможность оценить роль высших эмоций в жизни человека, а так же ощутить такие важные в реабилитации состояния, как безопасность, доверие и поддержка.

Цель исследования. Изучение применения психотерапевтических методик в комплексной реабилитации больных шизофренией, в частности – применение кинотерапии и оценка ее влияния на негативную симптоматику.

Материал и методы. Нами было обследовано 20 больных шизофренией в возрасте от 30 до 42 лет, с давностью заболевания до 5 лет, среди них – 12 мужчин и 8 женщин. На момент исследования все больные проходили 2 этап стабилизирующей терапии с формированием медикаментозной ремиссии. У всех пациентов отсутствовала продуктивная симптоматика и наблюдались негативные симптомы в виде эмоционального обеднения, аутизации, снижения эмпатии, у 3 пациентов – неадекватность эмоций.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический, включающий опрос больного, анализ субъективного и объективного анамнеза. Изучались лабораторные данные и данные объективного осмотра. Из экспериментально-психологических методик

применялись: шкала негативной психопатологической симптоматики SANS, шкала эмоционального отклика Меграбяна и Эпштейна, шкала социального функционирования PSP, метафорические ассоциативные карты.

После предварительного обследования, все пациенты принимали участие в сеансе кинотерапии. С больными проводилось 3 сеанса в неделю, в течение 1 месяца, со специальным подбором роликов, способствующих развитию эмпатии, сопереживанию, осознанию необходимости учиться и развиваться как личность, работать над проявлениями болезни.

Результаты и их обсуждение. При первичном обследовании пациентов, выраженность негативной симптоматики, согласно шкале SANS у 17 больных соответствовала умеренным нарушениям, у 3 пациентов – легким; по шкале эмоционального отклика 15 пациентов имели низкий уровень эмпатии, 5 больных – нормальный; по шкале PSP все пациенты имели различные нарушения социального функционирования; при работе с метафорическими картами была выявлена неадекватность эмоций у 3 пациентов.

После прохождения курса кинотерапии, математическая обработка динамики исследуемых показателей пациентов выявила положительные сдвиги по большинству изучаемых параметров. В частности, произошло улучшение по шкале SANS на 5-10 баллов у 17 больных, по шкале эмоционального отклика – на 10-25 баллов у 15 больных и по шкале PSP – на 5-10 баллов у 16 пациентов. У 3 пациентов не наблюдалось положительной динамики.

Выводы. Применение психотерапевтических методик, в частности кинотерапии, является важной составляющей комплексной биопсихосоциальной реабилитации больных шизофренией. Использование данной методики способствует улучшению социального функционирования больных и снижению выраженности негативной симптоматики.

УДК:616.89-008.44:616.895.87

Грищенко А.А.

ХАРАКТЕР И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

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

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

Введение. Параноидная форма шизофрении является наиболее часто встречающейся и сложным по клинической картине, течению и исходу шизофреническим расстройством. Клинические проявления при параноидной шизофрении характеризуются относительно стабильным, в основном, как первичным параноидным бредом, так и вторичным чувственным, на фоне псевдогаллюцинаций.

Цель. Исследование больных параноидной шизофренией для выявления типов аффективных расстройств в зависимости от характера дебюта, типов течения, ремиссий и сформировавшихся дефектов.

Для достижения цели были обследованы 22 пациента (18 мужчин и 4 женщины) с параноидной шизофренией в возрасте от 27 до 54 лет, с дебютом заболевания в возрасте от 15 до 47 лет.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования средний возраст начала заболевания составил 26,9 лет. Средний возраст дебюта заболевания среди женщин составил 25,5 лет, среди мужчин — 26,9 лет.

Наиболее распространенным типом дебюта заболевания среди женщин стали депрессивный и галлюцинаторно-бредовый, среди мужчин — помимо галлюцинаторно-бредового, наиболее частым были депрессивный и маниакальный типы дебютов.

Среди типов течения: в 52% случаев отмечалось эпизодическое течение со стабильным дефектом, а в 40% случаев - эпизодическое течение с нарастающим дефектом.

В процессе проведенного клинико-диагностического исследования у 22 пациентов с параноидной шизофренией были выявлены: в 44% случаев дефект уровня «Фершрёбен», 46% - аутизация личности с эмоциональным обеднением, 5% - регресс склада личности, 5% - психопатизация личности.

По шкале Гамильтона для оценки депрессии пациенты были распределены согласно степени расстройства: 50% — лёгкое депрессивное расстройство; 18% — депрессивное расстройство средней степени тяжести; 14% — депрессивное расстройство тяжелой степени. У 23% обследуемых было диагностировано легкой и средней степени выраженности маниакальное расстройство. В 54,5% случаев отмечался средний уровень выраженности тревожного расстройства.

Выводы. Аффективные расстройства при параноидной шизофрении наблюдаются как в дебюте, так и в клинической картине заболевания, сопровождают обострения, сохраняясь в период ремиссий, и играют значимую роль в формировании дефекта.

В зависимости от типов течения были выявлены следующие особенности: непрерывный тип течения характеризовался отсутствием ремиссий, преобладанием негативной симптоматики и быстрым формированием дефекта – аффективные расстройства выражены слабо; эпизодическое течение с нарастающим дефектом характеризовалось неполными ремиссиями и частыми обострениями, обусловленными позитивной симптоматикой (бредом, псевдогаллюцинациями) – аффективные расстройства были ярко выражены; эпизодическое течение со стабильным дефектом – характеризуется острым началом с преобладанием позитивной симптоматики и выраженными аффективными расстройствами, длительными и качественными ремиссиями и стабильным, редко медленно нарастающим дефектом. Аффективные расстройства при параноидной шизофрении имеют вторичный характер и обусловлены позитивной симптоматикой.

УДК 611.08:612.75:612.766

Даутов Д. Р., Барулин Д. О.

ГОНИОМЕТРИЧЕСКИЙ СТАТУС СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Научные руководители д-р мед.наук, проф. Потехина Ю.П., канд.мед.наук, доц.

Курникова А.А.

Кафедра нормальной физиологии им. Н. Ю. Беленкова, кафедра нормальной анатомии
человека

Приволжский исследовательский медицинский университет, г.Нижний Новгород

Актуальность. Подвижность является основополагающим свойством суставов. Для передвижения в пространстве и для выполнения различных действий, в том числе, для осуществления профессиональной деятельности человеку необходима достаточная суставная мобильность. Травматическое повреждение сустава является важнейшим фактором риска развития дегенеративно-дистрофических изменений в суставах, что обуславливает необходимость развития методов как первичной, так вторичной и третичной профилактики травм и посттравматических заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Повреждения голеностопного сустава являются одной из наиболее частых травм опорно-двигательного аппарата. Посттравматический артроз голеностопного сустава развивается в 60% случаев. Дегенеративно-дистрофический процесс в суставе носит необратимый характер, вследствие чего наблюдается частая инвалидизация. Несмотря на достижения современной медицины, до 50% пациентов с повреждениями связок голеностопного сустава получают недостаточно эффективное лечение, что приводит к развитию хронической нестабильности голеностопного сустава и быстрому развитию остеоартроза.

Гониометрия является косвенным, но простым и точным методом оценки функционального состояния суставного и мышечно-связочного аппарата. Среди гониометрических исследований практически нигде не уделяется внимание исследованию факторов, определяющих подвижность суставов в популяции людей, не имеющих заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Цель: изучить особенности суставной мобильности в популяции представителей молодого возраста, не имеющих симптомов заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Было обследовано 140 человек (80 женщин и 60 мужчин) в возрасте 18-22 лет, не имеющих жалоб со стороны опорно-двигательного аппарата. Оценивались следующие параметры:

- угол отведения в тазобедренном суставе;
- угол активного и пассивного сгибания колена;
- резерв сгибания колена (разность между активными и пассивными значениями);
- угол активного и пассивного сгибания стопы;
- резерв сгибания стопы;
- угол активного и пассивного разгибания стопы;
- резерв разгибания стопы;
- размах активного движения стопы (сумма значений активного сгибания и разгибания стопы);

- размах пассивного движения стопы (сумма значений пассивного сгибания и разгибания стопы).

Измерение амплитуды движений в суставах осуществляли с помощью механического гониометра. Обработку полученных данных производили с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0. При статистической обработке данных значения (n), полученные при измерении угла сгибания колена, подвергались модификации по формуле $n_1 = 180 - n$, для установления однообразия изменяемости параметров.

Определяли медиану, квантили, интерквартильный размах. Разницу в подвижности по исследуемым параметрам у мужчин и женщин оценивали методом Манна-Уитни. Во всех случаях различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Было обнаружено, что ряд параметров, а именно отведение в тазобедренном суставе, активное и пассивное сгибание стопы, резерв сгибания и разгибания стопы, размах пассивного движения стопы характеризуются преобладанием значений у женщин по сравнению с мужчинами. Единственный показатель, по которому найдена обратная закономерность – активное разгибание стопы. В данном случае амплитуда движения у женщин достоверно ниже по сравнению с мужчинами ($p < 0,001$).

Можно назвать несколько возможных причин преобладания суставной мобильности у женщин по сравнению с мужчинами. Во-первых, это особенности вязкоупругих свойств мягких тканей у обоих полов - установлено, что жесткость мышечной и соединительной ткани больше у мужчин, чем у женщин. Это обуславливает меньшее влияние анатомических ограничителей (связочный аппарат, суставная капсула, мышцы) на амплитуду движения у женщин. Данное объяснение подтверждается значениями размаха пассивного движения стопы, которые достоверно преобладают у женщин ($p < 0,001$). В целом, данная тема является малоизученной и требует более глубокого и пристального исследования и осмысления.

В случае разгибания стопы, значимое снижение амплитуды активного движения у женщин по сравнению с мужчинами может быть обусловлено тем, что женщины часто используют обувь на высоких каблуках.

Выше были приведены статистические данные о частоте встречаемости травм и посттравматического артроза голеностопного сустава. Очевидно, что при ношении обуви на высоком каблуке риск травматизации возрастает в разы. Кроме того, установлено, что высота каблуков носимой обуви прямо влияет на степень нагрузки, которую испытывает голеностопный сустав, и при высоте 8 см возрастает почти в два раза. При постоянном ношении подобной обуви возникает хроническая перегрузка голеностопного сустава. В результате этого происходит перестройка соединительнотканых структур стопы, изменение соотношения сочленовных поверхностей суставов, и все это в совокупности с повышенным тонусом мышц, выполняющих подошвенное сгибание, может служить причиной уменьшения амплитуды подошвенного разгибания.

Вышеизложенные объяснения подтверждаются результатами анализа резерва сгибания и разгибания стопы. В то время как амплитуда сгибания стопы преобладает у женщин, а разгибания – у мужчин, значения резерва и сгибания, и разгибания стопы больше у женщин, чем у мужчин.

При анализе показателя резерва определенного движения в суставе, который является разностью между значениями активного и пассивного движения, необходимо обозначить два основных фактора, которые вносят вклад в величину этого показателя. Во-первых, это особенности взаимоотношения структур, ограничивающих движение в суставе

(конгруэнтность суставных поверхностей, жесткость мышц агонистов и антагонистов, растяжимость суставной капсулы и связочного аппарата). Этот фактор обуславливает, прежде всего, величину пассивного движения и, как было сказано выше, именно он вносит вклад в преобладание суставной мобильности у женщин. Другой фактор - это функциональное состояние мышц, выполняющих движение. Известно, что мышца в состоянии утомления осуществляет активное движение меньшей амплитуды.

Следовательно, увеличение резерва подвижности может возникать по двум причинам – увеличение амплитуды пассивного движения или уменьшение амплитуды активного. Первый фактор в исследуемой популяции можно назвать врожденным (так как он обусловлен влиянием фактора пола), когда как второй представляет особый интерес. Голеностопный сустав у женщин имеет меньшую величину активного разгибания, но больший резерв разгибания, чем у мужчин. Мы склонны считать, что это вызвано именно хроническим утомлением мышц голени, развивающимся в результате ношения обуви на высоких каблуках.

Выводы. Таким образом, результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

- суставная мобильность в большинстве случаев преобладает у женщин;
- данная закономерность может быть объяснена особенностями вязкоупругих свойств мышечной и соединительной ткани у обоих полов;
- амплитуда активного разгибания стопы у женщин ниже, чем у мужчин;
- это может быть обусловлено ношением обуви на высоких каблуках;
- ношение подобной обуви значительно повышает риск травматизации и посттравматического артроза голеностопного сустава;
- ношение обуви на высоких каблуках создает условия для хронического утомления и перегрузки голеностопного сустава;
- это является дополнительным фактором риска развития дегенеративно-дистрофических изменений голеностопного сустава у женщин;
- сниженная амплитуда активного разгибания стопы в совокупности с повышенным резервом разгибания стопы у женщин подтверждает наличие хронического утомления мышц голени в данной группе.

УДК 615.844.6 :616.314.17-008.1-08

Добарин Е.Е., доц. Ковалева И.С., доц. Ковалев В.Б., асс. Литвинова О.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Научный руководитель: к. мед. н., доцент Ковалева И.С.

Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации

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

Актуальность. Лечебные возможности современной физиотерапии велики. В современном мире, действие физических факторов на организм человека определяется совокупностью вызываемых ими изменений физико-химических свойств клеток и протекающих в них обменных процессов. Лечебный электрофорез оказывают многообразное действие на организм человека в целом и на пародонт в частности. В результате его применения исчезают болевые симптомы, уменьшается активность воспалительных процессов, улучшается трофика тканей, усиливаются репаративные процессы.

Цель: анализ применения и существующих схем назначения лекарственного электрофореза при различных заболеваниях пародонта в современной стоматологии.

Материалы и методы. Анализ литературных источников и интернет-ресурсов отечественных и иностранных авторов.

Результаты и их обсуждение. Лекарственный электрофорез получил наибольшее распространение среди физических методов лечения, так как он имеет ряд особенностей и преимуществ, выгодно отличающих его от других способов введения лекарственных веществ в организм:

- 1) вводится небольшое количество вещества;
- 2) осуществляется медленное введение и выведение лекарственного вещества из организма, т.е. имеет место более продолжительное пребывание его в организме и более длительное терапевтическое действие;
- 3) создается депо действующего препарата;
- 4) введение лекарственного вещества производится в наиболее активной (ионной) форме;
- 5) имеет место сочетанное действие постоянного электрического тока и активной формы лекарственного вещества непосредственно в очаге поражения («электрофармакологический лечебный комплекс»);
- 6) повышается физиологическая активность тканей, что рассматривается как один из механизмов биостимулирующего действия гальванизации;
- 7) минимальные аллергические явления и побочные реакции на вводимые препараты, чем применяемые внутрь и паритерально.

К недостаткам можно отнести небольшое количество лекарств, который подходит для подобного чрескожного введения и невозможность создать высокую концентрацию действующего вещества.

Терапевтический эффект заключается в улучшении кровообращения, стимуляции лимфообращения, активации трофических процессов, увеличении в тканях АТФ и напряжения кислорода, повышении фагоцитарной активности лейкоцитов, активации ретикулоэндотелиальной системы, усилении выработки антител, повышении в крови свободных форм гордонов и усиленной их утилизации тканями, противовоспалительном и рассасывающем действии.

Основными аппаратами для проведения процедуры являются Поток-1, ГР-2, ГЭ-5-03, АГП-33, ГН-32. Продолжительность сеанса составляет 20 мин, курс лечения — 10-15 процедур, сила применяемого тока 3-5 мА. Лекарственный электрофорез показан практически при всех заболеваниях пародонта.

Нами были изучены следующие схемы лечения заболеваний пародонта:

1. Электрофорез гепарином - способствует нормализации тканевого газообмена, улучшению микроциркуляции, снижению активности гиалуронидазы; оказывает антикоагулянтное, противогипоксическое, противоотечное, противовоспалительное действие, ускоряет репаративные процессы (метод был разработан А. А. Сухановым, Н. А. Глаголева, А. В. Шубина)
2. Электрофорез препаратов антифибринолитического действия – назначают с целью гемостаза и ликвидации симптомов кровоточивости: контрикала, трасилола, X-аминокапроловой кислоты (метод был разработан А. В. Алексеенко и соавт.).
3. Электрофорез лидазы (ронидазы) - оказывает рассасывающее действие.
4. Электрофорез витамина С и витамина Р - обеспечивает нормальную проницаемость капилляров и повышает их прочность, улучшает физиологическую деятельность соединительной ткани и способствует образованию коллагена, тормозит действие гиалуронидазы, предохраняет аскорбиновую кислоту от разрушения.

Большую роль играют вопросы совместимости и последовательности проведения процедур. В течение одного дня следует выполнять не более двух процедур. Нельзя назначать одновременно физиотерапевтические факторы антагонистического действия. Следовательно, физиотерапия требует квалифицированного и осторожного подхода.

Выводы. Лекарственный электрофорез является одним из основных физиотерапевтическим доказано эффективным способом лечения заболеваний пародонта. Существует большое количество схем его применения. Обоснованное, компетентное применение физиотерапии позволяет ускорить купирование болевых ощущений и воспалительных явлений, стимулировать процессы регенерации, снизить риск развития осложнений.

УДК 615.8:617.52-002

Дуракова В.Я., Чужбойская Е.А., асс. Литвинова О.Н., доц. Ковалев В.Б., доц. Ковалева И.С.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель: асс. Литвинова О.Н.

*Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Современная практическая стоматология достигла высокого уровня развития, появились и широко используются новые виды лечения такие как органосохраняющие операции, новые виды обезболивания, которые позволяют не только сократить время лечения, но и сделать его в большинстве случаев безболезненным. В этом

аспекте в сокращении сроков терапии на помощь врачу приходят физиотерапевтические процедуры.

Цель работы. Изучение эффективности применения различных физиотерапевтических методов лечения, у больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. В работе были использованы литературные источники ведущих научных медицинских изданий РФ, а также интернет-ресурсы за последние пять лет и результаты лечения больных по обсуждаемой проблеме городских стоматологических поликлиник города Луганска. В качестве примеров были рассмотрены такие воспалительные заболевания ЧЛО как периостит, лимаденит, альвеолит, перикоронарит, абсцесс и флегмона.

Результаты и их обсуждение. При периостите всегда наблюдается отечность и гиперемия слизистой оболочки десневого края, поэтому в качестве физиотерапевтического лечения используют электрическое поле УВЧ в атермической дозе, при выходной мощности до 30 Вт, суммарный зазор до 6 см, 3-5 процедур на курс лечения. Инфракрасное облучение выполняют в случаях вялого формирования периостального абсцесса. Облучают переходную складку в области пораженного зуба в течение 3-5 процедур. Флюктуирующие токи показаны после вскрытия периостального абсцесса. Курс лечения — 5—6 процедур, ультразвук применяется при наличии остаточного инфильтрата и грубого рубца, назначается по 8 минут в непрерывном режиме при интенсивности воздействия 0,2—0,4 Вт/см². Курс лечения — 3—8 процедур. Лечение лимфаденитов должно быть консервативным только тогда, когда невозможно установить источник инфекции в полости рта, зубах, челюстях, лице, ЛОР-органах и т. д. В таких случаях применяем электрическое поле УВЧ в атермической или олиготермической дозе по 8-10 минут, при выходной мощности 5—20 Вт с воздушным зазором 0,2—2 см; микроволны в течение 5—7 минут, интенсивность 1-3 Вт. УФ-облучение зоны поражения одновременно с электрическим полем УВЧ или микроволновой терапией начиная с 2 биодоз, прибавляя по 1 биодозе при каждом посещении. Курс лечения состоит из 5—8 процедур. При альвеолитах хорошо зарекомендовали себя УФ-облучение коротким спектром с флюктуоризацией лунки 5-6 воздействий. Местная дарсонвализация при невралгических болях короткой искрой в течение 1—3 минут на лунку и 3—5 минут на кожу зоны иррадиации болей. При перикоронаритах после рассечения капюшона применяют микроволновую терапию, электрическое поле УВЧ в атермической дозе 4-5 процедур, начиная с двух биодоз. На ранней стадии абсцесса и флегмоны ЧЛО назначают местную гипотермию тканей в сочетании с УФ-облучением, начиная с 4 биодоз, доводя до 8-10 биодоз. В стадии выраженной инфильтрации, отека (3—7 дней), в сочетании с УФ-облучением: микроволны 5-7 минут, УВЧ если процесс разлитой, электрофорез антибиотиков по 20 минут для снижения вирулентности микрофлоры.

Выводы. В результате проведенной работы была дана комплексная оценка эффективности и сокращению сроков лечения больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с применением различных видов физиотерапевтического лечения, что говорит о важности данного вида терапии и сроках реабилитации в стоматологической практике.

бори

УДК 613.955:37.02

Ершова И.Б., Лохматова И.А., Волосник А.С., Колесникова Е.Н.
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ,
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИМ ТЕХНОЛОГИЯМ
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Г. ЛУГАНСК
EVALUATION OF THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF YOUNGER
SCHOOLCHILDREN,
HEALTH-SAVING TECHNOLOGY TRAINERS
ГУ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Г. ЛУГАНСК ЛНР

Актуальность исследования. Физическое развитие растущего организма является одним из основных показателей здоровья ребенка.

Чем более значительны нарушения в физическом развитии ребенка, тем больше вероятность наличия заболевания. Подчиняясь биологическим закономерностям, физическое развитие зависит от социальных условий и используется гигиенической наукой как показатель санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В настоящее время показатели физического развития детей и подростков анализируются для эколого-гигиенической оценки состояния территории, анализа влияния социальных факторов, условий воспитания, обучения, организации досуга и отдыха, трудовой деятельности детей и подростков (Баранов А.А., Кучма В.Р., 2008 г.). Современная система образования оказывает огромное влияние на здоровье детей. Укрепление здоровья школьников – это дело государственной важности. В соответствии с Законом ЛНР «Об образовании» здоровье школьников отнесено к приоритетным направлениям государственной политики в области образования. Таким образом, для полного представления о состоянии здоровья школьников необходимо изучение физического развития детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 88 детей младшего школьного возраста, из которых 53 ребенка обучались в режиме сенсорной свободы и психомоторного раскрепощения. Для сравнения под нашим наблюдением также находились дети, которые обучались по стандартной системе – 35 человек. Группы однородны по полу и возрасту. Школы находились в одном районе города Луганска, обучение в младшей школе не носило специализированной направленности. Для оценки физического развития были проведены антропометрические исследования согласно принятой методике (в утреннее время, в легкой одежде, без обуви) с дальнейшим определением гармоничности развития согласно рекомендациям ВОЗ с применением центильных таблиц. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в операционной системе Windows 7 с использованием программ «Microsoft Office Excel 2015». Качественные показатели были представлены в виде абсолютного числа наблюдений и доли (%) от общего числа больных по выборке в целом или в соответствующей группе. Распределение качественных переменных сравнивали при помощи критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йетса.

Результаты. В результате анализа антропометрических показателей детей, а именно роста, веса и окружности грудной клетки, нами было установлено, что лишь четверть

первоклассников имели гармоничное развитие, при этом 30-35% детей были дисгармоничны, а почти 43% имели резко дисгармоничное развитие.

При сравнении этих показателей через 1 год мы отмечаем тенденцию к изменениям показателей, к сожалению, не в лучшую сторону. Так дети группы сравнения имеют четкую тенденцию к резкой дисгармоничности физического развития. В группе детей, обучающихся по здоровьесберегающей системе, значимых изменений не было выявлено. Нами были исследованы зоны адаптации детей исследуемых групп. Установлено, что детей, обучающихся по стандартной методике и психологически находящихся в зоне адаптации, составило 85,7 %. В зоне неполной адаптации находились 14,3%. Стоит отметить, что у исследуемых нами детей не установлена зона дезадаптации.

В группе детей, обучающихся по здоровьесберегающим технологиям в зоне адаптации находилось 94,3%. Стоит отметить, что в данной группе в зоне неполной дезадаптации было 4 человека - 5,7%).

При сравнении результатов двух исследуемых групп, мы установили, что значимых отличий нет, однако видим тенденцию к увеличению количества детей в зоне адаптации, обучающихся по здоровьесберегающим технологиям.

Проведенное нами исследование является результатом первичного мониторинга детей, которые начинают обучение в школе по здоровьесберегающей технологии и в перспективе мы надеемся увидеть улучшение всех показателей.

Выводы. 1) Четверть первоклассников имели гармоничное развитие, при этом порядка 30% детей дисгармоничны, почти половина имели резко дисгармоничное развитие. На гармоничность влияли показатели веса и окружности груди, которые принадлежали к центильным коридорам выше или ниже нормального. Данный вывод в очередной раз подтверждает необходимость создания регионарных показателей для детей младшего школьного возраста.

2) В группе детей, обучающихся по здоровьесберегающим технологиям детей с нормальным уровнем тревожности больше (49 человек (92,5%); $p < 0,05$), чем группе детей, обучающихся по стандартной методике (22 человека (62,9%); $p < 0,05$).

3) Установлено, что детей, обучающихся по стандартной методике и психологически находящихся в зоне адаптации, составило 85,7% (30 человек). В группе детей, обучающихся по здоровьесберегающим технологиям, в зоне адаптации находилось 94,3% (50 человек).

УДК 616-053.2

Ефименко Е. А.

ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ

Научные руководители: к.м.н., доц. Грабарь И.В.

Кафедра педиатрии дополнительного профессионального образования и прпедедвтики педиатрии

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

Актуальность. В последние 10 лет распространенность метаболического синдрома стремительно возрастает как среди взрослых, так и среди детей во всем мире. Среди населения развитых стран он развивается у каждого пятого взрослого. Изначально метаболический синдром (МС), включающий в себя симптомокомплекс метаболических, гормональных и психосоматических нарушений, в основе которых лежит абдоминально-висцеральное (центральное) ожирение с инсулинорезистентностью и компенсаторной гиперинсулинемией, описывался как исключительно «взрослый» феномен. Однако, сегодня проявления МС широко распространены в детской и подростковой популяции и имеют четкую тенденцию к увеличению и очень часто переходят во взрослую жизнь. По данным ряда авторов, признаки МС диагностируются у 30–50% подростков с ожирением. Это обусловило необходимость внедрения понятия «метаболический синдром» в педиатрическую практику, разработки международных критериев диагностики. В настоящее время диагностика метаболического синдрома у детей и подростков основана на согласованных критериях, предложенных Международной диабетической федерацией (IDF) в 2007 году. Согласно этим критериям краеугольным камнем диагноза метаболический синдром является абдоминальное ожирение, оцениваемое по центильным таблицам окружности талии. Абдоминальное ожирение было принято за основной критерий, основываясь как на патогенезе синдрома, так и на эпидемиологических исследованиях, в которых было показано, что окружность талии наиболее тесно коррелирует с прочими проявлениями метаболического синдрома. Согласно критериям IDF метаболический синдром не формируется в возрасте до 6 лет, а в возрасте 6-10 лет можно говорить только о группе риска формирования метаболического синдрома, постановка диагноза детям в этом возрасте неоправданна. Диагноз МС в возрасте 10-16 лет может быть установлен при наличии абдоминального ожирения, сопровождающегося двумя или более дополнительными патологическими сдвигами: повышение триглицеридов; снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП); повышения АД; гипергликемия. Для подростков старше 16 лет используются критерии, используемые у взрослых.

Цель исследования: изучить особенности метаболических нарушений у подростков с ожирением и патологией сердечно-сосудистой системы, и разработка практических рекомендаций, направленных на коррекцию этих нарушений.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 33 пациента (23 мальчика и 10 девочек), которые находились на лечении в ревмо-кардиологическом отделении с первичной артериальной гипертензией (АГ) и ожирением (ИМТ>97 перцентилья). Средний возраст подростков составил 14,7 лет. Проводилось комплексное обследование, которое включало сбор анамнеза, антропометрию, измерение артериального давления (АД), клинические исследования крови, мочи, кала, биохимическое исследование сыворотки крови, исследование гормонального профиля, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, щитовидной железы и забрюшинного пространства, КТ/МРТ надпочечников и головного мозга (по показаниям).

Результаты и их обсуждение. 20 детей (60,6%) страдали ожирением в течение более 3 лет. У 18 (54,5%) больных выявлялось сочетание абдоминального ожирения (АО) с двумя дополнительными компонентами (повышение АД, и/или повышение уровня глюкозы натощак, и/или повышение триглицеридов (ТГ), и/или снижение холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и повышение холестерина липопротеидов

низкой плотности (ХС ЛПНП) — неполный вариант МС. У 2 (6%) подростков отмечался полный вариант МС в виде сочетания всех компонентов. Абсолютное большинство детей (27– 82%) имели наследственную отягощенность по ожирению, сахарному диабету 2 типа и гипертонической болезни.

Выводы. Исходя из нашего исследования, в подростковом возрасте формируются риски развития метаболического синдрома, что требует пристального внимания врачей. Учитывая, что лечение детей с ожирением, осложненным МС, представляет определенные сложности (возрастные ограничения применения многих лекарственных средств, а также медленной динамичностью самого процесса снижения веса и нормализации метаболического статуса), основным подходом к коррекции гормонально-метаболических нарушений должно быть использование немедикаментозных средств, направленных на уменьшение массы тела - изменение стереотипов питания, отказ от вредных привычек и повышение физической активности.

УДК 616.72-008.6:614.254.3

Жорник А.А., асс. Литвинова О.Н.

СУСТАВНОЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Научный руководитель: асс. Литвинова О.Н.

*Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Синдромальный подход – это вид диагностики, где учитывается комплекс симптомов, из которых формируется один или несколько синдромов. Итогом будет установление клинического диагноза пациенту с учетом синдромального подхода. Среди синдромов в работе врача общей практики, требующих помощи, особое место занимает суставной синдром.

Цель: Провести сравнительный анализ частоты встречаемости суставного синдрома в работе врача общей практики, а также сложности диагностического поиска при различной внесуставной патологии.

Материалы и методы. В работе были использованы литературные источники ведущих научных медицинских изданий РФ, а также интернет-ресурсы за последние пять лет и статистические данные по обсуждаемой проблеме городских поликлиник города Луганска.

Результаты и их обсуждение. К врачу первичного звена зачастую обращаются с жалобами на боль, разную как по характеру, так и по локализации. Наиболее распространенной причиной как раз является суставная боль по данным ВОЗ, причиной которой зачастую являются ревматические заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом в суставах. В настоящее время суставной синдром встречается все чаще у весьма различных категорий населения, как по возрасту, так и по роду деятельности.

По статистическим данным ВОЗ и городских поликлиник г. Луганска за последние пять лет болезни суставов находятся на третьем месте по распространенности после

болезней систем кровообращения и пищеварения. Согласно исследованиям НИИ Ревматологии МЗ РФ, различные поражения суставов встречаются у каждого четвертого жителя России. А среди людей старше 60 лет на боли в суставах жалуются около 97% человек.

Зачастую, суставной синдром одинаково часто встречается как у женщин, так и у мужчин старше 35 лет. Однако, ревматоидным артритом чаще болеют женщины, примерно в 3 раза, а реактивным артритом, наоборот, мужчины, примерно в 2 раза чаще, а анкилозирующий спондилоартрит и вовсе среди мужчин встречается в 5 раз чаще.

Также можно выделить характерной чертой развитие суставного синдрома у лиц, подверженных тяжелой физической нагрузке или неблагоприятным факторам (инфекции, лучевая нагрузка, гиподинамия, избыточный вес, переохлаждение).

Для врача общей практики (семейного врача) на начальном этапе диагностического поиска необходимо убедиться в том, что имеющаяся симптоматика связана именно с суставной патологией. С этой целью нужно исключить целый ряд сходных заболеваний (синдромов), первично не связанных с артропатией.

В процессе диагностики важным является оценка течения и темпов развития суставного синдрома, который условно может быть квалифицирован как острый (до 3 мес), подострый (до 6 мес), затяжной (9 мес) и хронический (свыше 9 мес). Дифференциальная диагностика при суставном синдроме проводится в рамках острого (подострого) или хронического артрита в практике врача первичного звена.

Суставной синдром может характеризоваться поражением одного сустава (моноартрит), двух или трех суставов (олигоартрит) и вовлекать более трех суставов (полиартрит). Острый моноартрит 1-го плюснефалангового сустава требует исключения подагры, артрит крестцово-подвздошного сочленения заставляет заподозрить анкилозирующий спондилоартрит или другие серонегативные артриты, а при хроническом моноартрите коленного сустава необходимо проводить дифференциальный диагноз с туберкулезным гонитом.

В зависимости от этиологического агента, возникающие артропатии имеют некоторые особенности, что может быть диагностическим ориентиром для врача первичного звена, позволяющим заподозрить ту или иную форму поражения суставов.

Выводы. В результате проведенной работы была дана оценка наличию суставного синдрома и сложности его диагностического поиска под маской множества внесуставной патологии в работе врача общей практики, его значимости в постановке клинического диагноза и дальнейшей тактике лечения пациента.

УДК61:519.654

Зайченко Е.В.

АНАЛИЗ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ г. ЛУГАНСКА С ПОСЛЕДУЮЩИМ КРАТКОСРОЧНЫМ ПРОГНОЗОМ

Научный руководитель ст. преп. Приземина И.Н.

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

Актуальность. Состояние здоровья населения является одним из необходимых условий для планирования мероприятий по оказанию медицинской помощи, диспансеризации, профилактической работы. Особенно большого внимания требует состояние детей и подростков, поскольку они являются наиболее динамической частью населения, значительно более восприимчивой к негативным влияниям окружающей среды и социальных преобразований. Состояние здоровья детей и подростков характеризуется тенденцией к росту заболеваемости по ряду нозологических форм, значительной распространенностью хронических заболеваний, снижением качества здоровья. Заболевания органов пищеварения у детей и подростков занимают ведущее место в структуре соматической патологии детского возраста. Статистические данные по г. Луганску наглядно отражают динамику заболеваемости и распространенности патологии органов пищеварения у детей и подростков по возрастным группам с 2015г. по 2019г.

Цель. Изучение трендов распространенности и заболеваемости болезнями органов пищеварения у детей и подростков по возрастным группам от 0-14 лет и 15-17 лет г. Луганска за 5 лет с последующим краткосрочным прогнозом.

Материалы и методы. Для решения данной задачи были использованы официальные статистические данные заболеваемости и распространенности болезнями органов пищеварения у детей и подростков по возрастным группам г. Луганска за (2015-2019 г.). Распространенность болезнями органов пищеварения у детей и подростков от 0-14 лет за 2015г. составляет – 53,2 на 1 тыс. детского населения, 2016г. – (66), 2017г. – (55,8), 2018г. – (61), 2019г. – (62). Распространенность по возрастной группе от 15-17 лет за 2015г. составляет – (147,1), 2016г. – (156), 2017г. – (150), 2018г. – (150), 2018г. – (151). Заболеваемость болезнями органов пищеварения у детей и подростков от 0-14 лет за 2015г. на 1 тыс. детского населения составляет – (20,5), 2016г. – (34), 2017г. – (33), 2018г. – (32), 2019г. – (34). Заболеваемость по возрастной группе от 15-17 лет за 2015 г. составляет – (25,7), 2016г. – (33,3), 2017г. – (31), 2018г. – (32), 2018г. – (33).

Для построения краткосрочных прогностических моделей использовали математический пакет Mathcad 2010.

Результаты и их обсуждение. Для изучения тренда распространенности и заболеваемости болезнями органов пищеварения у детей и подростков по возрастным группам с дальнейшим построением краткосрочного прогноза проводились:

1. Предварительная фильтрация данных, целью которой являлось устранение быстрых вариаций, обусловленных шумом, результатом таких действий является сглаженная зависимость с доминирующей низкочастотной составляющей, полученной с использованием метода скользящей средней - для этого проводилось осреднение по соседним данным с малым окном.
2. Сглаживание данных с помощью регрессионного полиномиального анализа и реализации линейной регрессии общего вида, а также с помощью сглаживающих функций: *medsmooth* – сглаживание алгоритмом «бегущих медиан», *ksmooth* – сглаживание на основе функции Гаусса, *supsmooth* – локальное сглаживание адаптивным алгоритмом.
3. Анализ динамических рядов и определение краткосрочного точечного прогноза с помощью метода полиномиальной экстраполяции тренда В – сплайны, то есть продолжение тенденции прошлого и настоящего на будущее, в этом случае сплайны могут быть полиномами первого, второго или третьего степеней, то есть линейными,

квадратичными или кубическими - выбор метода прогнозирования был обусловлен устойчивостью и достаточной точностью при краткосрочном прогнозе, что является преимуществом сплайн-экстраполяции.

Вывод. В результате проведенного анализа динамики заболеваемости и распространенности болезнями органов пищеварения у детей и подростков г. Луганска по возрастным группам от 0-14 лет и 15-17 лет за (2015-2019 г.) был составлен краткосрочный прогноз на несколько лет. Представленные методы анализа временных рядов заболеваемости и распространенности болезнями органов пищеварения у детей и подростков средствами математического пакета Mathcad имеют тенденцию к повышению.

УДК 611.718.5:612.119:616-092.9

Зинченко Е.В., Сумцова Ю.А., Чистякова Ю.С.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ АЛЛОГЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА РАННИХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГЕНЕРАТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ СКЕЛЕТА

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Лузин В. И.

*Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии
Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки,
г. Луганск*

Актуальность. Доказано, что перелом приводит к дестабилизации макро- и микроэлементного состава костей скелета, как в области перелома, так и в дистантно удаленных от него костях, а также к длительному системному снижению костной массы. Но, не взирая на то, что данный процесс достаточно подробно изучен, информации о изменении микроэлементного состава костей скелета при нанесении дефекта большеберцовых костей и внутривенном введении аллогенных мезенхимальных стволовых клеток (МСК) в различные фазы структурного формирования костного регенерата, в доступной нам литературе мы не нашли.

Цель: установить изменения микроэлементного состава костей скелета, белых крыс после проведения хирургического вмешательства по нанесению дефекта в большеберцовых костях и внутривенном введении аллогенных МСК на ранней стадии формирования регенерата костной ткани.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 105 самцов белых крыс с массой тела 190–225 г. Из полостей большеберцовых и бедренных костей лабораторных крыс, путем промывания их питательной средой, получали клетки костного мозга, затем помещали их в среду «Игла-МЕМ» с L-глутамином, 10% сывороткой эмбрионов коров и антибиотиком, культивировали четырнадцать суток в условиях CO₂-инкубатора. Культуру клеток фенотипировали непрямым иммунофлюоресцентным методом с помощью маркеров к МСК. Животных распределили на три группы: группа А - контрольные животные, группа В - животные, которым проводили хирургическое вмешательство (наносили сквозной дефект диаметром 2,0 мм в зоне проксимального отдела диафиза обеих большеберцовых костей) без введения МСК. В группе С - животным на третьи сутки после хирургического

вмешательства внутривенно вводили, по 5×10^6 МСК. Через семь, пятнадцать, тридцать, шестьдесят и девяносто суток после хирургического вмешательства животных выводили из эксперимента путем декапитации под эфирным наркозом и выделяли плечевые кости. Для химического исследования 10 мг золы плечевых костей растворяли в 2 мл 0,1 Н химически чистой соляной кислоты, доводили до 25 мл бидистиллированной водой. В полученном растворе определяли содержание меди, железа, цинка и марганца на атомно-абсорбционном фотометре типа "Сатурн"-2 в режиме эмиссии в воздушно-пропановом пламени. Все проведенные вычисления и параметры приведены в соответствии с международной системой единиц, полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ.

Результаты и их обсуждение. У контрольных животных содержание меди в плечевой кости увеличивалось с 7 по 90 сутки эксперимента – с $3,33 \pm 0,05$ по $3,49 \pm 0,06$, цинка – с $2,65 \pm 0,04$ по $2,77 \pm 0,05$. Содержание марганца в свою очередь уменьшалось с $0,76 \pm 0,02$ по $0,75 \pm 0,02$, а железа практически не изменялось – с $0,98 \pm 0,02$ по $0,98 \pm 0,03$.

Нанесение дефекта большеберцовых костей сопровождалось дисбалансом микроэлементного состава плечевых костей в период преимущественно с 7 по 60 сутки с максимальными проявлениями на 30 сутки после операции.

Так, в группе В по сравнению с группой контроля наблюдалось снижение содержания меди во все сроки наблюдения и было меньше на 6,25%, 7,44%, 9,93%, 12,06% и 6,26%. В свою очередь содержание марганца снижалось с 7 по 30 сутки на 8,33%, 10,17%, 8,77%, а цинка лишь на 30 сутки на 7,16%.

В группе С достоверные отличия от значений группы контроля наблюдались с 7 по 15 сутки. Так, содержание меди и марганца было меньше только на 7 сутки на 8,15% и 12,50%. При сравнении значений группы С со значениями группы В наблюдалось увеличение содержания меди с 30 по 90 сутки на 7,06%, 8,98% и 6,48%, а содержание цинка превышало группу сравнения только на 30 сутки на 6,33%.

Выводы. Основываясь на данных, полученных в ходе эксперимента, можно сделать вывод, что нанесение дефекта большеберцовых костей сопровождается дисбалансом микроэлементного состава удаленных от места повреждения костей скелета в период преимущественно с 7 по 60 сутки с максимальными проявлениями на 30 сутки после операции. Введение МСК на 3-и сутки, после проведения хирургического вмешательства, сопровождается двухфазной динамикой изменения минерального состава удаленных от области повреждения костей: манифестация дисбаланса микроэлементного состава до 15 суток после операции и ускоренное его восстановление в период с 15 по 90 сутки.

УДК 616.36:615.1(312)д

Золотаревская М.В., Лалова М.Ю.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель доцент Золотаревская М.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения ЛНР,

Актуальность. Проблема гепатотоксичности лекарственных препаратов является актуальной потому, что еще недостаточно ясны механизмы, лежащие в основе действия лекарственных средств на организм, а именно печень, протекающих при этом действии неблагоприятных реакций.

Цель: Изложить краткую характеристику морфологических форм гепатопатий, осветить основные виды токсичности препаратов, определить алгоритм диагностики, тактики ведения и прогноз для пациентов с указанной патологией.

Материалы и методы. Была проведена сравнительная характеристика побочных эффектов основных групп лекарственных препаратов, изучены основные категории групп риска людей, наиболее подверженных токсическому влиянию препаратов на печень, также, основываясь на статистических и экспериментальных данных, было рассмотрено понятие полипрагмазии, основа патогенеза данного процесса.

Результаты и их обсуждение. В современном мире среди токсических поражений печени наиболее важное значение имеют медикаментозные гепатиты.

Установлено, что смертность от медикаментозных поражений печени составляет 5-10% от всех случаев лекарственных гепатитов.

Лекарственные поражения печени чаще встречаются у женщин, пожилых людей, лиц с хронической патологией печени, ВИЧ-инфицированных и у пациентов с ожирением. Что касается возрастных рамок, то было установлено, что пожилой возраст является группой риска для развития медикаментозного гепатита после приема изониазида, а молодой – после вальпроата и аспирина.

Говоря о лекарственных гепатитах, важно указать полипрагмазию (одновременное назначение больному множества лекарств). К примеру, при приеме 6 лекарственных средств вероятность развития поражений печени увеличивается на 80%.

Лекарственные препараты могут оказывать токсическое действие на печень двумя способами: первый – это прямая токсическая реакция (предсказуемая), а второй – это непредсказуемая реакция. Предсказуемая токсичность характеризуется дозозависимым образованием токсических метаболитов и повреждением гепатоцитов. Типичной причиной "непредсказуемой" токсичности является образование гаптен (неоантигенов), вызывающих иммунное поражение печени.

Механизм повреждения печени лекарственными препаратами может быть: холестатическим, гепатоцеллюлярным или смешанным. Применение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, амиодарона, пропафенона, диклофенака, ранитидина, симвастатина, противоопухолевых препаратов может осложниться холестатическим гепатитом. Причиной холестаза может быть склерозирующий холангит – это поражение обычно возникает при внутриартериальном введении цитостатиков 5-фтордезоксифторурацила и 5-фторурацила.

Токсический гепатит вызывает парацетамол, ранитидин, ципротерон, метформин, фенитоин. Макровезикулярный стеатоз развивается при хроническом употреблении этанола. Микровезикулярный стеатоз вызывают аспирин, тетрациклины, изониазид, тиклопидин, гидразин, аминептин, тианептин, амиодарон, пергексиллин. Фиброз развивается у 23% пациентов с ревматоидным артритом, лечившихся метотрексатом, а также после применения метилдофа, изониазида, витамина А.

Циклофосфамид, азатиоприн, бусульфан, мелфалан, и общее облучение способны индуцировать развитие вено-окклюзивной болезни. Длительное употребление оральных контрацептивов и даназола может привести к развитию аденомы печени у женщин детородного возраста, а анаболиков и половых гормонов – к гепатоцеллюлярной карциноме.

Для снижения симптомов лекарственного поражения печени необходимо сразу отменить предполагаемые гепатотоксические препараты, особенно это касается больных со значительным повышением уровня печеночных ферментов крови. Для того, чтобы предотвратить необоснованное прекращение лечения необходимыми лекарственными средствами, необходимо отличать медикаментозные поражения печени от так называемого «**феномена толерантности**», что обозначает умеренное увеличение ферментной активности печени без повреждения самого органа. Прогноз для пациентов с лекарственным гепатитом всегда благоприятный. Около 70% больных не нуждаются в госпитализации и около 90% выздоравливают.

Выводы. Необходимо продолжать проводить исследования над уже известными лекарственными препаратами на степень проявления гепатотоксических свойств и не прекращать поиск новых лекарственных средств, которые не обладают выраженными гепатоповреждающими характеристиками. Такой подход позволит снизить риск возникновения или даже полностью устранить уже возникшее лекарственное поражение печени.

УДК 616.314-007.1:618.33

Калоева Д. Ю, Панилова Ю. Н.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Научный руководитель доц. Горяникова И. Н.

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, г. Луганск

Актуальность. К недостаточно изученным вопросам относится целая глава внутриутробной жизни плода-синдром задержки внутриутробного развития (СЗВУР), формирующийся при воздействии разнообразных этиологических факторов на систему мать-плацента-плод в процессе патологически протекающей беременности. Изучение задержки внутриутробного развития и аномалий развития ротовой полости в частности являются одной из актуальнейших проблем в клинической патологической анатомии на сегодняшний день. Это связано с неуклонным ростом патологий у новорожденных. Поэтому большое теоретическое значение приобретают структурирование материалов, вынесенных нами из протоколов для более глубокой детализации, понимания течений патологий для возможных осуществлений новых действенных планов лечения и спасения новорожденных.

Цель: Изучить протоколы смерти плодов и новорожденных с ЗВУР. Выделить протоколы с аномалиями зубочелюстной системы. Оценить частоту встречаемости ЗВУР в г. Луганск.

Материалы и методы. В ходе исследования нами на базе патологического анатомического отделения Луганской Республиканской детской клинической больницы были изучены протоколы смерти новорожденных и детей раннего возраста за 3 года (2015-

2017). Все протоколы были распределены по группам в зависимости от диагноза при поступлении и причины смерти. Далее было произведено вычисление в процентном соотношении детей с общими патологиями, ЗВУР и аномалиями зубочелюстной системы.

Результаты и их обсуждение. Было изучено 226 протоколов вскрытия трупов новорожденных и детей раннего возраста, из которых 16% смертных являются недоношенные дети, 3%- рожденные с ЗВУР. Среди аномалий зубочелюстной системы наиболее часто встречались расщелина верхней губы, расщелины твердого и мягкого неба, срединная расщелина губы, деформации нижней челюсти и маленькая нижняя челюсть, которая чаще наблюдалась у недоношенных детей. Такие анатомические особенности затрудняют сосательные движения, что влечет за собой блокирование роста нижней челюсти и фиксацию ее дистального положения. Из аномалий величины и формы зубов нами выявлены шиповидные латеральные резцы. Патогенными факторами данных патологий являлись недоношенность, асфиксия в родах и морфофункциональная незрелость.

Выводы. Проведенное исследование показало высокую распространенность аномалий зубочелюстной системы при задержке внутриутробного развития. Патологии зубочелюстной системы тесно связаны с этапами развития близлежащих органов, тканей, либо же эмбриональных зачатков и листков. Изучив многочисленные протоколы смерти новорожденных и детей раннего возраста г. Луганска у детей, рожденных с ЗВУР были выявлены такие патологии зубочелюстной системы как «готическое» небо, микростомия, неполная расщелина твердого неба, расщелина губы, высокое прикрепление уздечки языка. Все вышеупомянутые факторы препятствуют полноценному акту сосания и отрицательно влияют на рост и формирование зубочелюстной системы в течение первого года жизни.

УДК 159.938:614.23:616.314(477.61)

Калоева Д.Ю, Панилова Ю.Н., ассист. Ермоленко А.В.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ Г. ЛУГАНСКА ПО МЕТОДИКЕ МВИ

Научный руководитель: к. мед. н., ассист. Ермоленко А.В.

*Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Проблема психологического стресса, возникающего в процессе трудовой деятельности врача-стоматолога, приобретает сегодня актуальность в связи с резко возросшим темпом и интенсивностью рабочей активности профессионала, повышенными требованиями к качеству его труда.

Цель: выделить степени профессионального стресса в ходе изучения синдрома выгорания у врачей-стоматологов г. Луганска по методике МВИ.

Материалы и методы. Для решения поставленных целей в исследовании приняли участие 32 врача-стоматологов (26 терапевтов, 3 ортопеда, 5 детских стоматологов), работающих на платном и бюджетном приеме. Среди них 20 женщин, мужчин-12. Возраст

обследованных- от 27 до 59 лет. Для определения профессионального стресса применялась методика МВІ на уровень эмоционального выгорания, разработанная американскими психологами К. Маслач и С. Джексоном и адаптированного Н.Е. Водопьяновой. Методика включает в себя три шкалы: «эмоциональное истощение», «деперсонализация» и «редукция личных достижений». Состоит из 22 вопросов и имеет 6 вариантов ответов. Основным показателем при подсчете результатов являлась шкала «эмоционального истощения», дополнительным: «деперсонализация» и «редукция личностных достижения» Результаты оценивались по четырем уровням выраженности стресса «низкий», «средний», «выше среднего», «высокий».

Результаты и их обсуждение. Используя категорию «эмоциональное истощение» как основную шкалу для подсчетов результатов, получили следующие данные: самую большую группу (50% от всех обследуемых) составили лица, у которых уровень эмоционального истощения «средний», с «низким» уровнем стресса выявлено 12,5%, а с «высоким»- 37,5%. У обследуемых стоматологов, работающих в частных стоматологических кабинетах выявлен «высокий» уровень эмоционального истощения, в то время как у работников государственных поликлиник «средний» показатель истощения.

Выводы. Для большинства врачей-стоматологов г. Луганска характерна средняя степень выраженности профессионального стресса. Предложенный вариант разделения шкал на 3 степени выраженности профессионального стресса оказался наиболее удобным и точным при подсчете результатов в ходе исследования.

УКД 613.8:616.89-008.441.44-084-053.81

Карташова Е.Ю.¹, Погорелов П.В.², Погорелова И.А.¹

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЁЖНОЙ СРЕДЕ

Научный руководитель к. мед. наук, доцент Погорелова И.А.

Кафедра гигиены и экологии

¹ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

²ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)», г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Проблема профилактики суицидального поведения в молодежной среде достаточно актуальна. Мир высоких технологий, порождающий большое количество неудовлетворенных потребностей, а также ряд неустойчивых психических состояний, вносит деструктивное начало в жизнь молодых людей. Причины суицида возникают как результат социально-экономической нестабильности общества, изменений в содержании ценностных ориентаций, неблагоприятных семейно-бытовых отношений, отсутствия родительского внимания, поэтому проблема профилактики суицидального поведения в молодежной среде является наиболее важной проблемой современного общества.

Цель. Оценить выраженность негативного отношения молодежи к собственному будущему, выявить группу потенциального риска суицидального поведения.

Материалы и методы. Настоящее исследование проведено среди 195 студентов 1-4 курсов медицинского факультета № I и № II ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» в возрасте от 17 до 30 лет (исследуемая группа) и 57 студентов-спортсменов 1-5 курсов ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)» в возрасте от 17 до 24 лет (контрольная группа).

В нашей работе мы применили новый вид опроса в связи со сложившейся в настоящее время ситуацией в мире и, соответственно, в нашей Республике. Использовали новую модель социального взаимодействия – виртуальные сообщества на основе компьютерной коммуникации. Исследование проводили дистанционно, используя для создания анкеты Сервис опросов Simpoll, рассылая ссылку для распространения анкеты по e-mail, Вконтакте и Twitter.

При проведении исследования нами использовалась Шкала безнадёжности Бека (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974), представляющая собой 20 утверждений, которые отражают чувства, состояния, отношение к настоящему и будущему. При ответе студентам предлагалось внимательно прочитать каждое и отметить одно верное утверждение, которое наиболее точно отражало бы их чувства на момент исследования.

Оценка результатов проводилась с помощью специального ключа. Варианты ответов оценивались в 1 балл, ряд пунктов подсчитывался в обратных значениях, в зависимости от выбранного респондентом ответа, он получал 1 или 0 баллов. Максимально можно было набрать 20 баллов.

Результаты и их обсуждение. Оценивая отношение к субъективному будущему среди студентов ЛГМУ и РГЭУ (РИНХ), в целом наблюдается общее позитивное отношение.

Анализируя ощущение безнадёжности у студентов ЛГМУ и РГЭУ, мы отмечаем преобладание умеренного уровня – 11,7% у студентов-медиков и 8,4% у студентов-спортсменов, а также наличие тяжёлого уровня безнадёжности у 5,2% опрошенных студентов-медиков.

Исходя из качественного анализа результатов опроса студентов контрольной и исследуемой групп, мы выделили группу риска, к которой отнесли респондентов, показавших умеренный и тяжёлый уровень безнадёжности.

При оценке пессимистичного отношения к будущему в группе студентов-медиков у юношей 4 курса ЛГМУ отмечается преобладание показателей, как умеренного уровня, так и тяжёлого, что составило по 28,6%, соответственно; у девушек отмечается преобладание показателей умеренного уровня у студенток 4 курса ЛГМУ – 14,3% и показателей тяжёлого уровня безнадёжности у студенток 2 курса ЛГМУ – 13,0%.

В контрольной группе студентов-спортсменов показатели уровня тяжёлой безнадёжности не выявлены, умеренный уровень составляет 8,4%.

Как показали результаты исследования, в контрольной группе студентов-спортсменов ФГБОУ ВО «РГЭУ (РИНХ)» наблюдалось общее позитивное отношение к субъективному будущему, признаки тяжёлой безнадёжности не выявлены, у 57,2% опрошенных признаки безнадёжности вовсе отсутствуют.

У студентов-медиков отмечается негативная окраска ожиданий относительно ближайшего и отдалённого будущего, что, вероятно, связано с влиянием стрессогенного фактора в условиях военного конфликта в ЛДНР.

Необходимо понимать, что при проведении нашего исследования мы имеем дело не с выявлением явных суицидентов как таковых, а с выявлением обобщенной группы потенциального риска суицидального поведения.

Выводы. Таким образом, в результате проведенной работы, можем отметить, что занятия физкультурой и спортом способствуют профилактике суицидального поведения в молодежной среде, а также интеллектуальному, нравственному и эстетическому воспитанию, укреплению и развитию межличностного общения.

Занятия спортом увеличивают количество позитивных людей на планете. Ведь во время физических нагрузок организм человека вырабатывает «гормоны счастья». И, как результат, занимающиеся спортом меньше подвержены унынию и депрессиям.

УДК 615.1 : 616.72- 08

Квитковский Б.Д.

**ФАРМАКОЛОГИЯ ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ**

Научный руководитель д-р мед. наук, профессор Бибик Е.Ю.

*Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации, кафедра
фундаментальной и клинической фармакологии*

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

Актуальность. Для эффективной фармакотерапии врачу общей практики необходимо знать фармакологию и клиническую фармакологию лекарственных средств, а именно: механизм действия, показания, противопоказания, а также побочные эффекты и/или реакции, в том числе и отдалённые.

Цель: Напомнить всем присутствующим фармакологию некоторых препаратов: НПВС: парацетамол, ГКС: преднизолон, Мабов: Ритуксимаб и Цитостатиков: Метотрексат

Материалы и методы. Анализ статей журналов, монографий, учебных пособий отечественных и иностранных авторов.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто встречаемой группой лекарственных средств, которые применяются при данной патологии это НПВС. Еще 10 лет назад в этой группе превалировали препараты, содержащие анальгин, ацетилцистеиновую кислоту (аспирин) и т.д. В последнее десятилетие на первой позиции по применению занимает парацетамол содержащие ЛС к которым относят : Панадол, Велфарм, Альтфарм, Перфалгин, Цефекон Д, Эффералгин, Многокомпонентные – Аджиколд, Скофен – П, Брустан, Доларен, Инфлюнет, Колдфри, Максиколд, Ринза и т. д. К сожалению, как и любые другие препараты парацетамол имеет свои побочные эффекты. При несоблюдении дозировки препарата возможно развитие таких побочных эффектов как: Рвота и тошнота; Головокружение; Потеря ориентации в пространстве; Кровоизлияние; Тромбоцитопения; Лейкопения; Боль эпигастральной области; Гипогликемия; Аллергическая реакция(кожная сыпь, зуд); Болевые ощущения в районе сердца; Изменения цвета кожных покровов; Гепатотоксическое действие; Нефротоксическое действие. Также все НПВС обладают

разным спектром выраженности. Индометацин – противоотечное, жаропонижающее, обезболивающее и противовоспалительное. Напроксен – жаропонижающее, анальгезирующее и противовоспалительное. Диклофенак – противовоспалительное, обезболивающее, жаропонижающее и противоотечное. Парацетамол – анальгезирующее, жаропонижающее и противовоспалительное. Целекоксиб – противовоспалительное, жаропонижающее и анальгезирующее. Мелоксикам – противовоспалительное, жаропонижающее и анальгезирующее. Для лечения применяются и другие группы препаратов, например ГКС. Эффекты глюкокортикостероидов на организм человека многочисленны. Эти гормоны оказывают антиоксидантное, противошоковое, иммунодепрессивное, противоаллергическое, десенсибилизирующее и противовоспалительное действия. Несмотря на это мы считаем целесообразно напомнить всем присутствующим фармакологию препаратов: НПВС: парацетамол, ГКС: преднизолон, Мабов: Ритуксимаб и Цитостатиков: Метотрексат. Парацетамол – анальгетик-антипиретик, блокирует ЦОГ1 и ЦОГ2 преимущественно в ЦНС. Обладает анальгезирующим, жаропонижающим и слабым противовоспалительным действием. Механизм действия связан с ингибированием синтеза простагландинов, преимущественным влиянием на центр терморегуляции в гипоталамусе. Преднизолон – синтетический глюкокортикостероид, является химическим производным гормонов кортизон и гидрокортизон, которые выделяются корой надпочечников. Препарат для системного применения. Оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, противоотечное и иммунодепрессивное действие. Ритуксимаб – представляет собой синтетические (генно-инженерные) химерные моноклональные антитела мыши/человека, обладающие специфичностью к CD20 антигену, обнаруживаемому на поверхности нормальных и малигнизированных В-лимфоцитов. По структуре ритуксимаб относится к иммуноглобулинам класса G₁ (IgG₁ каппа), его молекула содержит мышинные переменные фрагменты легких и тяжелых цепей и человеческий постоянный сегмент. Ритуксимаб состоит из 2 тяжелых цепей из 451 аминокислот и 2 легких цепей из 213 аминокислот и имеет молекулярную массу примерно 145 кД. Аффинность ритуксимаба к CD20 антигену примерно 8 нМ. Химерные анти-CD20 антитела продуцируются находящимися в питательной среде клетками млекопитающих (культура клеток китайского хомячка), в которые был внедрен полученный путем генной инженерии химерный ген. Метотрексат – противоопухолевое, цитостатическое средство группы антиметаболитов, подавляет дигидрофолатредуктазу, участвующую в восстановлении дигидрофолиевой кислоты в тетрагидрофолиевую кислоту (переносчик углеродных фрагментов, необходимых для синтеза пуриновых нуклеотидов и их производных). Тормозит синтез, репарацию ДНК и клеточный митоз. Особо чувствительны к действию быстропролиферирующие ткани: клетки злокачественных опухолей, костного мозга, эмбриональные клетки, эпителиальные клетки слизистой оболочки кишечника, мочевого пузыря, полости рта. Наряду с противоопухолевым обладает иммунодепрессивным действием.

Выводы. Таким образом поиск потенциальных ЛС эффективных и безопасных для лечения таких заболеваний как ревматический артрит, болезнь Шегрена, ревматизм; дерматомиозит, бронхиальная астма, астматический статус, острые и хронические аллергические заболевания, анафилактический шок, гепатит, печеночная кома и т.д. Препараты, обладающие анальгезирующим, противовоспалительным, антипиретическим и противоотечным действиями, являются весьма актуальными, но разработка на этом не остановлена и продолжается.

УДК 612.8:612.133.33:612.821

Кожокарь Д.Ю., Кожокарь Ю.Ю.

ХАРАКТЕРИСТИКА СВОДА СТОПЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОСАНКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Руководитель: асс. Сероштан Е. Ю.

Введение: нарушение свода стопы занимает 30-70% в структуре патологии опорно-двигательного аппарата. Возраст является основным фактором, подтверждающим доброкачественный физиологический характер нарушения свода стопы, встречаемость которого постепенно снижается по мере взросления ребенка. которого постепенно снижается по мере взросления ребенка. G. K. Rose и др. выявили распространенность этой патологии у 42,5% детей дошкольного возраста. M.P. Fieifer и др. обнаружили, что средняя встречаемость патология свода стопы у детей дошкольного возраста составляет 44%, при этом она снижалась с 54% в 3 года до 24% в 6 лет. По данным J. J. Lin и др. обнаружили, что встречаемость нарушения свода стопы у детей уменьшается с 57% в возрасте 2-3 лет до 21% в возрасте 5-6 лет. В исследовании U. V. Rao и др. распространенность нарушения колеблется от 14,9% (6 лет) до 9,1%.

Нарушение стопы у детей со временем приводит к серьезным изменениям во всем организме. Как следствие этого начинают страдать органы, которые расположены. Появляются болезненные ощущения в позвоночнике, который страдает от многочисленных сотрясений при ходьбе. Возникают нарушения в хрящевых и костных клетках, что приводит к заболеванию спинного мозга и периферических нервах, которые отходят от него. У людей с нарушением свода стопы раньше, чем у других, развивается остеохондроз и деформирующий артроз. Низкая рессорная функция стопы приводит к деформации позвоночника, в результате чего возникает нарушение осанки. По статистическим данным известно, сто плоскостопие и нарушение осанки в 90% случаев встречаются одновременно. Тесная связь между состоянием опорно-двигательного аппарата и состоянием здоровья доказана многочисленными исследованиями, где акцентируется, что отсутствие отклонений в состоянии опорно-двигательного аппарата является неотъемлемым условием нормального функционирования органов и систем, развития всего организма в целом, повышения работоспособности детей и укрепления их здоровья.

Цель исследования: дать характеристику свода стопы у детей с нарушением осанки в зависимости от проведения функционально-восстановительных мероприятий.

Материалы и методы: для решения поставленной задачи нами было обследовано 87 детей младшего школьного возраста с нарушением осанки. На первом этапе исследования была дана характеристика свода стопы у учащихся. На втором этапе исследования проведена сравнительная оценка эффективности использования различных оздоровительно-коррекционных методов у детей младшего школьного возраста с патологией опорно-двигательного аппарата. У детей I группы была внедрена в образовательную деятельность начального общего образования здоровьесберегающая технология В.Ф. Базарного. Во II группе с целью коррекции патологии опорно-двигательного аппарата в комплексе

функционально-восстановительных мероприятий были применены механотерапевтический аппарат Ceragem Master MB-1101(V3). У детей II группы в течение двух лет обучения (за исключением периода летних каникул) один раз в неделю применяли механотерапевтический аппарат. III группу сравнения составили школьники, у которых образовательный процесс был традиционным и не применялись оздоровительно-коррекционные методы реабилитации.

Для выявления патологии свода стопы наиболее близкой по технической сущности и достигаемому результату являлась измерительная диагностика рессорных свойств стопы методом плантографии по В.А. Штритеру.

Статистическую обработку данных исследования проводили с использованием программного обеспечения Statistica 10.0.

Результаты и обсуждение. Согласно данным нашего исследования, нормальный свод имели 16 стоп (9,2%). Из них – 10 (11,5%) правая стопа и 6 (6,9%) – левая стопа. Высокосводчатый свод выявлен в 30 (17,2%) случаях проведения плантографии (правая 13 (14,9%), левая стопа 17 (19,5%)). Повышенный свод имели 26 (14,9%) стоп (11 (12,6%) правая стопа и 15 (17,2%) левая стопа). Уплощенный свод выявлен в 58 (33,3%) случаях (30 (34,5%) правая стопа и 28 (32,2%) левая стопа). Плоскостопие при исследовании стоп обнаружено в 44 (25,4%) случаях (23 (26,5%) правая и 21 (24,2%) левая стопа). Как показали результаты проведенной плантографии, все обследованные дети имели разные стопы.

Так, при проведении плантографии (Таблица 1) у обследованных детей было выявлено уплощение свода стопы в 13 (22,4%) случаях в первой группе, в 24 (41,4%) – во второй и в 21 (37,9%) случаях в третьей группе. Плоскостопие было выявлено у 17 (29,3%) стоп в первой группе, у 13 (22,4%) во второй и у 14 (27,6%) стоп в третьей группе. Высокосводчатая стопа имела место в 13 (22,4%) случаях в первой группе, в 7 (12,1%) во второй и в 10 (17,2%) случаях в третьей. Исследование стоп показало, что 3 (5,2%) стопы в первой группе, 6 (10,3%) во второй и 7 (12,1%) в третьей группе характеризовались нормальным сводом. Повышенный свод был выявлен у 12 (20,7%) стоп первоклассников первой группы, у 8 (13,8%) во второй и у 6 (10,3%) в третьей группе.

Таблица 1

Структура патологии свода стопы у детей с признаками нарушения осанки.

Свод стопы	Первая группа		Вторая группа		Третья группа	
	абс. ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч	%
Высокосводчатая стопа	13	22,4	7	12,1	10	17,2
Повышенный свод стопы	12	20,7	8	13,8	6	10,3
Нормальный свод стопы	3	5,2	6	10,3	7	12,1
Уплощенный свод стопы	13	22,4	24	41,4	21	37,9
Плоскостопие	17	29,3	13	22,4	14	27,6

Таким образом, все дети с нарушением осанки имели нарушение свода одной или двух стоп. В результате проведенной плантографии было выявлено, что в большинстве случаев

(32,2%) дети имели уплощение свода. При сравнительном анализе структуры патологии свода стопы у детей в группах не было отмечено статистически значимой разницы ($p > 0,05$).

Как показал анализ плантограмм обследованных детей в четвертом семестре, свод стопы у школьников первой и второй группы изменил структуру в результате проведенных коррекционных методик опорно-двигательного аппарата, тогда как в третьей группе она оставалась без достоверных изменений ($p > 0,05$). Так в первой группе количество стоп с нормальным сводом достоверно увеличилось ($p < 0,05$) на 15,5% за счет снижения высокосводчатой стопы на 5,2%, плоскостопия - на 6,9%, повышенного и уплощенного свода - на 1,7% (Таблица 2).

Таблица 2

Структура свода стопы в динамике в исследуемых группах.

Свод стопы	I группа		II группа		III группа	
	I семестр р	IV семестр р	I семестр р	IV семестр р	I семестр р	IV семестр р
Высокосводчатая стопа	22,4% ^{*4}	17,2% ^{*1}	12,1% ^{*4}	10,3% ^{*1}	17,2% ^{*4}	13,8% ^{*1}
Повышенный свод	20,7% ^{*4}	19,0% ^{*1}	13,8% ^{*4}	19,0% ^{*1}	10,3% ^{*4}	8,6% ^{*1}
Нормальный свод	5,2% ^{*4}	20,7% ^{*1}	10,3% ^{*4}	19,0% ^{*1}	12,1% ^{*4}	12,1% ^{*1}
Уплощение свода	22,4% ^{*4}	20,7% ^{*1}	41,4% ^{*4}	32,7% ^{*1}	36,2% ^{*4}	37,9% ^{*1}
Плоскостопие	29,3% ^{*4}	22,4% ^{*1}	22,4% ^{*4}	19,0% ^{*1}	24,2% ^{*4}	27,6% ^{*1}

Примечание:

*1 – внутригрупповое отличие от 1 семестра статистически значимо, $p < 0,05$

*4 - внутригрупповое отличие от 1 семестра статистически значимо, $p < 0,05$

Проведенный сравнительный анализ патологии свода правой и левой стопы в динамике в исследуемых группах показал, что достоверно значимой межгрупповой разницы не было ($p > 0,05$)

Во второй группе было констатировано повышение количества нормального свода стопы на 8,7% и повышенного свода на 5,2% ($p < 0,05$). В то же время, снижение случаев высокосводчатой стопы было отмечено на 1,8%, уплощенного свода — на 8,7%, плоскостопия — на 3,4%.

У детей в третьей группе имелось место повышение количества стоп с плоскостопием на 3,4% ($p < 0,05$), уплощенного свода на 1,7% ($p < 0,05$). В то же время количество случаев фиксации высокосводчатой стопы и повышенного свода снизилось на 3,4% и 1,7%, соответственно ($p < 0,05$).

Анализ индекса Шриттера в первой и второй группе детей в течение обучения выявил положительную динамику ($p < 0,05$) состояния свода стопы, что явилось следствием проведенных оздоровительно-коррекционных мероприятий. В контрольной группе индекс Шриттера имел тенденцию к росту ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Все дети с нарушением осанки имели нарушение свода одной или двух стоп.
2. Было выявлено, что в большинстве своем случаев (32,2%) дети с нарушением осанки имели уплощение свода.

3. Анализ индекса Штритера свода стопы у детей в результате проведения оздоровительно-коррекционных мероприятий выявил положительную динамику ($p < 0,05$) его состояния.
4. Выявленная положительная динамика состояния свода стопы в результате проведенных оздоровительно-коррекционных мероприятий диктует необходимость в систематических их проведениях в условиях общеобразовательных учреждений.
5. Выявленная частота встречаемости патологии свода стопы у детей в первом классе указывает о необходимости проведения плантографии в дошкольных учреждениях.

УДК 159:614.253.52 (477.61)

Колесник Н. А., Аникин Д. В.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЛНР

Научный руководитель к.м.н., доцент Знагован С. Ю.

Кафедра социальной медицины и экономики здравоохранения

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г. Луганск

Актуальность. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) развивается у медицинских работников в процессе их профессиональной деятельности и проявляется в виде нарастающего эмоционального истощения, снижения удовлетворения от выполняемой работы, физического утомления.

Развитию синдрома выгорания у медицинских работников способствуют такие качества как высокая ответственность, желание всегда быть профессионалом своего дела, умение сопереживать и вселять в пациентов надежду.

Цель: изучить проявления синдрома профессионального выгорания у руководителей среднего медицинского персонала и разработать рекомендации по профилактике его возникновения.

Материалы и методы. В данном исследовании использовалась анкета-опросник на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон, адаптированная Н. Водопьяновой, Е. Старченковой. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Excel.

Результаты и их обсуждение. В анкетировании участвовало 64 медицинских сестры, осуществляющих руководство средним медицинским персоналом в лечебных учреждениях ЛНР: главные медицинские сестры, старшие медицинские сестры учреждений здравоохранения по обслуживанию взрослого и детского населения. Средний возраст анкетированных составил 45 лет, средний стаж работы – 9,5 лет.

По данным анкетирования, СЭВ разной степени выраженности выявляется у 81 % опрошенных, причем наиболее уязвимыми оказались старшие медицинские сестры учреждений здравоохранения по обслуживанию взрослого населения, среди которых больше всего респондентов с высокой и крайне высокой степенью эмоционального выгорания.

Выраженность СЭВ зависит от стажа работы медсестер: 26 % респондентов со стажем работы более 10 лет имеют крайне высокую степень СЭВ, в то время как среди работающих менее 5 лет ведущей является средняя степень эмоционального выгорания (38%).

Распространенность СЭВ увеличивается с возрастом исследуемых и достигает 89 % у медсестер возрастной группы старше 40 лет, в возрастной группе до 40 лет ее величина составляет 78%.

Выраженность СЭВ зависит от семейного статуса респондентов, так среди замужних крайне высокая степень эмоционального выгорания равнялась 25 %, среди незамужних - 9%.

При сравнении проявлений СЭВ у анкетированных выяснилось, что чувство эмоциональной опустошенности и усталости чаще всего испытывают старшие медицинские сестры учреждений здравоохранения по обслуживанию взрослого населения (47% опрошенных), в то время как у главных и старших медицинских сестер по обслуживанию детского населения этот показатель составляет 27 %.

Крайне высокая степень деперсонализации также присуща старшим медицинским сестрам учреждений здравоохранения по обслуживанию взрослого населения (39 % опрошенных) и отсутствует у главных медицинских сестер.

Редукция профессиональных достижений встречается у всех опрошенных: у главных медицинских сестер (у 47% респондентов), у старших медицинских сестер по обслуживанию детского населения (у 64 %), старших медицинских сестер по обслуживанию взрослого населения (у 74 % анкетированных).

Выводы.

Регулярное общение с пациентами, их родственниками, высокая ответственность и напряженный ритм работы способствуют развитию синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер, осуществляющих руководство средним медицинским персоналом в лечебных учреждениях республики и требуют разработки комплекса мероприятий по профилактике развития и прогрессирования данного состояния. В качестве превентивных мер предлагается выявление СЭВ среди медицинских сестер путем анкетирования, создание благоприятного психологического климата в трудовом коллективе, просветительная работа о сущности и последствиях СЭВ.

УДК 616.895.87:616.89-008.463

Колесников Д.А., Туренко С.А., Дегтярь Е.С., Кондуфор О.В., Радионова С.И.

ПАТОЛОГИЯ ВЕРБАЛЬНОЙ ПАМЯТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТА ЛИЧНОСТИ УРОВНЯ АУТИЗАЦИИ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ОБЕДНЕНИЕМ

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

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

Актуальность. Шизофрения характеризуется наличием множества симптомов и синдромов, затрагивающих все сферы психической деятельности пациентов. В последние десятилетия достаточно большое количество исследований посвящено проблеме нейрокогнитивного дефицита при данном заболевании. Среди всех когнитивных нарушений при шизофрении патология вербальной памяти имеет важное значение, поскольку наибольшую часть информации человек получает в устной форме. Кроме того, немаловажным является шизофренический дефект, который способен усугублять социальную дезадаптацию пациентов и соответственно течение самого заболевания. Определенный интерес имеет изучение взаимосвязи между личностным дефектом и нарушениями когнитивной сферы, однако на данный момент данных, характеризующих особенности этой взаимосвязи недостаточно.

Цель исследования. Определить уровень нарушения вербальной памяти у пациентов с параноидной шизофренией при дефекте личности уровня аутизации с эмоциональным обеднением.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе общепсихиатрических отделений ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР, которое является клинической базой ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Святителя Луки». Нами обследовано 36 пациента с верифицированным по критериям МКБ-10 диагнозом: шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение со стабильным дефектом (F20.02). Для определения типа дефекта использовался глоссарий психопатологических синдромов и состояний. Среди обследуемых: 11 мужчин и 23 женщины. Пациенты разделены на две группы: 1-я группа – пациенты с личностным дефектом уровня аутизации с эмоциональным обеднением ($n=17$), 2-я – пациенты с другим типом дефекта (начальные регистры дефицитарной симптоматики) ($n=19$). Средний возраст составил $41,5 \pm 2,1$. Манифестация заболевания в среднем отмечалась в возрасте $32,8 \pm 4,4$ лет. Проводилось клиническое интервью, изучались анамнестические данные, оценка вербальной памяти и когнитивной сферы в целом проводилась с помощью методики ВАСС, определение уровня негативных симптомов – с применением шкалы PANSS. Статистическая обработка данных проведена в программе Статистика 12.5. Для оценки достоверности применялся критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проведен с использованием коэффициента корреляции Спирмена ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение. При сравнении результатов 1-й и 2-й группы статистически достоверно было большее значение балла по субтесту на состояние вербальной памяти у пациентов 2-й группы (на 3,9 балла, $p \leq 0,05$). Показатель композитного балла ВАСС также был выше у 2-й группы (на 43,8 балла, $p \leq 0,05$). Корреляционный анализ позволил выявить среднюю прямую взаимосвязь между показателем теста на вербальную память и композитным баллом ВАСС ($r=0,615$, $p \leq 0,05$), что говорит о лучшем состоянии когнитивной сферы у пациентов без негативных изменений личности уровня аутизации с эмоциональным обеднением. Суммарный балл субшкалы негативных симптомов PANSS оказался выше у 1-й группы (на 7,5 балла, $p \leq 0,05$), помимо этого, он имеет обратную среднюю взаимосвязь с баллом субтеста на вербальную память ($r=-0,588$, $p \leq 0,05$) и композитным баллом ВАСС ($r=-0,596$, $p \leq 0,05$). Полученные результаты указывают на отрицательное влияние дефицитарной симптоматики на вербальную память и другие когнитивные функции.

Выводы. Наличие дефекта уровня аутизации с эмоциональным обеднением в сравнении с начальными проявлениями негативной симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией способствует более высокому уровню нарушений вербальной

памяти и всей когнитивной сферы в целом, что говорит о значительном влиянии дефицитарной симптоматики на нейрокогнитивный статус больных шизофренией.

УДК 615.074:582.998.1

Кондрашова М. А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛИСТЬЯХ МАТЬ-И-МАЧЕХИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСЛОВИЙ ХРАНЕНИЯ

Научный руководитель: к.фарм.н., доц. Боровская И.Н

Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии

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

Актуальность. Мать-и-мачеха (*Tussilago farafara* L. сем. Asteraceae) - в народе это растение имеет очень много названий – мать трава, водный лопух, лапуха студеная, подбел, двуличник, белокопытник. Лекарственное растение широко распространено на территории Евразии (Западная Европа, Сибирь, Казахстан, горы средней и малой Азии), в Северной Африке и Северной Америке. Растение очень богато полезными микроэлементами.

В листьях мать-и-мачехи содержится полисахариды – слизи (5-10 %), сапонины, флавоноиды, аскорбиновая кислота, дубильные вещества, органические кислоты, каротиноиды, следы эфирного масла, а также горькие гликозиды.

Целью работы было определение количественного содержания биологически активных веществ в листьях мать-и-мачехи в зависимости от срока хранения.

Материалы и методы.

В качестве объектов исследования использовали сырье заводского производства: ФИТОФАРМ (срок годности: до 12.07.2022г.), ЛЕК.ТРАВЫ (срок годности: до 7.07.2019 г.) и сырье заготовленное самостоятельно на территории г. Луганск в 2009г. и 2019 годах, спектрофотометр UNICO SPECTRO QUEST 2800 (Китай), кюветы на 1 см для количественного определения действующих веществ.

Результаты и их обсуждение:

При количественном определении основных групп БАВ, накапливающих в листьях мать-и-мачехи были получены следующие данные:

ОБРАЗЕЦ ЛРС	Полисахариды	Дубильные вещества	Аскорбиновая кислота	Флавоноиды	Сапонины	Органич.кислоты	Полифенольные соединения
Лист мать-и-мачехи, фирма Фитофарм	9,50%	16,50%	0,45%	16,30%	2,10%	1,02%	36,70%

Лист мать-и-мачехи, фирма Лек.травы	9,50%	9,60%	0,03%	16,10%	1,90%	1,09%	29,40%
Лист мать-и-мачехи, заготовлено в 2009 г	6,40%	12,60%	0,16%	15,90%	0,80%	0,60%	32,20%
Лист мать-и-мачехи, заготовлено в 2019 г	9,20%	14,30%	0,39%	16,10%	2,10%	1,06%	37,4%

Выводы. В результате анализа было определено, что ни смотря на сроки хранения, содержание флавоноидов и полисахаридов у всех образцов ЛРС остается в пределах нормы, в то время, как содержание остальных групп БАВ (аскорбиновой кислоты, дубильных веществ, сапонинов и органических кислот) значительно снижается, что исключает возможность использования образцов с истекшим сроком годности в медицине.

УДК 616.31:111.852

Копельян Н.Н.¹, Саркисян В.К.², Ткаченко А.В.², Юсеф Я.Р.²

«ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОТНЫХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ МЫШЦ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»

Научный руководитель: к. мед.наук, доц. Стклянина Л.В.

кафедра хирургической стоматологии ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ.СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г.Луганск¹

кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ.СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г.Луганск²

Актуальность. Выяснение вопроса, вносит ли достоверный вклад в форму лицевой области мимическая мускулатура и в какой мере она соучаствует работе жевательных мышц. Научная гипотеза, натолкнувшая нас на данную работу, заключалась в предположении, что при предпочтении пациента жевать на одной из сторон челюсти по причине плохого состояния зубов на противоположной со временем мимические мышцы косвенно подключатся к акту жевания и подвергнутся рабочей гипертрофии, что приведет к стойкой асимметрии лица и эстетическому дефекту. Более того, в исследовании тестируется гипотеза о наличии наиболее смещаемого участка лица, задействованного в мимике при улыбке и, соответственно, потенциально склонного к птозу со временем.

Цель исследования: Выяснить наличие зависимости степени развития свободной части толстотных тканей лица от условно жующей стороны у лиц мужского и женского пола.

Материалы и методы. Объектом нашего исследования стали наши однокурсники. 23 юноши и 49 девушек юношеского возраста (не старше 21 года – девушки, и 20 лет – юноши), не носящие брекетов и не имеющих аномалий или деформаций в лицевой области. Методика нашего исследования состояла в следующем. Респондентам-участникам исследования предлагалось последовательно:

1. Определить условно жующую сторону, для чего респондент жевал жевательную резинку и первая задействованная сторона при акте жевания названа «жующей» (для условности обозначения). Противоположная сторона названа условно «нежующей», хотя объективно это – сторона зубочелюстного аппарата индивида с потенциально меньшей функциональной нагрузкой.

2. Измерить толстотным циркулем горизонтальную складку мягких тканей в подглазничной области щеки, наиболее смещаемую при улыбке. Для определения потенциально максимально мобильного локуса требуется изобразить улыбку при сомкнутом рте, затем расслабить мышцы лица, снова повторить улыбку и отметить, какой участок щеки в подглазнично-перибуккальной области максимально поднимается в краниальном направлении при улыбке. Центрирование точки измерения произвести по перпендикуляру, опущенному от зрачка до угла рта, для чего взгляд испытуемого центрируется в одной точке перед собой. Степень сжатия кожно-мякотной складки регулируется пружиной калипера и производится под визуальным контролем: недопустимо при измерении вызвать смещение нижнего века и насильственно сдавить ткани. Важно захватывать весь массив мякотной ткани (кожу с подкожной клетчаткой, т.к. именно в ней находится интересующий пласт мимических мышц).

3. Провести измерения на условно жующей и нежующей стороне щеки. Измерения произвести трижды на каждой из сторон, записать средний результат в миллиметрах.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования нами были получены следующие показатели касательно женского и мужского пола. Среднее значение толщины толстотных тканей лица на условно жующей стороне у лиц женского пола составляет $19,6 \text{ мм} \pm 5,8 \text{ мм}$, на условно не жующей – $19,0 \pm 8,1 \text{ мм}$. Таким образом, для лиц женского пола характерно преобладание толщины толстотных тканей на условно жующей стороне с разницей в 3,72 %. Данная разница сообщает о том, толщина измеряемой области щеки на жующей стороне на 0,65 мм больше, чем на не жующей.

У лиц мужского пола сходной возрастной категории в возрасте от 18 до 21 года наблюдается полностью противоположная ситуация, а именно: толщина толстотных тканей на не жующей стороне составляет $20,2 \pm 9,5 \text{ мм}$, а на жующей – $19,7 \pm 8,7 \text{ мм}$, что на 0,48 мм или 3,97 % преобладает на условно не жующей стороне. Итак, мы обнаружили, что для лиц женского пола характерно преобладание толщины толстотных тканей на условно жующей стороне. У лиц мужского пола наблюдается полностью противоположная ситуация: толщина толстотных тканей преобладает на условно не жующей стороне. При этом различия в толщине измеренных толстотных тканей лица между условно жующей и условно не жующей сторонами и у девушек, и у юношей в среднем составляет 4%. Стандартное отклонение толстотных тканей щеки по своей амплитуде выше на условно не жующей стороне у лиц обоих полов.

Выводы.

1. Толстотные ткани лица в наиболее подвижной зоне являются структурой, в формирование которой вносит вклад активность мимической мускулатуры. Данная ситуация характерна только для девушек.

2. В мужской выборке оказывается, что толстотные ткани лица, массив которых составляет мимическая мускулатура, не принимающая участие в акте жевания, не подвергается рабочей гипертрофии.

3. Толщина мягких тканей перибуккально-подглазничной зоны варьирует не только от степени «соучастия» данной половины лица в акте жевания, но и проявляет половой диморфизм, достигая на мастикаторно малоактивной половине лица $19,0 \pm 8,1$ мм у женского пола и $20,2 \pm 9,5$ мм – у мужского.

4. Вариабельность толщины мягких тканей перибуккально-подглазничной зоны высока на стороне лица с низкой мастикаторной активностью.

УДК 616.65-066

Косарева Н.М.¹, Белинский С.С.², Бондарева Д.И.²

**РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АСПЕКТЕ ВАЛИДНОСТИ
ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ**

*ГОУ ВПО ЛНР «Луганский национальный университет
имени Тараса Шевченко», кафедра лабораторной диагностики, анатомии и
физиологии¹*

*ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ.СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», кафедра анатомии человека, оперативной
хирургии и топографической анатомии²*

***Научные руководители: к. мед. наук, доц. Левенец С.В.¹
к. мед. наук, доц. Стклянина Л.В.²***

Актуальность. Среди онкологических больных "сильной половины" человечества рак предстательной железы (РПЖ) является причиной почти 10 % смертей и одной из главных причин смертей среди мужчин пожилого возраста. Особенно остро стоит проблема выявления рака простаты на ранних стадиях: частое сочетание воспалительных, доброкачественных, предраковых и злокачественных процессов в органе снижает чувствительность, специфичность и диагностическую точность рутинных методов обследования мужчин, таких как уровень простат-специфического антигена (ПСА). Целью данного исследования стало изучение распространенности РПЖ среди жителей Луганской области в отдаленной и ближайшей ретроспективах и оценка диагностической чувствительности лабораторного теста на ПСА, признанного эталонным методом для подтверждения диагноза.

Материалы и методы. Ретроспективно изучена архивная документация канцер-регистра ГУ «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер» ЛНР по установлению клинического диагноза РПЖ. Всего изучено 277 амбулаторных карт, заведенных в онкологическом диспансере на лиц мужского пола по причине установления диагноза РПЖ в 2015-2016 гг. и 2019-2020 гг. (тем самым охвачены результаты с пятилетней разницей).

Из эпикризов амбулаторных карт с соблюдением анонимности отбиралась информация о возрасте пациента на момент установления диагноза, и результаты лабораторных анализов: теста на общий ПСА. Далее из указанных годовых выборок

пациенты дифференцировались по возрастному критерию: лица, относящиеся ко второму зрелому возрастному периоду (ЗВ) – от 60 до 75 лет; и лица старческого возраста (СВ) – 75-90 лет (согласно возрастной периодизации ВОЗ).

Результаты. Анализируя непосредственно факты, касающиеся полученных результатов лабораторного тестирования на предмет содержания общего ПСА в крови при РПЖ, было обнаружено, что у всех пациентов с клинически подтвержденным РПЖ лабораторные результаты теста на общий ПСА показали превышение показателя возрастной медианы, однако степень такого превышения значимо варьировала. К примеру, только в десятой доле случаев превышение уровня общего ПСА значимо ($p < 0,05$) превысило пограничное значение, достигая $5,6 \pm 0,11$ нг/мл у лиц ЗВ (у 9% пациентов) и $7,9$ нг/мл – у лиц СВ (у 10% пациентов). Примерно у одной трети обследованных пациентов с РПЖ степень повышения общего ПСА носила умеренный характер, достигая в среднем $4,9 \pm 0,12 - 7,0 \pm 0,37$ нг/мл у пациентов ЗВ (38% случаев) и СВ (33% случаев), соответственно.

Неожиданными оказались результаты теста на общего ПСА, когда содержание данного онкомаркера на фоне клинически установленного РПЖ вообще достоверно не превысило пограничного критического порога и достигло лишь значений от $4,4 \pm 0,33$ нг/мл у 52% пациентов ЗВ и $6,1 \pm 0,15$ нг/мл – у 67% пациентов СВ. Кроме того, особенностью контингента ЗВ стало обнаружение минимального повышения уровня общего ПСА ($4,4 \pm 0,33$ нг/мл), отмеченного у 1% пациентов с РПЖ. Таким образом, значимое повышение онкомаркера общего ПСА при РПЖ наблюдалось менее чем у половины пациентов с данным заболеванием: в 47% случаев среди лиц ЗВ и в 43% случаев – у лиц СВ.

Предсказательная ценность результата лабораторного теста на общего ПСА, рассчитанная согласно правилам определения диагностической чувствительности теста, показала, что подтверждение РПЖ тестом на общего ПСА происходит с частотой 1:2,13 случаев у лиц в возрасте от 60 до 75 лет, и с меньшей долей вероятности, а именно – с частотой 1:2,33 случаев – у лиц более старшей возрастной категории.

Таким образом, частота совпадения значимо высокого уровня общего ПСА с реально диагностированным РПЖ у лиц старшей возрастной категории относительно невелика. Кроме того, диагностическая чувствительность теста на общего ПСА снижается с возрастом и служит подтверждением РПЖ у лиц старческого возраста не более чем у 43% пациентов с подозрением на это заболевание. При этом у пожилых лиц более ранней возрастной категории результаты теста на общего ПСА позволяют подтвердить диагноз в 47% случаев.

Выводы.

1. Диагностическая чувствительность лабораторного теста на общего ПСА для пожилого контингента невелика, поскольку на основании его результатов подтверждение клинически установленного РПЖ происходит с частотой 1:2,13 случаям у лиц в возрасте от 60 до 75 лет, и частотой 1:2,33 случая – у лиц более старшей возрастной категории.

2. Наибольшие достоверно значимые повышения уровня общего ПСА (от 5,6 до 7,9 нг/мл) наблюдаются в среднем не чаще чем у 9,5% пациентов.

3. При интерпретации результатов теста на уровень общего ПСА следует учитывать, что у лиц зрелой возрастной категории (60-75 лет) в 1% случаев превышение возрастной медианы уровня общего ПСА в крови отсутствует.

Кривоколыско Б. С., Венедиктова Ю. С., Самокиш А. А., Заболотная Н. Г.
**ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ КРЫС С КАЛОВЫМ ПЕРИТОНИТОМ НА
ФОНЕ ФАРМАКОКОРРЕКЦИИ ЧАСТИЧНО ГИДРИРОВАННЫМИ
ПИРИДИНАМИ, ПРОИЗВОДНЫМИ ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА**

Научный руководитель д.м.н., профессор Бирик Е.Ю.

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

Актуальность. В современном мире проблема перитонита весьма актуальна, что связано с низкой эффективностью антибактериальных средств и высокой резистентностью микроорганизмов к ним. Современные исследователи находятся в поисках все новых методов фармакотерапии перитонита. Несмотря на огромный прогресс медицины, перитонит обуславливает высокую летальность в абдоминальной хирургии. Одним из новых направлений в поисках лечения такой патологии как абдоминальный сепсис является исследования в области потенциального воздействия лекарственных средств на α -аденозиновые рецепторы. В работе Martin С. et al. было показано десятикратное увеличение уровня аденозина в плазме крови у пациентов с септическим шоком. В связи с этим перспективными является доклинические исследования частично гидрированных пиридинов, производных цианотиоацетамида, потенциальными биомишенями которых по результатам виртуального биоскрининга могут быть α -аденозиновые рецепторы.

Цель исследования: изучить показатели летальности крыс с моделированным каловым перитонитом после введения им синтезированных нами частично гидрированных пиридинов, производных цианотиоацетамида.

Материалы и методы. В исследовании использовались замещенные ди- и тетрагидропиридины, производные цианоацетамида, с шифрами CV042, CV043, CV046, CV047, CV080 и CV146. Исследования проводили на 62 белых беспородных лабораторных крысах-самцах массой 180-220 г. Животные были отобраны случайным образом.

Каловый перитонит моделировали путем введения профильтрованной каловой взвеси в концентрации 20% в дозе 1 мл на 100 г веса животных путем внутрибрюшинной инъекции.

В эксперименте было задействовано девять групп животных: первая – интактная (крысы без патологии, которым вводили внутрибрюшинно эквивалентное каловой взвеси количество воды для инъекций), вторая – контрольная, животные с каловым перитонитом, третья группа сравнения, животные, получавшие тиотриазолин в дозе 50 мг/кг через час после моделирования перитонита. Шесть опытных групп – крысы, которые получали образцы исследуемых производных пиридина в дозе 5 мг/кг через 1 час после введения каловой взвеси. За всеми группами животных проводился мониторинг поведения, аппетита, жажды, состояния шерстяного покрова. Динамику гибели наблюдали в течение 14 суток.

Результаты и их обсуждения. В контрольной группе наблюдались агрессивность и конфликтность белых крыс по отношению друг к другу в течение первых часов после введения каловой взвеси. Через 6 часов отмечено резкое снижение двигательной активности, вялость и заторможенность. Гибель первой крысы была зарегистрирована через 9 часов после введения каловой взвеси. К 12 часам после введения гибель составила 50%. При вскрытии из брюшной полости животных вытекала мутная жидкость, на органах наблюдались фибриновые наложения. Спустя сутки погибло еще одно животное. Крысы,

которые остались в живых, не передвигались, лежали на боку, упирались на передние лапы. Также они не употребляли корм и воду. Передняя брюшная стенка была болезненная, дыхание поверхностное. На отметке 100 часов установлена гибель последней крысы.

В группе сравнения гибель крыс зафиксирована в более ранние сроки, 100% гибель установлена на вторые сутки.

В опытных группах животных уже к 12 часам наблюдения был зарегистрирован в два раза меньший процент гибели животных в сравнение с контрольной группой и группой сравнения. В опытной группе CV146 была установлена гибель четвертой крысы на 35 часу, в дальнейшем гибель в этой группе не была зарегистрирована. В опытной группе CV043 к 12 часам отмечалась нулевая летальность.

Наиболее высокую активность в отношении терапии абдоминального сепсиса показали образцы с шифрами CV043, CV080 и CV146. В этих группах гибель составила 57,1% в первые 60 часов после введения каловой взвеси. К 72 часу после моделирования калового перитонита у всех выживших животных наблюдалось появление аппетита и восстановление двигательной активности.

Выводы. Таким образом, проведенные скрининговые исследования детоксицирующей и антитоксической активности 6 образцов частично гидрированных пиридинов, производных тиацетамида, на модели калового перитонита показали их способность после однократного внутрижелудочного введения в дозе 5 мг/кг предотвращать гибель от 28,6% до 42,9% животных. При этом показатели ранней летальности от калового перитонита в первые 12 часов на фоне фармакокоррекции соединением CV043 были на уровне нулевых значений. Процент летальности крыс, получавших CV047, CV042 в качестве фармакокорректора острого экспериментального перитонита был в три раза ниже, чем в контроле. Уровень смертности крыс в опытной группе CV146 в остром периоде был ниже чем, в контроле в два раза. В этой связи, учитывая низкую токсичность всех исследуемых образцов изучаемых замещенных ди- и тетрагидропиридинов, их следует считать перспективными в плане дальнейших доклинических и клинических исследований в качестве эффективных средств фармакотерапии перитонита и абдоминального сепсиса.

УДК 615.244:615.31

Кривоколыско Б.С., Бурдейная А.А.

**ЧАСТИЧНО ГИДРИРОВАННЫЕ ПИРИДИНЫ, ПРОИЗВОДНЫХ
ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ ПРИ
ОСТРОМ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ГЕПАТИТЕ**

Научный руководитель – д.мед.н., проф. Бибик Е.Ю.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Актуальность. В последнее время проблема токсических поражений внутренних органов, и прежде всего печени, вследствие потребления высоких дозировок лекарственных средств различных фармакологических групп является одной из важнейших проблем клинической медицины. Около 10% всех побочных реакций, связанных с применением медикаментозных средств, составляют лекарственные поражения печени.

Цель исследования: изучение показателей биохимического анализа крови крыс с острым тетрациклиновым поражением печени и фармакокоррекцией новыми частично гидрированными пиридинами, производными цианотиоацетамида.

Материалы и методы: Исследование проведено на 80 лабораторных белых беспородных крыс-самцах массой 180-210 г, на экспериментальной модели острого медикаментозного поражения печени (при внутрижелудочном введении тетрациклина гидрохлорида в дозе 1000 мг/кг на протяжении 5 суток). Для исследования использовались 6 новых замещенных ди- и тетрагидропиридинов с шифрами **CV042, CV043, CV046, CV047, CV080, CV146**. Крысы были разделены на десять групп: первая – интактная, вторая – контрольная (животные с тетрациклиновым гепатитом), третья группа сравнения (получали тиотриазолин в дозе 50 мг/кг), четвертая группа сравнения (карсил в дозе 100 мг/кг соответственно). Крысы опытных групп (с пятой по десятую) получали образцы исследуемых производных пиридина в дозе 2,5 мг/кг. После окончания эксперимента на шестые сутки был произведен забор крови из бедренной вены. Стандартными методиками на спектрофотометре SOLAR PM 2111 определяли уровень билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и тимоловую пробу.

Результаты и их обсуждения: Скрининговые исследования шести частично гидрированных пиридинов, производных цианотиоацетамида, на модели острого тетрациклинового гепатита при применении их в дозе 2,5 мг/кг показали высокую гепатопротекторную и детоксицирующую активность у всех соединений. Они стабилизируют уровень биохимических показателей крови, удерживая их на уровне нормы в условиях гепатотоксичности, индуцированной применением высоких дозировок тетрациклина *in vivo*.

Выводы: Учитывая результаты проведенных ранее исследований на моделях острого терахлорметанового и сочетанного парацетамольно-алкогольного гепатитов, а также результатов тестов про острой пероральной токсичности, их следует считать перспективными в плане дальнейших доклинических исследований.

УДК 616.-055.26-003.826:618.33

Лещинский П.Т., Краснопольская Е.Н., Борисенко М.Д., Егунова Т.Ю.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА У
ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Научный руководитель: д.м.н., профессор Лещинский П.Т.

Кафедра акушерства и гинекологии ЛГМУ имени Святителя Луки, Луганск, ЛНР

Актуальность. В последние годы частота лиц с ожирением неуклонно растет. Так в России и странах Европы ожирением страдают около 20% населения, а количество лиц с избыточной массой тела превышает 60%. Число беременных женщин с ожирением в развитых странах составляет от 15% до 26%. Ожирение способствует развитию патологий со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной и опорно-двигательной систем. На фоне изменяющегося гормонального фона у беременных женщин, а также возрастающих метаболических резервов у беременных с ожирением увеличивается риск развития различной «гестационной» патологии и невынашивания.

Цель: изучение течения беременности и оценка пренатальных рисков для плода у женщин с ожирением.

Материалы и методы исследования: материалами исследования послужили истории родов ЛПЦ с 2017 по 2019 годы. Было исследовано 402 историй родов, среди которых был высчитан индекс массы тела (ИМТ). Выделено 60 историй родов женщин, ИМТ которых был равен 32 и более. 33 историй родов завершились родами через естественные родовые пути, а 27- путем операции кесарева сечения. Для контрольной группы было набрано 60 историй родов женщин с нормальным ИМТ. Оценка результатов производилась ретроспективно.

Результаты и их обсуждение: В ходе анализа было выявлено увеличение количества угроз прерывания беременности у женщин с ИМТ>32(44% и 36%), а также равное количество угроз преждевременных родов (14,2% у женщин с ожирением и 14% у женщин с нормальным ИМТ). Количество анемий у беременных с ожирением было ниже, чем у женщин с нормальной массой тела (34% и 44%). Количество фетоплацентарной дисфункции не имеет значимых различий в двух группах. Количество эрозий шейки матки в контрольной группе было меньше, чем в группе с ожирением (22% и 28%). Процентное отношение женщин, у которых был выставлен диагноз хронический аднексит в первой и второй группе не имели значимых различий (11% у 1 группы и 9% у группы 2). Количество женщин, имеющих сахарный диабет в первой группе равнялось 9%, а в контрольной 1%. Диффузный зоб щитовидной железы в группе женщин, которые имели ожирение составлял 15%, а в контрольной группе он равнялся 5%. Масса новорожденного у женщин с ожирением не выходит за пределы нормы по сравнению с контрольной группой. Оценка состояния новорожденного по Апгар показала, что наиболее частыми оценками были «8-8» и «8-9». Данные оценки свидетельствуют о том, что состояние новорожденных детей, несмотря на большое количество сопутствующих патологий у матерей не сказываются на состоянии плода в раннем периоде адаптации.

Выводы. Несмотря на массовую пропаганду здорового образа жизни и культуру питания количество беременных женщин с ожирением растет. Большое число соматической патологии и как следствие перинатальных рисков у женщин с ИМТ более 32 говорит о значимом влиянии массы тела на репродуктивное здоровье. Однако данный вопрос можно рассматривать и с позиции проявления соматической патологии и последующим развитием ожирения.

УДК 612.172.1-053.5 "312"

Лигус В.Ю., Боботина Л.В.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА УЧЕНИКОВ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Руководитель: ассистент Сероштан Е.Ю.

Кафедра педиатрии, детских инфекций и детской хирургии

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

Введение. Здоровье ребенка – это процесс приспособления (адаптации) растущего организма к постоянно меняющимся условиям среды в течение всех периодов детского

онтогенеза. Особенно в период обучения. По данным официальной статистики МЗ РФ, в последние годы отмечается стойкая тенденция к ухудшению показателей здоровья детей школьного возраста: общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет возросла за последние 5 лет на 16%, а юношей и девушек в возрасте 15-18 лет - на 18 %; около 25-30% детей, приходящих в первый класс школы, имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья; за период обучения в школе число здоровых детей уменьшается в 4 раза

Цель. Провести сравнительный анализ адаптационной возможности сердечно-сосудистой системы у учащихся начальной школы (первый и четвертый классы).

Материалы и методы. Оценку переносимости динамической нагрузки проводили среди 76 учащихся (53 чел. в 1-м классе школы № 17 г. Луганска, 23 чел. в 4-м классе школы № 50 г. Луганска).

Результаты. При проведении пробы Руфье была отмечена тенденция к ухудшению показателей здоровья детей школьного возраста, что совпадает с данными МЗ РФ. Большинство учащихся 1-го класса (41,5 %) имеют показатель хорошо, 39,6% - удовлетворительно, показатель слабо у 15,1% учащихся, показатель отлично и неудовлетворительно по 1,9%. Большинство учащихся 4-го класса (52,2 %) имеют показатель удовлетворительно, у 21,7% - показатель хорошо, показатель слабо у 17,4% учащихся, 8,7% школьников имеют показатель неудовлетворительно, показателя отлично среди учащихся 4-го класса не выявлено. Таким образом, у детей 4-го класса имеется тенденция к нарастанию неудовлетворительного результата пробы (1-й класса - 1,9%, а у 4-го класса этот показатель увеличился почти в 3,5 раза (8,7 %), что свидетельствует о снижении адаптационных и функциональных возможностей сердечно – сосудистой системы детей.

Выводы. 1. Для предотвращения перегрузок, перенапряжения и создания условия для успешного обучения школьников, сохранения их здоровья необходима рациональная организация учебного процесса.

2. На современно этапе актуальной становится задача обеспечения школьного образования без потерь здоровья учащихся.

3. Полученные научные данные необходимо использовать в рамках программы “Здоровьесберегающие технологии в условиях общеобразовательной школы”.

УДК 616.392:616.1

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

РОЛЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

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

Кафедра пропедевтики внутренней медицины

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

Актуальность. Дефицит витамина D широко распространен во всем мире и встречается примерно у 30-50% населения. В большинстве случаев эту проблему ассоциируют с патологией опорно - двигательного аппарата: рахитом у детей и

остеомалаяцией или остеопорозом у взрослых. Однако в последние годы получены убедительные данные о взаимосвязи дефицита витамина D с патологией сердечно - сосудистой системы. Низкий уровень витамина D у человека связан с неблагоприятными факторами риска сердечно - сосудистой патологии, такими как артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет, дислипидемия, которые являются предикторами сердечно - сосудистых катастроф, в том числе инсультов и инфарктов. Показано, что витамин D оказывает вазопротекторный эффект путем улучшения эндотелиальной дисфункции, препятствует ремоделированию сосудов и миокарда, улучшает параметры артериального давления, способствует снижению риска развития гипертрофии левого желудочка, замедляет процессы фиброза, снижает риск развития атеросклероза.

Данная работа посвящена описанию клинического случая дефицита витамина D на фоне сердечно-сосудистой патологии, а также применению особой терапии, направленной на устранение патогенетических факторов с заменой гиполипидемических лекарственных средств на препараты витамина D.

Цель: изучить влияние витамина D на функционирование организма, в особенности на деятельность сердечно-сосудистой системы, выяснить взаимосвязь между развитием сердечно-сосудистой патологии и недостаточностью витамина D, проследить данные закономерности в клинической практике и выяснить наиболее эффективную тактику лечения пациента.

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

Результаты и их обсуждение. В ЛРКД поступил больной В. 48 лет с жалобами на периодическую головную боль, повышение АД до 170-180/100 мм. рт. ст., головокружение, тошноту на фоне повышения АД, отеки нижних конечностей, одышку при подъеме на 2й этаж, плохой сон, тревогу. Пациент считает себя больным около 10 лет на фоне нестабильного АД, за медицинской помощью не обращался. За последний год отмечает повышение массы тела на 30 кг.

Для уточнения диагноза был назначен ряд лабораторных и функциональных методов исследования, в ходе которых были выявлены следующие изменения:

1. Биохимический анализ крови: снижение уровня ЛПВП (0,8 ммоль/л), повышение уровней ЛПНП (3,32) и ЛПОНП (1,06), повышение уровня холестерина коэффициента атерогенности (5,01), общий холестерин в допустимых пределах нормы (4,81 ммоль/л), повышение уровней триглицеридов (2,32 ммоль/л), повышенный уровень глюкозы в крови (6,7 ммоль/л), повышение значений индекса инсулинорезистентности (НОМА) – 4,43.
2. Исследование гормонов крови: повышенные показатели паратгормона (79,4 пг/мл), инсулина (14,9 мкМЕ/мл).
3. Ионизированный Са – в норме (1,11)

Учитывая наличие у пациента изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, выраженного ожирения, а также факт о проживании в регионе со сниженным уровнем инсоляции – Чукотском автономном округе, было проведено определение уровней 25ОН витамина D в крови. В результате был обнаружен выраженный дефицит витамина D – 25ОН ВитD - 10,1 нг/мл.

4. ЭКГ – ритм синусовый, регулярный, вольтаж сохранен, ЧСС 80, ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка, дилатация предсердий, НБПВ ЛНПГ.

5. ЭхоКГ – дилатация предсердий, снижение систолической функции сердца, диастолическая дисфункция ЛЖ, створки МК уплотнены, стенки аорты и аортального клапана утолщены, фракция выброса левого желудочка в норме.

Также пациенту были назначена консультация эндокринолога и окулиста.

При осмотре глазного дна окулистом выявлена ангиопатия сетчатки обоих глаз (АС).

Эндокринолог вынес заключение: «Метаболический синдром. Ожирение III степени – экзогенно-конституционального генеза».

На основании проведенного обследования был выставлен диагноз: ГБ II ст (ГЛЖ, АС), 2 ст риск 3, неосложненный гипертонический криз от 31.01.2020. ИБС. Диффузный кардиосклероз. СН II А стадии, ФК III по NYHA. Метаболический синдром. Ожирение III ст. – экзогенно-конституционального генеза.

С целью лечения были назначены ингибиторы АПФ, В- адреноблокаторы, диуретики, антиромбоцитарные лекарственные препараты.

Вследствие выявленного дефицита витамина D и в связи с патологией сердечно-сосудистой стандартная терапия пациента была дополнена препаратом Аквадетрим (D₃), согласно рекомендациям по 16 кап/сут. (8 тыс. МЕ) в течение 6 недель, а затем с постепенным снижением до 4 кап/сут. (2 тыс. МЕ).

В ходе проводимой терапии, с учетом отказа от статинов и применения препаратов витамина D, наблюдались улучшение общего состояния пациента, стабилизация АД в пределах 140 / 90 мм рт.ст., улучшение показателей биохимического анализа крови – снижение уровней общего триглицеридов (с 2,32 до 1,32 ммоль/л), ЛПНП (с 3,32 до 2,95), ЛПОНП (с 1,06 до 0,6), холестерина индекса атерогенности (с 5,01 до 4,37), повышение уровня ЛПВП (с 0,8 до 0,9) на фоне нормализации уровня витамина D (с 10,1 до 31,5 нг/мл).

Также пациенту было рекомендовано придерживаться диеты стол № 10 (гипохолестериновый), осуществлять постоянный контроль АД, наблюдаться у терапевта, кардиолога, эндокринолога.

Выводы. Полученные данные имеют огромное значение для общественного здравоохранения, учитывая высокую распространенность дефицита витамина D. Проспективные наблюдения показывают, что низкие концентрации витамина D связаны с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, смертности от них.

Руководствуясь полученными данными, мы склоняемся к мнению, что коррекция дефицита витамина D имеет большое прогностическое значение. Лечение витамином D имеет низкую себестоимость, простоту в применении, а профилактика дополнительно вносит вклад в формирование здорового образа жизни. Необходимы дальнейшие клинические и экспериментальные исследования для более детального изучения механизмов негативного влияния витамина D на сердечно - сосудистую систему.

УДК 613.84-057.875

Липатникова А. С., Разуваева И. С., Заец А. Н.

КАЛЬЯН И МОЛОДЕЖЬ, ВРЕД ИЛИ ЗДОРОВЬЕ!

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

Кафедра пропедевтики внутренней медицины

Актуальность исследования обусловлена тем, что в последние годы в нашей стране приобрело большое распространение курение кальяна, особенно среди молодежи, что вполне понятно. Но самое печальное - многие считают это вполне "безопасным развлечением". Реальность же совсем иная. На основании опубликованных научных исследований, имеются следующие доказательные данные о курении кальяна. Регулярное курение кальяна означает вдыхание существенно большего количества дыма по сравнению с курением сигарет. Если при последнем в течение 5-7 минут делается обычно 8-12 затяжек и вдыхается 0,5-0,6 литра дыма, то за время обычного сеанса курения кальяна делается 50-100 затяжек, каждая из которых содержит 0,15 - 1,0 литр дыма.

Цель: оценить полученные данные и выяснить возникает ли зависимость у молодого возраста при курении кальяна, какой вред приносит в отличие от курения сигарет.

Методы и материалы. Анализ проводился среди студентов 1 курса медицинского университета. Были сформированы тесты с короткими ответами, на которые они отвечали. А также изучение клинического случая, наблюдение за течением заболевания в стационаре.

Результаты и их обсуждение. В результате тестирования мы обнаружили, что 36% протестированных курят кальян. А 47% являются пассивными курильщиками. Из них – 86% курят раз в месяц, 10%- раз в неделю, 4%-каждый день. Данные этого тестирования дали нам понять, что курение кальяна может вызвать зависимость даже у тех студентов, которые курят кальян раз в месяц (69%). Так же не обошлось и без побочных симптомов таких как: тошнота, кашель, слабость, головокружение. Так же 43% смешивают курения кальяна с алкоголем.

В качестве клинического случая был предоставлен мужчина, который курил кальян 3 раза в сутки на протяжении нескольких лет. В связи с этим ему был поставлен диагноз: Гипертоническая болезнь II (ГЛЖ, АС), 1ст, риск 3. СН 1 ст. СПРЖ. Экстрасистолическая аритмия. Синдром дислипидемии. Выраженный астено-вегетативный синдром.

Выводы. Студенты плохо осведомлены о негативном воздействии кальянокурения на здоровье человека - 52% считают, что курение кальяна безвредно. И 30% считают, что кальянокурение вредит здоровью. Опираясь на исследованные данные мы можем сказать, что кальянокурение в суммации с алкоголем, чаем, кофе и без приносит больший вред, чем сигареты. Они способствует повышению артериального давления. А это может вызвать гипертонический криз и наносит дополнительную нагрузку на сердце. Правильность этих слов и была приведена в клиническом случае. Мы хотим видеть наших студентов здоровыми и равнодушными к курению кальяна!

УДК 616.153.455-008.64-057.87 "3443"

Липатникова А.С., Пилиева Е. В., Халимова А.П., Гончарова А.А.

«ГИПОГЛИКЕМИЯ У СТУДЕНТОВ ПО УТРАМ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?»

Научные руководители - к.м.н., доцент Липатникова А.С., к.м.н., доцент Пилиева Е. В.

Кафедра пропедевтики внутренней медицины

Введение. Гипогликемия — это не самостоятельное заболевание, а синдром, обусловленный падением концентрации глюкозы в крови ниже минимального уровня, к которому адаптирован организм

У одних больных приступы гипогликемии случаются, если они вовремя не поели (**гипогликемия голодания**). У других больных приступы возникают после еды, особенно после приема пищи, богатой углеводами (**реактивная гипогликемия**). Эти сведения очень важны, так как этиология и механизмы развития гипогликемии голодания и реактивной гипогликемии различаются. Гипогликемия голодания нередко бывает проявлением тяжелого заболевания (например, инсулиномы) и более опасна для головного мозга. Чтобы понимать, как развивается та или иная форма гипогликемии, необходимо знать, как происходит обмен глюкозы у здорового человека. Доказано, что натошак единственным источником глюкозы служит печень. Концентрация глюкозы в плазме натошак составляет $< 3,3$ ммоль/л, в крови - $< 2,8$ ммоль/л. Эти показатели являются нижней границей нормы. Такое содержание глюкозы в крови может приводить к : слабости, потливости, повышенной возбудимости, раздражительности, тошноте, головной боли, головокружению, быстрой утомляемости, сонливости, резкому снижению артериального давления, обморокам. При реактивной гипогликемии (гипогликемия после еды) уровень глюкозы крови ниже тощакового либо $\leq 3,9$ ммоль/л в течение двух часов после приема пищи. Наиболее вероятной причиной формирования реактивной гипогликемии представляется постпрандиальная гиперсекреция инсулина под влиянием глюкозы и глюкагоноподобного пептида (GLP-1), являющегося компонентом энтероэндокринной системы, основное действие которого направлено на цефалическую фазу формирования насыщения [3].

Цель исследования: изучить состояние организма при полноценном завтраке и его отсутствие. Проверить осведомленность студентов о таком состоянии, как нарушения толерантности к глюкозе, и узнать проводили ли они исследование своего организма по этому поводу.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 студентов 3 курса 1 медицинского факультета Луганского государственного университета имени Святителя Луки. Исследование проводили на кафедре пропедевтики внутренней медицины. Средний возраст опрошенных составлял 19 ± 3 лет, относительно здоровых людей. Метод исследования включал анкетирования студентов.

Результаты. Из результатов тестирования следует:

1. На вопрос: «Завтракаете ли вы утром перед университетом (в 7 утра)?» ответили: всегда-47%, 2 раза в неделю-8%, 3раза в неделю-7%, 1 раз в неделю-8%, больше 4 раз в неделю-5%, никогда-25%. Из этого можно сделать вывод, что большинство студентов завтракают регулярно (47%), а у оставшихся 53% есть риск в возникновении гипогликемического состояния.

2. На вопрос: «Что вы предпочитаете употреблять на завтрак?», ответили: только напитки-13%, бутерброды-15%, каши-36%, фрукты-1%, другое-35%. Студенты, которые выбрали ответ «другое», употребляют другую пищу или комбинацию выше представленных продуктов. Из этого можно сделать вывод, что у людей, употребляющих на завтрак каши и бутерброды, то есть сложные углеводы, которые медленно расщепляются, уровень глюкозы в крови будет в пределах нормы с утра (без резких скачков и снижений), а

учащиеся, которые предпочитают на завтрак фрукты, напитки и другие быстро усваивающийся углеводы, подвержены быстрым изменениям концентрации глюкозы в крови, которое может проявляться симптомами гипогликемии.

3. На вопрос: «Ваше самочувствие при отсутствии завтрака утром?», ответили: нет разницы-37%, с завтраком лучше-43%, без завтрака плохо-20%.

Можно прийти к следующему заключению, что у 63% студентов, которые употребляют завтрак с утра, не наблюдаются симптомы гипогликемии, у них повышается внимание, улучшается память и настроение, а при отсутствии завтрака, студенты жалуются на тошноту, быструю утомляемость и головную боль.

4. На вопрос: «По какой причине вы не завтракаете?», ответили: завтракаю-75%, не успеваю-18%, не хочу-3%, плохое самочувствие после завтрака-4%. Из этого следует, что у людей, которые плохо себя чувствуют после еды, может наблюдаться реактивная гипогликемия, они нуждаются в дополнительных обследованиях.

5. На вопрос: «Отягощен ли у вас анамнез по сахарному диабету 1 и 2 типа?», ответили: да-9%, нет-91%. А на вопрос: «Знаете ли вы, что такое нарушение толерантности к глюкозе, проводили ли вы обследование по этому поводу?», ответили: знаю, обследование проводил-9%, знаю, обследование не проводил-89%, не знаю, обследование не проводил-2%.

Из этого следует, что 9 % студентов, у которых отягощен анамнез по СД 1 и 2 типа, проводят обследование по нарушению толерантности к глюкозе. То есть эта группа людей следят за своим уровнем глюкозы и ответственно подходят к своему здоровью. А 91% опрошенных либо обследование не проводили, либо не знают что такое нарушения толерантности к глюкозе. Эти студенты безответственно относятся к своему организму.

6. На вопрос: «Наблюдается ли у Вас натошак головокружения, холодный пот, выраженная слабость?», ответили: да-6%, нет-47%, слабо выражены-35%, наблюдается только головокружение-7%, наблюдается только выраженная слабость-5%. Исходя из этого теста, делаем вывод, что у 53% студентов наблюдается симптомы гипогликемии натошак.

7. На вопрос: «Наблюдается ли у Вас головная боль, холодный пот, слабость, учащение сердцебиение, через 1-2 часа, после употребления только сладких напитков (без приема пищи)», ответили: да-4%, нет-96%.

Из этого теста можно предположить, что у людей не сразу наблюдаются симптомы гипогликемии после приема сладких напитков только потому, что сахар является быстро усваивающимся углеводом и быстро повышает уровень глюкозы в крови.

Заключение:

Полученные данные имеют большое значение, учитывая, что у большей половины опрошенных наблюдаются симптомы гипогликемии при отсутствии завтрака, что сказывается на их самочувствии. Также обратить внимание на то, что большинство студентов не серьезно относятся к своему здоровью, они питаются не регулярно, не полноценно, не проводят исследование по нарушению толерантности к глюкозе.

Руководствуясь полученными данными, мы склоняемся к мнению, что коррекция нарушений глюкозы в крови имеет большое прогностическое значение. А профилактика способствует снижению риска возникновения гипогликемии.

Грыжа диафрагмального отдела пищевода или стенокардия?

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

ГУ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Актуальность:

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) относится к категории довольно распространенных патологий, риск возникновения которых увеличивается у пациентов пропорционально их возрасту.

Суть данного недуга состоит в том, что целый ряд органов пищеварительного тракта – абдоминальный отрезок пищеварительной трубки, кардиальный отдел желудка и даже часть петель кишечника – изменяет свою привычную локализацию и через пищеводное отверстие диафрагмы из брюшной полости перемещается в грудную.

Чтобы избежать ошибок в диагностировании недуга, при дифференцировании болевых ощущений следует ориентироваться на целый ряд специфических признаков. При ГПОД:

- появление болей наблюдается сразу после еды, серьезных физических нагрузок, принятия горизонтального положения и при наличии метеоризма;
- резкое усиление болевого синдрома происходит при наклоне корпуса вперед;
- смягчение или полное исчезновение болей происходит после перемены позы, глубокого вдоха, нескольких глотков воды или появления отрыжки.

При ущемлении грыжи возникают очень сильные схваткообразные боли за грудиной, отдающие в область лопаток и сопровождающиеся появлением: тошноты, одышки, рвоты с кровью, тахикардии – состояния, характеризующегося увеличением ЧСС, синюшности слизистых оболочек и кожных покровов, гипотонии – понижения артериального давления.

Цель работы: разработать алгоритм дифференциальной диагностики стенокардии и грыж диафрагмального отдела пищевода.

Материалы и методы исследования: Пациентка 1959 г.р. Больная поступила с жалобами на боли в области сердца, ноющего характера периодически проходящие после приёма валидола, перепады АД до 180/100 мм.рт.ст., периодические головные боли, головокружения, частый сухой кашель, одышку при физической нагрузке

Пациентке был выполнен комплекс исследований:

Клинический анализ крови: без патологии.

Биохимический анализ крови: Холестерин 5 ммоль/л, Липид. 64, Тригл. 1,2, ЛПОНП 0.54. Глюкоза крови 7.3 ммоль/л

АТПО менее 10 МЕ/л; Свободный Т4 13.1 ммоль/л; ТТГ 2,89 мкМЕ/мл.

Анализ мочи общий: без патологии.

ЭКГ: Ритм синусовый, регулярный, ЧСС 82 в мин., ЭОС горизонтально, вольтаж сохранен. Высокие з.Т в отв. V2 – 4 – гипергликемия или ишемия передне - перегородочно - верхушечного отдела ЛЖ под вопросом. Пульсоксиметрия 95% .

Эхо КГ: Аорта на стадии липоматоза. Стенки ЛЖ гипертрофированы. Сократительная способность удовлетворительная.

Суточное мониторирование от 19.02.18 Ритм синусовый с преобладанием нормокардических ритмов. Средняя ЧСС в дневное время 91 в мин. В ночное время ЧСС 62 в мин. Максимальное ЧСС 135 в мин (физ. нагрузка). Минимальная ЧСС 50 в мин (сон). Зарегистрирована не частая монофазная экстрасистолия I градации по классификации M. Ryan (всего 18ЖЭ). Максимально 5 ЖЭ в час. Нечастая суправентрикулярная экстрасистолия (тип распределения симпатикозависимый, максимально 29 СВЭ в час, I короткий пароксизм фибрилляции предсердий длительностью 2.5 сек. В ЧСС 108 – 125 в мин, со спонтанным восстановлением ритма, субъективно не ощущаемый пациентом. Достигнута субмаксимальная ЧСС. Диагностически значимые паузы, эпизоды, смещения сегмента ST – T не выявлены.

Консультация окулиста: Артерии умеренно сужены, склерозированы, вены равномерны.

МСКТ органов грудной клетки Легкие воздушные и прилежат к грудной стенке по всей поверхности. Скопление жидкости отсутствует. Легочные структуры имеют усиленный сосудистый рисунок. Внутрилегочных узлов, образований или очагов изменений плотности не определяется. Корни легких не изменены. Главные бронхи без изменений. Средостение расположено по срединной линии, нормальной ширины. В передних, центральных и задних отделах патологические включения не определяются. **Определяется грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 2-3 ст.**

Консультация торакального хирурга (на основании данных МСКТ): **Рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.**

Выводы

1. Врачу следует помнить, что ИБС и связанные с ней приступы стенокардии нередко напоминают клиническую картину грыж пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Для постановки правильного диагноза необходимо: правильно собрать анамнез, суточное мониторирование ЭКГ а т.ж. суточный контроль за АД.
3. Кроме того, следует учитывать наличие или отсутствие эффекта от применения на высоте приступа валидола или нитроглицерина. В нашем случае валидол помогал пациентке не всегда
4. Огромная роль в постановке правильного диагноза играет МСКТ, МРТ, рентген с применением контрастного вещества.
5. Также огромную роль играют предрасполагающие факторы, о которых не следует забывать.

УДК 616.24-008.64+616.12-008.331.1:616.5-004.1

Липатникова А.С., Сысойкина Т.В., Исмаилова Е.С.
«МАСКИ» СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

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

Кафедра пропедевтики внутренней медицины

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

Актуальность. Системная склеродермия рассматривается в настоящее время как аутоиммунное заболевание соединительной ткани с характерным поражением кожи, сосудов, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов (легкие, сердце, пищеварительный тракт, почки), в основе которого лежат нарушения микроциркуляции, воспаление и генерализованный фиброз. К настоящему времени этиология и патогенез системной склеродермии (ССД) недостаточно изучены. В развитии и формировании заболевания предполагается участие генетических, иммунных, нейроэндокринных, а также психосоциальных и средовых факторов. Несмотря на это, ранняя диагностика и адекватная терапия в значительной степени определяют эффективность лечения и прогноз, особенно при быстро прогрессирующей диффузной ССД. Лечение всегда назначают индивидуально, в зависимости от клинической формы и течения заболевания, характера и степени выраженности ишемических и висцеральных поражений. Исходя из распространенности заболевания, врач общей практики за весь период своей деятельности наблюдает в среднем один случай ССД.

Таким образом, остается актуальной проблема ранней диагностики системной склеродермии и правильная оценка клинических проявлений заболевания в ревматологической практике.

Представленная работа будет посвящена описанию клинического случая дифференциальной диагностики ССД.

Цель: Выяснить клинико-морфологические и патогенетические особенности ССД для дальнейшей правильной дифференциальной диагностики.

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

Результаты и их обсуждение. Больная 59 лет, поступила в отделение кардиологии с жалобами на периодические боли в области сердца при ФН-300-500 метров, приступы учащенного сердцебиения – особенно в положении лежа, одышка при подъеме на 1 этаж, АД до 180/100, сухой кашель. Длительное время находилась на «Д»-учете по поводу гипертонической болезни.

Для уточнения диагноза был назначен ряд лабораторных и функциональных методов исследования, в ходе которых были выявлены изменения, на основании которых был выставлен *заключительный диагноз*: Системная склеродермия, диффузная форма, хроническое течение, активность 2-й степени. Диффузный пневмосклероз. ДН 1-й ст. ИБС. Диффузный и миокардиосклероз. ГБ II (ГЛЖ, АС), 2 степень, риск 4. СН I. Экстрасистолическая аритмия.

С учетом диагноза были назначены не только гипотензивные, антиагрегантные препараты, статины, нитраты, диуретики, но и заменены б-блокаторы на блокаторы Са +каналов. В схему лечения обязательно добавлены глюкокортикоиды (преднизолон) и цитостатический препарат метотрексат.

На фоне проводимого лечения отмечается достаточно выраженная положительная динамика — значительно уменьшилась одышка, стабилизировалось АД в пределах 140/95.

При выписке назначены все рекомендации по приему лекарственных средств. Обязательное наблюдение у ревматолога по месту жительства.

Выводы. Таким образом, системная склеродермия является достаточно редким заболеванием, может характеризоваться длительным прогрессирующим течением,

диагностика которого затруднена недостаточным знанием данной патологии врачами первичного звена. А в стандартные кардиологические схемы лечения обязательно входят глюкокортикоиды и цитостатики.

УДК 547.913:339.13(477.61)

Лисовская О.Л., Передерий Е. А., Деревянко А. В.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРАФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ТОВАРОВ,
А ИМЕННО ГРУППЫ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ, ФАКТОРЫ
И ПРЕДПОЧТЕНИЯ, ФОРМИРУЮЩИЕ СТРУКТУРУ ТОРГОВОГО
АССОРТИМЕНТА, РЕАЛИЗУЕМЫХ В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОРОДА
ЛУГАНСКА**

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

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации
Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский
государственный медицинский университет имени Святителя Луки» г. Луганск*

Актуальность. Эфирные масла – обладают уникальным оздоровительным эффектом, о котором не все могут знать. Использование лечения и профилактики приятными запахами, так называемая – ароматерапия, может давать дополнительно в комплексе, усиление положительных результатов в выздоровлении людей. Ароматерапию начали использовать еще много веков назад для красоты и здоровья, и до сих пор в сумочке каждой второй женщины находится флакончик духов с приятным для нее запахом – что и подтверждает актуальность нашей темы.

Цель: Исследовать ассортимент эфирных масел в аптечных учреждениях города Луганска, а также изучить влияние эфирных масел на физическом, эмоциональном и психологическом уровнях. Определить на какие эфирные масла больший спрос в аптеках, как влияет сезонность на предпочтения покупателей, ценовой диапазон на данный товар в зависимости от производителя.

Материалы и методы. Для исследования применялись такие методы: контент - анализ, опрос фармацевтов и покупателей, анкетирование.

Материалом для исследования были эфирные масла, которые рассматривались с экономической точки зрения – цена и производитель, а также с потребительской стороны – эффект воздействия на организм человека, сезонность и предпочтения. Исследование проводилось в трех аптеках города Луганска, в районе больницы (прибольничная аптека), в центре города и аптека на Восточных кварталах. Посещение данных аптек проводилось осенью, зимой и весной, результаты увиденных и слышанных данных об эфирных маслах мы проанализировали и представляем Вашему вниманию.

Результаты и их обсуждение. Посетивши три аптеки в городе Луганск, мы ознакомились с ассортиментом и производителями эфирных масел. Чаще всего эфирные масла в аптеках представляют такие производители: ООО «Натуральные масла», ООО Компания «Сибирь намедойл», ООО «Купава», ООО «Крымская роза», что примечательно –

все производители расположены в Московской области. Что касемо сравнительных характеристик по ценовой политике на данный товар, можем отметить: эфирные масла (корица, апельсин, мелисса) в трех аптеках имеют незначительную разницу. Цены в аптеке на Восточных кварталах на корицу – 100 рублей, на апельсин – 80 рублей, мелисса – 40 рублей. Цены в прибольничной аптеке на корицу – 94 рубля, апельсин – 70 рублей, мелисса – 45 рублей. Цены в центральной аптеке на корицу – 95 рублей, апельсин – 76 рублей, мелисса – 52 рубля.

На формирование спроса, в первую очередь влияет время года. Зимой, в связи уменьшением солнечного дня и понижением температуры воздуха возрастает уровень респираторно – вирусных заболеваний, поэтому спрос на эфирные масла с запахом хвои увеличивается.

Выводы. В ходе проделанной работы мы пришли к выводу, что ассортимент эфирных масел в аптечных учреждениях города Луганска достаточный, средняя цена на эфирные масла – 73 рубля. Ценообразование на эфирные масла зависит от таких показателей:

1. Сырье разное: от сладкого апельсина «просто выжми кожуру» до растений из Красной книги.

2. Сырье получают по-разному: от промышленных плановых посадок плантаций (например, лаванды, календулы) до сбора в труднодоступных районах дикой природы.

3. Сырье подвергается различной обработке: корни ириса, например, сушат несколько лет в определенных условиях, а тмин просто собирают и обрабатывают.

4. У каждого вида сырья различен выход эфира (абсолюта) – от 5% до 0,1% от массы.

Анкетирование фармацевтов показало, что наибольшим спросом пользуются эфирные масла чайного дерева, пихты, эвкалипта, бергамота, шалфея, апельсина, грейпфрута.

УДК 339.133:615.2(477.61)

Лисовская О. Л., Передерий Е. А., Степанчук Е. А.

АССОРТИМЕНТ, ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА И ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО СПРОСА НА ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ИЗ РЕЗИНЫ В АПТЕКАХ ГОРОДА ЛУГАНСКА

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

Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации Государственное учреждение Луганской Народной Республики

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

Актуальность. Резиновые изделия играют важную роль в жизнедеятельности человека и выполняют основную функцию – защиту. Безопасность стоит на первом уровне потребностей у каждого посетителя аптеки, поэтому мы решили изучить качество товаров, которые предназначаются для защиты здоровья наших клиентов, и уверенности в своем будущем. Так же нам было интересно проследить закономерности формирования

потребительского спроса на изделия из резины и выявить влияние его на товарооборот аптеки.

Цель: Изучить ассортимент и потребительский спрос на изделия медицинского назначения из резины в аптеках г. Луганска, а именно резиновые перчатки и презервативы, имеет ли реализация данных товаров взаимосвязь с сезонностью, погодными условиями, местом расположения аптеки.

Материалы и методы. В ходе исследовательской работы были использованы маркетинговый и статистический методы исследования, которые проводились при помощи опроса покупателей, посещающих аптеки г. Луганска, и провизоров - первостольников, с последующей обработкой этих данных и анализом результатов.

Результаты и их обсуждения. При посещении аптек мы изучали ассортимент и спрос на такие резиновые изделия как перчатки и презервативы. В аптеках республики популярностью пользуются перчатки фирм Medicom, Santex, Dermagrip; презервативы таких фирм: Durex, Contex, Viva, Visit. Следует отметить, что упаковка латексных смотровых перчаток размера М, состоящая из 50 пар, в среднем реализуется за 2 месяца, вне зависимости от фирмы. Перчатки размера S, реализуются за 5-6 месяцев. Следует отметить, что жители республики в 68% случаев приобретают стерильные перчатки, лишь 32% приобретают нестерильные изделия. Данное исследование проводилось трижды, в ноябре, январе и марте месяце, и мы выяснили что, сезонность не влияет на реализацию данного вида товара, но влияет расположение аптеки. Так в аптечных пунктах при ЛПУ (лечебно-профилактических учреждениях) реализация медицинских латексных перчаток производится чаще, чем в аптеках в центре города и в спальном районе города.

Следует отметить, что на реализацию презервативов, сезонность также не влияет; место расположения аптеки, влияет на количество проданных изделий. Так в спальном районе и в центре города реализация данного вида товара выше, чем в аптечных пунктах при ЛПУ. В аптечных учреждениях республики чаще есть в наличии презервативы стандартного размера М, таких видов: классические, точечные, ребристые, ультратонкие. Среди причин столь небольшого ассортимента латексных перчаток и презервативов, я могу выделить наличие небольшого количества поставщиков. К немаловажному фактору формирования потребительского спроса относиться ценовой показатель. Средний показатель цены в республике относительно перчаток — стерильные 21 рубль, нестерильные 8 рублей, на презервативы 100 рублей. Наиболее высоким спросом пользуются более дорогостоящие перчатки и презервативы, мы считаем, что это связано с тем, что люди доверяют более дорогой продукции, так как считают ее более качественной и безопасной.

Выводы. Знание ассортимента товара в аптеке для провизора очень важно, информированность повышает уровень доверия клиентов к опытному и квалифицированному персоналу. Для успешного продвижения товарооборота и объективно оказанной помощи клиентам аптеки, специалистам необходимы знания о факторах формирования потребительского спроса, использование инновационных технологий, что позволит повысить качество фармацевтической помощи населению республики.

**ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МІХТ ПАТОЛОГИИ: ТУБЕРКУЛЕЗ И РАК
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Научные руководители: д.м.н, проф. Пустовой Ю. Г., к.м.н, доцент Баранова В. В.

Кафедра фтизиатрии, клинической иммунологии и медицинской генетики

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

Актуальность. Ученые считают, что в скором времени злокачественные новообразования займут лидирующие позиции. По данным экспертов ВОЗ в сентябре 2019 г. в развитых странах среди причин смертности онкологические заболевания впервые опередили сердечнососудистые. В настоящее время онкологические заболевания и туберкулёз входят в список основных причин смерти населения планеты. Причем основные показатели для онкологической патологии ежегодно растут. Так показатель заболеваемости раком различной локализации в мире в 2018 г составил 198 случаев на 100тыс населения: 18 млн. новых случаев за год – в мире регистрируют более 49 тысяч новых случаев рака в день. Смертность от онкологической патологии достигла 101,2 случая на 100 тыс. населения: 9,6 млн. человек погибли от рака за год, а за сутки умирает 27000 с человек. При этом показатели распространения онкологических заболеваний превышают аналогичные при туберкулёзе: заболеваемость в 2 раза, а смертность от рака в шесть раз выше соответственно. Показатель заболеваемости туберкулёзом в 2018г составил 133 случая на 100 тыс. населения (10 млн. новых случаев за год) и смертность 1,5 млн. (4300 человек в день умирают от туберкулёза). В России число онкобольных ежегодно увеличивается на 1–1,5%. Украина занимает второе место в Европе по темпам распространения онкологических заболеваний.

За последние 2 столетия произошла смена парадигмы о взаимодействии туберкулеза и рака между собой. Еще в середине XIX века известный австрийский патологоанатом К. Рокитанский утверждал, что туберкулёз и рак легких являются антагонистами. Впоследствии данное положение отвергли, объясняя это ранней смертью больных туберкулёзом, а рак, как известно, чаще поражает старшие возрастные группы населения. Выражение: «Туберкулёз готовит ложе для рака» достоверно отражало частоту развития рака у больных туберкулёзом в XX веке. В настоящее время, в XXI веке, - рак развивается в 7–13 раз чаще при туберкулёзе, чем у остального населения. Проблема развития рассматриваемых болезней состоит в том, что туберкулёз способен провоцировать озлокачествление клеток. Другая точка зрения сводится к тому, что рак и туберкулёз легких поражают людей без какой-либо взаимосвязи, просто велика распространенность этих заболеваний. Объединяющим остаётся единые факторы риска развития заболеваний, в том числе курение. Чаще заболевают обоими заболеваниями многокурящие мужчины в возрасте 40–50 лет и старше.

Цель: На примере разбора клинических случаев выяснить были ли допущены врачебные ошибки в установлении правильного диагноза и проанализировать причины несвоевременного выявления сочетанной патологии.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни пациентов, находящихся на лечении в Луганском республиканском противотуберкулёзном диспансере (ЛРПТД) в 2018 – 2019 г. у которых в процессе лечения туберкулёза была

выявлена онкологическая патология – mixed вариант: диссеминированный туберкулез легких и миелоцитарная миелома; инфильтративный туберкулез легких и рака корня языка.

Результаты и их обсуждение. В первом клиническом случае больная Я., 67 лет считала себя больной с января 2018 года; обратилась с жалобами, и после обследования и проведенной открытой биопсии плевры был установлен диагноз: Экссудативный плеврит справа, неспецифический. Проведено лечение с эффектом и больная выписана. В июне 2018 года пациентка стала отмечать ухудшение состояния, был поставлен диагноз: Синдром легочной диссеминации. Анемия хронического заболевания. Выполнена открытая биопсия легкого ЛРПТД. Гистологическое заключение: туберкулезное воспаление. Начато лечение основными противотуберкулезными препаратами.

На фоне проводимой терапии у пациентки развивается токсико-аллергический дерматит. Выписана из отделения. После завершения лечения токсико-аллергического дерматита и купирования аллергической реакции: пациентка отмечала периодическое повышение температура до фебрильных цифр - 39°C; беспокоила выраженная слабость; отсутствие аппетита; кашель; одышка.

При проведении молекулярно-генетического исследования в мокроте в сентябре 2018г., выявлена ДНК микобактерий туберкулеза с устойчивостью к рифампицину. Поставлен диагноз: Риск мультирезистентного туберкулеза. Начато лечение препаратами второго ряда: пиперазидом, канамицином, левофлоксацином, протионамидом и циклосерином. На фоне лечения больную беспокоили диспепсические расстройства: тошнота, отсутствие аппетита. В анализе крови клиническом выявлены изменения: анемия (Hb 86 г/л), лейкопения – 2,0 *10⁹/л, ускоренная СОЭ – 50 мм/ч. На осмотре у гематолога заключение Анемия хронического заболевания. Даны рекомендации по лечению анемии.

На фоне проводимого противотуберкулезного и противоанемического лечения состояние несколько улучшилось: температура снизилась до субфебрильных цифр, уменьшилась тошнота, но в анализах крови сохранялась анемия, лейкопения, ускоренная СОЭ. Повторный анализ 12.01.2019: Анемия – 104*10¹²/л., Лейкопения -2,7*10⁹/л, СОЭ-45 мм/ч.

Выполнена 16.01.2019 стерильная диагностическая пункция Диагноз: Миелоцитарная миелома, диффузно-очаговая форма, 3-а ст. Больная переведена на паллиативную терапию туберкулеза и направлена для дальнейшего лечения у гематолога в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии – рак крови. От момента обращения за медицинской помощи до установления рака прошло больше года.

Клинический случай сочетанного инфильтративного туберкулеза легких и рака корня языка. Больной С., 43 года в январе 2019 года обратился к стоматологу, в процессе лечения проводится удаление 8-го зуба справа, после чего больной стал отмечать онемение языка и обратился к неврологу. В феврале госпитализирован с гемипарезом мышц языка справа, нарушение вкусовых качеств в неврологическое отделение. 01 марта у больного легочное кровотечение 1-ой степени, пациент доставлен МСП в терапевтическое отделение городской больницы и при рентгенологическом обследовании обнаружены инфильтративные изменения в легких. После консультации фтизиатра пациент госпитализирован в Луганский республиканский противотуберкулезный диспансер с диагнозом Инфильтративным туберкулезом верхней доли правого легкого, фаза распада. При поступлении в ЛРПТД Анализ крови клинический: Hb-138г/л, эр-4,3*10¹², лейкоциты – 3,5*10⁹, СОЭ 68 мм/ч. Анализ мокроты м/скопии КУП – отриц, м/посева (ВАСТЕК) – МБТ+, устойчивы (НР). При осмотре ЛОР - врача выявлена отечность корня языка и небо-

глочной дужки справа, жалобы на осиплость голоса. Предварительный диагноз: Туберкулез языка, глотки, фаза инфильтрации. Установлен диагноз: *Мультirezистентный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза распада, обсеменения, МБТ +, Туберкулез гортани, языка, фаза инфильтрации*. Лечение по категории 4 ВОЗ.

На фоне лечения туберкулёза через 2 месяца отмечалась отрицательная клиническая динамика: усилилась боль в ротовой области, при глотании, увеличились шейные лимфатические узлы. Больной направлен на консультации в онкодиспансер, заключение: *Рак корня языка, с метастазированием в лимфатические узлы шеи с 2-х сторон T3N2вM0, IV клин стадия*. Пациент переведен на паллиативное лечение и госпитализирован в онкологический диспансер для дообследования и решения вопроса о тактике лечения.

Выводы. Клинические случаи демонстрируют, что диагноз туберкулёза был установлен своевременно и верифицирован гистологически и микробиологически (выявлены элементы туберкулезного воспаления и выделена культура микобактерий туберкулёза). При этом клиника туберкулёза скрывает начальные проявления онкологической патологии и только в процессе лечения и, к сожалению, при прогрессировании рака появилась возможность предположить сочетанный вариант заболеваний. Поэтому при наличии патологических, клинических или лабораторных изменений у пациента, не соответствующих установленному диагнозу, специалист не должен ограничиваться одним заболеванием и прекращать диагностический поиск. Необходимо помнить о возможности развития сочетанной патологии, своевременно её диагностировать, направляя к профильным специалистам и проводить адекватную терапию выявленных заболеваний.

УДК: 591.512.16:[615.28+547.262]

Луценко А.И., Копытин И.М., Дещинский М.Р.

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ КРЫС НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМБИНАЦИИ С РАСТВОРОМ ЭТАНОЛА

Научные руководители асс. Паринов Р.А, к.мед.н., доц. Баранова В.В.

Кафедра физиологии, кафедра фтизиатрии, клинической иммунологии и медицинской генетики

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

Актуальность. Туберкулёз достаточно древнее заболевание, с которым человечество борется на протяжении многих веков. Эффективная терапия пациентов – основной путь успешного противостояния в этой борьбе. Фактором, снижающим успешность лечения, является наличие коморбидных состояний. Одним из наиболее распространённых недугов у пациентов туберкулёзом является наличие алкоголизма, бытового пьянства и его последствий. В процессе проведения химиотерапии токсическое действие противотуберкулёзных препаратов вынуждает прекращать лечение с последующим переводом больных на паллиативную терапию, что не только снижает шансы пациента на выздоровление, но и в

широком эпидемическом плане не позволяет уменьшить резервуар инфекции для здорового населения.

Токсическое действие противотуберкулёзных препаратов на организм многопланово и чаще происходит полиорганным повреждением. Нервная система очень чутко реагирует на повышение уровня различных токсинов в крови, причем страдает в равной мере как центральная, так и периферическая и вегетативная нервная система. В структуре побочных реакций неврологические нарушения занимают 12-24%. Характер и выраженность нейротоксических осложнений зависит в значительной степени от эмоциональной лабильности больных, наличия у них сопутствующих нервных заболеваний, алкоголизма, тяжести интоксикационного синдрома. Результаты энцефалографических исследований показали, что предвестники побочных реакций появляются задолго до их клинического проявления.

В свою очередь доказано, что потребление этанола приводит к уменьшению синтеза серотонина в ткани головного мозга. Видимо, проявление тревожности и депрессивного состояния у животных экспериментальной группы, как раз и является следствием недостатка серотонина в мозге. Помимо этого, этанол приводит к уменьшению содержания ацетилхолина в мозге. Этот медиатор является основным передатчиком нервных импульсов в ЦНС именно поэтому в результате хронического введения этанола и нарушения содержания медиаторов ЦНС, ведёт к ухудшению синаптической передачи и, следовательно, к нарушению всех нервных процессов в организме.

Необходимо изучение возникающих патологических изменений в организме при сочетанном приёме противотуберкулёзных препаратов и алкоголя, в том числе на психоэмоциональную сферу (уровню тревожности, депрессии, стрессоустойчивости).

Цель: Определить степень эмоциональной устойчивости крыс при приёме различных комбинаций противотуберкулёзных препаратов (ранее применяемых и современных, находящихся на третьем уровне клинических исследований) и алкоголя у крыс.

Материалы и методы. Все животные содержались на стандартной диете вивария при естественном освещении. Были сформированы экспериментальные группы крыс: контрольная группа (МК, ДК); 1 группа - ежедневный приём 15% спирта (МС, ДС); 2 группа (ДІ, МІ) - ежедневный приём противотуберкулёзных препаратов (АБП) I ряда (изиноазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид); группа приём АБП I ряда и 15% спирт (ДІС, МІС); 4 группа (МІІ, ДІІ) - приём АБП II ряда (левофлоксацин, линезалид, бедаквилин, канамицин, циклосерин, потионамид); 5 группа (МІІС, ДІІС) ежедневный приём АБП II ряда и 15% спирт. Дозы препаратов рассчитывались в соответствии с руководством по проведению доклинических исследований. Препараты вводились животным ежедневно внутримышечно, за исключением канамицина, который вводился внутримышечно. К четвертому месяцу эксперимента, оценивалась эмоциональная устойчивость животных в тесте «открытое поле».

Результаты и их обсуждение. Регистрируемыми формами поведения являлись: горизонтальная двигательная активность (ГДА) - число пересеченных квадратов по периметру, вертикальная двигательная активность (ВДА) - число вертикальных стоек крыс. Вместе эти показатели дают возможность оценить ориентировочно-исследовательскую реакцию. Вегетативный баланс (дефекация, уринация) - свидетельствующая об эмоциональной реактивности. При этом учитывали, что высокий уровень дефекации, низкая вертикальная активность, низкая (или запредельно высокая) горизонтальная активность, продолжительные эпизоды замиранья и интенсивный груминг могут свидетельствовать о

высокой эмоциональной реактивности данного животного на фоне употребления АБП и спирта в соответствующих группах. Особи с низким уровнем дефекации, с высокой вертикальной активностью, с высоким уровнем горизонтальной активности (особенно в центре), без продолжительных эпизодов замирания и груминга, относились к категории низкорективных- стрессоустойчивые. По уровню стрессоустойчивости были выявлены значительные отклонения в сравниваемых экспериментальных группах (таблица).

Уровень стрессоустойчивости у крыс в экспериментальных группах, (%)

п/ п	группы	Стрессоустойч		Стрессонеусто	
		ивы		йчивы	
		сам	Са	сам	Са
		ки	мцы	ки	мцы
	Контроль	57	68	43	32
	Спирт 15%	30	38	70	62
	I ряд АБП	30	40	70	60
	I ряд АБП и спирт	30	50	70	50
	II ряд АБП	40	50	60	50
	II ряд АБП и спирт	25	34	75	66

У животных, не подвергавшихся отрицательному воздействию спирта и противотуберкулёзных препаратов, был зарегистрирован достаточно высокий уровень стрессоустойчивости, незначительно отличавшийся среди особей по полу: самки – 57%, самцы – 68%. К четвёртому месяцу приёма противотуберкулёзных препаратов в различных комбинациях и спирта практически во всех экспериментальных группах отмечалось снижение стрессоустойчивости крыс обоих полов. Более выраженные изменения зафиксированы в группах при сочетанном приёме АБП I и II рядов и спирта, что может указывать на отягощающее и суммирующее действие лекарственных средств и этанола на нервную систему. Практически в два раза был снижен уровень стрессоустойчивости в группах, получавших противотуберкулёзные препараты II рядов и спирта – в 34% случаях у самцов и у самок - в 25 % случаях (68% и 57 % соответственно в контрольной группе).

Выводы. У самок в контрольной группы наблюдается больше особей с повышенным уровнем тревожности и низким коэффициентом устойчивости (43%), чем у самцов (32%). Во всех экспериментальных группах у крыс, наблюдается больше особей с повышенным уровнем тревожности и низким коэффициентом устойчивости (более 60%), по сравнению с контрольной группой (менее 40%). При этом сохраняется соотношение уровня тревожности по полу – у самок уровень тревожности выше. Количество тревожных особей было больше в группах, где крысы получали алкоголь, как изолировано, так и в комбинации с противотуберкулёзными препаратами, что указывает на его суммирующее отрицательное действие на нервную систему.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

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

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

Актуальность. На сегодняшний день гипносуггестивная терапия находит применение при различных заболеваниях нервной системы, в клинике психических расстройств, при болезнях внутренних органов, в акушерско-гинекологической практике, при хирургических вмешательствах и кожных заболеваниях. Ряд проводимых исследований, был сфокусирован на выявлении возможности направленного изменения определенных параметров организма и психики под влиянием гипносуггестии. Но, несмотря на это, за последние годы по данной тематике было проведено достаточно мало исследований. В связи с этим, становится актуальным проанализировать эффективность лечения психических расстройств невротического уровня с помощью дополнительного метода: гипносуггестивной терапии.

Цель исследования. Оценка эффективности проведения гипносуггестивной терапии при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, в комплексе с психофармакотерапией.

Материал и методы. Было обследовано 30 пациентов с диагнозом невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, находящихся на стационарном лечении в отделении пограничных состояний №4 ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР, которое является клинической базой ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Святителя Луки». Диагноз верифицирован по критериям МКБ-10. Из 30 пациентов: 3 мужчины (10%) и 12 женщины (90%). Средний возраст пациентов составил 44 года (24-68 лет). Все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа получала психофармакотерапию в сочетании с гипносуггестивной терапией; 2-я группа получала только психофармакотерапию. Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г). Проведено клиническое интервью с пациентами, изучены анамнестические данные, проведена оценка состояния по шкале САН. Оценка невротических состояний проводилась с помощью клинического опросника Яхина-Менделевича. Статистическая обработка данных проводилась в программе STATISTICAV. 12.5. Результаты оценивали с помощью критерия Манна-Уитни, корреляционный анализ проведен с применением коэффициента Спирмена ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение. При проведении оценки состояния больных с помощью опросника САН установлено следующее. В 1-й группе до начала лечения отмечалось снижение показателя самочувствия у 7 пациентов (46,60%), снижение показателя активности отмечено также 7 пациентов (46,60%)–, у 9 больных (60%) – снижение показателя настроения. После проведенного лечения (психофармакотерапия в сочетании с гипносуггестивной терапией) показатели значительно улучшились: снижение показателя самочувствия отмечалось у 1 пациента (6,6%), снижение показателя активности и настроения ни у кого из пациентов не отмечено.

Результаты исследования 2-й группы выглядели иначе: до начала лечения у 8 пациентов (53%) отмечено снижение показателя самочувствия, снижение показателя активности – у 9 пациентов (60%), снижение показателя настроения – у 8 (53%). После проведения психофармакотерапии: у 4 пациентов (26%) сохранялось снижение показателя самочувствия, сохранялось нарушение активности – у 3 пациентов (20%), сохранялось снижение настроения – у 2 (13%).

Статистически достоверна разница между показателями 1-й группы до начала лечения и после него установлена по показателю активности (на 0,98 балла выше, $p \leq 0,05$) и показателю настроения (на 1,03 балла выше, $p \leq 0,05$). При сравнении результатов 2-й группы до начала лечения и после него достоверно значимым считались результаты показателя самочувствия (на 0,83 балла выше, $p \leq 0,05$) и активности (на 0,78 балла выше, $p \leq 0,05$). При сравнении результатов 1-й группы после гипносуггестивной терапии и 2-й группы после ПФТ статистически значимыми считались различия в показателях активности и настроения: у 1-й группы после терапии выше на 0,8 баллов, ($p \leq 0,05$) и на 0,78 баллов, ($p \leq 0,05$) соответственно.

По результатам клинического опросника Яхина-Менделевича в 1-й группе до начала терапии ведущие расстройства по шкалам: невротической депрессии у 7 пациентов (46,60%), тревоги – у 5 (33,30%) и астении – у 4 (26,6%). Высокий уровень пограничных состояний по шкалам: истерии – у 5 пациентов (33,30%), обсессивно-фобических нарушений – у 5 (33,30%), тревоги – у 4 (26,60%). После терапии: пограничное состояние по шкале тревоги – у 1 больного (6,6%), и невротической депрессии – 1 случай (6,6%).

Во 2-й группе до психофармакотерапии ведущие расстройства по шкалам: невротической депрессии – у 8 пациентов (53,3%), тревоги – у 5 (33,30%) и астении – у 3 (20%). Уровень пограничных состояний по шкалам обсессивно-фобических нарушений – у 3 (20%) и тревоги – у 2 больных (13,30%). После проведенного лечения ведущие расстройства по шкалам: невротической депрессии – у 3 больных (20%), тревоги – у 2 (13,30%), астении – у 1 (6,60%), пограничное состояние по шкале тревоги – у 1 больного (6,60%).

Статистически достоверная разница между показателями 1-й группы до и после терапии установлена по показателю активности и настроения: на 0,98 и на 1,03 баллов выше соответственно после гипноза ($p \leq 0,5$). При сравнении результатов 2-й группы до и после терапии достоверно значимым считались результаты показателей самочувствия и активности: на 0,83 и на 0,78 баллов выше соответственно после лечения ($p \leq 0,5$). При сравнении результатов 1-й и 2-й группы по окончании лечения статистически значимыми считались различия в показателях активности и настроения: на 0,8 и на 0,78 баллов выше соответственно у 1-й группы, ($p \leq 0,5$). Было установлено увеличение коэффициента следующих показателей 1-й группы после гипнотерапии по сравнению с таковыми 1-й группы до гипнотерапии: коэффициент показателя тревожности увеличивался на 3,24 ($p \leq 0,5$), невротической депрессии – на 1,15 ($p \leq 0,5$), астении – на 2,73 ($p \leq 0,5$), истерии – на 3,11 ($p \leq 0,5$). Сравнивая результаты 2-й группы до и после лечения установлено следующее: коэффициент показателя невротической депрессии выше на 2,13 ($p \leq 0,5$), истерии – на 1,49 ($p \leq 0,5$), обсессивно-фобических нарушений – на 1,14 ($p \leq 0,5$). Статистически достоверно было увеличение коэффициента показателя тревоги 1-й и 2-й группы после лечения на 1,89 ($p \leq 0,5$), а также невротической депрессии – на 1,58 ($p \leq 0,5$).

Выводы. Гипносуггестивная терапия в комплексе с психофармакотерапией достаточно эффективна и влияет не только на улучшение общего самочувствия пациентов, но и в целом способствует сокращению сроков лечения и скорейшему выздоровлению.

УДК 616.5-006.6-07

Мамедова В.С., Радионов В.Г.

**МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ**

Научный руководитель д.м.н., проф. Радионов В.Г.

Кафедра дерматовенерологии, психиатрии и наркологии

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

Актуальность. Раки кожи становятся одной из важных проблем современного здравоохранения. Постоянный рост заболеваемости во всем мире позволило экспертам ВОЗ охарактеризовать этот процесс как «тихую эпидемию XX века». По прогнозу ВОЗ, заболеваемость меланомой в мире к 2025 году, в сравнении с прошлым веком, увеличится на 25%. Удельный вес злокачественных новообразований кожи в общей структуре онкологической заболеваемости населения составляет от 10 до 15%. В республике умирает от раков в течение года от 50 до 60% онкобольных.

Цель: изучить современные методы диагностики меланомы. Обосновать роль ранней диагностики меланомы в лечении данного заболевания. Определить темпы роста меланомы в ЛНР.

Материалы и методы. Лица, принимавшие участие в акции посвященной «Дню диагностики меланомы» в ЛНР. В 2015 году – 224 человека, из них 164 женщины, 60 мужчин. В 2016 году – 653 человека, из них 504 женщины, 149 мужчин. В 2017 году – 635 человек, из них 483 женщины, 152 мужчины. В 2018 году – 687 человек, из них 503 женщины и 184 мужчины. В 2019 году – 721 человек, из них 533 женщины и 188 мужчин.

С целью выявления злокачественных новообразований кожи использовались следующие методы диагностики: данные клинического осмотра, дерматоскопия, эпиллюминесцентная микроскопия, сонография (20 или 50 мГц) с целью предоперационной оценки толщины опухоли по Бреслоу, патогистологическое исследование.

Результаты и их обсуждения. В ходе исследования было установлено соотношение мужчин и женщин при проведении акции (1:3). Однодневная акция по раннему выявлению злокачественных новообразований кожи в ЛНР за период 2015-2019 гг. позволила выявить 42 меланомы, 123 ВСС, 176 предраков.

Заболеваемость меланомой кожи в ЛНР среди мужчин за 2015-2019 гг. (на 100 тыс. населения) составила в 2015 – 4,8; в 2016 – 4,5; в 2017 – 4,7; в 2018 – 4,6; в 2019 – 3,9. При сравнении показателей заболеваемости меланомой кожи среди мужчин в 2019 г. в ЛНР, России и Украине были получены следующие результаты (на 100 тыс. населения): ЛНР – 3,9; Россия – 6,5; Украина – 7.

Также по результатам акции была проанализирована заболеваемость меланомой кожи в ЛНР среди женщин за 2015-2019 гг. (на 100 тыс. населения): в 2015 показатель заболеваемости - 6,2; в 2016 – 6,9; в 2017 – 4,7; в 2018 – 6,0; в 2019 – 5,8. При сравнении показателей заболеваемости меланомой кожи среди женщин в 2019 г. в ЛНР, России и Украине были получены следующие результаты (на 100 тыс. населения): ЛНР – 5,8; Россия – 8,8; Украина – 8,6.

Показатели мужской смертности при меланоме кожи в ЛНР, России и Украине среди мужского населения за 2019 г. (на 100 тыс. населения) были следующие: ЛНР – 1,8; Россия – 2,5; Украина – 2,6; а среди женского - в ЛНР – 2,0; в России – 2,5; в Украине – 2,2.

Стоит отметить, что показатели смертности от меланомы кожи в нашей республике ниже, чем в России и Украине, как и показатели заболеваемости меланомой.

Выводы. Из данного исследования можно сделать следующие выводы: в нашем обществе не сформирована культура здорового образа жизни. О здоровом образе жизни мужчины особо не задумываются и оценивают состояние своего здоровья как хорошее. Они больше, чем женщины подвержены вредным привычкам. Именно поэтому в акции, посвященной Дню Меланомы, приняло участие в 3 раза больше женщин, чем мужчин.

Успех в борьбе с раком кожи на современном этапе напрямую зависит от скрининга населения и раннего выявления предраков и раков кожи врачами онкодерматологами, качества проведения диагностики, последующего динамического врачебного наблюдения, качества лечения и показателей выживаемости пациентов.

УДК 616.9 – 022: 616.24

**Манищенкова Ю.А., Агеева Д.В., Жданова Т.В., Таран О.В., Музыря Е.М.
Диагностика и лечение COVID-19 ассоциированной пневмонии (клинический
случай)**

Научный руководитель: к.м.н., доцент Манищенкова Ю.А.

Кафедра факультетской терапии

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

Актуальность: В связи с пандемией COVID-19 внимание всего медицинского сообщества приковано к вопросам этиологии, клиники, патофизиологическим особенностям течения, проблемам диагностики, лечения и профилактики коронавирусной инфекции. Информационное поле заполнено большим количеством ложной информации, соответственно возникает потребность в достоверных сведениях, которые можно получить из рецензируемых научных журналов или при анализе клинических случаев.

Цель: изучение показательного клинического случая, зарегистрированного в бостонской медицинской клинике «OSH», для расширения сведений о клинической картине заболевания, вызванного вирусом COVID-19, разработки подходов и тактики ведения пациентов, выявлении возможных осложнений.

Материалы и методы: Был рассмотрен показательный клинический случай пациента (мужчина, 35 лет) поступившего в бостонскую медицинскую клинику «OSH». Заболевший имеет отягощенный эпидемиологический анамнез (находился на борту лайнера Diamond Princess, среди пассажиров и членов экипажа - 619 подтвердившихся случаев – 16,7%), классическую клиническую картину развития острого респираторного дистресс синдрома, получал прогрессивную медикаментозную терапию и респираторную поддержку, включая экстракорпоральную мембранную оксигенацию.

Результаты и их обсуждение: 13.03.2020 пациент поступил в бостонскую медицинскую клинику «OSH» с жалобами на появление сыпи. В анамнезе – экзема. Сыпь присутствовала несколько дней. Экспресс-тест на стрептококк – отрицательный. После проведенной терапии был выписан с положительной динамикой.

22.03.2020 пациент повторно доставлен в клинику «OSH» с предварительным диагнозом ОРВИ. Жалобы: лихорадка, озноб, боль в горле, сухой кашель, одышка. При сборе эпидемиологического анамнеза выявлен контакт с заболевшими COVID-19. Состояние прогрессивно ухудшалось, выставлен диагноз двухсторонней пневмонии. Проведенная терапия: цефтриаксон, азитромицин, левофлоксацин, 0.9% раствор натрия хлорида, неинвазивная оксигенотерапия. 25.03.2020 в связи с прогрессированием ДН пациент переведен в ОИТ, интубирован, начата ИВЛ. Проведенная терапия: цисатракурий, эпопростен, гидроксихлорохин, азитромицин, левофлоксацин, фенилэфрин, норэпинефрин. В связи с тяжестью состояния 26.03.2020 переведен в отделение экстракорпоральной мембранной оксигенации: начат гемодиализ, экстракорпоральная мембранная оксигенация. Вышеперечисленные методы привели к стабилизации состояния.

Выводы: Благодаря рассмотрению данного клинического случая были расширены сведения о клиническом течении коронавирусной инфекции, рассмотрен эффективный подход к ведению пациента с COVID-19 ассоциированной пневмонией, разработаны методы профилактики.

УДК 616.8-005.452.

Мироненко Т.В., Борисенко В.В., Фулиди Е.В.

КЛИНИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ФОНЕ ФЕОХРОМАЦИТОМЫ

Научные руководители – проф. Мироненко Т.В., доц. Борисенко В.В.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

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

ГУ ЛНР «Луганская городская многопрофильная больница №7», г. Луганск.

Актуальность. В 1% наблюдений среди больных с артериальной гипертензией от 30 до 50 лет причиной высокого артериального давления является опухоль хромаффинной ткани надпочечника – феохромоцитома (ФХЦ). Распространенность ФХЦ составляет 25%, в 30-70% наблюдений диагноз выставляется посмертно.

Цель: улучшить информированность врачей терапевтического профиля в вопросах ранней диагностики ФХЦ как причины тяжелой артериальной гипертензии у лиц молодого и среднего возраста.

Материалы и методы. Материалом послужил клинический случай диагностики ФХЦ у больной Е., 36 лет, с тяжелым гипертоническим кризом.

Результаты и их обсуждение. Больная Е. поступила с жалобами на интенсивную головную боль в затылочной области, тошноту, рвоту, сердцебиение, потливость, повышение артериального давления (АД) до 220/120 мм.рт.ст. Заболела остро, когда накануне утром повысилось АД до 220/120 мм.рт.ст., появилась тошнота, рвота, головная боль. Вызвала скорую помощь (СП), была оказана помощь, однако через 3 часа симптоматика возобновилась, приступ снова был купирован врачом СП. Третий приступ произошёл в 2 часа ночи, через 8 часов после предшествующего. Больная доставлена СП в стационар. Объективно: астенизирована, бледность лица, возбуждена, тоны сердца

приглушены, акцент 2 тона на аорте, тахикардия – 95 ударов в минуту. В неврологическом статусе: преобладает общемозговая и вегетативная симптоматика – головная боль, головокружение, тошнота, шум в ушах; статическая атаксия в позе Ромберга, тремор пальцев вытянутых рук; сухожильные рефлексы оживлены без чёткой разницы; общий гипергидроз. АД повышается в течение года, на фоне подъёма АД отмечала головные боли с ощущением озноба, потливости, принимала валериану, пустырник. При осмотре обращает на себя внимание выраженный вегетативный характер приступов повышения артериального давления. В стационаре приступ был купирован: магния сульфат 25% - 5,0 в/в на физиологическом (физ.) растворе, ондансетрон – 4,0 – в/в на физ. р-ре, эглонил – 2,0 – в/м. На второй день удерживается выраженная вегетативная симптоматика, АД - 130/90 мм.рт.ст., пульс – 90 ударов в минуту. При анализе лабораторных данных обращает внимание лейкоцитоз (20,0), ускоренное СОЭ (27 мм/ч), повышение уровня кортизола втрое по сравнению с нормой (535 нмоль/л), повышение метанефрина крови - 110 нг/л. На УЗИ ЗП (забрюшинного пространства) выявлена аденома левого надпочечника. На МСКТ ОБП с в/в усилением – выявлено: в области левого надпочечника определяется гетерогенное объёмное образование округлой формы с чёткими ровными контурами размером 69х67х67 мм - феохромоцитомы. Больной произведена операция – трансабдоминальная адреналэктомия слева. При выписке из стационара общее состояние удовлетворительное. Артериальное давление стабилизировалось. – 130/80-120/70 мм.рт.ст.

Выводы. Приведенный клинический пример демонстрирует необходимость обращать внимание на многообразие этиологических факторов церебральных гипертонических кризов, в том числе, и патологию эндокринной системы, что радикально изменяет подходы к лечению артериальной гипертензии, её осложнений.

УДК 616.4-036

Морозова О. К., Шибинская А. А.

**РАННИЕ КОГНИТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ
ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Научный руководитель ассистент Шатохина Я. П.

*Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной
медицинской помощи*

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

Актуальность. Актуальность этой проблемы на современном этапе приобрела большие масштабы, так как имеет высокую частоту встречаемости, а также длительные последствия, ухудшающие качество жизни пациентов. До настоящего времени вопрос о возможности предотвращения послеоперационной когнитивной дисфункции остается дискуссионным.

Разновидность когнитивных нарушений зависят от массы причин, например, от возраста больного, вида проводимой анестезии, объема операции, исходного соматического и неврологического статуса больного.

Цель: исследование частоты когнитивных дисфункций с использованием общепринятых нейропсихологических методик в ранний послеоперационный период у пациентов отделения анестезиологии и интенсивной терапии после рутинных малоинвазивных оперативных вмешательств.

Материалы и методы: анализировали случаи при выполнении оперативных вмешательств средней продолжительности и травматичности (на примере лапароскопической холецистэктомии) в условиях общей анестезии. Для анализа были взяты пациенты молодого возраста (25-44 лет, ВОЗ, 2018).

Существует различные методы диагностики, но эффективность увеличивается при комплексном их применении.

«Тест запоминания 5 слов» используется для выявления первичных нарушений запоминания.

Прогрессивные матрицы Равена предназначены для оценки способности к систематизированной, планомерной, методичной интеллектуальной деятельности (логичности мышления), проведения качественной оценки типа ошибок, допущенных больными при выполнении тестовых заданий.

Тест Бурдона (корректирующая проба) используется для определения умственной работоспособности и степени концентрации, объема и стойкости внимания.

Тест Лурье (заучивание 10 слов) - позволяет оценить процессы запоминания, сохранения и воспроизведения информации.

Тест «исключение лишнего» как оценка способности к обобщению и абстрагированию, умению выделять существенные признаки. Данный метод позволяет оценить способности к аналитико-синтетической мыслительной деятельности.

Результаты исследований. Изучение когнитивных функций (краткосрочной памяти, внимания, интеллектуальной лабильности, умственной работоспособности) у больных отделения анестезиологии и интенсивной терапии в возрасте от 25 до 44 лет после лапароскопической холецистэктомии, выполненных в условиях общей анестезии различной длительности, которое было проведено до и после вмешательства.

Ранняя послеоперационная краткосрочная когнитивная дисфункция была выявлена в 9,4% случаев у пациентов с неотягощенным психоневрологическим анамнезом. В некоторых случаях проведенное нейропсихологическое тестирование могло иметь ложноположительный (безразличие к тестированию, низкий образовательный уровень) или ложноотрицательный результат (сложность проводимой методики).

Выводы. Таким образом, общая анестезия оказывает негативное влияние на состояние когнитивных функций в раннем послеоперационном периоде (в течение первых 24 часов после оперативного вмешательства), то есть снижаются внимание, реактивность и память. Это может быть обусловлено остаточным действием средств, которые использовались для анестезии или послеоперационным болевым синдромом.

Однако, проводимые исследования неоднородны, поэтому эпидемиологические данные о частоте синдрома послеоперационной когнитивной дисфункции у пациентов молодого возраста после малотравматичных оперативных вмешательств, выполненных в условиях общей анестезии, разноречивы.

Поэтому актуальность проблемы профилактики и коррекции высших психических дисфункций в послеоперационном периоде требует изучения и разработки когнитивсберегающих анестезиологических технологий в дальнейшем.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ДОСТАТКА

Научный руководитель: доц. Удовика Н.А.

Кафедра акушерства и гинекологии

Луганский государственный медицинский университет

имени Святителя Луки

Актуальность. Медицинский дородовый уход и родоразрешение сегодня чрезмерно медикализированы.

Анализ доступной литературы указывает, что в последние 15-20 лет медицинские работники научили женщину беременность считать болезнью.

И если она не полежала в стационаре хотя бы один раз за беременность, не приняла каких-либо препаратов и не сделала несколько раз УЗИ, значит, её плохо контролировали. Но сегодня, общепризнанно, что программа дородового ухода должна быть доступной и дешевой, а предлагаемые методы обследования и лечения – иметь доказанную эффективность и доказанную безопасность для плода.

Цель: анализ использованных программ дородового ухода на практике и подтверждение целесообразности выполнения рекомендованных клинических рекомендаций в интересах матери и ребенка.

Материал и методы. Методом случайной выборки проведен анализ обменных карт 63 беременных женщин, которые дородовый уход получали на базе женской консультации специализированной железнодорожной больницы г. Луганска.

Все наблюдаемые беременные в поле зрения акушера-гинеколога (акушерки) попали в первом триместре с жалобами на отсутствие менструации и положительными экспресс-полосками на ХГЧ.

Возраст беременных составил от 16 до 25 (33,3%), от 25 до 35 (49,2%) и старше 35 лет (17,46%). Первородных было 21 человек (31,8%) повторно 17 (26,9%) и третий раз – 15 человек (23,8%). Первые роды предстояли у 27 женщин (42,85%). Повторные у 24 женщин (38%). Третьи и более 7 женщин (11,1%).

Дородовый уход проводился в соответствии с действующим в рамках Основного Закона (Конституции) ЛНР клиническим протоколом «Про организацию амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Украине» (Приказ МЗУ № 417 от 15.07.2011).

Первый вопрос, который решался на приеме у медиков, касался возможности вынашивания беременности без риска для здоровья мамы.

Затем беременной предлагался рутинно рекомендованный алгоритм ведения беременности с детальным пояснением цели методик и скрининговых программ.

Выполнение клинического протокола предусматривало одно: своевременное выявление отклонений в течении беременности от средней ее нормы для формирования группы риска, чтобы далее таких пациенток наблюдать по другим клиническими протоколами в соответствии с появившейся у беременной патологией. Это называется персонализированным подходом.

Результаты и их обсуждение. Прегравидарную подготовку имели 51 женщина (80%) из них. У наблюдаемых пациенток беременность наступила в естественном цикле в течение 1-5 месяцев от постановки такой цели.

Причем, 31 (45,8%) из них отметили случайность наступления беременности, но обрадовались этому событию, а остальные 32 (54,2%) женщины планировали и ждали беременность. В 50% случаев активное участие в дородовом уходе принимали мужья наших беременных или другие родственники.

Анализ показал, что отклонение от нормального течения беременности выявлено в 26,9 % случаях (17 женщин).

Тактика ведения с момента установления диагноза проводилась по соответствующим протоколам (например, прием урсольфака и родоразрешение в 36 недель при зуде беременных; антигипертензивная терапия или родоразрешение при гестозе; антибактериальная терапия при пиелонефрите).

У всех остальных течение беременности было в пределах физиологической нормы (уровень артериального давления и анализ мочи, гравидограмма, субъективная оценка шевелений плода «как обычно»), что исключало необходимость подвергать плод и плаценту ультразвуковому исследованию.

Из числа наблюдаемых 16 (25,37 %) беременных были настроены рожать ребенка в любом случае и от скрининговой программы поиска хромосомной аномалии отказались.

Еще 47 беременных (74,63 %) на вопрос «если риски аномалии окажутся выше пороговых» ответили, что все равно будут рожать.

Настроение беременных во время вынашивания было нормальным, но периодически половина из них задавала вопросы «не нужны ли какие-нибудь платные анализы?», «когда сделать УЗИ плода», «колит в животе, может это преждевременные роды?».

Психологические беседы и применение методик повышения уверенности в себе помогли таким пациенткам справиться и просто поверить в хороший исход беременности. Все эти беременности оставались демедицинизированными, а роды у них наступили в срок.

Через год женщины подтвердили, что остались удовлетворены дородовым уходом, а также тем, что не делали лишних анализов, не принимали препаратов, тем более не лежали в больнице.

Выводы. Таким образом, выполнение официально рекомендованных клинических рекомендаций по дородовому уходу с персонализацией в случае отклонения от нормы может стать реальным шагом к необоснованной медицинской агрессии при беременности и в родах.

УДК: 59.08:615.28:547.262

Назарян Д. С.

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ ЭКСПЕРИМЕНТА НА КРЫСАХ ПО ИЗУЧЕНИЮ ВЛИЯНИЯ СОЧЕТАННОГО ПРИЕМА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФОНЕ СПИРТСОДЕРЖАЩИХ ВЕЩЕСТВ НА ОРГАНИЗМ

Научные руководители д-р мед.н., проф. Тананакина Т.П., д-р мед. н, проф.

Пустовой Ю.Г., асс. Паринов Р. А., асс. Вайленко Д. С.

Кафедра физиологии, кафедра фтизиатрии, клинической иммунологии и медицинской генетики, кафедра медицинской химии

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

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около трети населения мира инфицировано микобактериями туберкулёза (ТБ) и ежегодно до 10 млн. человек заболевают ТБ. Туберкулёз является одной из основных причин смертности от инфекционных заболеваний во всем мире.

В настоящее время алкоголизм и бытовое пьянство наблюдается более чем у половины всех больных активным туберкулезом, причем у мужчин в 15 раз чаще, при этом употреблением алкоголя влияет на изменение фармакокинетики препаратов. Туберкулёз и алкоголизм представляют серьезную и актуальную социально-медицинскую проблему. Лица, страдающие алкоголизмом, заболевают туберкулёзом легких в 4–6 раз, а по некоторым данным – в 12–21 раз чаще остального взрослого населения. К этому добавим, что истинное число алкоголиков, больных туберкулёзом легких, не установлено. Злоупотребление алкоголем является основной причиной неудачного лечения, задержки конверсии культуры, рецидивов, высокого показателя смертности при применении противотуберкулёзных препаратов. Важно то, что на сегодняшний день недостаточно изучены причины и точный характер взаимосвязи воздействия алкоголя и противотуберкулёзных препаратов. В связи с трудностями изучения пациентов данной группы из-за недостатка подробных данных о лечении, а также отсутствие последующего наблюдения и контроля. Такие люди зачастую, зная о своем заболевании, продолжают употребление алкоголя с целью облегчения своего состояния вместо того, чтобы обратиться за помощью к врачу.

В январе 2019 г. опубликованы рекомендации ВОЗ, декларирующие принципиально новый подход к формированию режимов химиотерапии (ХТ) туберкулёза, с приоритетным включением комбинации новых препаратов с антимикобактериальной активностью. Следует учитывать, что в новые режимы ВОЗ в качестве приоритетных включены препараты с незавершенным циклом клинических исследований (КИ) у больных ТБ с МЛУ возбудителя. И если эффективность предлагаемых режимов в целом не вызывает сомнений, то факт одновременного длительного применения трех малоизученных препаратов и более ставит вопрос о безопасности таких режимов для здоровья пациента.

Проведение эксперимента на лабораторных животных позволяют изучить новые данные о токсическом действии совместного употреблением алкоголя и применением противотуберкулёзных средств как ранее изученных, так и современных препаратов.

Цель: изучение токсического действия комбинированного приёма противотуберкулезных препаратов (ПТП) (основного и резервного рядов) с сочетанным употреблением алкоголя (в условиях хронической алкоголизации) при лонгитюдном их введении на различных этапах эксперимента.

Материал и методы исследования. Эксперимент выполнен на белых беспородных крысах обоего пола молодого возраста репродуктивного периода массой 200-230г, полученных из вивария Луганского государственного медицинского университета имени Святителя Луки. Условия содержания животных и манипуляции, проводившиеся с ними, соответствовали требованиям, содержащимся в методических рекомендациях по этической экспертизе биомедицинских исследований. Перед началом эксперимента все животные были тщательно осмотрены, учитывался их вес, возраст, двигательная активность и состояние шерстяного покрова. Животные были разделены на шесть групп:

1 группа – интактная, группа контроля (крысы, не получающие лекарственных препаратов (ЛП) и этиловый спирт);

2 группа – крысы, имеющие постоянный доступ к 15% раствору этилового спирта и не имеющие доступа к воде, формирование хронической алкоголизации животного;

3 группа – крысы, получающие препараты 1-го ряда, применяемые при лечении туберкулёза с сохраненной чувствительностью МБТ – изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид;

4 группа – крысы, получающие препараты 1-го ряда (изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид), и имеющие постоянный доступ к 15% раствору этилового спирта и не имеющие доступа к воде;

5 группа – крысы, получающие препараты 2-го ряда, рекомендуемые для лечения пациентов с мультирезистентным туберкулёзом – линезалид, бедаквилин, левофлоксацин, пипразинамид; циклосерин и канамицин.

6 группа – крысы, получающие препараты 2-го ряда (линезалид, бедаквилин, левофлоксацин, пипразинамид; циклосерин и канамицин) и имеющие постоянный доступ к 15% раствору этилового спирта и не имеющие доступа к воде.

Введение препаратов проводилось в течение 4-х месяцев, что соответствует рекомендуемым срокам лечения больных туберкулёзом. Препараты вводились животным внутривентрикулярно, кроме канамицина, который вводился внутримышечно.

Расчет дозы для крысы производился по формуле, взятой из руководства по экспериментальному (доклиническому) изучению фармакологических веществ Хабриева Р.Ю.:

$$\text{ДОЗА ПРЕПАРАТА ДЛЯ КРЫСЫ} = \frac{\text{ЕД50} * (\text{КОЭФ.Ч} - \text{КА})}{(\text{КОЭФ. КРЫСЫ})}$$

Полученные дозы:

- препаратов 1-го ряда: изониазид – РД 15 мг; рифампицин – РД 30 мг; пипразинамид – РД 75 мг; этамбутол – РД 60 мг.
- препараты 2-го ряда: канамицин – РД 45 мг; бедаквилин (по схеме) 2 недели ежедневно РД 17,1 мг, а затем 22 недели 1 раз в 3 дня (три раза в неделю) РД 8,6 мг; линезалид – РД 25,7 мг; циклосерин – РД 45 мг; левофлоксацин – РД 45 мг; ПАСК – РД 450 мг; протионамид – РД 45 мг.

Для оценки повреждающего токсического действия различных комбинаций противотуберкулёзных препаратов, с включением новых, на фоне хронической алкоголизации запланированы разнонаправленные исследования: биохимические, клинические, морфологические и поведенческие нарушения у экспериментальных животных.

клинические исследования включали: изучение клинических показателей крови (количество лейкоцитов и лейкоцитарной формулы, показатели «красной крови» – количество эритроцитов, цветной показатель, показатели кислотного гемолиза эритроцитов);

биохимический анализ крови: изучение печеночных проб – АЛТ, АСТ, общего билирубина, щелочной фосфатазы, общего белка крови, показателей перекисного окисления липидов в тканях (мышцы, мозг, почки, сердце, печень и легкие) – каталазы (КТ) и малонового диальдегида (МДА), общей антиоксидантной активности (ОАА), изучение уровня железа

Морфологическое исследование: анализ органомерических показателей сердца, легких, печени и почек экспериментальных животных, проведение гистологического изучения повреждения органов (почки, сердце, печень и легкие).

Оценивание эмоциональной реактивности крыс и исследование двигательного компонента по методу открытого поля в эксперименте при различных комбинациях противотуберкулёзных препаратов с сочетанным приёмом алкоголя.

Выводы. Проведение эксперимента позволит оценить повреждающее действие не только противотуберкулёзных препаратов, ранее применяемых и хорошо изученных, но и включить новые современные лекарственные средства проходящих третий уровень клинических исследований. В первую очередь комбинация новых препаратов в схеме лечения туберкулёза требует более углубленного изучения появления нежелательных побочных реакций при их одномоментном приёме в химиотерапии. Важным является факт, что при проведении эксперимента будут сформированы группы животных принимающих противотуберкулёзных препаратов в сочетании с алкоголем и без него, что даст возможность провести сравнительный анализ и изучить связь появления нежелательных явлений химиотерапии туберкулеза от приёма алкоголя как суммирующего токсического вещества для организма.

УДК 616.89-008: 615.214.3

**Парамзина Ю.В., Радионова А.Н., Кудряк И. Ю., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В.
ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ, СОЦИАЛЬНОГО И
ДУХОВНОГО СТАТУСА ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ**

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

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

Введение. Одним из современных и серьезных по своим последствиям наркотиков в настоящее время являются «Соли» - основное действующее химическое вещество метилендиоксипировалерон, которое является мощнейшим психостимулятором. Прием этого вещества вызывает возбуждение, неадекватное поведение, агрессию, подозрительность. Через некоторое непродолжительное время развиваются бредовые идеи преследования, тяжелые психозы и депрессивные состояния. Люди могут быть опасными, как для себя, так и для окружающих.

Цель исследования. Выявить наиболее значимые симптомы депрессии и особенности социального и духовного статуса больных с наркотической зависимостью, вызванной психостимуляторами «Соли».

Материал и методы. В исследовании приняли участие пациенты наркологического отделения – мужчины от 25 до 30 лет, проходящие курс лечения от наркомании, систематически принимающие «соли». Степень тяжести депрессивной симптоматики определялась при помощи опросника БЕКА. Так же были предложены две анкеты по злоупотреблению психоактивными веществами и особенностям досуга. Анкеты содержат по

10 вопросов в каждой, большинство из которых – вопросы о причинах употребления наркотиков.

Результаты и их обсуждение. Симптомы субдепрессии отмечались у пациентов в 37,8% случаев, тяжелая депрессия – в 17,3% случаев у пациентов со стажем употребления наркотиков свыше 3-х лет. В ходе проведения исследования у большинства пациентов возникали трудности при ответах на вопросы: трудность в концентрации внимания, легкая отвлекаемость и истощаемость психической деятельности.

Выявлены такие черты личности, как неаккуратность, непостоянство, склонность к беззаботному существованию, легкомысленность в поступках, неумение распоряжаться финансами, снижение морально-этических качеств, обесценивание семейных ценностей.

Выводы. Люди, употребляющие психостимуляторы, разрушают себя не только физически, но и духовно. Для них характерны такие нарушения психики, как душевная опустошенность, черствость, холодность, утрата способности к сопереживанию, эмоциональному контакту, глубокий эгоизм. Нередко на первый план выступают аморальность больных, их склонность к асоциальному поведению, готовность к преступлениям, неспособность прогнозировать свои поступки.

УДК 615.1:616-057

Передерий Е. А., Бущик А. А., Рябова А. А.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К САМОРАЗВИТИЮ НА ФОНЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Научные руководители к-т фарм. наук, доц. Передерий Е.А., ассист. Бущик А.А.

Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

Актуальность. Социально-экономическое и моральное неблагополучие в реалиях современного мира, постоянный рост требований к квалификации, профессиональным и личным качествам сотрудника, конкуренция, а также отсутствие уверенности в себе и собственных силах, гарантии рабочего места приводит к развитию у человека хронического стресса, а также изменению отношения к выполняемой работе. Впоследствии данные воздействия приводят к профессиональной деформации личности и возникновению синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), на фоне чего снижается общая трудоспособность, а также мотивация к профессиональному саморазвитию. Изучение причин, вызывающих искаженное отношение к профессиональному росту личности на фоне СЭВ весьма распространено и является актуальным для исследования.

Цель: выявить наличие/отсутствие синдрома эмоционального выгорания у сотрудников аптечных учреждений, оценить их приверженность к саморазвитию. Определить взаимосвязь между данными понятиями.

Материалы и методы. Для исследования использовался опросный метод с последующей статистической оценкой полученных результатов.

Оценка наличия СЭВ проводилась в соответствии с опросником «Профессиональное (эмоциональное) выгорание», разработанным на основе профессиональной модели К. Маслач и с. Джексон и адаптированным К. Водопьяновой и Е. Старченковой. Тест содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности.

В качестве респондентов выступили 50 сотрудников аптечных учреждений, непосредственно контактирующих с посетителями. Исследование проводили в г. Красный Луч и г. Луганск Луганской Народной Республики.

Результаты и их обсуждение: В ходе оценки результатов опроса респондентов было сформировано 2 группы в зависимости от стажа работы, по 25 человек в каждой.

Полученные в ходе анкетирования цифровые данные суммировались, конвертировались в процентное соотношение и были внесены в таблицу по соответствующим критериям:

Показатели:	Стаж работы до 5 лет	Стаж работы от 5 лет
<i>Эмоциональное истощение</i>	Высокий уровень – 84% (21 опрошенных) Средний уровень – 16% (4 опрошенных) Низкий уровень – 0%	Высокий уровень – 24% (6 опрошенных) Средний уровень – 52% (13 опрошенных) Низкий уровень – 24% (6 опрошенных)
<i>Деперсонализация личности</i>	Высокий уровень – 80% (20 опрошенных) Средний уровень – 12 % (3 опрошенных) Низкий уровень – 8% (2 опрошенных)	Высокий уровень – 0% Средний уровень – 36% (9 опрошенных) Низкий уровень – 64% (16 опрошенных)
<i>Редукция личностных достижений</i>	Высокий уровень – 76% (19 опрошенных) Средний уровень – 24% (6 опрошенных) Низкий уровень – 0%	Высокий уровень – 12% (3 опрошенных) Средний уровень – 64 % (16 опрошенных) Низкий уровень – 24% (6 опрошенных)

Оценивая полученные результаты по трем показателям, наблюдается их зависимость от стажа работы и, соответственно, от возраста респондентов.

В ходе беседы выделены ряд факторов, влияющих на развитие у специалиста данных показателей, а именно: постоянное общение с большим количеством людей, находящихся в проблемных жизненных ситуациях, связанных с собственным здоровьем или со здоровьем близких людей; необходимость сдерживать свои эмоции, быть вежливым и доброжелательным; невозможность отказаться от общения с посетителем аптеки из-за личной неприязни; незащищенность первостольника от недоброжелательного и агрессивного поведения посетителя; продолжительная и напряженная работа, требующая высокой концентрации внимания; невозможность уделять должное количество времени на личные нужды; ощущение работы «не на своем месте».

В результате действия этих и других факторов у специалиста развивается синдром эмоционально выгорания – состояние, когда человек чувствует себя истощенным морально, умственно и физически, посредством чего снижается приверженность к саморазвитию, как личностному, так и профессиональному.

В связи с тем, что фармацевтический рынок не стоит на месте и активно развивается, саморазвитие специалиста, контактирующего с посетителями аптеки и реализующего

лекарственные средства и другие товары аптечного ассортимента, является важнейшим фактором успешной деятельности предприятия.

В ходе анкетирования выявлено также, что профессиональным самообразованием вне рабочего времени занимается 18 респондентов из 50 опрошенных, что соответствует 36%, в то же время 32 респондента не уделяют этому личного времени, что соответствует 64%. Из причин таких результатов: отсутствие свободного времени после рабочей смены, усталость, эмоциональное истощение, загруженность трудового дня.

Выводы. В результате проведенного исследования выявлено у 100% респондентов наличия синдрома эмоционального выгорания разного уровня развития, а также определены основные причины его возникновения.

Произведена оценка приверженности к саморазвитию у специалистов фармацевтического профиля.

Данное исследование отображает необходимость дальнейшего углубленного изучения с увеличением числа респондентов.

УДК 613.495“312”

Передерий Е.А., Бошуева К.Е., Конюхова А. А.,
СОВРЕМЕННЫЕ КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Научные руководители к-т фарм. наук, доц. Передерий Е. А., ассист.
Бошуева К.Е

Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации
Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский
государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

Актуальность. Данная тема является очень актуальной, потому что внешний вид человека играет важную роль в его жизни, при этом о многом говорит состояние кожи. Ухоженный человек имеет здоровую и чистую кожу - результат здорового образа жизни, рационального питания и тщательного косметического ухода. Но бывает и так, что, несмотря на все усилия, кожа имеет неважный вид, и в таких случаях помогает специальная косметика.

Цель: выявить уровень информированности людей о действии (показаниях, противопоказаниях, побочных эффектах), которые оказывают косметические лекарственные средства, а также какой фирме отдают предпочтение жители Луганской Народной Республики при проблемной коже. 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. Свердловск, г. Молодогвардейск. 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 - 50% опрошенных предпочитают продукт фирмы Зеленая Аптека и 911, а 20% - отдают предпочтение Аевит и Librederm, а в городах - 10 % людей, которые прошли анкетирование, предпочитают Зеленая Аптека и 911, а 75 % - Аевит и Libriderm. Среди всех опрошенных, 68% людей пользуются косметикой ежедневно. По результатам опроса фармацевтов (провизоров) мнения распределились поровну: 50% - считает наиболее эффективными Зеленая Аптека и 911, 50% - отдает предпочтение Аевит и Libriderm. Личное предпочтение влияет на рекомендации, которые провизоры (фармацевты) дают посетителям аптек.

Выводы. В ходе нашего исследования мы выявили следующую ситуацию: что в последнее время люди все больше стали уделять внимание своей внешности, и поэтому введение активной косметики в ассортимент аптеки связано с высоким уровнем доверия потребителя к аптечному каналу дистрибуции. Люди хотят пользоваться проверенным и сертифицированным товаром.

УДК 339.133:616-71:615.12(477.61)

Передерий Е. А., Лисовская О. Л., Медведева Е. Б.

АССОРТИМЕНТ И ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО СПРОСА НА ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В АПТЕКАХ ГОРОДА ЛУГАНСКА И ОБЛАСТИ

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

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации
Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский
государственный медицинский университет имени Святителя Луки»*

г. Луганск

Актуальность. Стандартные профессиональные гинекологические инструменты используются врачом во время диагностики и лечения женщин. Многие приспособления гинеколога откровенно пугают пациенток своим видом. Обычно женщины не интересуются содержимым гинекологического набора, так как комплект нужен врачу-гинекологу для обследования. При этом в ряде медучреждений предполагается покупка набора самой пациенткой. Поэтому встает проблема выбора подходящего набора инструментов, их количества и размера.

Цель: исследовать ассортимент гинекологических наборов аптечных организаций города Луганска и области, а также изучить факторы, влияющие на увеличение уровня продаж диагностических инструментов.

Материалы и методы. Мы проводили своё исследование, используя опросный метод среди провизоров. Таким образом, мы определили, что входит в гинекологический набор, и какие бывают вариации наборов. Итак, существует несколько типов гинекологических наборов. Одноразовый гинекологический набор в стандартном исполнении содержит инструменты, позволяющие выполнить осмотр слизистой влагалища, шейки матки, произвести пальпацию матки с придатками. Набор не включает инструменты, предназначенные для взятия образцов материала для последующего анализа. Такой вариант

комплектации именуется типом 1 (перчатки, зеркало гинекологическое, пленка). Гинекологический набор тип 2 – базовый набор с дополнительным шпателем Эйра, который требуется для выполнения манипуляций по сбору биологического материала с поверхности шейки матки, а также из влагалища. Гинекологический набор тип 3 – базовый набор в сочетании с ложкой Фолькмана (приспособление, необходимое для проведения манипуляций по забору материала из уретры либо влагалища для последующего исследования взятых проб). Отдельный вид составляет нулевая комплектация, в которой не предусмотрено наличие гинекологического зеркала для осмотра беременных женщин на более поздних сроках. Гинекологический набор тип 4 – базовый набор с дополнением в виде цитощётки, которая используется для забора мазка со слизистой влагалища и шейки матки. Такой вариант комплектации подходит для обследования нерожавших женщин. Тип 5 включает в состав базовый набор инструментов и все дополнительные наименования, указанные выше. В перечень элементов входят также два предметных стекла для нанесения взятых проб биологического материала. Обозначенный вариант комплектации является самым дорогостоящим в силу расширенного состава.

Классификация гинекологических наборов по видам с учетом состава — лишь один критерий деления на типы. Варианты комплектации могут различаться по размеру зеркала и перчаток. Все прочие компоненты характеризуются неизменностью стандартных характеристик. На формирование спроса на гинекологические наборы, в первую очередь, влияют сезонные медицинские осмотры в учебных заведениях и предприятиях. Наибольшим спросом пользуются аптеки, которые располагаются при больницах, в которых пациентки непосредственно будут проходить осмотр. Впрочем, это и является вторым фактором, влияющим на спрос гинекологических наборов.

Результаты и их обсуждение. При проведении своего анализа объектами исследования стали три аптеки, находящиеся в Луганске, Стаханове и Антраците. Пообщавшись с фармацевтами, мы выяснили, что в исследуемых аптеках в ассортименте имеются лишь гинекологические наборы первого типа различных производителей. В их числе гинекологические наборы отечественного производства, а также такого российского производителя как «Фемина» (Московская область) и Unicorn Med (Китай). Но, несмотря на широкий выбор, в аптеках, в основном в наличии имеются гинекологические наборы производства ЛНР. Лишь в одной аптеке города Антрацита мы встретили гинекологический набор второго типа. Так же, по ходу беседы с моими будущими коллегами мы выяснили факторы, которые влияют на спрос данного товара, о которых мы упоминали выше.

Выводы. Таким образом, мы провели исследование ассортимента гинекологических наборов в аптечных организациях города Луганска и области, а также изучили факторы, влияющие на увеличение уровня продаж этих диагностических комплектов. В ходе проделанной работы пришли к выводу, что нашим аптечным организациям нужно расширять ассортимент гинекологических наборов, так как женское здоровье требует не только должного ухода за своим телом и внешностью, но и постоянного внимания к работе внутренних органов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ГАЛЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ ХРАНЕНИЯ

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

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации
Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский
государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность. Современный подход к лечению хронических заболеваний предполагает, наряду с препаратами индивидуальных веществ и их комбинаций, использование в качестве вспомогательной терапии галеновых препаратов. В связи с уменьшением производства экстенпоральных лекарственных средств возрастает спрос на галеновые препараты промышленного производства.

Из широкого ассортимента таких препаратов наибольшим спросом пользуются настойки – это водно-спиртовые извлечения из лекарственного растительного сырья.

Особым фактором, оказывающим значительное влияние на качество настоек, является обязательное соблюдение условий хранения. В случае их нарушения, настойки быстрее, чем другие лекарственные препараты, изменяют свой количественный и качественный состав, что влияет на эффективность и безопасность их применения.

Цель: оценить степень влияния различных условий хранения на качество настоек промышленного производства путем проведения анализа содержания действующих веществ, а также определить безопасность их применения в дальнейшем.

Материалы и методы. Для проведения анализа были выбраны настойка мяты перечной, настойка эвкалипта и настойка пустырника. Образцы разделили на две группы. В течение месяца одна группа находилась согласно условиям хранения, указанным в инструкции по применению. Вторая группа в течении того же времени подвергалась таким воздействиям, как повышенная температура и прямой солнечный свет. Количественное содержание действующих веществ определяли по официальным методикам. Данные методики были взяты с Фармакопейных статей на Настойку Эвкалипта (ФС 42-741-87), Настойку Пустырника (ФС 42-0197-07), а также с Государственной Фармакопеи СССР X изд., статьи № 689 на Настойку Мяты перечной.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования были получены следующие результаты:

1. Органолептические свойства испытуемых настоек, а также образцов сравнения соответствуют данным нормативной документации. Однако в испытуемых образцах пустырника и эвкалипта выпал осадок.
2. Крепость спирта в испытуемых образцах настоек эвкалипта и мяты составила 66.0%, в настойке пустырника – 68.0%. Крепость образцов сравнения составила 70.0%.
3. При количественном анализе настойки мяты перечной, хранящейся в неподходящих условиях и у образца сравнения, количество эфирного масла, которое выделилось одинаково – 0.65 мл, что соответствует 5% масла в препарате. При анализе настоек эвкалипта сумма фенолальдегидов в пересчете на эвкалимин для образца, хранимого в нормальных условиях –

0,548%, неподходящих – 0,514%; норма содержания эвкалимина – 0,25%. В настойке пустырника количественное содержание флавоноидов, в пересчете на рутин составило 0.0301% в испытуемом образце и 0.033% в образце сравнения (норма 0.02%).

Выводы. Исходя из результатов исследования и опираясь на совокупность всех ранее перечисленных и упомянутых данных, можно сделать вывод, что хранение – ключевой фактор, влияющий на качество галеновых препаратов. Качество всех испытуемых образцов ухудшилось в сравнении с контрольной группой.

УДК 615.12:65.015

Передерий Е. А., Передерий С. В., Тагирова М. А., Богданова Т. С.
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ АПТЕКИ

Научные руководители к-т фарм. наук, доц. Передерий Е. А., ассист. Передерий С.В.

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации
 Луганский государственный медицинский университет
 им. Святителя Луки, г. Луганск*

Актуальность. Анализ хозяйственной и финансовой деятельности позволяет существенно повысить эффективность управления, конкурентоспособность предприятия на рынке и обеспечить перспективы его развития. В ходе данного исследования было проведено изучение финансово-хозяйственной деятельности ГУП ЛНР «ЛУГМЕДФАРМ» Аптека № 369 СП ЦГА г. Луганска № 377.

Цель: проанализировать финансово-хозяйственную деятельность аптеки №369 за отчетный период.

Материалы и методы. Данные необходимые для анализа ассортимента и финансово-хозяйственной деятельности были взяты у заведующего аптекой №369, из отчетов за 2017, 2018 и 2019 г.г.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного нами исследования были рассчитаны такие показатели как:

1. Выполнение плана товарооборота (тыс. руб) за отчетный период (2017-2019 гг.)

	Розничный			Оптовый			Общий		
	план	факт	%	План	факт	%	план	факт	%
2017	2462.5	1694.5	68.8	758.7	758.7	100	3221.2	2453.2	76.2
2018	3255.0	2971.2	91.3	138420	138420	100	4639.2	4355.4	93.9
2019	3826.6	3935.6	102.8	1464.4	1464.4	100	5291.0	5400.0	102.06

Проведенный анализ показал рост товарооборота в отчетном периоде, а именно в 2019 году, что было связано с повышением объема продаж, расширением товарной номенклатуры, применением различных приемов мерчандайзинга в выкладке товаров

аптечного ассортимента, а также совершенствовании работы товаропроводящей сети, увеличением доходов населения и др.

2. Валовый доход за отчетный период (2017-2019 г.г.)

Торговые наложения (валовый доход) в аптеке являются основным источником возмещения затрат, обеспечения рентабельности и формирования соответствующих фондов производственного и социального развития, заработной платы и материального поощрения. Торговые наложения выражаются как в сумме, так и в процентах к товарообороту, что видно из таблицы:

	2017		2018		2019	
	сумма	%	сумма	%	сумма	%
Факт	1452.2	59.2	2337.3	53.7	2643.9	51.4

3. Прибыль и уровень рентабельности за период с 2017 по 2019 г.г.

Год	Общий товарооборот	Прибыль от реализации тыс. руб.	Уровень рентабельности %
2017	2453.2	-80.7	-3,29%
2018	4355.4	-282.1	-6,48%
2019	5400.0	-236.9	-4,39%

Результаты торгово-финансовой деятельности аптечного учреждения определяются получением чистой прибыли, т.е. обеспечением рентабельности. Непосредственно на рентабельность влияют, в первую очередь, полученный валовый доход и рациональное расходование издержек обращения. Для выполнения плановых заданий аптекой проводится ряд мероприятий:

- ускорение оборачиваемости товарных запасов
- увеличение объема реализации группы «лекарства и химтовары»
- анализ внутригруппового ассортимента товаров.

Рентабельность аптеки за отчетный период была наибольшей в 2017 году, это объясняется увеличением объемов реализации лекарственных средств, увеличением объемов производства, сокращением издержек обращения.

4. Издержки обращения за отчетный период (2017-2019 г.г.)

Показатели	2017		2018		2019	
	Тыс. руб.	%	Тыс. руб.	%	Тыс. руб.	%
Факт по издержкам обращения	1483.9	60.5	2534.2	58.2	2775.0	51.4

Выводы. Производственные аптеки являются важным и необходимым звеном в системе обеспечения лекарственными средствами учреждения здравоохранения и население, поскольку очень часто некоторые экстенпоральные лекарственные средства не имеют промышленных аналогов, и не могут обеспечить индивидуальное дозирование лекарственных веществ.

На данный момент в ЛНР только две производственные аптеки, которые входят в структуры ГУП ЛНР «ЛУГМЕДФАРМ»:

- аптека № 369 СП ЦГА г. Луганска № 377 (город Луганск)
- аптека № 313 СП ЦГА № 19 (город Алчевск)

Состав и площадь производственных и вспомогательных помещений аптеки отвечают требованиям нормативно-правовой документации, регламентирующей деятельность аптекных учреждений: соответствие размеров и количества производственных и служебно-бытовых помещений, наличие соответствующей материально-технической базы, соблюдение санитарно-гигиенических норм, правил торговли лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, качественный кадровый состав.

Особое внимание в финансово-хозяйственной деятельности аптеки уделялось повышению рентабельности, улучшению качества лекарственного обеспечения населения и лечебно-профилактических учреждений. Это достигалось постоянным выполнением планов реализации медикаментов и медицинских товаров. Для улучшения финансового состояния аптеки проводится работа над снижением уровня материальных затрат, контролем за состоянием товарных запасов, ускорением оборачиваемости запасов и денежных средств.

УДК 339.13:615.218

Передерий Е. А., Стрельченко Н. Н., Рыбак Е. О.

**АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ТАБЛЕТИРОВАННЫХ
АНТИГИСТАМИННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ИХ
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДОСТУПНОСТЬ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ**

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

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации
Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский
государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность. Аллергические заболевания занимают лидирующие позиции среди медицинских и социальных проблем, которые ухудшают качество жизни населения. Наиболее распространенным аллергическим заболеванием является аллергический ринит. Возникают случаи, когда он протекает с сезонными обострениями, но не требует госпитализации, однако, как и любая патология имеет тенденцию к удлинению продолжительности сезона, обострению и утяжелению течения симптомов. Легкие и непродолжительные симптомы аллергического ринита могут оказывать неблагоприятное действие на эмоциональное состояние и повседневную активность. Ценовая доступность зависит от многих факторов, но большую роль играет ценообразование, уровень дохода населения и финансирование здравоохранения.

Цель: провести анализ экономической доступности и ассортимента таблетированных антигистаминных лекарственных препаратов в Луганске.

Материалы и методы. Средняя стоимость упаковки противоаллергических препаратов вычислялась исходя из розничных цен. В расчетах учитывались только таблетированные лекарственные формы с минимальным количеством таблеток. Вычисляли несколько вариантов коэффициента доступности, которые позволили сопоставить стоимость упаковки лекарственного препарата и стоимости суточной дозы с прожиточным минимумом и минимальной заработной платой.

Результаты и их обсуждения. Целью анкетирования было определить значимость ряда факторов влияющих на выбор противоаллергических препаратов респондентами. На основе анкетирования населения было выявлено, что большую часть респондентов составляют женщины. Также установили, что выбор препаратов данной группы основывается на рекомендации врачей, провизоров, но некоторые опираются на собственный опыт. Также респонденты считают, что гарантией качества при выборе препарата является зарубежное производство, известность препарата и фирмы-производителя. Определив факторы, влияющие на выбор потребителя, установили такую последовательность: наиболее значимые - эффективность, безопасность, цена, наименее значимые - известность препарата и оформление упаковки.

По результатам расчетов, средняя стоимость противоаллергического лекарственного препарата составляет 218 рублей. Наименьшая стоимость наблюдается у препарата первого поколения – Диазолин №10 (50 рублей), а самая большая розничная цена на препарат второго поколения – Эриус №10 (600 рублей). При расчете стоимости суточной дозы определили, что максимальная стоимость наблюдается у препарата второго поколения Эриус, производитель – Россия (60 рублей), минимальная стоимость у препарата Кетотифен, производитель – Россия (5,70 рублей). При расчете коэффициента доступности необходимо помнить, что чем меньше значение этого коэффициента, тем выше его доступность. Фармакоэкономический анализ показал, что стоимость суточной дозы по отношению к минимальной заработной плате варьируется от 0,07% (Кетотифен) до 1,8% (Эриус). При сравнении цены упаковки лекарственного препарата с прожиточным минимумом и доходами населения более экономически выгодное соотношение имеют Лорагексал и Диазолин, наименее доступными являются Эриус и Телфаст.

Выводы. Фармакоэкономический анализ показал, что Эриус является наименее доступным препаратом для лечения аллергических заболеваний, в частности ринита, но при этом следует отметить, что у него минимальное количество побочных реакций, высокий уровень доказательности, высокая скорость наступления фармакологического эффекта. При выборе лекарственного препарата население ориентируется на его эффективность и безопасность.

УДК 615.07:615.451.16:582.975

Передерий Е.А., Цыганова Ю.А.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА НАСТОЙКИ ВАЛЕРИАНЫ РАЗНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

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

Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации

Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

Актуальность. Сегодня пользуются популярностью лекарственные препараты (ЛП), полученные из лекарственного растительного сырья (ЛРС). Потребителя всегда интересовало качество ЛП, и нам стало интересно объективно оценить показатели качества

настойка валерианы разных производителей. В этой работе мы сравнили показатели качества настойки валерианы производителей «Гиппократ» (Россия) и «ЛУГМЕДФАРМ» (ЛНР).

Цель: 1) изучить показатели качества настойки валерианы разных производителей:

- определить показатели качества настоек;
- провести контроль качества настойки валерианы разных производителей;
- сделать вывод об их уровне качества;

2) изучить цены на выбранные настойки в аптеках г. Луганска.

Материалы и методы. Были проведены лабораторные исследования на концентрацию спирта, объем и сухой остаток соответственно ГФ.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенных исследований сравнительной характеристики показателей качества мы выяснили следующие сведения:

1) Описание:

Настойка валерианы 25 мл «Гиппократ», г. Самара, Россия - прозрачная жидкость красновато-бурого цвета с резким запахом спирта;

Настойка валерианы 30 мл «ЛУГМЕДФАРМ», ЛНР - прозрачная жидкость бурого цвета с мягким запахом;

2) Содержание этанола:

Настойка валерианы 25 мл «Гиппократ», г. Самара, Россия - 65,58%;

Настойка валерианы 30 мл «ЛУГМЕДФАРМ», ЛНР - 68,2%;

3) Сухой остаток:

Настойка валерианы 25 мл «Гиппократ», г. Самара, Россия – 4.0%;

Настойка валерианы 30 мл «ЛУГМЕДФАРМ», ЛНР – 4.8%;

4) Объем содержимого упаковки:

Настойка валерианы 25 мл «Гиппократ», г. Самара, Россия – 0.4%;

Настойка валерианы 30 мл «ЛУГМЕДФАРМ», ЛНР – 3.6%;

Мы выяснили, что для выпуска настойки используется исходное сырье, которое соответствует всем требованиям ГФ, что тоже влияет на стоимость. Все качественные и количественные показатели настойки валерианы производства ЛНР соответствуют норме, про что мы не можем сказать о препарате производства России, так как есть не соответствия по некоторым параметрам. Исходя расчётов настоек на 1 мл, мы посчитали стоимость: производство ЛНР – 0.74 рублей, Россия – 0.55 рублей.

Стоимость настойки валерианы производства ЛНР выше в связи с тем, что процесс изготовления проводится из ЛРС и спирта этилового в соответствии всем требованиям фармацевтической технологии и надлежащей практике.

Выводы. В данной работе:

1) мы изучили показатели качества настойки валерианы разных производителей;

2) провели контроль качества настойки валерианы разных производителей и сделали вывод об их уровне качества;

4) изучили розничные цены.

Обе настойки соответствуют АНД.

**ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ГУСТЫХ ЭКСТРАКТОВ ИЗ НЕКОТОРЫХ
ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СЕМЕЙСТВА LAMIACEA**

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

Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации

*Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский
государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность. В фармацевтической промышленности используются экстракты из лекарственного растительного сырья. Это дает возможность сократить производственный цикл, снизить энергозатраты и себестоимость лекарственного препарата. Мы решили приготовить ряд густых экстрактов из лекарственных растений семейства Lamiaceae, с целью расширения ассортимента, с разными фармакологическими свойствами.

Цель: получить густые экстракты из некоторых представителей семейства Lamiaceae: Базилик душистый (*Ocimum basilicum*), Розмарин лекарственный (*Rosmarinus officinalis*), Чабрец обыкновенный (*Thymus vulgare*), Мелисса лекарственная (*Melissa officinalis*), Шалфей лекарственный (*Salvia officinalis*), Душица обыкновенная (*Origanum vulgare*), определить следующие технические показатели:

- коэффициент поглощения экстрагента сырьем;
- выходы густых экстрактов.

Материалы и методы. По пять граммов каждого из видов измельченного сырья экстрагировали 15 мл этилацетата на протяжении суток, полученные экстракты сливали и повторно заливали чистым этилацетатом, экстракцию проводили 3 раза, полученные экстракты объединяли, упаривали на водяной бане.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных исследований были получены густые экстракты из некоторых представителей семейства Lamiaceae, мы получили следующие значения:

1) Объем экстракта:

Базилик душистый (*Ocimum basilicum*) – 26.0 мл;

Розмарин лекарственный (*Rosmarinus officinalis*) – 33.2 мл;

Чабрец обыкновенный (*Thymus vulgare*) – 33.5 мл;

Мелисса лекарственная (*Melissa officinalis*) – 29.0 мл;

Шалфей лекарственный (*Salvia officinalis*) – 30.5 мл;

Душица обыкновенная (*Origanum vulgare*) – 31.9 мл.

2) Коэффициент поглощения экстрагента сырьем (л/моль⁻¹/см⁻¹):

Базилик душистый (*Ocimum basilicum*) – 1.42;

Розмарин лекарственный (*Rosmarinus officinalis*) – 1.262;

Чабрец обыкновенный (*Thymus vulgare*) – 1.255;

Мелисса лекарственная (*Melissa officinalis*) – 1.355;

Шалфей лекарственный (*Salvia officinalis*) – 1.322;

Душица обыкновенная (*Origanum vulgare*) – 1.291.

3) Выход общей массы всех густых экстрактов мг., %:

Базилик душистый (*Ocimum basilicum*) – 20.0, 4% ;

Розмарин лекарственный (*Rosmarinus officinalis*) – 95.0, 19% ;

Чабрец обыкновенный (*Thymus vulgare*) – 5.0, 1% ;

Мелисса лекарственная (*Melissa officinalis*) – 15.0, 3%;

Шалфей лекарственный (*Salvia officinalis*) – 20.0, 4%;

Душица обыкновенная (*Origanum vulgare*) – 10.0, 2%.

Выводы. В данной работе мы получили густые экстракты из некоторых представителей семейства Lamiaceae: Базилик душистый (*Ocimum basilicum*), Розмарин лекарственный (*Rosmarinus officinalis*), Чабрец обыкновенный (*Thymus vulgare*), Мелисса лекарственная (*Melissa officinalis*), Шалфей лекарственный (*Salvia officinalis*), Душица обыкновенная (*Origanum vulgare*). Определили коэффициенты поглощения экстрагента сырьем и выходы густых экстрактов.

УДК: 616.31-084:614.2

Пивник Д.А., Хрипунов Д.П.

ВОПРОСЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТЬЮ В РЕЖИМЕ КАРАНТИНА: ВЗГЛЯД СТУДЕНТА

кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ.СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г.Луганск

Научный руководитель: к.мед.наук, доц.Склянина Л.В.

Актуальность. Первичная профилактика заболеваний зубов и пародонта у молодежи заключается в обучении и коррекции мануальных навыков гигиены полости рта, подборе индивидуальных средств гигиены полости рта, организации контроля за приобретенными навыками со стороны врача и родителей, борьбе с вредными привычками, решении ортодонтических проблем. Профессиональная чистка зубов и хорошая гигиена полости рта могут существенно сократить патологические изменения вплоть до их полного исчезновения, поэтому детский врач-стоматолог играет важную роль, он должен обучить ребенка правильным манипуляциям во время чистки зубов, подобрать индивидуальные средства гигиены полости рта, проконтролировать уровень полученных знаний и степень их применения на практике. Подбор индивидуальных средств гигиены полости рта начинается с первых дней жизни, когда рекомендована обработка полости рта ватным тампоном для профилактики псевдомембранозного кандидоза. С момента прорезывания первых зубов показана обработка ватной палочкой или специальными силиконовыми напальчниками. Производители современных зубных паст совмещают необходимый уровень безопасности пасты для слизистой полости рта, очищающую и реминерализующую способность с учетом особенностей конкретного возрастного периода, поэтому длительное использование детских паст или раннее использование взрослых в равной степени негативно влияет на состояние полости рта. Следовательно, подбор средств и предметов гигиены полости рта должен осуществляться согласно возрасту потребителя, клиническим особенностям состояния полости рта и корректироваться согласно изменяющимся условиям.

В условиях сложившейся нынешней ситуации в связи с переходом на самоизоляцию и карантинные меры студенты зачастую не имеют возможности профилактического посещения стоматолога и сталкиваются с финансовыми трудностями для реализации

планового лечения зубочелюстных заболеваний. Также не секрет, что в режиме домашней самоизоляции постепенно теряются навыки своевременного ухода за полостью рта.

Цель работы. Нашей идеей было провести социально-гигиенический опрос на предмет выяснения мотива в выборе предпочтения зубной пасты и узнать степень ответственности за своевременную смену зубной щетки среди студенческой молодёжи, пребывающей в режиме самоизоляции.

Материалы и методы. Дизайн и методология исследования проведены согласно рекомендациям, изложенным в Руководстве ВОЗ «Стоматологическое обследование – основные методы» от 2013 г. Нами было опрошено 72 студента 1 курса стоматологического факультета ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ.СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», среди которых 33 представителя мужского пола и 39 представителей женского пола в возрасте от 18 до 25 лет. Все респонденты на момент опроса находились на третьей неделе самоизоляции. Нами разработана авторская анкета для экспресс-оценки санитарного состояния ротовой полости наших сокурсников и их гигиенических предпочтений с возможностью опроса в условиях дистанционного контакта. Анкета включала 4 вопроса:

1. Пол/возраст
2. Как часто вы меняете зубную щетку?
3. Зубной пасте какой марки вы отдаете предпочтение?
4. Чем обусловлен ваш выбор?

Анкета-опросник заполнялась в режиме Он-лайн. Ответы переводились в стандартный лист Microsoft Excel для последующей статистической обработки

Результаты. Проанализировав ответы респондентов, оказалось, что среди опрошенных женского пола 20% студенток меняют зубную щетку 1 раз в год, а 80% - 2 раза в год. Среди опрошенных мужского пола 70% меняют зубную щетку 1 раз в год, 30% - 2 раза в год. На вопрос, какие пасты и почему предпочитают студенты к использованию, ответы распределились следующим образом. На первом месте по частоте упоминания оказалась паста фирмы Colgate, которую указало 37.5% опрошенных. Мотив выбора – «эту пасту чаще рекомендуют стоматологи». На втором месте оказалась паста фирмы Aquafresh, которую выбрало 15.5% респондентов. Мотив данного выбора – «в данной пасте присутствует фтор». Третьим брендом в позициях свободного выбора стояла паста фирмы Blend-a-med, которую выбирают 11% респондентов по причине «эта паста хорошо устраняет неприятный запах изо рта». С аналогичной частотой - в 11% - выбирали пасту LACALUT, мотивируя тем, что «она подходит для чувствительных зубов». Немного реже – в 10% - опрошенные выбирали пасту фирмы SPLAT, т.к. она «снижает кровоточивость десен». Остальные марки-производители появлялись в анкетах в спорадическом порядке с наиболее частыми мотивами «приемлемая цена», «приятный вкус», причем отечественные фирмы предпочитало не более 1% респондентов.

Выводы.

1. Среди современной молодёжи, по профориентации относящейся к стоматологической врачебной практике, индивидуальная частота смены зубной щётки явно недостаточна, что настораживает в отношении осведомленности студентов узкой специализации о рекомендациях Американской Ассоциации стоматологов о необходимости смены индивидуальной зубной щетки не реже чем каждые 3-4 месяца.

2. Среди студентов в иерархии свободного выбора зубной пасты у студентов доминируют марки, которые наиболее часто появляются в рекламных роликах масс-медиа, что говорит о примитивизации подхода к личному выбору и низкой индивидуальной

активности студентов-стоматологов в формировании личных предпочтений в сфере средств дентальной гигиены .

3. Мотивация, которой руководствуются студенты-стоматологи при выборе зубной пасты, носит черты прицельного научного анализа состава используемого продукта, что характеризует студентов-стоматологов, охваченных в данном ревью, как достаточно высоко профориентированных профильных медработников.

УДК 378.1:004

Радченко В.Д. , Петрова О.В. , Овчарова К.В.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ: КАК НЕ НАВРЕДИТЬ СЕБЕ В РЕЖИМЕ РАБОТЫ “СТУДЕНТ – МОНИТОР КОМПЬЮТЕРА”

кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ.СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»,г.Луганск

Научный руководитель: к.мед.наук, доц.Стклянина Л.В.

Актуальность: В наше время нет человека, который бы не умел пользоваться различного рода технологиями и гаджетами и наиболее эксплуатируемым является компьютер. В формате же дистанционного обучения время, проведенное за персональным компьютером (ПК), стоит умножить на два. И, конечно же, это не приводит к положительным результатам, а скорее наоборот, к проблемам со здоровьем. Поэтому в свете последних событий важным фактором, является помнить об элементарных правилах пребывания за компьютером. Именно поэтому данное исследование является актуальным на сегодняшний день.

Цель исследования: Разобрать гигиенические требования, предъявляемые к длительной работе на ПК, и в перспективе оценить плюсы и минусы дистанционного обучения, выявить проблемы, которые сопровождают студентов во время данного процесса, определить как дистанционное обучение влияет на здоровье студентов.

Материалы и методы: ПК, учебные пособия, СанПиН (санитарно-эпидемиологические нормы), справочные материалы. Методы – пример использования дистанционного обучения студентами 1 курса, 1 медицинского факультета «ЛГМУ ИМ.СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», самостоятельная проверка студентами соответствия своего рабочего места, установленным нормам:

- измерение контактных поверхностей путем использование измерительных приборов;
- измерение внешних параметров ПК, яркости, частоты излучения монитора;
- контроль расположение студента относительно экрана монитора и рабочего места в целом;
- анализ количества проведенного времени за ПК во время выполнения задания;
- определение соотношения естественного и искусственного освещения во время работы с ПК;

Результаты и их обсуждение: Для того чтобы понять соответствует ли рабочее место студента во время дистанционного обучения, нами были изучены рабочие места 100 студентов 1 курса «ЛГМУ ИМ.СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ». В ходе чего было определено, что

большинство норм, которые необходимо соблюдать при работе с ПК, не соблюдаются. Было выявлено 5 основных проблем, которые встречаются у исследуемых наиболее часто и оказывают негативное влияние на здоровье студента:

1. Нерациональная дозировка время пребывания за компьютером.
2. Несоблюдение процесса дезинфекции контактных поверхностей: мыши, клавиатуры - при работе на ПК.
3. Несоответствие параметров изображения на экране монитора.
4. Неверная установка источника и уровня освещенности рабочего места и комнаты.
5. Несоблюдение электробезопасности при работе с ПК.

Анализируя данные проблемы и частоту их встречаемости (практически каждая из проблем встречается в 70 случаях из 100), мы пришли к выводу, что проблемы нуждаются в устранении. Для решения этих проблем мы обратились к источникам, которые содержат необходимые нормы для работы с ПК. Собрав все данные, мы разработали следующие рекомендации и постарались наиболее точно донести их значимость до испытуемых. Итак, **наиболее вероятные решения указанных проблем:**

№1: Примерно с 15 лет подросток может проводить за экраном по 1-2 часа в сутки. При этом каждые 30-40 минут следует прерываться и отходить от монитора.

№2: Рабочий стол размещают боком к окнам, а свет должен падать с левой стороны. Мебель должна обеспечить поддержание рациональной рабочей позы. Кресло должно быть «компьютерным» - крутящимся. ПК должен иметь возможность поворота экрана монитора, регулирование яркости. Необходима ежедневная влажная уборка рабочего места.

№3: Параметры: яркость (100-250 лк), шрифт (0.5-1,00; лучше 0,7-0,9), отражательная способность экрана (не должна превышать 1%), контраст (от 3:1 до 1,5:1)

№4: Устранение слепящего действия источников освещения, его равномерность и постоянство, высота подвеса и порядок размещения осветительных приборов (лампы накаливания, лампы люминесцентные)

№5: Обработка мыши включает обтирание безворсовой тканью, обработка дезинфицирующим средством, протирание бумажным полотенцем. Обработка клавиатуры происходит таким же путём, только используется влажная ветошь.

№6: Необходимо постоянно следить на своем рабочем месте за исправным состоянием электропроводки, выключателей, штепсельных розеток, при помощи которых оборудование включается в сеть.

Выводы.

1. Во время дистанционного обучения необходимо стремиться к облегчению и рационализации работы на ПК. Этого можно достичь путём использования мультимедиа - особый вид компьютерных технологий, которые объединяют в себе традиционную статическую визуальную информацию (текст, графику) и динамическую (речь, музыку, видеофрагменты, анимацию), электронных учебных пособий для организации и проведения занятий с компьютерным сопровождением.

2. Следует оповестить студентов, пребывающих на дистанционном обучении, о гигиенических нормах, предъявляемых к условиям работы на ПК, и сделать доступную общественности ссылку на свод правил по безопасной организации работы на средствах дистанционного контакта.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МОЛНИЕНОСНОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО
МИОКАРДИТА АБРАМОВА-ФИДЛЕРА**

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

Кафедра пропедевтики внутренней медицины

(Зав. кафедрой – д. мед. наук, профессор Иванова Л.Н.)

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет ИМЕНИ
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

Актуальность. Идиопатический изолированный миокардит Абрамова-Фидлера - это тяжело протекающее заболевание с неблагоприятным исходом и неизвестной этиологией, которое имеет аутоиммунный патогенез, не сопровождается поражением перикарда и эндокарда, расценивается как крайне тяжелая форма неревматического миокардита с высокой степенью летальности. Миокардитом Абрамова-Фидлера обычно болеют молодые и относительно здоровые люди. У 20% больных развитие миокардита Абрамова-Фидлера отмечается на фоне аутоиммунных заболеваний: тиреоидита Хашимото, болезни Крона и др. При позднем выявлении заболевания острые формы могут заканчиваться летально в течение нескольких дней или недель, подострые - в течение нескольких месяцев. Смерть наступает от стремительно нарастающей сердечной недостаточности, асистолии и тромбоэмболических осложнений.

Цель: установить критерии ранней диагностики идиопатического миокардита Абрамова-Фидлера.

Материалы. Анализ данных амбулаторной карты и истории болезни пациентки, которая находилась на лечении в отделении интенсивной терапии городской многопрофильной больницы города Н. Ретроспективно диагностирован клинический случай злокачественного миокардита Абрамова-Фидлера.

Результаты и их обсуждение.

Больная Н., 22 года, 26.02.2018г. обратилась к участковому врачу-терапевту поликлинического отделения по месту жительства с жалобами на кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость, потливость, головную боль, повышение температуры до 39 градусов. Анамнез заболевания: заболела остро 4-5 дней назад. Из анамнеза жизни: в детском возрасте были частые ОРВИ, страдала хроническим тонзиллитом, лечилась по поводу дисбактериоза кишечника. При осмотре: температура тела 38,8°C, АД 100/70 мм рт.ст., ЧДД 18 в мин. В легких при аускультации: жесткое дыхание, хрипов нет.

Анализ крови клинический от 26.02.2018: гемоглобин 139 г/л, эритроциты $4,35 \times 10^{12}$; СОЭ - 15 мм/ч, лейкоциты $1,8 \times 10^9$; палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 49%, лимфоциты - 12%, моноциты - 31%, т.е. в клиническом анализе крови отмечалась лейкопения, что характерно для вирусной инфекции. Анализ мочи клинический от 27.02.2018: сахар – отр., белок 0,066 г/л. После проведения цифровой рентгенографии ОГК, на которой патологических изменений не определялось, установлен клинический диагноз: ОРВИ. Острый бронхит. Была назначена неспецифическая терапии, отпущена для амбулаторного лечения.

На вторые сутки (28.02.2018г.) состояние больной Б. резко ухудшилось, в 8.15 утра доставлена из дому бригадой скорой медицинской помощи в отделение интенсивной

терапии по месту жительства с жалобами на тошноту, рвоту, общую слабость, одышку в покое. При осмотре врачом-анестезиологом общее состояние тяжёлое, обусловлено эндотоксикозом, нарушением водно-электролитного баланса. Больная заторможена, выраженный озноб, цианоз слизистых по смешанному типу; дыхание спонтанное, ослаблено в нижних отделах, ЧДД 24 в мин., сатурация 93%, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 82 уд/мин, язык сухой, нижняя губа со следами прикуса, живот несколько вздут, диурез со слов больной снижен. Установлен предварительный диагноз: Острый гастроэнтероколит, генерализованный шок I степени, экзикоз-токсикоз II ст. Назначено и проведено лечение: трисоль 500 мл в/в, NaCl 400,0 мл в/в; реополиглюкин 500,0 мл в/в; преднизолон 60 мг, цефотаксим, ондасетрон 8 мг, линекс. В клиническом анализе крови: гемоглобин 150-166 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$, гематокрит -0,50, лейкоциты $9,6 \times 10^{12}$, палочкоядерные - 19%, сегментоядерные - 40%. Анализ мочи: удельный вес 1028-1050, белок 0,066-0,099; лейкоциты 5-10 в поле зрения, эритроциты 15-20 в поле зрения. Сахар крови 8,1-9,5-10,0 ммоль/л. В 10.10 утра – жалобы на неоднократную рвоту, которая не приносит облегчения, тошноту, общую слабость, боли в животе. 28.02.2018 в 11.00 осмотрена врачом-невропатологом: на момент осмотра данных за острую неврологическую патологию не выявлено.

В 11.20 – жалобы на боли внизу живота, дыхание спонтанное, ЧДД 28 в мин., гиподинамична. При аускультации легких: жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 112 ударов мин. С целью седации введено раствор сибазона 0,5% 2 мл в/м, с целью обезболивания введено раствор омнопона 2% 1 мл в/м.

Осмотрена врачом-кардиологом: в лёгких дыхание везикулярное (запись не соответствует записям врача-анестезиолога), сердечная деятельность приглушена, ЧСС 110 в мин, АД 100/60 мм рт.ст. Диагноз: ВСД по смешанному типу. Осмотрена врачом-хирургом: данных за острую хирургическую патологию нет. Проведено УЗИ ОБП и почек – без патологии.

С 18.00 состояние пациентки с отрицательной динамикой - нарастают явления сердечно-сосудистой недостаточности, жалобы на общую слабость, тошноту, самостоятельно пытается вызвать рвоту. При аускультации легких дыхание жёсткое, в нижних отделах. Сатурация не определяется. АД 85/60 мм рт. ст., пульс 120 в мин. Язык сухой. Диурез снижен – 100 мл.

В 20.00 с учётом отрицательной динамики, нарастанием явлений сердечно-сосудистой недостаточности, сатурация не определяется, пульс 124 уд. в мин., тоны сердца глухие, аритмичные, пациентка переведена на аппаратное дыхание (ИВЛ) – аппаратом «Карина» в режиме нормовентиляции.

В 21.45 произошла остановка кровообращения, начаты реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, введение адреналина 1,0 (многократно). Электрическая дефибрилляция не эффективна.

В 22.35 констатирована биологическая смерть пациентки.

При аутопсии обнаружены морфологические признаки идиопатического злокачественного миокардита Абрамова-Фидлера смешанного типа (деструктивно-воспалительно-инфильтративного). Отёк и набухание ткани головного мозга. Мелкоочаговый энцефалолисис. Отёк ткани лёгких. Диапедезные кровоизлияния в легочной ткани. Гидропическая дистрофия почки. Участки некрозов, кровоизлияний в стенке трахеи, бронха. Острое продуктивное воспаление трахеи, бронхов. Участки десквамации и кровоизлияние в слизистой оболочке тонкой кишки. Хронический атрофический энтерит.

Судебно-медицинский диагноз: Идиопатический злокачественный миокардит Абрамова-Фидлера смешанного типа (деструктивно-воспалительно-инфильтративного). Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Выводы.

1. Смерть больной Н. была непредотвратимой в связи с молниеносным злокачественным прогрессирующим течением миокардита Абрамова-Фидлера, что привело к развитию фатального нарушения ритма и острой сердечно-сосудистой недостаточности.
2. У пациентки в детском возрасте были частые ОРВИ, она страдала хроническим тонзиллитом, лечилась по поводу дисбактериоза кишечника, что говорит о спровоцированном снижении иммунной системы и возможном развитии аутоиммунных реакций, послуживших возникновению острого злокачественного миокардита.
3. Сложность прижизненной диагностики заболевания характеризуется неспецифической картиной течения.
4. В данном случае предположить наличие миокардита и нарушений ритма сердца могла лишь регистрация ЭКГ в первые сутки обращения, ЭКГ в динамике, ЭхоКГ и маркеры неспецифического поражения миокарда (КФК, тропониновый тест), которые не были сделаны ввиду отсутствия настороженности врачей первого звена о возможном развитии миокардита и его молниеносной формы.

Представленный нами клинический случай показал, что практикующему врачу необходимо детально собирать анамнез заболевания и жизни, получив данные о наличии вирусной инфекции и параллельных аутоиммунных процессах своевременно проводить этим лицам поэтапный скрининг миокардитов (ЭКГ в динамике, ЭхоКГ и определения маркеров повреждения миокарда). Данные критерии позволят на раннем этапе выявлять миокардит и его особенную форму – миокардит Абрамова-Фидлера, что в свою очередь определит правильную патогенетическую терапию и изменит исход.

УДК: 616.9-022-036-084

Самойлов А.В, Чуменко О.Г.

«ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ COVID-19»

Научный руководитель к.мед н, асс. Чуменко О. Г.

Кафедра факультетской терапии

**ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. СВ. ЛУКИ», г. Луганск**

Актуальность: Появление в декабре 2019 г. заболеваний, вызванных новым коронавирусом (2019-nCoV), представляющим собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству 4 Coronaviridae, линии Beta-CoV B, поставило перед специалистами в области охраны здравоохранения и врачами трудные задачи, связанные с быстрой диагностикой и клиническим ведением больных с этой инфекцией. В настоящее

время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении этого заболевания ограничены.

Цель работы – изучить клиническое течение данного заболевания и особенностях его профилактики.

Материалы и методы. Были изучены материалы работ российских и зарубежных учёных по исследованию инфекции нового типа.

Результаты и их обсуждение. Клинические особенности данной инфекции состоят в следующем: инкубационный период составляет от 2 до 14 суток, клиническая симптоматика, характерна для острой респираторной вирусной инфекции:

- повышение температуры тела (>90%);
- кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80 % случаев;
- одышка (55%);
- миалгии и утомляемость (44%);
- ощущение заложенности в грудной клетке (>20%),

Наиболее тяжелая одышка развивается к 6-8-му дню от момента заражения. Также установлено, что среди первых симптомов могут быть головные боли (8%), кровохарканье (5%), диарея (3%), тошнота, рвота, сердцебиение. Данные симптомы в дебюте инфекции могут наблюдаться в отсутствии повышения температуры тела.

Клинические варианты и проявления 2019-nCoV инфекции:

1. Острая респираторная вирусная инфекция легкого течения.
2. Пневмония без дыхательной недостаточности.
3. Пневмония с острой дыхательной недостаточностью (ОДН).
4. Острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС).
5. Сепсис.
6. Септический (инфекционно-токсический) шок.

Гипоксемия (снижение SpO₂ менее 88%) развивается более чем у 30% пациентов.

Различают легкие, средние и тяжелые формы 2019-nCoV инфекции, наиболее тяжелые формы развивались у пациентов пожилого возраста (60 и более лет), среди больных отмечены частые сопутствующие заболевания: сахарный диабет (20%), артериальная гипертензия (15%) и другие сердечно-сосудистые заболевания (15%).

При тяжелом течении наблюдаются быстро прогрессирующее заболевание нижних дыхательных путей, пневмония, ОДН, ОРДС, сепсис и септический шок. В г. Ухань практически у всех пациентов с тяжелым течением заболевания развивается прогрессирующая ОДН: пневмония диагностируется у 100% больных, а ОРДС – более чем у 90% больных.

Двадцать пять процентов подтвержденных случаев заболевания, зарегистрированных в Китае, были классифицированы китайскими органами здравоохранения как тяжелые (16% тяжелых больных, 5% в критическом состоянии и 4% умерших).

Выводы. Средства специфической профилактики коронавирусной инфекции в настоящее время находятся в стадии разработки, однако необходимо выполнять следующие профилактические мероприятия:

1. Мероприятия, направленные на механизм передачи возбудителя инфекции:

- мытье рук,
- использование медицинских масок,
- использование спецодежды для медработников,
- проведение дезинфекционных мероприятий,

- обеспечение обеззараживания воздуха,
- утилизация отходов класса В.

2. Мероприятия в отношении источника инфекции:

- изоляция больных в боксированные помещения/палаты инфекционного стационара;
- использование масок у больных, которые должны сменяться каждые 2 часа,
- транспортировка больных специальным транспортом,
- соблюдение больными кашлевой гигиены,
- использование одноразового медицинского инструментария.

Кроме того, одним из ключевых факторов профилактики осложнений данного заболевания является своевременное обращение в лечебные учреждения за медицинской помощью в случае появления симптомов острой респираторной инфекции.

УДК 616.72 – 008.6 - 07

Сахаров С.В., доц. Ковалев В.Б., доц. Ковалева И.С., асс. Литвинова О.Н.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель к. мед. наук, доц. Ковалев В.Б.

Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации

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

Актуальность. Одной из основных задач здравоохранения в современных условиях является ранняя диагностика заболеваний и правильная тактика ведения больных с целью своевременного начала этиопатогенетической терапии. Решение этой задачи заключается, в первую очередь, в максимально возможном сокращении сроков обследования пациентов с установлением клинического диагноза, при этом положение "bene diagnostitur - bene curatur", разумеется, в дополнительной аргументации не нуждается. Это особенно является актуальным и для пациентов с суставным синдромом, достаточно распространённым среди населения, и сопровождающимся суставной болью, которая, в конечном итоге, вынуждает обратиться за помощью к врачу общей практики. В свою очередь, часто возникающие трудности диагностического поиска в связи с большим разнообразием ревматических заболеваний, и широкого спектра суставной патологии, обусловленной неревматическими болезнями, неуклонно требуют необходимого уровня подготовки врача первичного звена.

Цель: предложить алгоритм диагностического поиска у пациентов с суставным синдромом на амбулаторном этапе, позволяющий врачу общей практики выработать правильную тактику ведения больного.

Материалы и методы. Анализ монографий, статей журналов, учебных пособий отечественных авторов.

Результаты и их обсуждение. Полноценная диагностика причины суставного синдрома всегда основывается на анализе всего комплекса клинических, инструментальных и лабораторных данных. Однако, зачастую в арсенале врача общей практики нет

оснащенной современными методиками лаборатории и возможности проведения полного объема необходимых инструментальных исследований. К тому же недостаточный опыт в распознавании ревматических болезней может затруднять диагностику. Поэтому этапность в установлении диагноза у пациентов с суставным синдромом должна строго соблюдаться. Первым шагом здесь является тщательный опрос и объективный осмотр.

При оценке жалоб врачу общей практики необходимо разграничить характер поражения суставов у пациентов (артрит или артроз) и отследить четкую зависимость боли от времени суток, т.к. для артроза, например, характерно её превалирование в вечерние часы, а для артрита напротив, в утренние. основополагающим вопросом-маркером, с целью отличия механического характера боли от воспалительного, может послужить наличие у пациентов проявлений утренней скованности или стартовых кратковременных болей при начале движения.

При сборе анамнеза врачу первичного звена следует выяснить особенности начала заболевания и его течения, проанализировать возможное влияние провоцирующих факторов с учётом возрастных рамок пациента. Особое внимание должно уделяться гендерным различиям. Например, лица мужского пола больше подвержены заболеванию подагрой и анкилозирующим спондилоартритом. Среди женщин же, чаще встречается ревматоидный артрит и полиостеоартроз.

Физикальное обследование врачом общей практики, в свою очередь, должно выявлять число вовлеченных в патологический процесс суставов, их локализацию, симметричность. При изучении симметричности поражения у пациентов патогномичным ориентиром будут выступать кисти рук, т.к. кисть - это визитная карточка практически любого ревматического заболевания. Так, строгая симметричность прослеживается при наличии ревматоидного артрита, системной красной волчанки, системной склеродермии. Для псориатического и реактивного артритов характерно, напротив, асимметричное поражение межфаланговых суставов. Большое дифференциальное диагностическое значение имеют и внесуставные проявления. Поэтому у каждого пациента с суставным синдромом врачом первичного звена должно быть установлено возможное поражение кожных покровов, органа зрения, слизистых оболочек, внутренних органов с обязательным совместным осмотром с узкими специалистами (дерматолог, окулист, кардиолог, стоматолог, уролог и др.).

Неотъемлемым этапом в алгоритме диагностического поиска также выступает проведение минимально необходимого набора лабораторных и инструментальных исследований, с подробной акцентуацией на патогномичных признаках, присущих для определённого вида суставной патологии.

Завершающим этапом диагностического поиска врача общей практики должно стать установление клинического диагноза и решение о самостоятельном лечении пациента на первичном (амбулаторном) уровне здравоохранения или направление на консультацию к ревматологу с целью продолжения диагностического поиска вторичном (специализированном) уровне.

Выводы. Таким образом, диагностический алгоритм при суставном синдроме на амбулаторном этапе можно представить следующим образом: расспрос больного (жалобы, анамнез заболевания и жизни) → физикальное обследование (в т.ч., суставов) → консультации смежных специалистов (при наличии внесуставных проявлений) → минимально необходимый и доступный на амбулаторном этапе объем лабораторных и инструментальных обследований → формулирование клинического диагноза и решение

лечить пациента на первичном (амбулаторном) уровне оказания медицинской помощи или направление на консультацию к ревматологу для продолжения диагностики и лечения пациента на вторичном (специализированном) уровне.

УДК:615.099:618.32:547

Сиднева Д.В.

ОЦЕНКА ЭМБРИО- И ФЕТОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДНЫХ ТЕТРАГИДРОПИРИДО[2,1-b][1,3,5]ТИАДИАЗИНА

Научный руководитель ассист. Некраса И.А

Кафедра фундаментальной и клинической фармакологии

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г.Луганск

Актуальность. Гестационный период для женщины является сильнейшим эмоциональным стрессом. Выявлено, что глубокие эндогенные депрессии чаще развиваются в поздние сроки беременности и в послеродовом периоде[1]. Производные тетрагидропиридо[2,1-b][1,3,5]тиадиазина обладают широким спектром биологической активности, в том числе антидепрессантными свойствами[2], которые являются более выраженными, чем у amitriptilina. Ранее в опытах *in vivo* нами было установлено, что отдельные образцы из этого химического ряда относятся к 5 классу токсичности и не приводят к гибели животных при внутрижелудочном введении крысам в дозировке 2000 мг/кг. Учитывая практически полное отсутствие препаратов с антидепрессантной активностью в арсенале практического врача, которые могли бы применяться у беременных[3], на сегодняшний день является актуальным и целесообразным оценка эмбрио- и фетотоксических свойств данных соединений.

Цель: Изучить эмбрио- и фетотоксическое действие отдельных производных тетрагидропиридо[2,1-b][1,3,5]тиадиазина, обладающих антидепрессантными свойствами.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 3 образца производных тетрагидропиридо[2,1-b][1,3,5]тиадиазина - соединения с лабораторными шифрами TD-0470, TD-0479 и TD-0348, которые показали наиболее выраженный антидепрессантный и адаптогенный эффекты в предыдущих экспериментальных моделях. В качестве препарата сравнения выступало цитостатическое противоопухолевое средство циклофосфамид[4].

Для настоящего эксперимента была выбрана методика, предложенная в «Руководстве по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ» [5]. Лабораторные крысы были распределены на интактную, контрольную группы, группу сравнения и 6 опытных групп (исследуемые 3 соединения вводились в двух дозировках: 10 и 50 мг/кг). В каждой группе было 16 беременных самок и 8 самцов. Самцам лекарственные соединения не вводили. Животные контрольной группы получали дистиллированную воду в эквивалентном количестве. Циклофосфамид вводился на 7 и 14 день беременности. Все исследуемые производные тетрагидропиридо[2,1-b][1,3,5]тиадиазина вводили внутрижелудочно только самкам с 1 по 19-ый день беременности.

На 20-ый день беременности половина самок из каждой группы подвергалась эвтаназии. На вскрытии подсчитывалось количество мест имплантаций в матке, количество

живых и погибших плодов, проводили измерения их краниокаудального размера. Другая половина самок оставлялась до родов с целью последующей оценки физического развития потомства до окончания вскармливания.

Результаты и их обсуждение. На протяжении введения исследуемых веществ у беременных крыс не наблюдались признаки токсикоза, видимых нарушений беременности или физиологических функций. Прирост массы тела у опытных групп не отличается от такового у крыс из контрольной группы.

После эвтаназии у лабораторных крыс контрольной группы обнаруживалась матка, содержащая в себе от 8 до 11 здоровых плодов без каких-либо аномалий развития. В каждой матке количество мест имплантации на 1-2 превосходило численность живых плодов, что связано с естественной постимплантационной гибелью небольшого числа эмбрионов.

В группе животных, получавших циклофосфамид, живых плодов не определялось. В матке присутствовало от 8 до 11 участков резорбций. Прибавляя к этим данным факт потери массы тела у лабораторных крыс этой группы, можно говорить о эмбриотоксическом и общетоксическом эффекте цитостатического противоопухолевого препарата циклофосфамида.

У животных, которые получали изучаемые образцы производных тетрагидропиридо[2,1-b][1,3,5]тиадиазина в дозировке 10 мг/кг и 50 мг/кг, прирост массы тела, количество мест имплантации, живых плодов и резорбций было сопоставимо с контрольной группой. Ни в одной из опытных групп не обнаруживались плоды с аномалиями развития. После родов в помете также не было обнаружено ни одного животного с какими-либо аномалиями развития.

Выводы. Исследуемые производные тетрагидропиридо[2,1-b][1,3,5]тиадиазина TD-0348, TD-0470 и TD-0479 не обладают эмбриотоксическим или тератогенным эффектом при внутрижелудочном введении лабораторным крысам на протяжении всего срока беременности в дозировках 10 и 50 мг/кг.

УДК 616.89-008.441.13

**Смолярчук К.Д., Кузмичева А.Г., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В., Бобык О.А.
КОМОРБИДНОСТЬ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ЭНДОГЕННЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

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

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

Введение. Интерес к проблеме коморбидности алкогольной зависимости и других психических расстройств повышен более трех десятилетий, при этом сохраняется большой разброс данных о распространенности расстройств. Подтверждается связь с личностными расстройствами, которые отмечаются у большинства больных, а также факт сочетания с шизофренией: у этих больных алкогольная зависимость наблюдается в 4 раза чаще, чем в

населении. При шизофрении, сочетанной с алкоголизмом, быстро развивается «негативная» симптоматика. По данным литературы по коморбидности шизофрении и алкогольной зависимости показали, что такое сочетание увеличивает риск обострения шизофрении, уменьшает эффект психофармакотерапии, комплайенса, увеличивает риск агрессии и суицидальности. Ряд авторов (Е. Jellinek, И.И. Лукомским, Г.М. Энтин) выделяют вторичный алкоголизм, который развивается на фоне эндогенных заболеваний. Различают вторичный симптоматический и вторичный истинный алкоголизм. При вторичном симптоматическом алкоголизме злоупотребление алкоголем является симптомом, непосредственно связанным с определенной фазой основного психического заболевания, и не является самостоятельной нозологической формой. Как правило, алкогольные эксцессы связаны с обострением симптоматики основного заболевания. В период ремиссии первичное патологическое влечение к алкоголю может отсутствовать, более того, возможно умеренное употребление спиртных напитков с сохранением количественного и ситуационного контроля.

Цель исследования. Изучение патофизиологических и клинических нарушений, определить роль психических расстройств, в первую очередь это расстройства шизофренического и аффективного спектров, способствующих длительному потреблению алкоголя, формированию устойчивости к терапии и т. д.

Материал и методы. Проводилось клиническое интервью, изучались анамнестические данные, клиничко-диагностическое психопатологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Рассматривается клинический случай. Пациентка Л., 42 года, проходит лечение в психиатрическом стационаре, в связи подавленность, нарушение сна, появление «голосов» внутри головы, которые запугивают ее. Из анамнеза жизни: наследственность Л. отягощена, но известно, что отец пациентки страдал алкогольной зависимостью. Раннее развитие без особенностей, образование среднетехническое. На момент поступления пациентка работала уборщицей. Проживала с мужем и двумя детьми. Из анамнеза заболевания: после вторых родов в 2009 г. у пациентки развился послеродовой психоз. В последующем был установлен диагноз: «Шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения, манифестный галлюцинаторно-бредовый приступ», обострения происходили 1–2 раза в год. Во время госпитализаций преобладала галлюцинаторная симптоматика и бредовые идеи отношения. Согласно данным медицинской документации, на протяжении всего наблюдения враждебных тенденций не проявляла, регулярно посещала врача. Последний год больная Л. принимала поддерживающее лечение: клоzapин — 25 мг/сут., галоперидол — 4,5 мг/сут., энкорат — 900 мг/сут. Обострений не было. Установлено, что у пациентки на протяжении всего периода заболевания конфликтует с мужем. Муж злоупотребляет алкоголем, часто не работает, в алкогольном опьянении неоднократно проявлял вербальную агрессию, пытался ударить. В течение последнего времени после таких скандалов больная Л. сама стала употреблять алкоголь, чтобы «по чуть-чуть снимать стресс», затем алкоголизации участились, возросла толерантность, сформировались признаки психофизической зависимости от алкоголя.

Объективно при поступлении: сознание ясное. Ориентирована всесторонне верно. Фон настроения резко снижен, речь тихая, печальная, во время беседы плачет, успокаивается самостоятельно, но с трудом. На вопросы отвечает преимущественно односложно, старается описать свои переживания: говорит о чувстве вины и страхе, что ее осудят, высказывает идеи отношения и преследования со стороны соседей и коллег по работе. В мышлении соскальзывания и разноплановость. Сообщает, что «голоса внутри

головой пророчат несчастья». Злоупотребление алкоголем скрывает. Соглашается с необходимостью приема медикаментов, однако утверждает, что «в день употребления алкоголя лекарства не пьет».

В процессе лечения состояние постепенно улучшилось: выровнялся фон настроения, редуцировалась психопатологическая симптоматика психотического уровня, без враждебности говорила о соседях и коллегах по работе. Нормализовались сон и аппетит, стала следить за внешним видом и общаться с другими пациентками в отделении. Персонал отмечал, что пациентка стремилась участвовать в жизни отделения. Строила планы на будущее.

Выводы. Злоупотребление алкоголем оказывает существенное влияние на состояние аффективной сферы, усугубляя уже имеющуюся психопатологическую симптоматику. Симптомы шизофрении могут маскировать присоединившейся коморбидной патологией – алкогольной зависимостью. Лечение основного психического заболевания значительно осложняется наличием сопутствующей коморбидной патологии.

УДК 616. 127+616.132 – 007.271

Сонина Е.В., Матвеева А.С., Чечеткина Л.А.

Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходного тракта III-IV степени, впервые выявленная (клинический случай)

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сонина Е.В.

Кафедра факультетской терапии

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

Актуальность: Кардиомиопатии по-прежнему, остаются одними из наименее изученных кардиологических заболеваний, являясь объектом активно развивающейся области современной кардиологии. Повышенный интерес к проблеме изучения заболеваний миокарда объясняется необходимостью дальнейшего изучения этиологии и патогенеза, многообразием и неспецифичностью их клинических проявлений, трудностью диагностики и терапевтического лечения. Постоянный рост частоты встречаемости различных форм кардиомиопатий связан, по видимому, как с истинным увеличением числа подобных больных, так и с прогрессом современных диагностических технологий. Нередко заболевание распознается случайно во время медицинских освидетельствований. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) может диагностироваться в любом возрасте, но преимущественно заболевание выявляется у лиц трудоспособного возраста в наиболее активном в творческом и физическом плане периоде жизни, что определяет особую социальную важность этой проблемы. Наиболее часто заболевание развивается в возрасте 25-50 лет, мужчины болеют в 2 раза чаще, заболевание имеет наследственную основу по аутосомно-доминантному типу. Гипертрофическая КМП первичное заболевание миокарда, которое характеризуется локальной или симметричной гипертрофией миокарда желудочка, нарушением диастолической функции, сложными нарушениями ритма и проводимости с высоким риском внезапной смерти. Типичными являются морфологические изменения:

массивная гипертрофия миокарда, аномалия архитектоники сократительных элементов миокарда (гипертрофия, дезориентация мышечных волокон), фибротические изменения мышцы сердца, патология мелких интрамиокардиальных сосудов. Обструктивная ГКМП – форма ГКМ, при которой основным патогенетическим механизмом развития нарушения сердечной гемодинамики является диастолическая недостаточность вследствие увеличения ригидности стенок желудочков, приводящей к уменьшению их наполнения, растяжимости, диастолического заполнения и ударного выброса. Нарушение сердечной гемодинамики сопровождается повышением градиента давления в выходном тракте левого желудочка (ЛЖ) и/или реже в среднем отделе желудочка, что определяет клиническую картину и имеет важное практическое значение при выборе тактики лечения.

Цель: На примере данного случая рассмотреть клинические и инструментальные проявления гипертрофической кардиомиопатии.

Материалы и методы: В условиях кардиологического отделения №1 ГУ ЛНР «ЛГМБ №7» был обследован пациент М., 04.01.1994 года рождения поступивший с диагнозом: Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходящего тракта левого желудочка III – IV степени, Феномен WPW. У больного проводился сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, анализ лабораторных и инструментальных методов исследования. При поступлении в стационар были жалобы на одышку при физической нагрузке (<500м), общую слабость. Из анамнеза заболевания: считает себя больным около месяца, когда одышка способствовала значительному снижению толерантности к физической нагрузке (ходит до 300 метров), появилось сердцебиение, мышечная слабость, головокружение. В стационар направлен после профосмотра по причине трудоустройства. Анамнез жизни: рос в неполной семье, развивался согласно возрасту, отца не знает (наследственный анамнез по отцовской линии не известен), имеет двух сводных сестер. Мать от предложенного обследования (ЭхоКс) отказалась, болеет артериальной гипертензией (АГ) более 10 лет. Образование среднее, работает разнорабочим, ведет асоциальный образ жизни. Наблюдался у педиатра с частыми респираторными заболеваниями до 15 лет, от занятий физ. культурой был освобожден по желанию матери. В 2014 году служил в ополчении (со слов больного при прохождении профосмотра обследование проходил его друг). Прекратил службу в 2016 году, продолжил работу разнорабочим (тяжелый физический труд, переохлаждение, ненормированный рабочий день с преимущественной работой в ночное время суток). Бытовые условия не удовлетворительные, не имеет постоянного места жительства. Вредные привычки: злоупотребление алкоголем, курение, принимал наркотические препараты (со слов матери). Туберкулез, венерические заболевания, СПИД, гепатит, малярию – отрицает. Состояние больного средней тяжести, $t=37,2$. Сознание ясное, нормастеник, кожные покровы и слизистые не изменены. Миндалины кольца Пирогова розовые, не увеличены, гнойных очагов на миндалинах не наблюдается. Лимфатические узлы не увеличены. Пастозность стоп. Грудная клетка нормальная, равномерно участвуют в акте дыхания, при пальпации безболезненна. Перкуторный звук ясный, дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 16/мин. Верхушечный толчок расширен, ширина сосудистого пучка – 6, границы относительной сердечной тупости: верхняя – III ребро, правая – по правой парастеральной линии, левая – левая среднеключичная линия в V межреберье. Тоны сердца приглушены, сердечная деятельность ритмичная, систолический шум над всеми точками аускультации, шумы на периферических сосудах отсутствуют, АД - 130/80 мм рт. ст., ЧСС - 80 уд/мин, пульс - 80 уд/мин. Изменения в биохимических показателях крови: билирубин общий – 23 ммоль/л, АлАТ – 1,96 мкмоль/л. На электрокардиограмме: ритм синусовый, регулярный,

ЧСС: 90/мин, синусовая тахикардия, PQ – 0,10 – укороченный, волна феномен WPW, ЭОС – нормограмма, графика неполной блокады правой ножки пучка Гиса, признаки вольтажной ГЛЖ с систолической перегрузкой. При Эхо Кс выявлено: **МЖП - 1,9 см – 1,7 см, ЗСЛЖ – 1,8 см, полость ЛЖ** незначительно уменьшена, в систолу ее стенки соприкасаются друг с другом. В систолу – переднее систолическое движение митрального клапана, ПСМК удлинена, гипермобильна. Соприкосновение ПСМК с МЖП в диастолу: МНД умеренная, ТНД незначительная, Рвтлж (лежа, в покое) = 27 мм рт. ст., Рвтлж (стоя) = 48 мм рт. ст. Заключение: признаки ГКМП с обструкцией выходного тракта ЛЖ III-IV степени.

Результаты и их обсуждение: Гипертрофическую КМП можно было заподозрить по следующим признакам:

1. Молодой мужчина, который возможно знал о своем заболевании, но скрывал и уклонялся от прохождения мед. комиссии, неизвестный наследственный анамнез по отцовской линии, с жалобами на одышку, при выполнении незначительной для этого возраста физической нагрузке (ходьба 400-500 метров), сердцебиение, мышечную слабость, головокружение.

2. При осмотре определяется только клиническая картина поражения сердца: расширение верхушечного толчка, выслушивается выраженный систолический шум, интенсивность которого увеличивается при изменении положения тела (уменьшается наполнение ЛЖ и увеличивается градиент внутрижелудочкового давления).

3. На ЭКГ – вольтажные признаки ГЛЖ с систолической перегрузкой.

4. На ЭХО – уменьшение полости ЛЖ и расстояния между перегородкой и митральным клапаном, ассиметричная гипертрофия и гипокинезия МЖП, аномальное систолическое движение вверх передней створки МК, снижение скорости раннего диастолического закрытия ее, отражающее повышение давления в полости ЛЖ, начальная дилатация полости ЛП, среднесистолическое прикрытие створок аортального клапана вследствие уменьшения объема изгоняемой крови. Для лечения этого пациента необходимо: модификация образа жизни; терапия носит симптоматический характер и направлена на профилактику развития хронической недостаточности кровообращения (в-адреноблокаторы для снижения обструкции выносящего тракта); ЭхоКс в динамике и при нарастании обструкции выносящего тракта алкогольная абляция септальных отделов ЛЖ.; учитывая феномен WPW возможна абляция дополнительных путей проведения, т.к. потенциально развитие аритмий может быть фатальным.

Выводы.

1. Гипертрофическая кардиомиопатия – заболевание проявляющееся в молодом возрасте.

2. Основу диагностики составляют: клиника, патологические изменения на ЭКГ.

3. Диагноз верифицируется обязательным проведением ЭхоКс.

УДК: 615.3:617.735 616.36-004.4

Степаненко Г.В., Петренко В.И.

Клинико-функциональные показатели при дистрофических поражениях сетчатки и зрительного нерва у больных с алкогольной болезнью печени

Научный руководитель к. мед. наук, доцент Степаненко Г.В.
Кафедра офтальмологии, оториноларингологии и урологии
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки»,
г. Луганск

Актуальность. В последнее время увеличивается количество токсических и токсико-аллергических поражений зрительного нерва и сетчатки, что обусловлено широкомасштабным внедрением на производстве химических нейротоксических препаратов, злоупотреблением табакокурением, спиртными напитками и их подделками. Среди последних высокую токсичность имеют метиловый и этиловый спирты.

На фоне неудовлетворительной экологической ситуации, чрезмерного злоупотребления алкоголем, приема большого количества лекарств значительно увеличилась частота диагностирования хронического токсического гепатита и алкогольной болезни печени (АБП). Наряду с поражением жизненно важных органов и систем, таких как гепатобилиарная, при хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) в патологический процесс, как правило, вовлекается и орган зрения. Одним из наиболее серьезных осложнений со стороны органа зрения у больных ХАИ являются дистрофические поражения сетчатки и зрительного нерва, которые встречаются у 35-62 % пациентов с ХАИ.

В патогенезе выявленных нарушений существенное значение занимают как непосредственное токсическое воздействие этанола и его метаболитов на зрительно-нервные элементы сетчатки и зрительного нерва, так и активация процессов перекисидации липидов биомембран с последующим дегенеративным перерождением клеток, нарушение проницаемости микрососудов и гематофтальмического барьера с активацией аутоиммунных реакций, а также изменение иммунологической реактивности организма в целом и локального иммунитета глаза.

Цель работы: изучение клинико-функциональных показателей дистрофических поражений сетчатки и зрительного нерва у лиц с алкогольной болезнью печени на фоне хронической алкогольной интоксикации.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 52 (104 глаза) пациента с АБП мужского пола в возрасте от 32 до 65 лет. Для диагностики АБП применяли стандартные клинические, лабораторные и инструментальные методы. Зависимость от алкоголя была верифицирована врачами-наркологами.

Комплекс офтальмологического обследования больных включал визо-, рефракто-, периметрию, кампиметрию, исследование цвето- и светоощущения, офтальмоскопию в прямом и обратном видах, офтальмохромоскопию, биомикроофтальмоскопию, биомикроскопию переднего отдела глазного яблока, включая бульбарную биомикроскопию. Изучение электрофизиологического показателя, а именно критической частоты слияния мельканий (КЧСМ), проводилось с помощью диагностического модуля стимулятора офтальмологического КНС02-91 «Фосфен».

Результаты исследования. При офтальмологическом обследовании была выявлена различная двусторонняя дистрофическая патология зрительного нерва и сетчатки: макулодистрофия у 27 (51,9%) больных, периферическая хориоретинальная дегенерация (ПХРД) – у 12 (23%) больных, частичная атрофия зрительного нерва (ЧАЗН) – у 14 (26,9%) больных. Сочетанная патология заднего отрезка органа зрения выявлена у 16 больных, что

составило 30,8%: ЧАЗН и макулодистрофия у 6 больных, ПХРД и макулодистрофия – у 5, ПХРД и ЧАЗН у 5. Среди пациентов с макулодистрофией наблюдалась преимущественно «сухая» склеротическая форма заболевания и только у 4 (14,8%) больных выявлена экссудативно-геморрагическая форма заболевания.

Функциональное и электрофизиологическое исследование органа зрения показало наличие у всех пациентов выраженных двусторонних нарушений. У 14 лиц с ЧАЗН установлено наличие центральных и парацентральных скотом, из них у 9 – приобретенный характер нарушений цветоощущения (на красный, зеленый и синие цвета). При макулодистрофии (27 больных) страдает преимущественно центральная острота зрения. У лиц с ПХРД отмечено нарушение темновой адаптации, сужение поля зрения, в основном концентрическое. Электрофизиологический показатель нарушался в одинаковой степени у всех пациентов.

Суммарно до лечения острота зрения у больных АБП снижалась в среднем до $0,45 \pm 0,02$ ед. ($P < 0,01$), суммарное поле зрения – до $462 \pm 2,7$ градуса (норма $558 \pm 4,7$ градуса, $P < 0,01$), значение КЧСМ – до $329 \pm 0,4$ Гц (норма $43,5 \pm 0,6$ Гц, $P < 0,01$). Одновременно повышалась площадь слепого пятна - $150 \pm 2,6$ мм² (норма $102 \pm 2,4$ мм², $P < 0,01$).

Заключение. Клиническая картина дистрофических поражений органа зрения у лиц с АБП характеризуется большой частотой поражений центральных отделов сетчатки и сочетанностью поражений сетчатки и зрительного нерва. У пациентов с АБП, страдающих макулодистрофией наблюдается преимущественно «сухая» склеротическая форма заболевания.

У всех пациентов с АБП на фоне ХАИ выявлены патологические изменения функциональной активности зрительного анализатора.

Целью последующих работ будет исследование метаболических биохимических изменений у больных с АБП, страдающих дегенеративными поражениями сетчатки и зрительного нерва.

УДК 616.379-008.64-092.9

Тильченко Д.А., Борисов Р.А, Ерошенко С.Ю..

КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДИКИ МОДЕЛИРОВАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЖИВОТНЫХ

Научный руководитель д. мед. н., проф. Бибик Е. Ю.

Кафедра фундаментальной и клинической фармакологии

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

Актуальность. В настоящее время существует множество способов искусственно воссоздать сахарный диабет у животных с целью изучения его течения и возможности поиска способов фармакотерапии. На первый взгляд, это дает огромный выбор для исследователя. Однако такое разнообразие лишь свидетельствует об отсутствии единственной идеальной модели, позволяющей вызывать стабильное течение заболевания разной степени тяжести и при этом не вызывающей высокой летальности. Причина, по

которой невозможно создать идеальной модели, лежит в вариативности этиологии и патогенеза самого заболевания.

Цель: Изучение и обобщение материалов по различным методикам моделирования сахарного диабета.

Результаты и обсуждения:

Прежде всего, следует разделить моделирование сахарного диабета у животных на хирургические, не хирургические и комбинированные методы. Хирургические методы подразумевают использование полного или частичного удаления поджелудочной железы. Результатом такой манипуляции является наступление инсулин зависимого сахарного диабета. Такая методика хороша при исследовании фармакокинетических и фармакодинамических свойств препаратов инсулина. Недостатком же является высокая летальность подопытных животных.

Примером комбинированного метода может служить запатентованная в 1987 году методика введения диабетогенного вещества (аллоксана), непосредственно в сосуды поджелудочной железы собак. Недостатком является все та же инвазивность метода со всеми вытекающими отсюда последствиями (трудность воспроизводимости, высокая смертность). Достоинство – более точная доставка токсина к клеткам поджелудочной железы.

Суть химических методов состоит во введении в организм животных диабетогенных веществ. Сюда можно отнести методы введения веществ, относительно избирательно повреждающие В-клетки поджелудочной железы (аллоксан, стрептозотацин, дитизон). Введение веществ гормональной природы, т.н. эндокринная модель (в ее основе лежит антагонизм гормональных препаратов и инсулина). А также, введение животным антител к инсулину (Иммунная модель).

Отдельно можно отметить генетическую модель. Она заключается в выведение чистых линий мышей и других животных с наследственно обусловленной формой сахарного диабета.

Самые распространенные, на сегодняшний день являются химические модели диабета ввиду их дешевизны и относительной простоты воспроизводства.

Выводы. Рассмотренные нами модели не отражают весь спектр существующих на сегодняшний день методик воспроизведения СД. Более того, их количество постоянно возрастает, и происходит это зачастую быстрее, чем успевают исследоваться их механизмы. При этом следует учитывать, что каждая экспериментальная модель воссоздает лишь определенные звенья патогенеза СД и не имеет полного соответствия с развитием и течением этого заболевания у человека. Поэтому во всем мире продолжают работы по модификации имеющихся и созданию новых, более совершенных моделей, наиболее полно отражающих изменения, присущие СД у человека. А грамотно подобранная модель в каждом конкретном эксперименте является залогом успеха в поиске потенциально возможных лекарств среди новых синтезированных соединений.

Тильченко Д.А., Мирошник Е.А, Вихристюк В.А.

ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС НА МОДЕЛИ «ДЕКСАМЕТАЗОНОВОГО» САХАРНОГО ДИАБЕТА ПОСЛЕ ФАРМАКОКОРРЕКЦИИ ЧАСТИЧНО ГИДРИРОВАННЫМ ПИРИДИНОМ

Научный руководитель д. мед. н., проф. Бибики Е. Ю.

Кафедра фундаментальной и клинической фармакологии

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

Актуальность. По современным представлениям, сахарный диабет, давно уже не воспринимается, как заболевание, характеризующееся лишь избыточным уровнем глюкозы в крови. Это целый комплекс эндокринных заболеваний, характеризующийся многогранностью симптоматических проявлений и причин, приводящих к нему. А значит, при моделировании сахарного диабета с целью поиска новых гиполипидемических лекарственных средств, необходимо принимать во внимание также этиологию данного заболевания. Одним из многочисленных видов диабета является «стероидный» диабет. Это форма диабета, характеризующаяся избыточным уровнем глюкозы в крови, по причине избыточного содержания гормона кортизола (или его синтетических или полусинтетических аналогов в виде лекарственных средств). Повышенное содержание кортизола в организме является проявлением гиперкортицизма. Повышенное содержание экзогенных глюкокортикостероидов – следствие лечения различных заболеваний, в том числе и системных аутоиммунных. В последнем случае, «стероидный» диабет рассматривается как побочный эффект лечения основного заболевания. И как раз, именно для поиска лекарственных средств, эффективных при «стероидном» диабете, лучше всего подходит модель «дексаметазонового» диабета у животных.

Цель: Изучение органомерических показателей щитовидной железы крысы после моделирования «дексаметазонового» диабета с последующей фармакокоррекцией частично гидрированным пиридином с лабораторным шифром CV 150.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на 20 беспородных половозрелых крысах самцах весом 150-240 г. Животные были разделены на 2 группы в равной пропорции. Группа 1 – интактные, получавшие стандартный корм и воду в достаточном количестве. Группа 2 – модель «дексаметазонового» диабета, крысам которой ежедневно вводился внутримышечно дексаметазон из расчета 125 мкг/кг на протяжении 4-х недель.

В дальнейшем группа № 2 была разделена на подгруппы № 2а (контроль), и группу № 2б (опыт). Группа 2а получала обычный корм и воду наравне с интактной. Животным группы 2б вводилась внутрь посредством внутривентрикулярного зонда суспензия соединения CV-150 из расчета 1 мг/кг массы тела животного ежедневно в течение двух недель.

По окончанию эксперимента был произведен забой всех трех групп животных. Из области шеи крыс была изъята щитовидная железа для дальнейшего органомерического исследования – измерения высоты и ширины и взвешивания.

Результаты и их обсуждение.

Динамика набора массы тела подопытных животных на этапе лечения новым соединением CV-150.

Показатели замеров щитовидной железы:

Показатели	Группа	Группа №	Группа №
------------	--------	----------	----------

щитовидной железы	/m	№ (интактная)	1 2а (контрольная)	2б (опытная)
Высота (мм)	М	25.2	14.5	23
	г	2.5	1.5	7
Ширина (мм)	М	16.7	12.5	13.5
	г	0.9	3.5	1.5
Масса (г)	М	0.87	0.32	0.55
	г	0.13	0.14	0.08

Выводы.

После удачного моделирования «стероидного» диабета, была предпринята попытка фармакокоррекции этого состояния вновь синтезированным частично гидрированным пиридином с шифром CV-150. Размеры и масса щитовидной железы у крыс из контрольной группы были значительно меньше, чем у крыс интактной группы. В то время у опытной группы размеры были соизмеримы с таковыми у крыс интактной группы.

Полученные результаты мотивируют и далее проводить исследования в данном направлении.

УДК 591.111.05:616.379-008.64-092.9

Тильченко Д.А., Ревенко А.А, Крапива А.А..

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ КРЫС НА РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА.

Научный руководитель д. мед. н., проф. Бибик Е. Ю.

Кафедра фундаментальной и клинической фармакологии

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

Актуальность. На сегодняшний день число пациентов, страдающих сахарным диабетом, неуклонно возрастает во всем мире. В этой связи актуальным направлением современных фармакологических исследований является поиск новых эффективных и вместе с тем, безопасных гипогликемических лекарственных препаратов. Поскольку сахарный диабет характеризуется различными вариантами, как возникновения, так и клинических проявлений, актуальной проблемой экспериментальной фармакологии является также поиск эффективной модели заболевания.

Цель: изучение изменения уровня глюкозы в капиллярной крови крыс при моделировании сахарного диабета четырьмя различными способами.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на 50 беспородных половозрелых крысах самцах весом 150-240 г. Животные были разделены на 5 групп. Группа 1 – интактные, группа 2 – модель «дитизонового» диабета, группа 3 – модель «Аллоксанового» диабета, группа 4 – модель

«Стрептомицинового» диабета, группа 5 – модель «Дексаметазонового» диабета.

Животные группы 1 получали стандартный корм и воду в достаточном количестве. Крысам группы 2 был однократно введен внутрибрюшинно дитизон из расчета 35 мг/кг. Животным группы 3 трижды был введен внутрибрюшинно аллоксан с интервалом 7 дней по 5, 7 и 5 мг/кг соответственно. Группе 4 ежедневно вводился внутримышечно стрептомицин из расчета 115 мг/кг на протяжении 28 дней. Крысам группы 5 ежедневно вводился внутримышечно дексаметазон из расчета 0,125 мг/кг на протяжении 28 дней. По ходу эксперимента проводилось еженедельное взвешивание животных для контроля массы тела.

Результаты и их обсуждение.

Динамика набора массы тела подопытных животных приведена в таблице.

	Начальная масса тела (г)	Масса тела на 2-й неделе эксперимента (г)	% прироста массы тела	Масса тела на 3-й неделе эксперимента (г)	% прироста массы тела	Масса тела на 4-й неделе эксперимента (г)	% прироста массы тела	Масса тела на 5-й неделе эксперимента (г)	% прироста массы тела
Группа1	$\mu = 199,8$ n = 10	$\mu = 230,1$ n = 10	115,17	$\mu = 254,3$ n = 10	127,27	$\mu = 267,8$ n = 10	134,03	$\mu = 315,3$ n = 10	157,81
Группа2	$\mu = 191,7$ n = 10	$\mu = 211,6$ n = 10	110,38	$\mu = 226,1$ n = 10	117,94	$\mu = 259,3$ n = 10	135,26	$\mu = 282,7$ n = 10	147,41
Группа3	$\mu = 217,4$ n = 10	$\mu = 244$ n = 10	112,24	$\mu = 259,5$ n = 10	119,37	$\mu = 287,9$ n = 10	132,43	$\mu = 312$ n = 10	143,52
Группа4	$\mu = 178,1$ n = 10	$\mu = 213,6$ n = 10	119,93	$\mu = 258,7$ n = 10	145,26	$\mu = 265,6$ n = 10	149,13	$\mu = 289,6$ n = 10	162,61
Группа5	$\mu = 161,3$ n = 10	$\mu = 165,8$ n = 10	102,79	$\mu = 167,6$ n = 10	103,91	$\mu = 159,1$ n = 10	98,64	$\mu = 165,25$ n = 8	102,44

* На последней неделе была зафиксирована гибель 2-х животных

Уровень глюкозы в капиллярной крови животных после 4-х недель моделирования сахарного диабета

Группы животных	Уровень глюкозы ммоль/л (M +/- m)
Группа 1 (Интакт)	3,83 +/- 0,35 (n = 10)
Группа 2 (модель «Дитизонового» диабета)	10,96 +/- 0,76 (n = 10)
Группа 3 (модель «Аллоксанового» диабета)	9,7 +/- 0,52 (n = 10)
Группа 4 (модель «Стрептомицинового» диабета)	11,8 +/- 0,53 (n = 10)
Группа 5 (модель «Дексаметазонового» диабета)	13,23 +/- 0,9 (n = 8)

Вывод. По истечению 28 дней моделирования эксперимента 4 группы (интактная, «дитизоновый», «аллоксановый», «стрептомициновый» сахарный диабет) значительно набрали массу тела (157,8; 147,7; 143,51 и 162,6%, соответственно). Вес животных с моделью дексаметазонового диабета остался на уровне показателей начала эксперимента (102,44%).

Уровень глюкозы в капиллярной крови повысился во всех опытных группах кроме интактной до уровня, позволяющего поставить предварительного диагноза – сахарный диабет (интакт – 3,83; «дитизоновый», «аллоксановый», «стрептомициновый»,

«дексаметазоновый» - 10,96; 9,7; 11,8 и 13,23 ммоль/л, соответственно)

Максимальный уровень глюкозы в крови животных был обнаружен в «дексаметазоновой» модели – 13,23 ммоль/л, что свидетельствует о т.н. «стероидном диабете».

Особого внимания заслуживает модель «стрептомицинового» диабета. Согласно литературных данных, эта модель не имеет широкого использования. За исключением авторского патента SU 1629916 A1 за 1987 год об этой модели вообще нет упоминания в специальной литературе. Согласно данным этого патента, при внутримышечном введении 15 мг/кг стрептомицина на протяжении 4 недель было зафиксировано повышение уровня глюкозы до 7,22 ммоль/л. Поскольку данный уровень глюкозы можно трактовать как проявление сахарного диабета весьма условно, нами была предпринята попытка воспроизвести эту модель при более высоких дозах стрептомицина. Преимуществом данной модели, как подчеркивает коллектив авторов, является отсутствие летальности в отличие от иных существующих моделей. Действительно, при проведении эксперимента не было зарегистрировано ни единого случая смерти животного, за исключением 2-х животных в «дексаметазоновой» группе. Вместо 15 мг/кг, согласно патента, вводилось 115 мг/кг стрептомицина. Как следствие, сахарный диабет был подтвержден с уровнем глюкозы 11,8 ммоль/л.

УДК: 615.22:616.12-008.331.1-08:616.379-008.64

Торопчин В. И., Одуд А.М., Самокиш А. А., Венидиктова Ю. С.

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ РАЗНЫМИ ФОРМАМИ
ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО
ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА**

Научный руководитель к.мед н, доц., Торопчин В.И.

Кафедра факультетской терапии

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. СВ. ЛУКИ», г. Луганск

Актуальность. Эффективность лечения артериальной гипертензии (АГ) возможно только в случае обязательного выполнения пациентов рекомендаций врача. Однако недостаточная приверженность к лечению больных с АГ является важной проблемой современной медицины. Эксперты ВОЗ считают, что метод опроса позволяет выявить приблизительно 50% больных с недостаточностью приверженностью к лечению, а его специфичность 87%.

Цель: оценить приверженность к лечению 3х-компонентной фиксированной комбинацией (периндоприл, диуретик, антагонист кальция) у больных с АГ на фоне сахарного диабета 2-го типа.

Материалы и методы. В исследование было охвачено 52 больных с артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2-го типа находившихся на амбулаторном лечении у врачей-терапевтов. После верификации диагноза всем больным назначали фиксированную

3-х компонентную комбинацию антигипертензивных препаратов: периндоприл 8 мг, индапамид 2,5 мг, амлодипин 5 мг (28 больных) или валсартан 160 мг, гипотиазид 25 мг, амлодипин 5 мг (22 больных) в дозе 1 таблетка в сутки назначали после физикального обследования больного при наличии сахарного диабета. При неэффективности проводимого антигипертензивного лечения по данным офисного артериального давления (АД) (систолическое артериальное давление (САД) – 160 мм.рт.ст.). Предыдущая антигипертензивная терапия отменялась. Приверженность к лечению на этапе первичного обследования и через 3 месяца лечения фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов оценивали по опроснику Мориски-Грин.

Результаты. Средний возраст больных, включенных в исследования составил (61,2±1,2) года достоверно он отличался от возраста больных группы контроля (59,3±1,5) у большинства (52,2%) больных сахарный диабет был выявлен более 5-ти лет назад, средняя длительность заболевания составляла 7,7 лет. Средняя САД до начала назначения фиксированной комбинации составило 162,5±0,2 мм.рт.ст., среднее диастолическое артериальное давление (ДАД) 94,6±0,3 мм.рт.ст. в общей группе. Среднее офисное частота сердечных сокращений (ЧСС) 72,6±0,64 уд/мин. В первой группе на фоне начало фиксированной комбинации офисный САД снизился на 15,8%, ДАД – 11% (p<0,05). В группе контроля офисный САД снизился на 20,1%, ДАД-18,2% и достигло целевого уровня АД (126/75 мм.рт.ст.). Фиксированная комбинация значительно повышает уровень приверженности больных к лечению, что было показано по результатам опросника Мориски-Грин (0-баллов –высокая приверженность, 1-2 баллов-средняя, 3-4-балла-низкая приверженность к лечению). Ретроспективно оценивали приверженность к лечению фиксированной комбинации, больные 1-й группы имели 2,6±0,2 баллов, больные 2-й группы 2,8±0,63 баллов (p<0,05). После 3-х месячной терапии фиксированной комбинацией повторно оценивали приверженность к лечению и она возросла в 1-й группе до 1,1±0,1 балла, во 2-й группе 1,3±0,1 балла (p<0,01).

Выводы. Назначение фиксированной 3-х-компонентной комбинации (периндоприл, диуретик, антагонист кальция) способствует повышению приверженности к лечению, что оказывается на эффективности лечения больных артериальной гипертензией на фоне сахарного диабета 2-го типа. Использование 3-х-компонентной фиксированной комбинации у больных артериальной гипертензией на фоне сахарного диабета 2-го типа позволяет эффективно контролировать АД и достичь его целевого уровня.

УДК 616.314-002

Труфанов С. Ю., Заика А. А., Кожокарь К.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПУТЕЙ ДИФФУНДИРОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ ВНУТРИ ТКАНЕВЫХ СТРУКТУР ЗУБА СПОСОБОМ КОМПРЕССИОННОГО ОКРАШИВАНИЯ АНИЛИНОВЫМИ КРАСИТЕЛЯМИ

Научный руководитель заведующий кафедрой терапевтической и детской стоматологии кандидат медицинских наук, доцент Труфанов С. Ю.

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя

Актуальность. Повсеместно распространённая болезнь "Кариес зубов", является одной из самых многочисленных среди населения планеты. Так, по современным данным всемирной организации здравоохранения, заболеваемость кариесом у людей развитых стран Европы и Америки, независимо от их условий проживания, уровня жизни и образования составляет 80-98%. Правда, в странах Азии и Африки проблема менее распространена, отсутствие массовых обследований позволяет говорить о 55- 70%. В последние годы прогрессирует кариозная болезнь у детей, так, по тем же данным у детей 6-7 летнего возраста стран Европы и Америки достигла 90 % встречаемости, а у подростков 13-15 лет, 80%.

Таким образом, приложение сил медицинского научного сообщества во всестороннем изучении этой патологии является бесспорной.

Цель: Нашей целью является внесение посильного научного вклада в изучение патогенеза кариозной болезни. Задачей же данного эксперимента является апробация предложенного нами способа наглядного иллюстрирования путей циркуляции биологических жидкостей внутри органа зуб, как здорового, так и пораженного кариесом различных форм.

А также на основании полученных результатов этого небольшого исследования принять решение о целесообразности продолжения экспериментальных работ в данном ключе, а также в области:

1. Проведения конусного томографирования удалённых зубов с их апикальной компрессионной импрегнацией рентгеноконтрастным красителем.

2. Импрегнации удалённых зубов красителем под внешним избыточным давлением, с последующим изучением изготовленных тонких шлифов.

Материалы и методы. Удалённые зубы хранились в физиологическом растворе не более трёх суток. После чего они апикально импрегнировались спиртовыми растворами бриллиантовой зелени и метиленового синего. После чего из них ручным и инструментальным способом было изготовлено 22 шлифа толщиной 0,15 миллиметра в коронковых частях препарата и 0,1 миллиметра в корневых частях. Затем шлифы фотографировались в отражённом и проходящем свете различной интенсивности.

В процессе исследовательской работы нами были использованы:

1.Зуботехнический параллелометр.

2. Алмазные сепарационные диски и препаровочные камни средней степени агрессивности рабочих поверхностей.

3. Полировочные диски для композиционных материалов четырёх степеней абразивности.

4. Карпульный иньектор.

5. Спиртовые растворы бриллиантовой зелени и метиленового синего.

6.Цифровая фотографическая камера (Nikon D3100).

Результаты и их обсуждение. При изучении готовых препаратов интактных зубов мы отметили хорошую визуализацию распространения красителя в тканевых структурах соответственно архитектонике дентинных канальцев корневой системы зуба.

Заметно, что на всех препаратах определялось интенсивное скопление красителя в периапикальных отделах корней зубов. Данную закономерность мы можем отметить практически на всех препаратах.

На некоторых препаратах было заметно отчётливое периферическое контурирование краской цементной границы корня, обращенной в периодонтальную щель, которую анатомо-физиологически можно трактовать как суставную полость. Ведь анатомическое соотношение органа зуб с челюстной костью можно трактовать и как синдесмологическое соединение, синдесмоз.

На некоторых препаратах было заметно проникновение красителя в эмалевые межпризменные пространства. Это может коррелировать с гипотезой Д.А. Энтина (1934 г.) о том, что эмаль зуба является проницаемой биологической мембраной, в свете его концептуальной версии о нейротрофическом генезе кариозного процесса.

На иных препаратах указанное выше не наблюдается. Это может свидетельствовать и о том, что представление об обязательной проницаемости эмали для биологических жидкостей неточно или о том, что в приведённых случаях компрессия при импрегнации красителя в апикальное отверстие была просто недостаточной.

При изучении шлифов зубов больных кариесом различного объёма потери ткани коронки, разной длительности течения (острой, подострой, хронической стадий) мы наблюдали значительно меньшую площадь окрашивания поверхности шлифов. В случаях острого и подострого течения кариеса мы наблюдали преимущественную интенсивность окрашивания в корневой системе постоянных зубов и временного зуба. На препаратах зубов, поражённых хроническим кариесом, где течение длительно, краска локализовалась ближе к поражённой кариесом коронке зуба. Дентинные каналы корней окрашивались скудно или окрашивание не произошло.

Выводы. Мы считаем, что полученные нами результаты эксперимента, при совершенствовании техники его проведения, доказывают возможность применения нашей методики:

1. В изучении нормы и патологии обмена веществ органа зуб.

2. При изучении строения органа зуб в контексте макромикроскопического способа анатомических исследований по академику В.П. Воробьёву.

УДК 616.314.2

Труфанова М. С., Акжигитова А. М., Веснянцева А. Н., Кряковцева К. С.
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА МИКРОБНОЙ БЛЯШКИ,
ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ И
КЕРАМИЧЕСКИХ БРЕКЕТОВ**

Научный руководитель : ассист. Труфанова М.С.

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

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

Актуальность. По данным исследований частоты встречаемости зубочелюстных аномалий, проведённых рядом кафедр медицинских вузов РФ за 2017 год частота встречаемости ЗЧА составляет:

- У детей возрастом 3-6 лет (молочный прикус) – 12,28-14,21%

- Возрастом 7-9 лет (ранний сменный прикус) – 14,86-19,02%
- Возрастом 10-12 лет (поздний сменный прикус) - 44,86-45,23%
- Возрастом 13-16 лет (постоянный прикус) – 21,54 27,43%

В среднем в лечении с применением брекет- систем нуждается 11% детского населения РФ. Следует заметить, что ношение несъёмной назубной аппаратуры приводит к ухудшению гигиены полости рта, развитию кариеса и воспалительных процессов десны (гингивиты и пр.) Также очевидно, что тщательное соблюдение пациентом принципов гигиены полости рта помогает свести эти неблагоприятные побочные эффекты ортодонтического лечения к минимуму. Нередко врачи-ортодонты в дополнение к обычной чистке зубов рекомендуют пациентам применять зубные эликсиры и растворы антисептиков для полоскания полости рта с целью предотвращения развития кариеса и воспалительных процессов десны.

Цель:

1.исследовать качественный и количественный состав биотопа микробной бляшки, формирующейся на поверхности брекетов.

2.На основании полученных данных оптимизировать гигиенические рекомендации для пациентов, проходящих ортодонтическое лечение при помощи несъёмной ортодонтической аппаратуры.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие добровольцы возрастом 17-20 лет (всего 20 человек). Для исследования были выбраны :

А) лигатурные металлические брекеты, как наиболее часто устанавливаемый вид брекетов.

Б) лигатурные керамические брекеты, так как они на втором месте по популярности после металлических брекет-систем ввиду их большей эстетичности. Требования к участникам исследования:

- соматически здоровые (первая диспансерная группа здоровья) – данные получали путём сбора анамнеза.
- Интенсивность кариеса: низкая (0,0 – 1,1) или очень низкая (1.2 – 2.6)
- Состояние гигиены полости рта – хорошее и очень хорошее (определяли при помощи гигиенического индекса Грина –Вермильона) Фамилия в презентации латиницей и цифровые данные индекса)
- Отсутствие хронических ЛОР-заболеваний нёбных миндалин и ротоглотки (на основании данных анамнеза и объективного осмотра пациентов)

На предварительно очищенную поверхность 35 и 45 зубов на светоотверждаемый клей фиксировались брекеты: на 35 – керамический, на 45 – металлический. На брекеты надевалась эластичная лигатура, для имитации обычного режима нахождения брекета в полости рта пациента. Через 30-45 дней после фиксации брекеты снимали специальными щипцами для снятия брекетов, поверхность зубов полировали и покрывали фтор-лаком для профилактики кариеса.

В стерильных пробирках брекеты транспортировали в лабораторию в течение часа после снятия и делали посев на среды:

- Мясо пептонный бульон
- Шоколадный агар
- Цитратная плазма

Добровольцы, у которых в процессе ношения брекетов происходил отрыв хотя бы одного брекета из исследования выбывали.

Результаты и их обсуждение. И металлические, и керамические брекет-системы дали рост микрофлоры, характерной для нормального биотопа наддесневой бляшки здоровых людей: *Str. Gingivalis*, *Str. Epidermidis*, микрококки. Однако есть различия в количественном составе. Рост бактерий на поверхности керамических брекетов был более интенсивным. Разница составляла до одного порядка.

Выводы:

5. Микрофлора, полученная из зубной бляшки, формировавшаяся на поверхности металлических и керамических брекетов типична для наддесневой бляшки здоровых людей.
6. Кариесогенной флоры обнаружено не было.
7. Есть значительное отличие в количественных показателях: на поверхности керамических брекетов рост значительно обильнее, чем на металлических.
8. Потенциально керамические брекет-системы являются более комфортной средой для активного роста стрептококков, которые являются стартовым звеном в запуске воспалительного процесса в маргинальной десне, следовательно потенциальный риск развития катарального гингивита у пациентов этой группы выше.

Известно, что видовой особенностью стрептококков является так называемая коадгезия, т. е. способность прикреплять на поверхность стрептококковой бляшки другие микроорганизмы. На поверхности колоний, сформированных *Str. Gingivalis* и *Str. Epidermidis* охотно заселяются *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivales*, которые являются довольно агрессивными пародонтопатогенами и способствуют развитию гингивита и пародонтита.

Адгезином для *Str. Gingivalis* и *Str. Epidermidis* к поверхности зубов и ортопедических конструкций являются белковые и липопротеидные соединения, а присутствие глюкозы и галактозы в среде способствует адгезии микроорганизмов. Адгезином для *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivales* являются афимбриальные адгезины – белковые соединения.

Поэтому мы рекомендуем для профилактики катарального гингивита пациентам применять ополаскиватели с ксилитом, например President Классик плюс, President профи, леденцы с ксилитом «Ксилитол» (Мирадент), Biorepair Mouthwash (Доктор Слон) и пр.

А при наличии симптомов гингивита или массивного мягкого налета на поверхности брекетов курсом местно применить препараты, содержащие протеолитические ферменты, например ополаскиватели и зубные пасты, гели, например R.O.C.S. Minerals с бромелаином и ксилитом.

УДК: [615.28+547.262]:591.111.3

Унукович К. Ю., Кривошеков М. В., Корецкий А. В.

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОГО ПРИЕМА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ С ЭТАНОЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОЙ КРОВИ КРЫС

Научные руководители: доц., к.м.н. Алиева А. А., асс. Вайленко Д. С. доц., к.м.н.

Баранова В.В.

*Кафедра медицинской химии, кафедра фтизиатрии, клинической иммунологии и
медицинской генетики, кафедра физиологии,
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя
Луки», г. Луганск*

Актуальность. В современном мире медицина достигла величайших успехов в профилактике и лечении различных заболеваний во многом благодаря прогрессивному развитию фармакологии. Однако даже в эпоху новейших технологий абсолютно безопасных, безвредных лекарств не существует.

При достижении фармакотерапевтического эффекта, ему могут сопутствовать нежелательные, т.е. побочные реакции. Побочные эффекты возникают не только при передозировке лекарственных средств, но и при применении данных препаратов в терапевтических дозах. Побочное действие обусловлено не только специфической активностью препаратов, что связано с их химической природой, но и с особенностями реакций организма на приём лекарственных препаратов.

В медицинской практике не редко применяют политерапию. При этом лекарственные препараты могут воздействовать один с другим, усиливая либо ослабляя действия друг друга, вызывая побочные и токсические явления. В лечении туберкулёза возникают множество проблем, решение которых приводит к развитию побочных действия, возникающие при приёме противотуберкулёзных препаратов. Одной из главных проблем являются обязательная полипрагмазия в целях предупреждения развития лекарственной устойчивости пациентам одновременно назначается 4-6 противотуберкулёзных препаратов ежедневно. Курс лечения туберкулёза длительный от 6 до 20 месяцев, при этом может развиваться дозозависимый куммуляционный токсический эффект, который проявляется отсрочено. Одним из главных побочных эффектов противотуберкулёзных препаратов является гематотоксичность. Наиболее частыми проявлениями гематотоксичности являются: анемии (в том числе гемолитические и сидеробластные с эритроидной гиперплазией), тромбоцитопении, лейкопении, агранулоцитоз.

Цель работы: Изучить и проанализировать изменения красной крови и гемолиза эритроцитов при длительном приёме противотуберкулёзных препаратов при сочетанном употреблении этанола.

Материалы и методы. Объект исследования - кровь беспородных крыс, принимающих противотуберкулёзные препараты в различной комбинации и этанол. Предмет исследования - патологические изменения количества эритроцитов и значения гемоглобина на фоне приёма противотуберкулёзных препаратов и этанола. Эксперимент был проведен на белых беспородных половозрелых крысах обоего пола массой 200-230г на базе ГУ ЛНР «ЛГМУ имени Святителя Луки». Животные были разделены на шесть групп: 1 группа – интактная, контроль (МК и ДК) (крысы, не получающие ЛП и этиловый спирт); 2 группа (МС и ДС) – крысы, имеющие постоянный доступ к 15% раствору этилового спирта и не имеющие доступа к воде; 3 группа (МІ и ДІ) – крысы, получающие препараты 1-го ряда, применяемые при лечении туберкулеза с сохраненной чувствительностью МБТ (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид); 4 группа (МІС и ДІС) – крысы, получающие препараты 1-го ряда, применяемые при лечении туберкулеза с сохраненной чувствительностью МБТ и имеющие постоянный доступ к 15% раствору этилового спирта и не имеющие доступа к воде; 5 группа (МІІ и ДІІ) – крысы, получающие препараты 2-го

ряда, рекомендуемые для лечения пациентов с мультирезистентным туберкулезом (левофлоксацин, линезалид, бедаквилин, канамицин, протионамид, циклосерин); 6 группа (МПС и ДПС) – крысы, получающие препараты 2-го ряда, рекомендуемые для лечения пациентов с мультирезистентным туберкулезом и имеющие постоянный доступ к 15% раствору этилового спирта и не имеющие доступа к воде. Препараты вводились внутривенно и внутримышечно (канамицин). Показатели крови крыс экспериментальных групп сравнивались с аналогичными данными крови контрольных животных. Забор крови проводился ежемесячно на протяжении всего эксперимента.

Результаты и их обсуждение. Анализ гематологических показателей красной крови исследуемых крыс показал изменения в количественном составе эритроцитов (таблица 1) и гемоглобина (таблица 2), в зависимости от приёма противотуберкулёзных препаратов.

Таблица 1.

Изменения количества эритроцитов крови крыс на разных этапах приема противотуберкулёзных препаратов и этанола, ($\cdot 10^{12}/л$)

№ п/п	Группа	срок забора крови			
		1 месяц (30дн)	2-ой месяц (60 дн)	3 месяц (90 дн)	4 месяц (120дн)
1	МК	5,87	4,72	6,55	6,17
2	ДК	5,57	5,75	6,04	4,92
3	МС	5,28	4,95	7,85	6,20
4	ДС	5,12	4,25	5,35	5,25
5	МИ	7,15	13,12	3,11	6,32
6	ДИ	4,65	4,73	7,00	4,60
7	МИС	5,83	5,75	6,48	5,82
8	ДИС	4,59	5,85	5,35	4,45
9	МИ	4,71	5,92	4,89	6,38
10	ДИ	5,37	4,17	4,12	4,05
11	МИ	5,12	6,0	3,60	5,87
12	ДИ	3,97	2,85	6,03	4,23

Снижение количество эритроцитов было зарегистрировано в группе животных получавших препараты 2-го ряд и имеющие постоянный доступ к 15% раствору этилового спирта, не имеющие доступа к воде к концу второго месяца проводимого эксперимента. Далее этот показатель несколько увеличивался, возможно, за счёт компенсаторных механизмов, в том числе благодаря регенераторной функции костного мозга.

Таблица 2.

Содержание гемоглобина в эритроцитах крови крыс на разных этапах приема противотуберкулёзных препаратов и этанола, (г/л).

№ п/п	Группа	срок забора крови			
		1 месяц (30дн)	2-ой месяц (60 дн)	3 месяц (90 дн)	4 месяц (120дн)
1	МК	132	134	134	128

2	ДК	110	122	122	119
3	МС	124	122	128	104
4	ДС	112	136	98	118
5	МІ	134	146	87	126
6	ДІ	100	96	120	123
7	МІС	128	130	128	124
8	ДІС	110	120	106	118
9	МІІ	116	114	100	100
10	ДІІ	96	100	90	90
11	МІІ	100	90	110	124
12	С ДІІ	82	85	100	84

Снижение содержания гемоглобина выявлено было в 5 и 6 группах крыс, принимающих противотуберкулезные препараты 2-го ряда без одновременного постоянного доступа к 15% раствору этилового спирта и при его сочетанном приёме с препаратами.

Вывод. Изменения показателей крови крыс экспериментальных животных: количества эритроцитов и содержания в них гемоглобина, по сравнению с аналогичными показателями групп контроля, указывает на гематотоксическое действие противотуберкулёзных препаратов в большей степени II ряда и более выраженное при сочетанном приёме алкоголя. Снижение уровня изучаемых показателей в более поздние сроки эксперимента указывает на нарастание анемического синдрома при длительном приёме противотуберкулёзных препаратов. Изменения количества эритроцитов, а также гемоглобина могут повлечь за собой изменения данных цветового показателя (Ц.П.) и токсическое действие противотуберкулезных препаратов и этанола требуют более глубокого их анализа и изучения кислотной резистентности эритроцитов, чтоб выявить изменения в их устойчивости к гемолизу.

УДК 548.737

Урсова Ю.В., Абраменко В.Л.

**СИНТЕЗ И БИОАКТИВНОСТЬ IN VITRO КОМПЛЕКСОВ
ДИОКСОМОЛИБДЕНА(VI) С ИЗОНИКОТИНОИЛГИДРАЗОНАМИ
В-ДИКАРБОНИЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ**

Научный руководитель кандидат химических наук, доц. Абраменко В.Л.

Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии

*Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки,
Луганск*

Актуальность. Неослабевающий интерес исследователей к ацилгидразонам альдегидов и кетонов обусловлен прежде всего широкой возможностью варьирования координационного узла гидразонов, что позволяет получать на их основе комплексы

β -дикарбонильный атом кислорода нейтрального гидразонного таутомера (II): в ИК-спектрах МК сохраняются полосы валентных колебаний связи N-H (область 3400-3100 cm^{-1}); полоса около 1630-1640 cm^{-1} отвечает валентным колебаниям связи $\text{R}^1\text{-C=O}\rightarrow\text{Mo}$ β -дикарбонильного фрагмента. В ВКС $[\text{MoO}_2\text{L}\cdot\text{MeOH}]$ лиганды координированы в виде аниона дважды депротонированного гидразон- α -оксиазинного таутомера (V), не обнаруживаемого методом ЯМР- спектроскопии в свободном состоянии: в ИК-спектрах исчезают полосы поглощения $\nu(\text{N-H})$ и полосы $\nu(\text{C=O})$ («амид I»). В настоящее время структуры некоторых МК и ВКС уточняются методом рентгеноструктурного анализа.

Исследована биологическая активность полученных комплексов и лигандов *in vitro*. Полученные комплексы и их лиганды в дозировке 1 мг/мл питательной среды оказывают бактериостатическое действие на бифидобактерии штамма *bifidobacterium bifidum* № 1. Комплексы оказывают более выраженное фунгицидное действие, чем их лиганды.

Выводы. Впервые получена серия гидразонов, производных β -дикарбонильных соединений и тубазида, содержащих фармакофорный фрагмент, и комплексов молибдена(VI) двух типов. Проведен биоскрининг полученных комплексов и лигандов *in vitro*. Установлено, что комплексы диоксомолибдена(VI) оказывают более выраженное фунгицидное и противомикробное действие, чем их лиганды.

УДК [616.316+617.764.1] – 085

Чекмарева Д.Г.,

ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА

Научные руководители д-р мед. наук, профессор Бибик Е.Ю., к. мед. наук, доцент Бибик В.В.

Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации, кафедра фундаментальной и клинической фармакологии

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

Актуальность. При правильной постановке диагноза врачу предстоит назначение патогенетически обусловленной схемы фармакотерапии. При этом из огромной и сложной схемы лечения патогенеза данной патологии врачу общей практики предстоит идентифицировать его звенья и постараться найти такую комбинацию минимума лекарственных средств, при которой их действия будут не только суммироваться, но и потенцироваться. При этом нельзя забывать о том, что при взаимодействии лекарственных средств может быть не только синергизм, но и антагонизм, а также суммация побочных эффектов. Фармакотерапия при лечении таких патологий как ревматоидный артрит, болезнь Шегрена и др, выходит на первую позицию по сравнению с хирургическими методом, рентгенотерапией, новокаиновыми блокадами, физиотерапией и т.д.

Цель: Представить наиболее «удобные» комбинации лекарственных средств и модификации их применения, которые позволят максимально усилить их эффективность и уменьшить побочные реакции.

Материалы и методы. Анализ статей журналов, монографий, учебных пособий

отечественных и иностранных авторов.

Результаты и их обсуждение. Выбор болезни Шегрена обусловлен сложностью диагностики данного заболевания врачом первичного звена, так как заболевание состоит из нескольких симптомов, жалобы на которые пациенты часто считают целесообразным предъявлять разным узким специалистам (офтальмолог, стоматолог, травматолог). В результате назначения терапии вышеуказанными специалистами без учёта назначений других врачей, пациент сталкивается с полипрагмазией, которая наносит непоправимый вред здоровью пациента. Этого можно избежать качественно собрав анамнез, правильно выставив диагноз и назначив наиболее эффективный минимум лекарственных препаратов.

Традиционными препаратами для системного лечения болезни Шегрена являются НПВС, глюкокортикостероиды и цитостатики. Данная терапия оказывает эффект, воздействуя только на конечные звенья патогенеза. В результате применения данных лекарственных средств, можно достичь лишь временного улучшения состояния пациента и, сталкивается с лишь временным улучшением состояния пациента и наличием множественных побочных реакций.

НПВС применяются в случае невысокой активности процесса и небольшой выраженности органических поражений. Наиболее часто применяемые препараты – бруфен, индометацин, метиндол-ретард, вольтарен, вольтарен-ретард. По данным источников, данные препараты не могут быть использованы в комбинации друг с другом в виде системного и местного применения. По результатам исследований «золотым стандартом» НПВС для лечения суставных болей является диклофенак. Сбалансированный состав диклофенака позволяет обеспечить высокую терапевтическую эффективность.

При обострении и тяжелом течении заболевания назначается глюкокортикостероиды. Глюкокортикостероидная терапия остаётся наиболее универсальной противовоспалительной терапией. Исследователями было предложено внутрисуставное введение глюкокортикостероидов и внутрипротоковое в малых дозах (в околоушные/подчелюстные слюнные железы), как модификация стандартного применения в обычных дозировках. По итогам данного исследования было выявлено, что комбинирование внутрипротокового введения малых доз препаратов и приём препарата системно, значительно снижает риск развития побочных реакций и тем временем, в разы повышает эффективность данных лекарственных средств.

При высокой иммунной активности назначаются цитостатики в сочетании с глюкокортикостероидами. Терапия цитостатиками сама по себе является источником множества побочных реакций, однако в исследованиях было показано, что сочетанная терапия малыми дозами преднизолона и хлорбутина эффективный метод лечения стоматологических, офтальмологических и суставных проявлений болезни Шегрена, который может предотвратить развитие системных проявлений.

Принципиально новым подходом к лечению данного заболевания является терапия моноклональными антителами. Генно-инженерные биологические препараты – это химерные моноклональные антитела, обладающие специфичностью к определенному антигену, обнаруживаемому на поверхности В-лимфоцитов.

Применение моноклональных антител позволяет воздействовать на главное звено патогенеза и остановить реакцию на начальном этапе её развития. Воздействуя на определенный антиген и блокируя ФНО-а, который и является триггером всех воспалительных реакций полностью блокируется путь высвобождения провоспалительных

цитокинов, что позволяет избежать самого грозного из существующих осложнения- «цитокинового шторма»

Внедрение в широкую клиническую практику которого ожидается в недалеком будущем.

На данном этапе препараты требуют изучения и проведения контролируемых исследований. В результате применения ритуксимаба был выявлен побочный эффект – появление антихимерных антител. Что ещё больше доказывает необходимость проведения более глубоких и тщательных исследований препаратов будущего- моноклональных антител.

Выводы. 1. Для того, чтобы достигнуть наиболее эффективного лечения данной патологии и избежать полипрагмазии, необходимо найти такие препараты, которые в комбинации будут усиливать эффект друг друга, и при этом будет отсутствовать суммация побочных эффектов.

2. Проанализировав и изучив стандартную терапию были получены следующие результаты. Использование множества препаратов из группы НПВС не будет более эффективным, чем использование Диклофенака. Стоит продолжить исследование данного препарата, как наиболее подходящего при лечении суставной боли для поиска комбинаций с ним других препаратов. Лечение глюкокортикоидами при болезни Шегрена при их внутривенном введении даёт значительно больший результат, чем лишь системное их применение и позволяет избежать применения хирургического лечения, рентгенотерапии и т.д. Снизить побочные эффекты от цитостатических средств позволит комбинирование хлобутина с малыми дозами преднизолона.

3. Улучшив уже имеющуюся терапию можно добиться более щадящего и эффективного лечения, однако с их помощью мы не можем блокировать триггер воспалительных реакций.

4. Группой препаратов, которые способны воздействовать на триггер являются моноклональные антитела. Эффективность данных препаратов не вызывает сомнений и подтверждена множеством исследований. Препараты удачно применяются, однако требуют более тщательного изучения.

УДК 159.91:62

Чекмарева Д.Г.

ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ШКОЛЬНЫХ УЧИТЕЛЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

**Научные руководители д. мед. н., проф. Тананакина Т.П., директор ГУ ДПО ЛНР
«Республиканский центр развития образования»
Колесникова О.А.**

*Кафедра физиологии ГУ ЛГМУ им. Св. Луки, г. Луганск, ЛНР
Научно-методический центр развития образования ЛНР*

Актуальность. Специалисты, занятые в сфере коммуникативной деятельности, подвержены развитию симптомов профессионального выгорания, которое изучается

разными специалистами . Особенно подвержены развитию симптомов педагоги. Однако не до конца сформулирована оценка возрастных факторов, особенностей личности, в плане их влияния на развитие данного синдрома. На протяжении долгого времени данное состояние не считалось заболеванием. Поэтому диагностика, лечение и профилактика данного синдрома эмоционального выгорания были затруднены в связи с недостаточным количеством данных.

28 мая 2019 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила профессиональный синдром эмоционального выгорания в 11-й пересмотренный вариант Международной классификации болезней (МКБ 11) с кодом QD85, что, несомненно, дало толчок к многогранному изучению данной патологии.

Цель: исследование проявлений синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у школьных учителей молодого возраста, проживающих в сложных социально-экономических условиях.

Материалы и методы.

Нами было проведено исследование проявлений СЭВ и тревожности у 390 учительниц (34±6,7 лет), проживающих на территории Луганской народной республики (ЛНР).

Мы использовали методику "Диагностика эмоционального выгорания личности" В.В. Бойко .

Полученные данные анализировались с использованием стандартных методов вариационной статистики с помощью модулей системы Microsoft Excel, STATISTICA 10,0.

Результаты. В нашем исследовании оценка фаз развития СЭВ показала следующее. Фазы напряжения и резистенции СЭВ были одинаково выражены в обследуемой группе: фаза напряжения (ФН) – 29; 15/46 баллов; фаза резистенции (ФР) – 28; 15/49 баллов; Показатели фазы истощения (ФИ) значительно отличались от показателей ФН и ФИ – 21; 10/34 баллов.

У всех респондентов был проведен анализ уровня формирования фаз СЭВ путем ранговой оценки. Результаты показали, что больше, чем у половины учителей ФН (236 лиц – 60,5 %) и ФИ (250 лиц – 64,1 %) не сформированы. ФН формируется у 110 (28,2%) молодых учителей и сформирована у 44 (11,3 %) лиц. ФИ формируется у четвертой части респондентов (100 лиц – 25,9 %), а сформирована эта фаза у значительно меньшего количества лиц – 39 (10,0 %).

ФР сформирована у трети лиц – 140 (35,9%). Формирование этой фазы происходит почти у половины респондентов – 171 (43,9%). У остальных эта фаза не сформирована – 79 (20,3 %).

Учитывая уровень формирования каждой из фаз, были выявлены респонденты с разным уровнем выраженности СЭВ. Сформирован – у 151 (39 %) учительницы, формируется – у 173 (44 %), только у 66 (17 %) лиц СЭВ не сформирован.

Выводы.

Таким образом, только у небольшого числа молодых учительниц не выявлено проявлений СЭВ.

При этом у большинства обследуемых наблюдается сформированная, либо формирующаяся ФР. А ФН и ФИ сформирована всего у около 10% лиц.

Полученные результаты можно объяснить тем, что ФР самая продолжительная и ее легче диагностировать, а ФН и ФИ кратковременны и их сложно быстро диагностировать. Синдром эмоционального выгорания у учительниц, проживающих в сложных социально-экономических условиях, сформирован у **39%** лиц и у **44%** – формируется. При этом у

большинства обследуемых сформирована фаза резистентности.

УДК 616.33-008.44-036.22-08 (477.61)

Чистякова Ю.С., Воронько Е.А., Кондуфор О.В., Радионова С.И., Бобык О.А.
**СТАТИСТИКА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АНОРЕКСИИ
В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

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

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

Введение. Термин «анорексия» означает отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании. Это обычный симптом нарушения в желудочно-кишечном тракте или эндокринной системе. Хроническая анорексия может вылиться в опасное для жизни истощение. У детей раннего возраста анорексия развивается чаще при насильственном кормлении, нарушении правил прикорма. Особое место занимает нервно-психическая анорексия. Это патологическое состояние, проявляющееся в сознательном ограничении пищи в целях похудения. Возникает у подростков 15 лет и старше, чаще у девушек.

Пик заболеваемости приходится на подростковый возраст, хотя начало заболевания возможно как в детском, так и в юношеском возрасте. Лишь в редких случаях нервная анорексия сочетается с неврозом навязчивых состояний, и тогда можно выявить обычные для этих больных навязчивости (страх загрязнения, заражения и т. п.) и ритуалы.

В настоящее время проводятся многочисленные исследования, направленные на выяснение роли биологических факторов, гормональных или нейрохимических, в патогенезе данного состояния, однако пока подобные связи не обнаружены. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы уточнить, насколько распространена нервная анорексия. Остается, в частности, невыясненным, почему она практически не встречается среди малообеспеченных слоев населения.

Цели исследования. Проведение оценки распространенности анорексии в Луганской Народной Республике, изучение патогенеза данной патологии, особенностей течения, дифференциальной диагностики и определение ведущих симптомов анорексии.

Материал и методы. В исследование было включено 12 пациентов с анорексией, в возрасте 14–20 лет, проходивших стационарное лечение в ЛРКПНБ в период с 2017 по 2019 года. Среди них: женского пола – 11 человек, мужского – 1. Исследования проводились методом статистической обработки данных.

Результаты и их обсуждение. Из всех обследуемых пациентов диагноз «анорексия» был установлен 1 пациентке из сельской местности, 11 пациентам, проживающим в городской местности. Средний возраст пациентов составил $18,5 \pm 2,1$. Наибольшее число больных с анорексией зарегистрировано в 2017 г. – 50% от общего количества, в 2018 г. отмечалось снижение госпитализированных больных до 14 % всех случаев, в 2019 г.

зафиксирован рост госпитализации до 36%.

После полученного лечения улучшение наступило во всех случаях, в 2 случаях (17%) отмечался рецидив, пациенты были госпитализированы повторно в связи с рецидивом заболевания, летальных случаев не было.

Мировая летальность при нервной анорексии достигает 15% (в отличие от традиционно принятых 5%). Примерно в половине случаев причиной смерти является самоубийство – это еще раз говорит о том, что при нервной анорексии выражены эмоциональные расстройства и что в каждом случае необходимо оценить риск самоубийства.

Выводы. Анорексией страдают преимущественно лица женского пола, причем это, как правило, городские жители. Заболевание встречается чаще у лиц, не достигших 18 лет.

Анорексия не является генетическим заболеванием, требует длительного периода реабилитации и может рецидивировать. Восстановление нормального питания и набор веса является основополагающим, поскольку способствует восстановлению как физического, так и психического здоровья. Кроме того, эти факторы повышают эффективность психотерапии. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости продолжения исследований и разработки комплекса мероприятий по выявлению и профилактике анорексии, особенно среди детей и подростков.

УДК:616.831-092

Шипилова Н.В., Специальная А. В., Цыганова Ю. А.

ТЕРАТОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Научный руководитель асс. Шипилова Н.В.

Кафедра фундаментальной и клинической фармакологии

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя

Луки», г. Луганск

Актуальность проблемы лекарственной безопасности в течение гестационного периода связана прежде всего с возникновением незапланированной беременности. Кроме того, за последние десятилетия, по данным ВОЗ, растет медикаментозная нагрузка на беременных женщин, что связано как с ухудшением здоровья населения в целом, включая женщин фертильного возраста, так и с повышением среднего их возраста. При этом женщинам, которые страдают патологическими состояниями, обусловленными самой беременностью, то есть гестозами (гестационная артериальная гипертензия, нефропатия беременных, эклампсия), также приходится прибегать к приему лекарственных средств.

Цель: нашего исследования заключается в изучении тератогенного эффекта лекарственных средств из различных фармакологических групп по данным источников литературы.

Материал и методы исследования. Анализ научной литературы, обобщение, выводы.

Результат и их обсуждение. По тератотоксичности и эмбриотоксичности на первом месте стоят: системные антимикотические средства, цитостатики (противоопухолевые

средства), иммунодепрессанты. Обязательное условие при их применении - прерывание беременности. Потенциальная беременность или отцовство разрешено не ранее, чем через шесть месяцев после отмены препарата.

Повреждение и, как правило, гибель бластоцисты оказывают следующие лекарственные средства: гормоны (эстрогены, прогестагены, соматотропный гормон, АКТГ, дезоксикортикостерона ацетат), антимеркаптолиты (меркаптопурин, фторурацил), ингибиторы углеводного обмена (иодацетат), белкового обмена (актиномицин), салицилаты, барбитураты, сульфаниламиды. А также фторсодержащие вещества – системные антимиотики, противовирусные препараты, ингибиторы АПФ – каптоприл, аминогликозиды. Тератогенное действие этих лекарственных средств зависит от дозы и может иметь различные проявления, начиная от полного отсутствия результата тератогенного влияния до летального исхода. Вероятность формирования отклонений от нормы в критические периоды внутриутробного развития, отличающиеся повышенной чувствительностью эмбриона или плода к тератогенным воздействиям в том числе к ЛС, наиболее высокие. Любой тератоген реализует свой потенциал посредством определенных специфических механизмов, которые определяют результат. Последствия таких воздействий могут быть различными от нарушений имплантации зиготы, самопроизвольных выкидышей до задержки внутриутробного развития плода, рождения младенцев с одиночными или сочетанными аномалиями развития.

Выводы: Таким образом, изучение проблемы тератогенного воздействия фармакологических препаратов и лекарственной безопасности будущего ребенка чрезвычайно важно в свете решения демографической политики. Ведь приоритетным направлением последней является забота о здоровье будущих матерей и новорожденных. В связи с этим, большое значение должно придаваться профилактической работе врача, основанной на знаниях процессов эмбриогенеза, критических периодов в его развитии, когда резко возрастает риск гибели плода, либо его внутриутробное развитие идет по патологическому пути при воздействии на организм будущей матери неблагоприятных внешних факторов.

УДК 66.063.612:615.454.2

Юнусова И. А., Передерий Е. А., Кожемякина А. С.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ПОВЕРХНОСТНО – АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ВЫСВОБОЖДЕНИЕ ГУСТОГО ЭКСТРАКТА ЛИСТЬЕВ ШАЛФЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ИЗ ВАГИНАЛЬНЫХ СУППОЗИТОРИЕВ

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

*Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации
Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский
государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность. Суппозитории – одна из лучших лекарственных форм, позволяющая эффективно излечивать воспалительные заболевания нижних отделов женских половых

органов. В состав входит основа, которая и придает средству форму свечи, а также лекарственное вещество. Основная особенность лекарственной формы в том, что она сохраняется твердой при комнатной температуре, и переходит в жидкую форму, когда отмечается температура тела.

Расширение ассортимента лекарственных препаратов для местного применения в гинекологии и сегодня является актуальной задачей.

Цель: целью нашего исследования было изучение высвобождающей способности вагинальных суппозиториях с густым экстрактом листьев шалфея лекарственного. Опытным путем установить конечный состав лекарственной формы, а именно необходимость в использовании эмульгаторов для увеличения скорости высвобождения.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования нами были взяты 4 серии суппозиториях, содержащих в своем составе густой экстракт листьев шалфея лекарственного, кислоту лимонную, ПЭГ 1500 и ПЭГ 400, а также эмульгатор Т2 в различных соотношениях.

Образцы суппозиториях изготавливали методом выливания в суппозиторные формы с объемом гнезда 3,0 г, согласно технологии, обоснованной ранними исследованиями. Качество полученных суппозиториях оценивалось по требованиям ГФ 13.

Для достижения поставленной цели использовался метод «диффузии в гель», который позволяет определить степень высвобождения вещества по диаметрам окрашенных зон вокруг каждой лунки с исследуемым образцом.

Результаты и их обсуждение. Высвобождение густого экстракта происходило из всех 4-х серий образцов, начиная уже с 30 минут. Однако серия образцов №4, без использования эмульгатора, проявила наилучшую высвобождающую способность. Стоит отметить, что максимальные значения были достигнуты уже к 60 минуте, а это соответствует требованиям ГФ 13 по показателю «Распадаемость».

Также достаточно хорошее высвобождение наблюдалось у образца под №2 (2% эмульгатора), но данный образец не соответствует фармакопейным стандартам для суппозиториях по показателю «Описание» (мягкие, деформировались в руках).

Выводы. Известно, что быстрая и полная высвобождаемость активных компонентов, определяемая в экспериментах *in vitro*, дает основания предполагать их высокую биологическую доступность *in vivo*. В связи с чем, нами отобрана серия образцов №4, как серия наиболее оптимального состава с лучшими результатами по высвобождению густого экстракта листьев шалфея лекарственного. Также отсутствие дополнительных компонентов снизит затраты на производство лекарственной формы и уменьшит возможность возникновения аллергических реакций в случае индивидуальной непереносимости.

УДК 94 (47)

Кислица Д.И., Карман В.В.

НА ВОЙНЕ ВЗРОСЛЕЮТ РАНО

Научный руководитель к. филос.н. доцент Алексеенко Т. А.

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» г. Луганск*

Актуальность. Сегодня наше общество погрузило в бесконечных политических и экономических проблемах, и мы все реже вспоминаем тех, кто когда-то отдал свою жизнь за наше свободное существование на этой земле. Только 9 мая мы вспоминаем тех, кто пал в сырую землю от жестокой руки немецкого фашизма. Современному обществу необходимо помнить те идеалы, которые когда-то помогли нам выиграть тяжелую и кровопролитную войну. Ярким примером всех этих качеств являются юные герои организации «Молодая гвардия». Не жалея своих жизней, совсем ещё юные ребята боролись с немецкими оккупантами в тылу врага. Они совершали подвиг, несмотря на возраст и время. Сама история организации «Молодой гвардии» очень интересная. И эта тема будет долго вызывать интерес не только у историков, но и у обычных людей, ведь эти юные герои – наша гордость, правда и честь!

Цель: сформировать активную гражданскую позицию и патриотизм, интерес к изучению истории родного края, а также воспитать у младшего поколения чувство гордости за свое Отечество и его героев.

Материалы и методы. При написании данного материала использовались исторические очерки.

Результаты и их обсуждение. Великая Отечественная война началась в 1941 году. В июне немцы вторглись в Россию без объявления войны. После множества завоеванных стран нацисты были полностью уверены в быстрой победе. Осенью война пришла и на Донбасс, и из всей Украины только Ворошиловградская область оставалась свободной, но это продлилось недолго. До того, как немцы не пришли в Краснодон, молодые люди вели беззаботную жизнь. Они веселились, мечтали, влюблялись, планировали будущую жизнь. Но война ворвалась в их жизни и этим планам, мечтам не суждено было сбыться.

Самые смелые, умные и отважные парни и девушки объединились в антифашистскую организацию «Молодая гвардия». Они дали клятву верности и пообещали отомстить за кровь и смерть советских людей. В начале формирования «Молодой гвардии» их было около тридцати. Большинству из них ещё не исполнилось и 20-ти лет, а самому младшему, Олегу Кошевому, юноше с большими организаторскими способностями, было всего 16 лет.

Юноши и девушки выросли в семьях шахтеров, получили образование в советских школах, были воспитаны в патриотическом духе. Молодые люди хотели донести до земляков правду об истинном положении дел на фронте, о которых они узнавали из изобретённого ими радиопередатчика, и развеять миф о непобедимости гитлеровской Германии. Поэтому и распространяли листовки, тем самым поддерживая дух русских.

Но это не единственное, что сделали ребята. Они сожгли здание немецкой биржи труда со списками тех, кого собирались угнать в Германию. По решению штаба «Молодой гвардии» были освобождены из концентрационного лагеря свыше 80 советских военнопленных, отбито стадо скота из 500 голов. В зерно, которое было приготовлено для

отправки в Германию, запустили жучков – это привело к порче нескольких тонн зерна. Юноши нападали на мотоциклистов: они добывали оружие, чтобы в подходящий момент приступить к открытой вооруженной борьбе.

К огромному сожалению, активная деятельность организации «Молодая гвардия» продлилась всего около трёх месяцев, после чего начались массовые аресты членов организации и пытки, пытки, пытки.....Ребята мужественно выносили человеческие издевательства немцев над ними. Немцы хотели выйти на партийное подполье, поэтому так беспощадно пытали. А партийного подполья в Краснодоне не было. Немцы не могли себе представить, что такие сложные операции совершают молодые ребята в свои двадцать лет!

Не получив нужной им информации, фашисты казнили членов «Молодой гвардии». Большинство молодогвардейцев, за исключением расстрелянных Олега Кошевого и Любы Шевцовой, казнили у шахты № 5 в ночь на 15 января 1943 года. В шурф шахты глубиной 53 метра сбросили 50 членов организации.

Всего через 1 месяц, 14 февраля, Краснодон был освобожден. Тела молодогвардейцев достали из шахты. 1 марта 1943 года в парке имени Ленинского комсомола с утра до вечера шли похороны.

За этот юношеский период они сделали столько, сколько многие люди не сделали за всю свою жизнь!

Этих героев до сих пор помнят, уважают и любят. Они показывают пример мужества и отваги, стремления любить и защищать свою Родину до последнего вздоха.

Выводы. Молодогвардейцы своими подвигами внесли свой вклад в дело общей победы над фашизмом. Они отдали свою жизнь за свободу Родины. И мы не имеем права забывать об этом. В честь молодогвардейцев названы улицы, построены мемориальные комплексы, памятники, создан музей в городе Краснодон, где побывало уже более четырех миллионов юношей и девушек. Живым памятником юным героям является город Молодогвардейск, построенный руками молодежи. Говоря о деятельности «Молодой гвардии», мы должны помнить, что это не подвиг одиночек. Это коллективный подвиг краснодонской молодежи. И нам хочется верить, что новое поколение не забудет подвиг предыдущих поколений в свободе для нашего народа!

УДК 93/94

Комаров М.С.

РУССКАЯ ПРАВОСЛАВНАЯ ЦЕРКОВЬ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Научный руководитель старший преподаватель Плахотник А. Н.

Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г.

Луганск

Актуальность. В этом году мы отмечаем 75-летний юбилей Великой Победы. На эту тему написано много книг, прекрасных стихов и песен, ей посвящено немало фильмов, продолжаются исследования историков, раскрывающие неизвестные страницы войны. Но, к

сожалению, тема роли Русской Православной Церкви в победе над фашизмом не получила освещения в литературе, кинематографе и исторической науке. Однако существуют документальные подтверждения того, что священнослужители исполнили не только свой духовный, но и воинский долг перед Отечеством.

Цель: восстановить историческую память о роли Русской Православной Церкви в годы Великой Отечественной войны.

Материалы и методы. Нами были изучены и проанализированы публикации журнала «Вестник военного и морского духовенства» за 2005 год.

Результаты и их обсуждение. В тысячелетней истории Русской Православной Церкви было немало скорбных страниц. Но, пожалуй, самым трагичным этапом был период жесточайших гонений после октябрьского переворота 1917 года, организаторы которого главной целью своей ставили уничтожение Православия в России. Возрождение веры, возрождение Церкви начинается с трагических событий, постигших наш народ в годы Великой Отечественной войны. С этого момента как раз и начинается изменение положения Церкви, руководители которой обратились к русскому народу с горячим призывом встать на защиту своего Отечества. Об этом красноречиво свидетельствует опубликованное в первый день войны Обращение Патриаршего Местоблюстителя митрополита Сергия (Страгородского), в котором говорится о том, что Церковь на протяжении многих веков разделяла судьбу своего народа. Митрополит Сергий благословил свой народ на подвиг защиты Родины. Призыв митрополита Сергия к защите своего Отечества прозвучал набатом для всего советского народа, в том числе и для священства.

Так, будущий патриарх Пимен (в миру Сергей Михайлович Извеков), а в начале войны иеромонах Пимен, начал свой боевой путь с помощника начальника штаба по тылу в 519м стрелковом полку, а затем был назначен заместителем командира роты в 213й стрелковой дивизии. Он воевал на Южном и Степном фронтах. Получив ранение позвоночника, он до конца жизни вынужден был носить железный корсет. Он дослужился до звания майора, но из армии был отозван и отправлен в заключение за то, что имел сан иеромонаха. Освободившись из заключения, он продолжал нести свой духовный подвиг в храмах России и жизненный путь свой закончил в сани Патриарха Московского и всея Руси.

Участником боевых действий был первый Владыка Луганщины епископ Никон (в миру Александр Порфирьевич Петин). Он стал священником еще в 1928 году, за что получил пять лет каторги на Колыме. Владыка Никон награжден медалями «За победу над Германией», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне», а также благодарностью от Верховного Главнокомандующего.

Участником боевых действий был также наместник Псково-Печерского монастыря архимандрит Алипий (в миру Иван Михайлович Воронов). Он дошел с боями до Берлина в чине майора и был удостоен таких боевых наград, как орден Красной Звезды, медаль «За отвагу», медаль «За боевые заслуги», свыше десятка медалей за освобождение разных городов.

Архимандрит Кирилл (в миру Иван Дмитриевич Палов), духовник Троице-Сергиевой Лавры, который закончил свой земной путь в феврале 2017 года в возрасте 98 лет, был не просто участником Сталинградской битвы, а защитником знаменитого дома Павлова – единственного уцелевшего в Сталинграде здания. После войны начинается путь его духовного служения.

В рядах Красной армии служили и женщины, которые наравне с мужчинами приближали светлый день Великой Победы. «Монахиня из разведки» – так называется

книга воспоминаний Натальи Владимировны Малышевой – будущей монахини Адрианы. Прекрасно владея немецким языком, она была военной разведчицей. По долгу службы много раз ей приходилось заглядывать смерти в глаза. Однако она выжила и после войны приняла монашеский постриг.

Участницей боевых действий была военная радистка Екатерина Михайловна Ошарина – будущая монахиня София.

Будущая монахиня Варвара (в миру Нина Васильева-Метицкая) во время войны была медсестрой, немало потрудившись, спасая раненых советских солдат.

Этот список можно продолжать бесконечно долго. Сейчас уже невозможно установить имена священников и монахов, воевавших на фронтах Великой Отечественной войны. Невозможно установить, сколько их погибло и сколько вернулось домой. Книг о них, воевавших на фронте, не написано. К 40-летию Победы была предпринята попытка издать книгу на эту тему, но, к сожалению, книга так и не была издана.

Выводы. Сегдняшнее поколение в долгу перед теми священнослужителями, кто жизни своей не жалел, отстаивая свободу нашей Родины. До сих пор неизследованным остается подвиг священнослужителей в Великой Отечественной войне. Долг потомков восполнить этот пробел, чтобы вернуть историческую память последующим поколениям.

УДК 93/94

Юсеф Я.Р.

НАШИ ПРЕПОДАВАТЕЛИ – СОЛДАТЫ ПОБЕДЫ

Научный руководитель к.пед.н., доцент Черных И. А.

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г.
Луганск*

Актуальность. На сегодняшний день в нашем университете не осталось ни одного преподавателя-участника Великой Отечественной войны. Однако именно ветераны боевых действий руководили двадцатью из тридцати двух кафедр, организованных в первые годы основания нашего вуза. Это были медицинские работники, имевшие профессиональный опыт и организационный талант, люди, прошедшие войну. Вместе со своими учениками и последователями они сделали все возможное, чтобы наш вуз стал крупным учебным и научным центром страны, одним из ведущих высших медицинских учебных заведений.

Цель: в год празднования 75-летия Великой Победы вспомнить о подвиге преподавателей нашего университета и напомнить об их роли в становлении нашего вуза.

Материалы и методы. Нами были изучены и проанализированы материалы книги «Солдаты Победы. Сотрудники Луганского государственного медицинского университета в годы Великой Отечественной войны», изданной к 60-летию Победы преподавателями нашего вуза, а также материалы интернет-сайтов кафедр нашего университета.

Результаты и обсуждение. Первым ректором Ворошиловградского медицинского института был назначен ветеран боевых действий Великой Отечественной войны, врач,

потерявший на войне обе голени, главный врач Ворошиловградской областной больницы Ващенко Иван Данилович.

Следующим ректором института был также ветеран Великой Отечественной войны профессор Пальчевский Евгений Игнатьевич.

Третьим ректором был ветеран боевых действий Повелица Федор Дмитриевич.

Организатором кафедры анатомии человека была назначена профессор Чайковская Ирина Иосифовна, которая с 1967 по 1975 год была ректором нашего института. Она являлась основателем Луганского общества анатомов, гистологов и эмбриологов. В годы войны работала заведующей заводским здравпунктом в городе Омске и лечебных учреждениях города Казани.

Первым организатором и заведующим кафедрой гистологии был ветеран боевых действий Великой Отечественной войны Скуцкий Михаил Арсентиевич – начальник штаба истребительно-противотанкового артиллерийского полка гвардии подполковник.

Кафедра факультетской хирургии была организована участником боевых действий, ведущим хирургом хирургического полевого госпиталя, майором медицинской службы Гречишкиным Дмитрием Карповичем совместно с рядовым воздушно-десантных войск Полищуком Семеном Михайловичем.

Кафедру госпитальной хирургии организовал и был ее бессменным руководителем Земсков Николай Николаевич, начальник санитарной службы дивизии, капитан медицинской службы.

Организатором кафедры патологической физиологии стал заведующий отделением военного госпиталя подполковник медицинской службы Смык Михаил Михайлович.

Кафедру дерматовенерологии организовал старший врач полка, капитан медицинской службы Зыков Николай Николаевич.

Кафедру глазных болезней возглавил начальник глазного военного госпиталя Петруня Степан Пантелеймонович, который с 1959 года получил звание Заслуженного врача Украины. С.П.Петруня был участником не только Великой Отечественной, но и Первой мировой войны. С 1915 по 1917 год принимал участие в боевых действиях, а также участвовал в Брусиловском прорыве в должности фельдшера батальона. Награжден Георгиевским крестом.

В памяти потомков навсегда останутся имена таких преподавателей, как Гусач Петр Петрович – заведующий кафедрой патологической физиологии нашего университета с 1974 по 1990 год. Был призван в армию в октябре 1943 года в качестве автоматчика 214 стрелковой дивизии. Он получил тяжелое ранение обеих голени, завершившееся их ампутацией. Однако инвалидность не помешала Петру Петровичу защитить кандидатскую, а потом и докторскую диссертацию, и получить звание профессора.

Хотелось бы отметить и преподавателей кафедры философии, таких как Цитронблат Александр Аронович, Борбот Аркадий Александрович, Ступницкая Людмила Ивановна.

Цитронблат Александр Аронович был призван в ряды Красной армии в июле 1940 года в качестве рядового и определен на службу в аэрометеобюро техником-метеорологом. Принимал участие в обеспечении частей авиации дальнего действия при проведении различных военных операций разных фронтов. В Луганском медицинском институте работал с 1952 на кафедре философии научного коммунизма. Награжден медалями «За боевые заслуги», «За оборону Москвы», «За взятие Кенигсберга», «За взятие Берлина».

Борбот Аркадий Александрович в ноябре 1944 года добровольно вступил в ряды Советской армии. Принимал участие в разминировании минных полей на территории

Александровского и Славяносербского районов Ворошиловградской области. После демобилизации окончил философский факультет Московского государственного университета. С 1958 года работал преподавателем на кафедре марксизма-ленинизма и философии.

К сожалению, невозможно упомянуть всех преподавателей-участников Великой Отечественной войны. Но хотелось бы рассказать о преподавателе кафедры туберкулеза Луганского медицинского института, доценте Короле Иване Ивановиче, который во время войны был командиром отделения, старшиной медицинской службы, участвовал в освобождении Украины, Молдавии, Румынии, Польши, Германии. Был дважды ранен. Сохранились очень интересные воспоминания Ивана Ивановича о спасении солдата, раненного в грудь, при освобождении правобережной Украины. Тяжелое ранение солдата почти не оставляло шансов выжить. Солдат просил Ивана Ивановича сообщить маме, Пилипенко Марии, которая жила в Ворошиловграде по улице Филатова, 12. Благодаря умелым действиям Ивана Ивановича, солдат остался жив. А через тридцать лет после войны они встретились в Луганске в День Победы на параде ветеранов Великой Отечественной войны. Спасенных Иваном Ивановичем раненых и больных было много, и часто он получал письма и телеграммы благодарности и гордился тем, что был медиком.

Выводы. По окончании войны солдаты вернулись домой. Но не окончилось их служение Родине. В послевоенное время было необходимо восстанавливать разрушенные города и деревни, фабрики и заводы, школы и больницы, строить новые вузы. Бывшие солдаты стали преподавателями нашего вуза. Они не только передавали студентам свои профессиональные знания, но и рассказывали молодежи всю правду о самой кровавой войне ушедшего века. В нашем университете был создан Совет ветеранов, члены которого на протяжении долгих лет вели воспитательную работу среди студентов.

РАЗМЫШЛЕНИЯ ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО О ЕВАНГЕЛЬСКОМ ГУМАНИЗМЕ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ РУССКИХ ХУДОЖНИКОВ

Научные руководители: ст. преп. Бахтоярова Л.И., преп. каф. Леусенко Е.В.

Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

Актуальность. Актуальность исследования данной темы обусловлена спецификой формирования евангельских идеалов в виде христоцентричной модели, способствующей сохранению целостности личности и общества.

Цель: показать характерные особенности воплощения евангельского гуманизма в творчестве русских художников через призму концепции соотношения религии и культуры В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Образ Христа, как самый светлый, возвышенный идеал, как конкретное воплощение совершенства человеческой личности, как яркий пример стойкости духа и глубины ума, как образец исключительного самопожертвования, привлекал к себе всех наших лучших мастеров кисти.

Александр Сергеевич Пушкин придерживался такого мнения: «Религия создала искусство и литературу. Все, что было великого с самой глубокой древности, все находится в зависимости от этого религиозного чувства, присущего человеку так же, как и идея красоты вместе с идеей добра».

Христа писали: А. Иванов, И. Репин, В. Суриков, К. Брюллов, Г. Семирадский, В. Верещагин, А. Марков, И. Крамской, В. Поленов, Н. Ге, В. Маковский, В. Перов, А. Корзухин и многие другие.

Картины И. Репина: «Святой Николай Чудотворец останавливает руку палача, занесенную над людьми, приговоренными к смерти», «Христос-Целитель», «Воскресение дочери Иаира»; А. Иванова: «Явление Христа народу»; И. Крамского: «Христос в пустыне»; М. Нестерова: «Святая Русь», «Путь ко Христу», «Душа народа».

На тему «Христос-Целитель» писал Василий Суриков «Исцеление слепорожденного Иисусом Христом» и Николай Ге «Выход Христа с учениками с Тайной вечери в Гефсиманский сад». Картины о распятии Христа писали: В. Васнецов, В. Верещагин. «Надгробный плач о Христе» написал М. Врубель.

Великую тему «Христос и народ» открыл у нас А. Иванов своей знаменитой картиной «Явление Христа народу». Лица всех изображенных на картине обращены ко Христу. Человечество от Него ждет Нового и Ветхого Завета, дающего смысл человеческому существованию. Картина «Самаритянка» Василия Поленова из цикла «Из жизни Христа» и картина Владимира Маковского «Чудо в Кане» показывает нам Христа среди обычных людей.

«Уже не я живу, но живет во мне Христос» – мог бы вслед за апостолом Павлом смело воскликнуть и Крамской в те минуты, когда творил своего «собственного Христа».

Христос для человека мыслящего, человека, ищущего истину, идущего по пути к совершенству, является конечным идеалом. Человек находит единство со Христом на той высоте духа, о которой трудно говорить в терминах обыденной жизни. Все лучшее, что есть

в человеке, естественно стремится ко Христу, ибо с древних времен известно изречение: «Душа человека по природе – христианка».

На высотах духа человек становится как бы единым со Христом. Но в этом единении человек не теряет себя, а утверждает, не тонет в этом совершенстве, а находит свое подлинное «Я». Вот почему подлинный гуманизм находит свое воплощение лишь в христианстве.

Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий являлся не только отличным врачом, но и прекрасно разбирался в искусстве, и придерживался такой точки зрения, что художник только тогда создает нечто подлинное гениальное, когда угадывает замысел Творца Вселенной.

Хорошо сказал об этом Илья Ефимович Репин: «Искусство – красота, оно только тогда исполняет свое истинное назначение, когда держится добродетели, морали и религии».

Церковь Христова, полагая своей целью благо людей, от людей же испытывает нападки и порицания, и, тем не менее, она выполняет свой долг, призывая к миру и любви. В таком положении Церкви есть и много утешительного для верных ее членов, ибо что могут значить все усилия человеческого разума против христианства, если двадцативековая история его говорит за себя, если все враждебные выпады предвидел Сам Христос и дал обетование непоколебимости Церкви, сказав, что и врата адовы не одолеют Церкви Его.

Таким образом, христоцентричная модель, воплощенная в творчестве выдающихся русских художников, не потеряла своей жизненной остроты и в настоящее время, настоятельно требующее формирования нового эталонного образа личности. Именно эта модель относится к числу немногих, действительно обеспечивающих необходимую целостность личности, осознанно выбравшей систему духовных ценностей.

УДК 82-94

Петров И.С., Варюхин Д.М.

СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА. ЖИЗНЬ В ССЫЛКАХ.

Научные руководители: ст. преп. Зайцева С.Н., ст. преп. Землякова С.Н.

Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

Актуальность. Актуальность заявленной темы обусловлена необходимостью исследования роли православия в формировании духовной основы человеческой личности в русском социуме в первой половине XX века.

Цель: исследовать жизненный путь В. Ф. Войно-Ясенецкого в единстве его духовной, научной и практической составляющих в период ссылок как попытку непосредственной реализации христоцентричной модели мировоззрения.

В 1923 году гонения на церковь резко усилились. Епископ Андрей (в миру князь Ухтомский) предложил В. Ф. Войно-Ясенецкому статью в Туркестанском крае во главе

Русской православной церкви. Выбор этот был сделан вовсе не случайно. За прошедшие годы Валентин Феликсович проявил себя не только замечательным хирургом-бессребреником, имеющим огромный авторитет и у властей, и у населения, но и добросовестным священнослужителем, прекрасно знающим священное писание.

Под именем Луки знаменитый врач был пострижен в монахи, поскольку по преданию апостол Лука был врачом и иконописцем. В конце мая 1923 г. после посвящения, прошедшего в городе Пенджикенте, В. Ф. Войно-Ясенецкий стал епископом Туркестанским и Ташкентским. Высокая церковная должность не заставила Валентина Феликсовича оставить медицину. В одном из писем он писал: «Не пытайтесь разделить во мне епископа и хирурга. Образ, расчлененный надвое, окажется ложным». Таким образом, Войно-Ясенецкий по-прежнему продолжал работать главврачом больницы, проводил множество операций, руководил кафедрой в мединституте и занимался научными исследованиями. Религиозным же делам он посвящал вечера и все воскресенья.

Одновременно совмещать церковную и врачебную деятельность Валентину Феликсовичу становилось все труднее и труднее. В июне 1923г. Газета «Туркестанская Правда» опубликовала статью «Завещание лжеепископа Луки», в которой подвергла Войно-Ясенецкого травле. На врача начались гонения, и вскоре он был арестован по обвинению в антисоветской деятельности.

9 июля 1923 года епископ Лука и протоиерей Михаил Андреев были освобождены под подписку о выезде на следующий день в Москву, в ГПУ.

Всю ночь квартира епископа была наполнена прихожанами, пришедшими проститься. Утром, после посадки в поезд, многие прихожане легли на рельсы, пытаясь удержать святителя в Ташкенте.

После долгого следствия 24 октября 1923 года комиссия НКВД вынесла решение о высылке епископа в Нарымский край. В конце ноября он отправился в свою первую ссылку, местом которой первоначально был назначен Енисейск.

Прибыв в Енисейск в январе 1924 года, Валентин Феликсович стал вести прием, и желающие попасть на прием записывались за несколько месяцев вперед. Помимо этого, епископ Лука стал совершать богослужения на дому.

В августе этого же года епископ Лука был отправлен в новую ссылку – в Туруханск. В Туруханской больнице, где Валентин Феликсович был единственным врачом, он выполнял такие сложнейшие операции, как резекция верхней челюсти, чревосечение брюшной полости, предотвращение слепоты при трахоме, катаракте и многие другие.

Единственная церковь в округе находилась в закрытом мужском монастыре. Епископ Лука регулярно ездил туда совершать богослужения.

Три года Валентин Феликсович находился в ссылке. По возвращению домой ему было запрещено преподавать в мединституте, работать в больнице и выполнять обязанности епископа. Однако Валентин Феликсович часто повторял: «В жизни главное – творить добро. Не можешь добро делать большое, тогда постарайся вершить малое».

Кафедральный собор в Ташкенте к тому времени был разрушен, и Войно-Ясенецкий стал служить обычным священником в церкви Сергея Радонежского. Оставаясь верным своим принципам, денег за лечение он не брал и жил очень бедно. К счастью, вокруг врача постоянно находились молодые люди, добровольно желавшие помочь и обучиться у него врачебному искусству.

В 1929 году покончил с собой профессор-физиолог Среднеазиатского университета И. П. Михайловский, который вел научные исследования по превращению неживой материи

в живую, пытавшийся воскресить своего умершего сына; итогом его работы стало психическое расстройство и самоубийство. Его жена обратилась к профессору Войно-Ясенецкому с просьбой провести похороны по христианским канонам (для самоубийц это возможно только в случае сумасшествия). Валентин Феликсович подтвердил его сумасшествие медицинским заключением.

Во второй половине 1929 года ОГПУ было сформировано уголовное дело: убийство Михайловского якобы было совершено его «суеверной» женой, имевшей стовор с Войно-Ясенецким, чтобы не допустить выдающегося открытия, подрывающего основы мировых религий. В мае 1930 года Валентин Феликсович был арестован.

Последовало длительное путешествие по льду замерзшего Енисея, в день 50-70 км. Однажды Валентин Феликсович замёрз так, что не смог самостоятельно передвигаться. Жители станка, состоящего из 3 изб и 2 земляных домов, радушно приняли ссыльного. Он жил в избе на нарах, покрытых оленьими шкурами. Каждый мужчина поставлял ему дрова, женщины готовили и стирали. Рамы в окнах имели большие щели, через которые проникал ветер и снег, который скапливался в углу и не таял; вместо второго стекла были вморожены плоские льдины. В этих условиях епископ Лука крестил детей и пытался проповедовать.

После освобождения в ноябре 1933 года Валентин Феликсович поехал в Москву, чтобы основать НИИ гнойной хирургии. Однако Войно-Ясенецкий получил отказ, но тем не менее сумел добиться публикации «Очерков гнойной хирургии», которая должна была состояться в первом полугодии 1934 года.

Весной этого года Войно-Ясенецкий возвращается в Ташкент, а затем переезжает в Андижан, где оперирует, читает лекции, руководит отделением Института неотложной помощи. Здесь он заболевает лихорадкой папатачи, грозящей потерей зрения (осложнение дало отслойку сетчатки левого глаза). Две операции на левом глазу не принесли результата, епископ слепнет на один глаз.

В июле 1937 года арестован в третий раз. В вину епископу вменялось создание «контрреволюционной церковной монашеской организации». Несмотря на длительные допросы методом "конвейера" (13 суток без сна), епископ Лука отказывался признаваться в том, что он состоит в контрреволюционной организации. Вместо этого он объявляет голодовку, продлившуюся 18 суток.

В начале 1938 года так ни в чём не признавшийся епископ Лука был переведён в центральную областную тюрьму Ташкента. Летом 1938 года были вызваны бывшие коллеги из Ташкента, которые сообщили о его контрреволюционной деятельности.

Приговор пришёл в феврале 1940 года: 5 лет ссылки в Красноярский край.

С марта 1940 года епископ работает хирургом в ссылке в районной больнице в Большой Мурте, что в 100 километрах от Красноярска. Осенью 1940 года ему разрешили выехать в Томск, в городской библиотеке он изучал новейшую литературу по гнойной хирургии, в том числе на немецком, французском и английском языках. На основании этого было закончено второе издание «Очерков гнойной хирургии». В начале Великой Отечественной войны Войно-Ясенецкий отправил телеграмму Председателю Президиума Верховного Совета СССР Михаилу Калинину: «Прошу ссылку мою прервать и направить в госпиталь. По окончании войны готов вернуться в ссылку. Епископ Лука». Телеграмму в Москву не передали.

С октября 1941 года профессор Войно-Ясенецкий стал консультантом всех госпиталей Красноярского края и главным хирургом эвакогоспиталя.

Первые годы Великой Отечественной войны убедительно показали, что

религиозность вполне сочетается с патриотизмом и гражданским мужеством. Уже 22 июня 1941 года митрополит Московский и Коломенский Сергей обратился с проникновенным воззванием к верующим, в котором, в частности, сказал: «Отечество защищается оружием и общим народным подвигом... тут есть дело рабочим, крестьянам, ученым, женщинам и мужчинам, юношам и старикам. Всякий может и должен внести в общий подвиг свою долю труда... Православная Церковь всегда разделяла судьбу народа ... не оставит она свой народ и теперь ... благословляет она православных на защиту священных границ нашей Родины ...».

В декабре 1942 года епископу Луке, не отрывая его от работы в военных госпиталях, было поручено управление Красноярской епархией. На этом посту он сумел добиться восстановления одной маленькой церкви в пригородной деревне Николаевка.

Таким образом, годы, проведенные В. Ф. Войно-Ясенецким в ссылках, проявили в нем такие основополагающие для русской интеллигенции духовные идеалы, как милосердие, любовь к ближнему, бескорыстие, подвижничество, мужество и стойкость.

УДК 82-94:614.23

Петрухно А.В., Котова М. В.

СТАНОВЛЕНИЕ ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО КАК ВРАЧА

Научные руководители: ст. преп. Зайцева С. Н., ст. преп. Землякова С. Н.

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ СЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Возрастание научного интереса к исследованию личностного роста и профессионального становления врача в период коренной перестройки социально-экономической структуры общества и отношения к человеку.

Цель: исследовать личностные особенности, ступени развития профессионально значимых, типологических свойств личности врача В. Ф. Войно-Ясенецкого.

В 1898 году Валентин стал студентом медицинского факультета Киевского университета имени Святого князя Владимира.

Учился блестяще. Вот как архиепископ Лука вспоминает эти годы: «Когда я изучал физику, химию, минералогию, у меня было почти физическое ощущение, что я насильно заставляю мозг работать над тем, что ему чуждо. Мозг, точно сжатый резиновый шар, стремился вытолкнуть чуждое ему содержание. Тем не менее, я учился на одни пятерки и неожиданно чрезвычайно заинтересовался анатомией. Изучал кости, рисовал и дома лепил их из глины, а своей препаровкой трупов сразу обратил на себя внимание всех товарищей и профессора анатомии. Уже на втором курсе мои товарищи единогласно решили, что я буду профессором анатомии, и их пророчество сбылось. Через двадцать лет я действительно стал профессором топографической анатомии и оперативной хирургии».

То, что многих от медицины отпугивало, привлекло его более всего. На третьем курсе Валентин увлекся изучением операций на трупах. «Произошла интересная эволюция моих способностей: умение весьма тонко рисовать и моя любовь к форме перешли в любовь к

анатомии и тонкую художественную работу при анатомической препаровке и при операциях на трупах. Из неудавшегося художника я стал художником в анатомии и хирургии». Валентина выделяли высокие моральные требования к себе и другим, чуткость к чужому страданию и боли, открытый протест против несправедливости и насилия. Скоро его избрали старостой курса, что было выражением уважения и доверия со стороны однокашников.

Государственные экзамены Валентин сдавал на одни пятерки, и профессор общей хирургии сказал ему на экзамене: «Доктор, вы теперь знаете гораздо больше, чем я, ибо вы прекрасно знаете все отделы медицины. А я уж много забыл, что не относится прямо к моей специальности».

Принципиальность и правдивость, отвращение к малейшей лжи всегда отличали Валентина: «Только на экзамене по медицинской химии (теперь она называется биохимией) я получил тройку. На теоретическом экзамене я отвечал на отлично, но надо было сделать еще исследование мочи. Как это, к сожалению, было в обычае, служитель лаборатории за полученные от студентов деньги рассказал, что надо найти в первой колбе и пробирке, и я знал, что в моче, которую мне предложили, есть сахар. Однако благодаря маленькой ошибке троммеровская реакция у меня не вышла, и, когда профессор, не глядя на меня, спросил: «Ну, что вы там нашли?» - я мог бы сказать, что нашел сахар, но сказал, что троммеровская реакция сахара не обнаружила». Эта единственная тройка не помешала ему получить диплом лекаря с отличием.

В университете он приводил в изумление студентов и профессоров своим принципиальным пренебрежением к карьере и личным интересам. После окончания университета этот прирожденный ученый объявил, что будет земским врачом – занятие самое непрестижное, тяжелое и малоперспективное.

Но сразу земским врачом Войно-Ясенецкому стать не пришлось; в 1904 году в качестве добровольца он был направлен в госпиталь Красного Креста под Читю, где в лазарете на 200 коек его назначили заведующим хирургическим баракком.

Уже в первые месяцы практической работы проявился его твердый, волевой характер и высокий профессионализм, об этом времени святитель вспоминал так: «... не имея специальной подготовки по хирургии, стал сразу делать крупные ответственные операции на костях, суставах, на черепе. Результаты работы были вполне хорошими...» Сказывался его пристальный интерес к топографической анатомии. Там же он женился на сестре милосердия – «святой сестре», как ее называли коллеги, - Анне Васильевне Ланской. «Она покорила меня не столько своей красотой, сколько исключительной добротой и кротостью характера. Там два врача просили ее руки, но она дала обет девства. Выйдя за меня замуж, она нарушила этот обет. За нарушение его Господь тяжело наказал ее невыносимой, паталогической ревностью...».

Много жизней спас военно-полевой хирург В. Ф. Войно-Ясенецкий. Один из раненых офицеров в знак благодарности за спасенную жизнь пригласил после войны Валентина Феликсовича с молодой женой Анной жить и работать у него на родине, в Симбирске. Приглашение было принято.

К моменту приезда В. Ф. Войно-Ясенецкого местная больница, по меркам того времени, относилась к разряду средних. Кроме амбулатории, у нее был стационар на 35 коек. Работа земского врача мало отличалась от работы военно-полевого хирурга: 14 - 16-часовой рабочий день, те же стоны и страдания измученных болезнью людей. Разница лишь

в том, что единственному врачу приходилось быть и акушером, и педиатром, и терапевтом, и окулистом, и хирургом.

Хорошей помощницей ему была жена, Анна Васильевна. Все трудные земские годы Анна Васильевна не только вела дом, но и профессионально помогала мужу. Причиной непродолжительной деятельности в Ардатове (всего 10 месяцев) стала неудовлетворенность одаренного врача от работы с неквалифицированным медицинским персоналом. Эта проблема была во всех земских больницах того времени; при сложных хирургических случаях непрофессионально выполненный общий наркоз часто приводил к смертельным исходам.

Яркий случай был описан хирургом В. Ф. Войно-Ясенецким в истории болезни ардатовского периода в июле 1905 года. В амбулатории ардатовской больницы обратился старик огромного роста и богатырского сложения – карбункул нижней губы. Срочная операция под наркозом была проведена успешно, но спасти больного не удалось. О выводах подобных клинических случаев сам святитель вспоминал так: «Надо отметить, что в ардатовской больнице я сразу столкнулся с большими трудностями и опасностями применения общего наркоза при плохих помощниках, и уже там у меня возникла мысль о необходимости по возможности шире заменять его местной анестезией».

Книгу немецкого хирурга Генриха Брауна «Местная анестезия, ее научное обоснование и практическое применения» стала для него источником вдохновения и толчком к собственным разработкам.

Явившись в Москве к Петру Ивановичу Дьяконову, крупному ученому, основателю журнала «Хирургия», В. Ф. Войно-Ясенецкий выразил желание работать в его клинике для сбора материала по теме «Регионарная анестезия». Получив разрешение, Валентин Феликсович напряженно и плодотворно трудился – несколько месяцев он препарировал трупы в Институте топографической анатомии, оттачивая методы и технику регионарной анестезии. Он изучал варианты обезболивания тройничного нерва, для этого пришлось исследовать триста черепов. Вот что он пишет в письме домой: «Я по обыкновению не знаю меры в работе и уже сильно переутомился. А работа предстоит большая: для диссертации надо изучить французский язык и прочесть около пятисот работ на французском и немецком языках. Кроме того, много работать придется над докторскими экзаменами».

В 1915 году в Петрограде вышла книга В. Ф. Войно-Ясенецкого «Регионарная анестезия», блестяще иллюстрированная самим автором, в которой он обобщил и результаты исследования, и свой богатейший хирургический опыт.

За эту работу Варшавский университет присудил Валентину Феликсовичу Войно-Ясенецкому премию имени Хойнацкого. Эту награду получали авторы лучших сочинений, прокладывающих новые пути в медицине. К сожалению, денег (900 рублей золотом) автор не получил, потому что не смог предоставить в Варшаву определенное количество экземпляров книги: маленький тираж был раскуплен мгновенно.

В 1916 году В. Ф. Войно-Ясенецкий защитил свою монографию «Регионарная анестезия» как диссертацию и получил степень доктора медицины.

Научная работа в Москве настолько сильно захватила Валентина Феликсовича, что он не заметил, как постепенно оказался в тисках безденежья. Чтобы содержать семью, он вернулся к практической хирургии и трудился сначала в селе Романовка Саратовской губернии, а потом в Переславле-Залесском.

Здесь он одним из первых в России делал сложнейшие операции не только на желчных путях, почках, желудке, кишечнике, но даже на сердце и мозге. Прекрасно владея

техникой глазных операций, он многим слепым возвращал зрение. И хотя у земского врача воскресные и праздничные дни особенно загружены, он все чаще стал посещать местную церковь. Здесь же, в Переславле, В. Ф. Войно-Ясенецкий задумал изложить свой опыт работы в книге, которую он решил озаглавить «Очерки гнойной хирургии». Был составлен план, написано предисловие. И вдруг ему явилась крайне странная, неотвязная мысль: когда эта книга будет написана, на ней будет стоять имя епископа. Так впоследствии и случилось.

В первых числах апреля 1917 года доктор медицины В. Ф. Войно-Ясенецкий, приглашенный на должность главного врача и заведующего хирургическим отделением городской больницы, вместе с семьей прибыл в Ташкент. Город поражал обилием сочных красок. Жена Валентна Феликсовича – Анна Васильевна, страдавшая туберкулезом легких, как-то сразу повеселела, от свежего весеннего воздуха ей стало легче дышать, и появилась надежда на улучшение здоровья.

В отделении преобладали больные малярией, колитами, различными заболеваниями печени – специфическими болезнями Средней Азии. В хирургическом отделении новый главный врач также обратил внимание на болезни, с которыми в своей практике не встречался. Его заинтересовали больные номой, или «водяным раком» лица, риштой, пендинской язвой. Много было больных с огромными зобами и детей с ожогами.

Перемена климата, хорошее питание, обилие овощей и фруктов, особенно виноградоление временно улучшили состояние здоровья Анны Васильевны. Это позволило Валентину Феликсовичу отдаться целиком любимому делу. Помимо забот главного врача, интенсивной хирургической деятельности, он много работал в морге, изучая пути распространения гнойных процессов, а на церковь уже не оставалось времени, и посещения ее в 1917-1918 годах были редкими.

После октябрьских боев в 1917 году на улицах Ташкента в хирургическое отделение городской больницы поступило много раненых. Оперировать пришлось и днем и ночью. Советскую власть Войно-Ясенецкий воспринял как отвечающую народным интересам; Декрет о мире вызвал полное его одобрение.

По клеветническому доносу некоего Андрея, работника морга, В. Ф. Войно-Ясенецкого арестовали. Подоплека этого дела была такова: Валентин Феликсович неоднократно предупреждал своего нерадивого подчиненного, что выгонит его с работы за воровство, пьянство, и безделье. Но тут в городе начались аресты противников нового режима, и Андрей решил свести счеты со своим начальником, пустив в ход явную клевету. В. Ф. Войно-Ясенецкого и его коллегу, молодого хирурга, привели в железнодорожные мастерские, где скорый суд вершила «чрезвычайная тройка». На разбор каждого дела «судьи» тратили не больше трех минут, приговор обычно был один – расстрел. Осужденных выводили через другую дверь и сразу же расстреливали. Два врача просидели перед дверью этого судилища более полусуток. Можно представить себе ужас молодого хирурга Ротенберга, постоянно спрашивавшего учителя: «Почему нас не вызывают? Что это может означать?». На что Валентин Феликсович невозмутимо отвечал: «Вызовут, когда придет время, сидите спокойно».

Поздно вечером в этом «зале смерти» появился видный партиец, который знал главного врача в лицо. Он удивился, увидев здесь знаменитого хирурга, расспросил, что произошло, и вскоре вручил двум врачам пропуска на выход, дав в сопровождение охрану. Вернувшись в отделение, доктор распорядился подготовить больных к операциям, которые были запланированы и чуть не сорвались из-за неожиданного ареста. Хирург стал к операционному столу и начал операцию, как будто ничего не произошло.

Милостью Божией доктор избежал неминуемой смерти, но этот случай подкосил Анну Васильевну, и до самой смерти она уже не вставала с постели.

Таким образом, в работе представлены основные вехи становления В. Ф. Войно-Ясенецкого как врача в период бурных социально-экономических потрясений в начале XX века.

УДК 82-94

Пустовит Е. Е.

ДЕТСТВО И ЮНОСТЬ В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО

Научный руководитель канд.пед. наук, доц. Черных И.И.

Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

Актуальность. Актуальность исследования темы обусловлена спецификой культурной жизни, которая сложилась в нашей стране на протяжении последних десятилетий. Исторический опыт формирования ценностных ориентиров, значимый сам по себе, оказывается особенно востребованным в настоящее время: бережная и осмысленная реставрация отечественной духовной традиции является необходимым условием для национальной самоидентификации в европейском культурном пространстве.

Цель: особенности формирования и развития христоцентричной личности.

27 апреля 1877 года в городе Керчи, у Феликса Станиславовича Войно-Ясенецкого и его жены Марии Дмитриевны (в девичестве Кудриной) родился третий сын – Валентин.

Род Войно-Ясенецких известен с XVI столетия, его представители служили при дворе польских и литовских королей. Но постепенно род обеднел, и уже дед Валентина Феликсовича жил в Могилевской губернии в курной избе, ходил в лаптях, но, правда, имел мельницу.

«Три предшествующих колена потомственных дворян, влачило жалкое существование, пока Феликс Станиславович не разорвал этой вековой череды вечно нуждающегося, почти нищего дворянства: получил провизорское образование, вырвался из деревенской глуши и поселился в г. Керчи», - пишет В. А. Лисичкин, внук будущего архиепископа Луки. Аптека, владельцем которой Феликс Станиславович был в течение двух лет, больших доходов не приносила. Он перешел на государственную службу и до самой смерти оставался служащим транспортного общества. Феликс Станиславович был тихим, добрым и спокойным человеком. Он исповедовал, как и его предки, католическую веру, но своих взглядов детям не навязывал.

Тон в семейной жизни задавала волевая Мария Дмитриевна. Она была воспитана в православных традициях, и вера ее была деятельной. «Мария Дмитриевна регулярно передавала домашнюю сдобу для арестованных в тюрьму, устраивала возможность заработать арестантам, посылая им, к примеру, для перетяжки матрацы. Всего в семье

Войно-Ясенецких было пятеро детей: Павел, Ольга, Валентин, Владимир и Виктория. Дети росли в атмосфере христианской любви и послушания.

Валентин был активным, очень наблюдательным и любознательным ребенком. С колыбели он видел, как благоговейно молились отец и мать с большим числом поклонов много раз в день. С трех лет и Валентин присоединялся к ним. Как пишет В. А. Лисичкин (внук святителя): «Гимназист Валентин находился под строгим контролем и дома, и в гимназии. Строгое домашнее религиозное и гимназическое воспитание привило Валентину с детства глубокое чувство ответственности перед Богом за все свои поступки».

От матери мальчик приобрел сильную волю и властный характер, от отца – благочестивость. Семья жила очень дружно, все помогали и любили друг друга.

В 1889 году Войно-Ясенецкие переехали в Киев и обосновались в центре города, на Крещатике. Валентин поступил во Вторую Киевскую гимназию. Учился Валентин очень хорошо, с увлечением. Особенно любил уроки истории и рисования. Родители серьезно отнеслись к дару мальчика. Поэтому, когда ему исполнилось 13 лет, его отдали в Киевскую художественную школу.

Рядом была Киево-Печерская лавра. Церковная жизнь, бывшая здесь ключом, толпы богомольцев со всей России шли на поклонение киевским святыням - все это не могло не оставить след в жизни юного Валентина.

На формирование мировоззрения Валентина в старших классах гимназии заметное влияние оказал старший брат Владимир - студент юридического факультета. В студенческой среде тех лет было сильное увлечение народническими идеями, которые черпались из книг И. С. Тургенева, Л. Н. Толстого и др. Валентин вместе с братьями увлекся этикой Льва Толстого. Он подражал Л. Н. Толстому во всем: спал на полу на ковре, а летом, уезжая на дачу, косил траву и рожь вместе с крестьянами, не отставая от них.

30 октября 1897 года юный гимназист написал письмо Л. Н. Толстому, в котором просил повлиять на свою суровую мать, не одобрявшую его планы стать толстовцем. Валентин просил разрешения у графа приехать в Ясную Поляну и жить под его присмотром. Письмо осталось без ответа. Ответ был дан Господом: в руки юноши попала книжка Л. Н. Толстого «В чем моя вера?», изданная за границей, поскольку в России этот труд был запрещен. Но среди студентов эта книжка ходила по рукам и старшие братья принесли ее домой. Прочтя книгу, Валентин понял, что толстовство есть не что иное, как издевательство над православием, а Толстой – еретик, безмерно далекий от истины. Духовный мир Валентина трудами родителей и учителей строился, как на прочном камне, на святом православии.

Итак, Валентин успешно оканчивает гимназию, и при вручении аттестата зрелости директор дарит выпускнику Новый Завет. Многие места этой святой книги произвели неизгладимое впечатление на юношу. В мемуарах святитель Лука так вспоминает об этом: «Но ничто не могло сравниться по огромной силе впечатления с тем местом Евангелия, в котором Иисус, указывая ученикам на поля созревшей пшеницы, сказал им: «Жатвы много, а делателей мало. Итак, молитесь Господина жатвы, чтобы выслал делателей на жатву Свою (Мф.9:37). У меня буквально дрогнуло сердце, я молча воскликнул: «О, Господи! Неужели у Тебя мало делателей?!» Позже, через много лет, когда Господь призвал меня делателем на ниву Свою, а был уверен, что этот евангельский текст был первым призывом Божиим на служение Ему». В семье хранится эта книга с пометками Валентина, сделанными тогда красным карандашом.

Одновременно с гимназией он заканчивает и Киевскую художественную школу, в которой проявил немалые художественные способности, участвовал в одной из передвижных выставок небольшой картинкой, изображавшей старика-нищего, стоящего с протянутой рукой.

Увлечение живописью было очень серьезным, так что по окончании гимназии Валентин решил поступать в Петербургскую Академию художеств. Удивительное решение было принято молодым человеком, обдумывающим выбор своего жизненного пути: «Недолгие колебания кончились решением, что я не вправе заниматься тем, что мне нравится, но обязан заниматься тем, что полезно для страдающих людей. Из Академии я послал матери телеграмму о желании поступить на медицинский факультет, но все вакансии уже были заняты, и мне предложили поступить на естественный факультет с тем, чтобы после перейти на медицинский».

Нелюбовь к естественным наукам изменила этот план. Еще год он проучился в художественной школе в Мюнхене, а затем в 1897 году Валентин поступает на юридический факультет и в течение года увлеченно изучает историю и философию права.

Таким образом, в работе представлен анализ духовных истоков, формировавших личность будущего святителя Луки в детстве и юности.

УДК 235.3:614.2

Рублёва Ю. В.

**ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
АРХИЕПИСКОПА-ВРАЧА ЛУКИ (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО)**

Научные руководители: ст. преп. Бахтоярова Л. И., ст. преп. Тищенко Е. С.

Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук

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

Актуальность. Актуальность исследования заключается в необходимости описания последних лет жизненного пути святителя Луки (Войно-Ясенецкого) и изучения его духовного и научного наследия в контексте нашей действительности.

Цель: систематизация и анализ информации о творческой и научной деятельности архиепископа Симферопольского и Крымского Луки с целью формирования у студентов-медиков идеала современного врача.

Летом 1943 года святитель Лука впервые получил разрешение выехать в Москву для участия в Поместном Соборе, на котором стал постоянным членом Священного Синода.

В конце 1943 года было опубликовано второе издание "Очерки гнойной хирургии", переработанное и значительно дополненное, а в 1944 году вышла в свет книга "Поздние резекции инфицированных огнестрельных ранений суставов". Позже, в 1946 году, за эти два труда святителю Луке была присуждена Сталинская премия по медицине I степени. Из двухсот тысяч рублей этой премии 130 тысяч рублей владыка Лука перечислил в помощь детям, пострадавшим в войне.

В 1944 году, вслед за победоносным наступлением советских войск, эвакуогоспитали переехали в Тамбов. В эти годы, помимо архиерейских обязанностей, владыка нес ответственность за работу 150 военных госпиталей страны. Насыщенность и обширность хирургической работы была колоссальной. Шестидесятисемилетний владыка Лука работал по восемь-десять часов в сутки и делал по четыре-пять операций ежедневно! Все это сказалось на его здоровье, и без того уже подорванным в тюрьмах и ссылках.

Под руководством архиепископа Луки за несколько месяцев 1944 года для нужд фронта было перечислено более 250 тыс. руб. на строительство танковой колонны имени Дмитрия Донского и авиаэскадрильи имени Александра Невского. В общей же сложности за неполные два года было перечислено около миллиона рублей.

Для облегчения деятельности владыки в том же 1944 году священноначалие назначило святителя Луку на Тамбовскую кафедру.

26 февраля 1944 года архиепископ Лука произнес свою первую проповедь. Проповеди владыки производили огромное впечатление на прихожан. Их приходили послушать и верующие, и неверующие, в том числе и представители интеллигенции. Их записывали прямо в храме, а затем перепечатывали на машинке.

Святитель Лука, находясь на высоте своего архиерейского достоинства, никогда не угождал перед властями, и это раздражало советских начальников всех рангов. Но, тем не менее, они не могли не замечать его огромного вклада в медицинскую науку и практическую хирургию.

В феврале 1945 года архиепископ Лука был награжден патриархом Алексием I правом ношения бриллиантового креста на клобуке, затем – медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 годов».

В возрасте семидесяти лет указом Патриарха от 5 апреля 1946 года архипастырь был назначен на Крымскую кафедру и стал архиепископом Симферопольским и Крымским. Бедность паствы была такова, что владыке Луке приходилось кормить неимущих своей епархии в собственном доме. Все свои усилия архиепископ Лука сосредоточил на устройении епархиальной жизни и жизни Церкви.

После приезда в Симферополь в 1946 году владыка рассчитывал, что его знания и опыт в области хирургии будут востребованы. Однако прошло полтора месяца, прежде чем разрешение на медицинскую деятельность было получено. С 1946 года он был консультантом госпиталя в Симферополе, помогал госпиталю инвалидов Великой Отечественной войны. До конца 1947 года он как хирург и профессор читал доклады и лекции врачам, оперировал больных и раненых.

Владыке Луке было рекомендовано читать доклады и лекции на медицинские темы не в архиерейской, а в светской одежде. Архиепископ категорически отказался. Тогда его перестали приглашать для чтения лекций. Святитель-хирург продолжал врачебную практику у себя дома. На двери его кабинета было вывешено объявление, в котором сообщалось, что хозяин этой квартиры, профессор медицины, ведет бесплатный прием ежедневно, кроме праздничных и предпраздничных дней. Много больных стекалось к профессору-епископу, и никому он не отказывал в помощи.

Используя момент улучшения отношений государства и Церкви, архиепископ начал активно проповедовать. Из произнесенных им проповедей записано около 750, что составляет 12 томов (4500 страниц).

В 1949 году епископ Лука начал работу над вторым изданием «Регионарной анестезии», которое не было закончено, а также над третьим изданием «Очерков гнойной хирургии».

Весной 1952 года зрение архиепископа резко ухудшилось, и в 1955 году он ослеп полностью, что вынудило его оставить хирургию. С 1957 года епископ Лука диктует мемуары. В постсоветское время вышла его автобиографическая книга «Я полюбил страдание...».

Все четверо детей Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого: трое сыновей – Михаил, Алексей, Валентин и дочь Елена, в те тяжелые годы сумели получить высшее медицинское образование и стали учеными-медиками. Старший сын Михаил – выдающийся патологоанатом, доктор медицинских наук, профессор. Дочь Елена – кандидат медицинских наук, врач-эпидемиолог. Сын Алексей – доктор биологических наук, профессор, один из основателей Института эволюционной физиологии и биохимии имени И. М. Сеченова. А младший сын Валентин – выдающийся отечественный офтальмолог, доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории офтальмологии НИИ имени Владимира Петровича Филатова.

С 1953 года главой государства стал Никита Хрущев. Началась новая волна гонений на церковь.

11 января 1957 года святитель Лука был избран почетным членом Московской духовной академии.

В те годы он писал своему старшему сыну Михаилу: «Все сложнее становится управлять делами Церкви. Храмы один за другим закрываются, священников не хватает и число их постоянно убывает... В некоторых местах реакция на мои действия как архиерея такова, что доходит до открытого столкновения. В свои восемьдесят лет я уже не могу этого выносить. Но с Божией помощью продолжаю свой тяжкий труд».

Подводя итоги своего сугубого служения – медицинского и архиерейского, он писал в письме: «Верно, конечно, то, что вы пишете о лечении больных. Но вы не знаете, как необычайно ценят меня как духовного врача. Очень многие говорят и пишут, что я оживил их духовно, возродил к новой жизни, и в самых трогательных выражениях изливают свою благодарность и любовь. Они пишут, что как ни высока моя медицинская деятельность, но архиерейская неизмеримо важнее. Я и сам так думаю».

Жизнь архиепископа Луки клонилась к закату. Последнюю свою литургию он совершил на Рождество, последнюю свою проповедь сказал в Прощеное воскресенье.

В воскресный день 11 июня 1961 года, в день памяти всех святых архиепископ-врач Лука (Войно-Ясенецкий) почил в Бозе. Несмотря на строгий запрет партийных властей, похороны архиепископа вылились во всенародную демонстрацию. Все улицы города были заполнены женщинами в белых платочках. Они тихо продвигались вперед, идя перед гробом владыки. Улицы, по которым проходила похоронная процессия, были усыпаны розами. Чего только не говорили участникам похорон, чего только не предпринимали власти, пытаясь заставить всех замолчать, ответ был один: мы не боимся вас, мы хороним своего архиепископа.

Так хоронили великого угодника Божия. И как при жизни он всячески помогал болящим, никому не отказывая, так и после смерти каждый, кто приходил на могилу святителя и с верой и любовью просил его о помощи, получал исцеление. Таких случаев было множество.

22 ноября 1995 года архиепископ Симферопольский и Крымский, Лука определением Синода Украинской православной церкви Московского патриархата причислен к лику местночтимых святых. Протоиерей Георгий Северин составил молитвы святому Луке. В ночь с 17 на 18 марта 1996 года состоялось обретение святых мощей архиепископа Луки, которые ныне почивают в Свято-Троицком кафедральном соборе Симферополя (ныне Свято-Троицкой женский монастырь).

В православном мире особо почитаемой является икона святого Луки (епископа Крымского). Многие верующие христиане произносят перед образом святителя тёплые и искренние молитвы. Святой Лука всегда слышит обращенные к нему просьбы: по молитве верующих ежедневно совершаются великие чудеса – многие люди обретают избавление от различных душевных и телесных недугов.

Вот одно из свидетельств врача-терапевта из Греции: «В больницу привезли мать с сыном, мусульман по вероисповеданию, случайно отравившихся смертоносным ядом против насекомых. В течение 12 часов их состояние, особенно матери, неизменно ухудшалось. В 5 часов утра следующего дня женщина впала в кому и наступление её смерти было вопросом нескольких минут. Тогда я взмолился про себя: «Святителю Луко, целителю душ и телес! Сделай так, чтобы эти люди спаслись, пусть они и не нашей веры». Как только я закончил слова молитвы, над телами страждущих словно прошла чья-то неведомая рука, конечно же, ни чья иная, как чудотворца Луки, показавшего нам, что у любви Божьей нет пасынков, но одни лишь дети. Состояние матери явно улучшилось и её отправили в реанимацию, откуда она спустя 20 дней была выписана. Молодой человек пришел в себя спустя 2 дня и тоже был выписан совершенно здоровым.

Вот еще одна небольшая история: 14 летний юноша, страдающий раком лимфатических узлов, прошел химиотерапевтическое лечение и находился в стадии долечивания, но появилась новая опухоль, которая свидетельствовала о том, что болезнь вспыхнула с новой силой. Через несколько дней необходимо было возобновить химиотерапию. Безысходность своих страданий родители юноши обратили в молитву, прося монахинь молить Бога о выздоровлении их единственного сына. Монахини, особо почитавшие святителя Луку-целителя, молили его о заступничестве пред Господом и передали родителям икону святителя Луки и немного земли с его могилы.

После этого были сделаны повторные анализы, которые, к изумлению врачей, показали, что юноша абсолютно здоров.

В честь знаменитого святителя Луки Войно-Ясенецкого воздвигают церкви и памятники во многих городах и странах. В самой Греции святителю Луке воздвигнуто более 30 храмов, один из которых в городе Верии впечатляет своими большими размерами, архитектурой и внутренним убранством.

Ничего подобного пока нет ни в России, ни в Украине, ни в мире. Памяти святителя Луки посвящается много конференций, лекций, радио- и телепередач, издаются книги о нём и его трудах, публикуются статьи в газетах и журналах. Греческое Общество хирургов избрало святителя Луку своим небесным покровителем и называется его именем.

В январе 2017 года нашему университету было присвоено имя святителя Луки (Войно-Ясенецкого).

Таким образом, святитель Лука (Войно-Ясенецкий) в своих сочинениях развивал идею христианского гуманизма, который, по его мысли, базируется именно на человечности, гуманности и предполагает подлинное благо для человека, утверждение человеческого достоинства, развитие моральных качеств в личных и общественных отношениях.

Крымский Лука

Вот и по смерти святитель Лука
Лечит незримо и всех утешает.
Смотрит с любовью с небес свысока –
Всё о молящихся страждущих знает.

Там, в уголочке, на лавке сидит
Милая девушка... да с костылями...
Плачет тихонько, душою скорбит –
Грусть по безвременно умершей маме...

Вот на коленях у раки святой
Женщина скромная в сером платочке...
Ты помоги ей, отец дорогой,
Ты помоги ей, как маленькой дочке.

Сколько же слёз иссушил ты, отец!
Сколько утешил и дал исцеленье!
С неба сияет твой яркий венец
Шлём тебе, батюшка, наше почтение.

Падаем в ноги в поклоне земном,
Руки хирурга целуем смиренно.
Радость на сердце сегодня о том,
Что помогаешь всем нам неизменно!

Философия

ГЕРАКЛИТ КАК ОСНОВОПОЛОЖНИК ДИАЛЕКТИКИ

Научный руководитель к. филос.н., доцент Алексеенко Т. А.

Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук

ГУ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

Актуальность. Диалектика Гераклита – одно из величайших достижений философии. Отдельные ее стороны продолжают разрабатываться до сих пор. Понимание основ диалектики позволит адаптировать её к современным реалиям.

Цель: Рассмотреть учение Гераклита, выявить те его пункты, которые представляют интерес для современной науки.

Материалы и методы. При изучении данного вопроса использовалась литература по истории философии.

Результаты и их обсуждение. Древняя Греция – Родина множества талантливых философов. Одним из наиболее известных философов является Гераклит из Эфеса (520-460 до н.э.), выдающийся мыслитель, основоположник диалектики. Свои мысли он высказывал достаточно туманно, запутано, поэтому его прозвали «тёмным». Идеи философа были уникальными для того времени. Все исследователи творчества Гераклита обращают внимание на особенность его философии, её афористичность и парадоксальность суждений. Диалектика Гераклита была противоречивой, но его воззрения оказали значительное влияние на последующие поколения.

Диалектика Гераклита берет своё начало из Учения об огне. Из всех стихий природы философа больше всего привлекал огонь. Динамичный, стремительный, подвижный – он казался воплощением жизни. Огонь, в сравнении с землей, водой, воздухом является элементом «более тонким», а главное – «движущим» и таким, что может превращаться в воду, в землю и в какую-то другую вещь. Огонь – символ вечных перемен, которые происходят в мире. Огонь у Гераклита не столько обычный огонь, сколько символ всеобщей стихии, одушевлённой, разумной и божественной.

Гераклит не признавал идей современников, искал истину самостоятельно. Философы Милета полагали, что существует некоторое исходное первовещество, которое становится любыми другими вещами. Гераклит же видел в стихии не материал, а образ. Таким образом, мы можем измерить все вещи по отношению к огню как к эталону. Огонь важен скорее как символ, чем как первоэлемент. Огонь постоянно изменчив, собственно, как и все элементы. Но само постоянство – это не какой-либо определённый элемент. Это сам процесс изменчивости.

Одной из центральных идей в философии Гераклита была идея всеобщей изменчивости и движения. Те диалектические мысли и идеи, которые в изначально заключены в концепции первоначала первых греческих философов, получают у Гераклита более четкий образ. Специфика диалектики Гераклита в том, что мысль об изменениях объединяется с идеей единства и борьбы противоположностей. Из учения о борьбе противоположностей вытекает идея об их взаимных превращениях. Это значит, что одна противоположность превращается в другую – в этом заключается учение о единстве противоположностей. Противоположности взаимозаменяясь, становятся тождественными друг другу.

Гераклит допустил существование пятого элемента, занимающего верховную позицию, - Логоса. Философ видел Логос как нечто нематериальное, осуществляющее контроль над всеми процессами и обеспечивающее равновесие. Логос – это не вещество, из которого сделаны вещи. Это всеобщий закон, который правит всеми изменениями в мире. Благодаря ему противоположности взаимно дополняются, доходят до равновесия, согласия, единства, гармонии, как звук в музыке, который выдаёт струна, которая движется в двух противоположных направлениях. Логос не существует отдельно от вещей, его частица присутствует в каждой вещи.

Выводы. Диалектика Гераклита оказала существенное влияние на развитие философии и культуры в целом. Она остается актуальной и на сегодняшний день в силу своей уникальной идеи – вечной изменчивости.

УДК 1(091)

Зайченко Е. Н.

Значение античной культуры и науки для последующего развития европейской цивилизации

Научный руководитель старший преподаватель Никитенко Н. А.

Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук

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

Актуальность. Эпоха античности занимает особое место в развитии европейской цивилизации. Это было время, когда закладывались основы всего ее дальнейшего развития, когда формирующаяся в наиболее развитых регионах Европы цивилизация оказывала все большее влияние на прилегающие к Средиземному морю и на гораздо более удаленные области Азии и Африки. И сейчас сформулированные мысли Античности о добре, зле, чести и бесчестии являются современными.

Цель: Значение античной культуры и науки для последующего развития европейской цивилизации, показать, описать и охарактеризовать деятельность, творчество, работу, мысли греков, римлян и других народов; показать эти великие культуры. Выявить характерные черты и особенности этих культур, их различие и неповторимость, если они присутствуют.

Материалы и методы. Ознакомление с литературой об античной культуре и науке, европейской цивилизации, их особенностях. Метод анотирования.

Результаты и их обсуждение. Античная культура формирует политическую форму культуры. Возникают и развиваются демократические формы государственного устройства, такие как ораторское искусство, учения об устройствах общества, и о системе государственного права. Античная культура представляет собой уникальное явление, давшее общекультурные ценности буквально во всех областях материальной и духовной деятельности.

Основы европейской цивилизации и образы для подражания на многие тысячелетия

заложили всего три поколения деятелей Древнегреческой культуры. В период Античности зарождаются основы рациональных взглядов на человека, на общество и на мир. Усвоив культурный опыт Древнего Египта, народов Востока и Вавилона, Античная культура не была отягощена азиатскими традициями, а определила свой собственный путь как в социально-политическом развитии общества, художественно-эстетическом осмыслении мира, так и в философских поисках. В Древней Греции существовали очень развитые для своего времени «научно-исследовательские центры», огромные библиотеки и инженерные сооружения.

Человек и его духовная жизнь, в силу антропологического противоречия духа и тела античной культуры, рассматривались по типу физических тел или вещей, на чем и основываются античные религия, искусство, наука – все мировоззрение.

Античный гуманизм прославляет лишь культ тела – физическое совершенство человека, но личность, ее духовные возможности еще не раскрыты. Эталон гармонии – телесная развитость человека, греческие боги – вечные совершенные тела, и как следствие – соразмерность пропорций греческой архитектуры, расцвет скульптуры. Показательным выражением телесности античного гуманизма было исключительное положение физической культуры в системе общественного воспитания.

Культура Древнего Рима во многом продолжила античные традиции Греции и отличается религиозной сдержанностью, внутренней суровостью и внешней целесообразностью, что достойно выразилось в градостроительстве, юриспруденции, военном искусстве, политике. Она во многом определила развитие европейской цивилизации. Римское право до сих пор является основой правовой системы в Европе. Политическая культура Древнего Рима стала причиной ускорения развития европейской цивилизации, долго служила образцом для создания новых моделей политического устройства в Европе.

Созданная Древним Римом художественная система, которая олицетворяла могущество и власть, заложила культуру средневекового Запада и последующих эпох.

На почве античной культуры впервые появились и стали развиваться категории научного мышления, велик вклад античности в развитие астрономии, теоретической математики.

Античность оставила в наследство мировой культуре великие произведения литературы и искусства, богатую мифологию, точность математических доказательств и разнообразие философских идей.

Выводы. Античная культура построена на вере в силу освобожденного человеческого духа, в знание и правду жизни. Развиваясь под влиянием ранней цивилизации, культура античности внесла огромный вклад в развитие мировой культуры. Дошедшие до нас памятники архитектуры и скульптуры, шедевры живописи и поэзии, являются свидетельством высокого уровня развития культуры. Они имеют значение не только как произведения искусства, но и социально-нравственное значение. Именно поэтому античная культура и наука сыграли важную роль для последующего развития европейской цивилизации, явилась основой для дальнейшего развития мировой культуры в целом.

УДК 1(091)
Красников Р. Д.

УЧЕНИЕ ПЛАТОНА ОБ ИДЕАЛЬНОМ ГОСУДАРСТВЕ

Научный руководитель канд. филос. наук, доц. Сидоренко В. А.

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г.
Луганск*

Актуальность. Сегодня человечество переживает кризис глобалистического подхода к мироустройству. Изоляционистские и национальные интересы приходят на смену мультикультурализму и идеям всеобщего единения. Представления о месте и роли в человеческом обществе такого института, как государство, также претерпевают изменения. Поэтому рассмотрение воззрения об идеальном государстве, лежащего у самых истоков Западной философии, является актуальной для современной науки задачей.

Цель: рассмотреть принципы и понятия о строении государства в концепции Платона, а также влияние его идей на дальнейшее становление европейской социальной и политической философии.

Материалы и методы. Трактат "Государство" Платона. Методы: историко-феноменологический, историко-компаративный, герменевтический, диалектический.

Результаты и их обсуждение. Представление Платона об идеальном государстве имеет внутренние противоречия - между смыслом и предназначением лучшего государственного устройства, с одной стороны, и практическим игнорированием свободных устремлений как индивидуальных, так и социальных образований, с другой стороны. Данное противоречие в платоновской концепции должно быть преодолено высшей волей, мудрейшими правителями любыми средствами, не исключая и насилие.

Всеобщее благо, по мнению Платона, несовместимо с частным интересом. Платон считал, что в таком государстве должна быть общность имущества, то есть отсутствие какой-либо частной собственности. Даже женщины и дети являются общими, а деторождение регулируется государством с целью выбора лучших. Поэтому правители такого государства не должны иметь семьи, а также собственности, потому что это противоречит идее о Всеобщем Благе. Во-вторых, эти правители должны быть философами, чтобы понимать концепцию такого государства.

Значение разделения труда для общества Платон рассматривает не с точки зрения работника, производящего продукт, а с точки зрения интересов потребителей. Каждая вещь, согласно Платону, производится легче и лучше и в большем количестве, «когда один человек, делая лишь одно дело, делает егосообразно со своей природой, в благоприятное время и оставив все другие занятия». Эта точка зрения приводит Платона к тому, что в разделии труда он видит «основной принцип строения государства».

В государстве Платона необходимые для общества функции и виды работы разделены между специальными разрядами его граждан. При распределении по разрядам Платон разделил людей на группы в соответствии с их природными задатками, рассматривая это разделение на группы по аналогии с разделением хозяйственного труда. Таким образом, Платон разделил людей на 3 разряда: работники и торговцы, воины-стражи, правители-философы. Такого рода неравенство не является наследственным. Переход в высшие сословия осуществляется через экзаменационный отбор. Основная мысль Платона заключается в том, что потребности людей разнообразны, и один человек не способен удовлетворить эти нужды.

Выводы. Платон выстроил структуру идеального государства, где три разных слоя

граждан в зависимости от природных задатков выполняют присущие только им функции. Философы стоят на высшей ступени, управляя обществом, в то время как воины и работники по своей душевной природе нуждаются в управлении со стороны мудрецов. Иначе говоря, Платон связывает социальные функции человека с его способностями, а уже исполнение этих функций он рассматривает как гарантию справедливости и гармонии в обществе. Гармония наступает только тогда, когда человек находит единство со своим природным задатком и законодательным предназначением, т. е. социальная справедливость в обществе есть только тогда, когда она есть внутри каждой человеческой души.

УДК 1 (091)

Скрипниченко А. А.

ЗАРОЖДЕНИЕ АНТИЧНОЙ ФИЛОСОФИИ.

МИЛЕТСКАЯ ШКОЛА: ИДЕИ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ ФИЛОСОФОВ

Научный руководитель к.пед.н., доцент Юсеф Ю. В.

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г.
Луганск*

Актуальность. Античная философия оказала огромное влияние на развитие европейской философии и культуры. Традиционно греческую философию принято делить на три периода: досократики, классическая философия (Сократ, работы Платона, Аристотеля), период эллинистической философии, представленный тремя основными школами – стоицизмом, скептицизмом и эпикурейством. Изучение раннегреческой философии представляет определенную сложность, т.к. они практически не сохранились, сохранились лишь некоторые фрагменты работ и цитаты, упоминаемые другими философами.

Цель: определить, какие идеи и представления объединяли философов Милетской школы.

Материалы и методы. Нами были проанализированы фрагменты работ Аристотеля, в которых упоминаются идеи раннегреческих философов, цитаты Анаксимандра, чей фрагмент работы «О природе» сохранился до наших дней, произведение Диогена Лаэртского «О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов».

Результаты и их обсуждение. Греческая философия возникает в 7-6 вв. до н.э. Местом ее возникновения считается Иония (западное побережье современной Турции), состоявшая из нескольких полисов, одним из которых был Милет – родина первого философа Фалеса. О жизни Фалеса, как и о жизни других философов раннего периода, известно совсем немного, сложно даже точно восстановить годы жизни, считается, однако, что родился он около 625 г. до н.э. и умер около 547 г. до н.э.

Сведения о жизни Фалеса и других раннегреческих философов содержатся в книге Диогена Лаэртского «О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов». По свидетельству Диогена Лаэртского Фалес был знаком с мудростью египетских жрецов, у которых научился математике и астрономии. Еще не зная причины солнечных затмений,

Фалес, основываясь на эмпирических наблюдениях египетских жрецов, предсказал затмение в 585 г. до н.э. Фалес пытался выяснить причину разлива Нила и разделил год на 365 дней и 12 месяцев. Таким образом, круг вопросов, которыми занимался Фалес, был довольно широк.

Почему же Фалеса называют первым философом?

У Аристотеля находится упоминание двух философских положений Фалеса. Первое – это вопрос о первоначале и ответ на него. Следует, сказать, что у Гомера также находим размышления на эту тему: «Океан всему прародитель», однако, Гомер философом не является. Все дело в том, что Гомер считает Океан началом родословия богов и генетическим началом мира. Фалес же занят поисками субстанциального онтологического начала, которое лежит в основе всего многообразия вещей в мире. Философ считает, что должно быть какое-то одно начало, лежащее в основе всего. У Фалеса началом всех вещей является вода.

Второе философское положение Фалеса, которое упоминает Аристотель, - «все полно богов». Фалес считает, что все предметы вокруг наделены душой. Например, магнит способен притягивать к себе все потому, что обладает живой душой. Фалес делает вывод о том, что даже неживые предметы имеют душу (такая концепция называется гилозоизмом).

Диоген Лаэртский также говорит о Фалесе: «Началом всего он полагал воду, а мир считал одушевленным и полным божеств».

Другим представителем Милетской школы является ученик Фалеса – Анаксимандр. Он является автором работы «О природе», фрагмент которой сохранился до наших дней (данный фрагмент считается самым ранним сохранившимся фрагментом западной философии). Анаксимандр также ставит вопрос о первоначале, но считает этим первоначалом апейрон, что в переводе с греческого означает «беспредельное». Таким образом, Анаксимандр находит первоначало, общее для всех вещей, не относящееся ни к какой отдельной стихии.

Почему Анаксимандр ввел в качестве первоначала «беспредельное»? Объяснение находим у Аристотеля. Поскольку в мире существует бесконечное многообразие вещей и явлений, то и первоначало должно быть бесконечным. Если же первоначало будет принадлежать к какой-либо одной стихии, то в результате эта стихия поглотит все остальные, следовательно, не будет многообразия вещей. Всякая же вещь имеет начало, но у бесконечного нет ни начала, ни конца. Весь мир находится в постоянном движении, а значит, начало вечно и никогда не иссякает (Аристотель. Физика, Г4). Таким образом, Анаксимандр приходит к выводу, что первоначало не должно принадлежать ни к какой стихии и должно быть «беспредельным».

Следующий представитель Милетской школы, живший после Анаксимандра, – Анаксимен, который также, как и предыдущие два философа был занят поисками первоначала. В качестве первоначала Анаксимен находит воздух, т.к. именно воздух отвечает всем критериям «беспредельного» – он невидим, безграничен, не имеет формы. Как и Фалес, Анаксимен считал, что мир был полон богов. Бог – это душа мира. А так как в древности считалось, что наша душа – это наше дыхание, то воздух и есть душа мира – его начало. Кроме того, Анаксимен считает, что и олимпийские боги возникли из воздуха, а значит воздух лежит в основе всего и даже богов. Таким образом, философские воззрения Анаксимена теснейшим образом переплетаются с его религиозными воззрениями.

Выводы. Существует ряд моментов, на основании которых вышеперечисленных философов объединяют в одну школу.

Все представители Милетской школы занимались поисками субстанциального онтологического начала мира, первоначала, которое лежало в основе всех вещей. Все философы Милетской школы были монистами, т.е. считали, что в основе всего должно лежать некое единое неделимое начало.

Философские воззрения представителей Милетской школы тесно связаны с религиозными представлениями, причем можно с большой долей вероятности предположить, что это были приверженцы религии Зевса – Аполлона, т.к. именно в этой религии считалось, что истинное существование человека на земле, отсюда интерес к устройству окружающего мира.

УДК 1(091)

Чернышова В. Н.

ФИЛОСОФСКИЕ ИДЕИ АРИСТОТЕЛЯ, ИХ МЕСТО В ИСТОРИИ ФИЛОСОФИИ

Научный руководитель старший преподаватель Никитенко Н. А.

Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук

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

Актуальность. Исследования философских идей великого философа Аристотеля обеспечивается тем, что различные аспекты это учений в различные времена подвергались анализу, обсуждению, критике, подтверждению и опровержению в рамках сложившейся философии. Актуальной проблемой являемся определение точного значения идей Аристотеля для современной философии. Также актуальность учений Аристотеля рассматривается не только как фактор, влияющий на историю развития философии, но и как один из источников решения современных актуальных проблем.

Цель: изучить основные идеи великого философа Аристотеля; выяснить и оценить значимость вклада, внесенного философом, для истории развития философии в период античности и современности.

Материалы и методы. Трактаты Аристотеля «Метафизика», «Органон», «О душе», «Политика», «Этика Никомаха»; естественнонаучные сочинения Аристотеля «Физика», «О небе», «О частях животных». Метод аннотирования.

Результаты и их обсуждение. Философия Аристотеля является логической переработкой и завершением всей предшествующей греческой философии. Его исследования отличаются тенденцией преодоления чисто философского рассмотрения предмета. Аристотель пытается доказать происхождение и свойства предмета не просто путем философского размышления, а путем научного доказательства, но без экспериментального подтверждения.

Все гипотезы, теории и рассуждения Аристотеля являют собой систему конкретно-научного и философского знания. Основную часть дошедших до нас сочинений Аристотеля составляет свод его трактатов и ряд отрывков. Большинство трудов Аристотеля сохранились

у его учеников и последователей. Таким образом, в I веке нашей эры все его труды были собраны, классифицированы и изданы. Их можно разделить на несколько тематических групп, выражающих определенные философские идеи самого Аристотеля.

Первая группа представляет собой труды Аристотеля, посвященные идеям, имеющим онтологический характер. Аристотель определял онтологию как первую философию. Все эти труды были объединены в трактат, который получил название «Метафизика». В этом трактате излагались учения о началах бытия.

Вторая группа – это естественнонаучные сочинения Аристотеля. Этой тематике философ посвятил такие работы как «Физика», «О небе», «О частях животных» и другие.

Трактат «О душе» занимает отдельное место в трудах Аристотеля. В нем рассматривает душу как принцип жизни, движение, затрагивает вопросы метафизики.

В трактате «Политика» Аристотель уделяет внимание проблемам политического устройства и воспитания.

Важное место в его трудах занимают работы, рассматривающие проблемы этики. Этике Аристотель посвятил трактат «Этика Никомаха».

Большое внимание Аристотель уделял онтологии – науке о сущем. Основа всего бытия – первичная материя, которая чувственно непостижима и является основой всякого бытия, в то время как вторичная материя чувственно воспринимаема и является производной от пяти элементов: огня, воды, воздуха, земли и эфира.

Рассматривая непосредственно конкретные вещи как реального бытия, Аристотель выделял первые (индивидуальный субстрат, конкретную сущность бытия) и вторые сущности, являющиеся производными первых.

Говоря о сущностях, Аристотель выделял категории сущности, считая их основным средством познания мира. В трактате «Органон» он вводит десять основных категорий сущего: сущность, количество, качество, отношение, место, время, положение, свойство, действие, пассивность.

Понятие «движение» Аристотель в своих работах рассматривает как реализацию, осуществление сущего, и считал его универсальным свойством сущего. В трактате «Категории» Аристотель различает шесть видов движения (возникновение, гибель, увеличение, уменьшение, перемену и изменение места) и четыре главных вида изменений (относящиеся к сущности, количеству, качеству и месту). Философ считал, что движение не может быть признано действительным, если в нем нельзя отыскать противоположное, то есть возникновению – гибели, уменьшению – увеличению, а изменению места – покою на месте.

Носителем сознания, по мнению Аристотеля (трактат «О душе»), является душа. Философ считал, что душа присуща всем живым существам.

В учениях о государстве Аристотель определяет государство, как общину, которая организована ради общего блага. По его мнению, возможны лишь шесть форм политического строя: три правильные и три неправильные. К правильным формам он относил: монархию – правление одного, аристократия – правление немногих и полиция – правление большинства. Одинаковой чертой всех форм Аристотель считал то, что все они действуют во имя общего блага. К неправильным формам Аристотель относил тиранию, олигархию и демократию, где в каждой правящая вершина действовала лишь в собственных интересах.

В понимании Аристотеля идеальное государство требовало от гражданина определенных добродетелей, без которых невозможно добиться благосостояния государства. Философ выделял две группы добродетели. Первая – разумные добродетели,

являющиеся результатом умственного труда, и вторая – этические добродетели, являющимися результатом привычки. Через всю этику и политику Аристотель пронес идею того, что все зависит только от человека. Недостаточно знать, что есть добродетель, следует действовать и жить в соответствии с нею.

Аристотель был первым, кто создал логику и в частности: силлогистику, модальную логику. Аристотель дал понятие дедуктивного метода – от частного к общему, а также обосновал систему силлогизмов – вывода из двух и более посылок заключения.

Выводы. Аристотель сделал большой вклад в историю философии, он был первым, кто глубоко и систематически исследовал все доступные ему работы его предшественников. В его трактатах и сочинениях охватывается большое количество отраслей философии и научного знания. Аристотель так же дал материалистическую трактовку происхождения мира и человека, дал определение бытия через категории, выделил 10 философских категорий, определил сущность материи, выделил шесть типов государства. Философ. Он добился успеха не только в философии, но и заложил основы в сфере естественнонаучных исследований – психологии, биологии, этики как самостоятельных наук, из-за чего его на протяжении стольких лет по праву считают Философом с большой буквы.

УДК 1 (091)

Шавлова М. С.

ИСТОКИ ДРЕВНЕГРЕЧЕСКОЙ ФИЛОСОФИИ. МИФОЛОГИЯ

Научный руководитель старший преподаватель Плахотник А. Н.

Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г.

Луганск

Актуальность. Античная философия оказала огромное влияние на последующую философскую мысль, культуру, на развитие цивилизации в целом. Предметом изучения являются истоки самой греческой философии. Однако среди исследователей не существует единого мнения о происхождении древнегреческой философии. Одни философы рассматривают древнегреческую философию как результат развития эмпирического знания, другие видят социально-экономические предпосылки возникновения философии, при этом не учитывается роль мифологии и религии Древней Греции в возникновении такого качественно нового явления как философия.

Цель: рассмотреть роль древнегреческой мифологии и религии в возникновении философии.

Материалы и методы. Нами были изучены и проанализированы работы древнегреческих поэтов Гесиода и Гомера, а также работы Э.Гуссерля, В.П.Лега, А.Ф.Лосева.

Результаты и их обсуждение. Выдающийся представитель русской религиозной философии А.Ф.Лосев считает миф источником и внутренним содержанием философского знания. В многообразной греческой мифологии и религии исследователи выделяют три основных религии: религия Зевса-Аполлона, религия Деметры, религия Диониса. Именно из

этих трех основных форм религий впоследствии возникают различные философские направления и школы.

Основное содержание религии Зевса-Аполлона изложено в произведениях Гомера и Гесиода, кроме того, произведения этих древнегреческих авторов содержат философские вопросы о первоначале, устройстве Вселенной и человека.

В «Илиаде» Гомер ставит вопрос о первоначале: «Что же было прародителем всего? – Океан всему прародитель». Гомер делит Вселенную на три части – небо, землю и преисподнюю, которая в свою очередь также состоит из частей – Аида и Тартара.

У Гомера можно увидеть попытку найти связь между явлениями, что выражалось в виде родственной связи между богами. Боги в «Илиаде» и «Одиссее» были связаны родственными связями. Например, бог смерти Танатос и бог сна Гипнос являются братьями. Попытка найти связь между сном и смертью в мифологии выражалась в виде родственных связей между богами. Таким образом, можно говорить о предфилософском анализе явлений.

Гомер рассуждает об устройстве человека и находит в нем две части – душу и тело, при этом душа у Гомера трехсоставная: она содержит бесплотный образ тела, или «псюхе», волевое начало, или «томос» и ум – «ноос». В соответствии с пониманием Гомера боги и люди обладают всеми тремя видами души, а животные – лишь первым и вторым видом.

Земное существование человека для Гомера является истинным бытием, а загробную жизнь он считает хуже земной. Это видно из ответа Пелида спустившемуся в Аид Одиссею:

Я б на земле предпочел батраком за ничтожную плату
У бедняка, мужика безнадельного, вечно работать,
Нежели быть здесь царем мертвецов, простившихся с жизнью.

Философские концепции содержатся и в произведениях Гесиода «Труды и дни» и «Теогония», дошедших до наших дней. «Труды и дни» – это произведение, описывающее историю развития человечества, Золотой век и его упадок. В «Теогонии» Гесиод ставит вопрос о начале:

Прежде всего во вселенной Хаос зародился, а следом
Широкогрудая Гея, всеобщий приют безопасный,
Сумрачный Тартар, в земных залегающий недрах глубоких,
И, между вечными всеми богами прекраснейший, — Эрос.

В данном произведении Гесиод рассказывает о происхождении богов-олимпийцев и о рождении у Зевса детей, один из которых – Аполлон – также становится верховным богом.

Другая греческая религия – религия Деметры, в основе которой лежит история похищения Аидом дочери Деметры – Персефоны, после чего Персефона должна была жить попеременно, то на земле, то в царстве Аида. Таким образом, Персефона являлась посредником между земным и загробным миром, рассказывая людям о том, что ждет их после смерти.

Религия Диониса была тесно связана с религией Деметры. В основе этой религии лежит поклонение Дионису, происходившее в виде употребления вина и плясок. Во время подобных церемоний люди, участвовавшие в них, входили в состояние экстаза (в переводе с греческого «экстасис» обозначает «выхождение», в данном случае можно рассматривать как «выхождение из собственного тела») и обнаруживали, что душа может существовать отдельно от тела. Приверженцы данной религии приходили к выводу о том, что именно существование души является истинным, а тело является могилой для души. Если для представителей религии Зевса – Аполлона истинным является земное существование, то для приверженцев религии Диониса целью земного существования было освобождение души от

тела.

Впоследствии из дионисийской и аполлоновской религии возникают ранние школы древнегреческой философии: италийская, у истоков которой стоял Пифагор (учение о душе Пифагор заимствует из дионисийской религии), и милетская, основоположником которой был Фалес (подобно Гомеру Фалес ставит вопрос о первоначале и подобно Гомеру приходит к выводу о том, что первоначалом всего была вода).

Выводы. Таким образом, религия и мифология Древней Греции дали начало философии, причем прослеживается влияние конкретных религий на философские школы.